

**République du Cameroun**

Paix – Travail – Patrie



**Republic of Cameroon**

Peace – Work – Fatherland

Ministère de la Santé Publique

Ministry of Public Health



## **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



## TABLE DES MATIÈRES

<b>PREFACE</b> .....	- 6 -
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	- 6 -
<b>SIGLES ET ABREVIATIONS</b> .....	- 7 -
<b>RESUMÉ EXECUTIF</b> .....	- 12 -
<b>CONTEXTE</b> .....	- 12 -
GOULOTS D’ETRANGLEMENT A L’UTILISATION EFFECTIVE DES SERVICES DE LA SRMNEA .....	- 13 -
EFFETS ESCOMPTES .....	- 16 -
<b>INTRODUCTION</b> .....	- 18 -
<b>1. CONTEXTE</b> .....	- 19 -
<b>1.1. Contexte géographique</b> .....	- 19 -
<b>1.2. Contexte politico-administratif</b> .....	- 19 -
<b>1.3. Contexte socio-économique</b> .....	- 20 -
<b>1.3.1. Contexte économique</b> .....	- 20 -
<b>1.3.2. Contexte sociodémographique</b> .....	- 21 -
<b>1.3.3. Contexte sécuritaire</b> .....	- 22 -
<b>1.3.4. Contexte sanitaire</b> .....	- 22 -
<b>1.3.5. Les intervenants dans le secteur santé</b> .....	- 24 -
<b>1.3.6. Le financement du secteur de la santé au Cameroun</b> .....	- 25 -
<b>2. ANALYSE SITUATIONNELLE</b> .....	- 28 -
<b>2.1. La situation des indicateurs clefs de la santé de la reproduction, santé de la mère, du nouveau-né, de l’enfant et des adolescents (SRMNEA)</b> .....	- 28 -
<b>2.1.1. Mortalité Maternelle</b> .....	- 28 -
<b>2.1.2. Mortalité néonatale</b> .....	- 29 -
<b>2.1.3. Mortinaissances</b> .....	- 31 -
<b>2.1.4. Mortalité infanto-juvénile</b> .....	- 32 -
<b>2.1.5. La malnutrition, un facteur-prédisposant majeur de la morbidité infanto-juvénile</b> .....	- 33 -
<b>2.1.6. Santé des adolescents /jeunes</b> .....	- 35 -
<b>2.1.7. Résultats en matière d’éducation</b> .....	- 37 -
<b>En résumé</b> .....	- 38 -
<b>2.2. Couverture des interventions à haut impact</b> .....	- 39 -
<b>2.2.1. Vaccination</b> .....	- 39 -
<b>2.2.2. Utilisation de la contraception</b> .....	- 39 -
<b>2.2.3. Couverture des soins prénatals</b> .....	- 41 -
<b>2.2.4. Couverture des soins postnatals</b> .....	- 41 -
<b>2.2.5. Couverture des accouchements assistés par un personnel qualifié</b> .....	- 41 -
<b>2.2.6. Couverture des SONU</b> .....	- 42 -
<b>2.2.7. La PCIME</b> .....	- 43 -

<b>2.3.</b>	<b>Analyse situationnelle de l'enregistrement et statistiques d'état civil.....</b>	<b>- 43 -</b>
2.3.1.	Cadre politique et juridique du système D'ESEC .....	- 44 -
2.3.2.	Organisation du système d'état civil et cartographie des centres d'état civil .....	- 44 -
2.3.3.	Taux d'enregistrement d'état civil .....	- 46 -
2.3.4.	État des lieux des statistiques vitales .....	- 47 -
<b>2.4.</b>	<b>Goulots d'étranglement à l'utilisation effective des services de la SRMNEA et de l'ESEC .....</b>	<b>- 50 -</b>
2.4.1.	Défis liés à la demande .....	- 50 -
2.4.2.	Défis liés à l'offre .....	- 53 -
<b>3.</b>	<b>LA REPONSE A LA MORTALITE MATERNELLE, NEONATALE, INFANTO-JUVENILE ET AUX PROBLEMES LIES A LA SANTÉ DE REPRODUCTION DES ADOLESCENTS/JEUNES.....</b>	<b>- 65 -</b>
3.1.	Vision du dossier d'investissement .....	- 65 -
3.2.	Mission du dossier d'investissement .....	- 65 -
3.3.	Principes directeurs du dossier d'investissement.....	- 66 -
3.4.	Dynamique du changement du dossier d'investissement .....	- 67 -
3.5.	Le processus d'élaboration et les initiatives innovantes du dossier d'investissement.....	- 68 -
3.6.	Où investir : Choix des domaines et régions prioritaires, cibles, scenarii et impacts.....	- 70 -
3.7.	Les plateformes des prestations et approches pour la mise en œuvre.....	- 73 -
<b>4.</b>	<b>LES RESULTATS ATTENDUS ET ACTIVITES PREVUES.....</b>	<b>- 77 -</b>
4.1.	L'utilisation des interventions à haut impact par la population: .....	- 77 -
4.2.	La prestation des soins (interventions à haut impact) .....	- 87 -
4.3.	Le renforcement du système de santé, nécessaire pour offrir les interventions à haut - impact, (le renforcement des ressources humaines, matérielles et équipement, le renforcement de la chaîne d'approvisionnement et la rénovation mineure en infrastructure).....	- 96 -
4.3.1.	Infrastructure/équipement et matériel/logistique.....	- 96 -
4.3.2.	Ressources humaines .....	- 97 -
4.3.3.	Financement de la santé.....	- 99 -
4.3.4.	La gestion .....	- 102 -
4.3.5.	Supervision, inspection, contrôle et audit.....	- 105 -
4.3.6.	SNIS, suivi et évaluation .....	- 107 -
4.3.7.	Collaboration/coordination.....	- 114 -
4.3.8.	La gestion de la qualité des prestations.....	- 115 -
<b>5.</b>	<b>INTERVENTIONS/ACTIVITES PRIORITAIRES PAR NIVEAU DE MISE EN ŒUVRE .....</b>	<b>- 116 -</b>
5.1.	Niveau Central .....	- 116 -
5.2.	Niveau Régional .....	- 117 -
5.3.	Niveau district de santé .....	- 117 -
5.4.	Niveau structure de mise en œuvre .....	- 117 -
5.5.	Secteur privé .....	- 118 -

5.6.	<i>Le partenariat</i> .....	- 118 -
5.7.	<i>Le suivi de la performance et la redevabilité</i> .....	- 119 -
5.8.	<i>L'agenda de recherche et apprentissage</i> .....	- 119 -
5.9.	<i>Principaux risques pouvant freiner la mise en œuvre effective du dossier d'investissement</i> .....	- 120 -
6.	<b>BUDGET DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT</b> .....	- 121 -
6.1.	<b>Budget santé</b> .....	- 121 -
6.1.1.	<i>Les besoins</i> .....	- 121 -
6.1.2.	<i>Ressources potentiellement disponibles</i> .....	- 122 -
6.1.3.	<i>Analyse du gap financier</i> .....	- 124 -
6.2.	<b>Budget ESEC</b> .....	- 126 -
6.2.1.	<i>Estimation des ressources financières pour la réforme totale du système</i> .....	- 126 -
6.2.2.	<i>Enveloppe des ressources potentielles pour ESEC</i> .....	- 127 -
	<b>RÉFÉRENCES</b> .....	- 128 -
	<b>ANNEXES</b> .....	- 129 -
	<b>ANNEXE 1. CADRE LOGIQUE</b> .....	- 129 -
	<b>ANNEXE 2. CADRE DES RESULTATS ET DE SUIVI ET EVALUATION</b> .....	- 156 -
	<b>ANNEXE 3 : PROCESSUS D'ELABORATION DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT</b> .....	- 213 -

## PREFACE

Les indicateurs de santé maternelle, infanto-juvénile et de nutrition du Cameroun demeurent préoccupants. Aussi le Gouvernement s'est résolument engagé dans une série de profondes et ambitieuses réformes de financement et de gouvernance du système de santé.

Dans ce contexte, le Cameroun se félicite d'être parmi les premiers pays bénéficiaires du Mécanisme de Financement Mondial (GFF) en faveur de « Chaque Femme Chaque Enfant » dont le rôle dans le financement de la « Stratégie Mondiale pour la Santé de la Femme, de l'Enfant et de l'Adolescent (2016-2030) est crucial.

Après le lancement du processus dudit mécanisme en octobre 2015, le Cameroun a entrepris une démarche inclusive en associant la société civile, les partenaires techniques et financiers, et le secteur privé aux travaux d'élaboration 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/jeune, avec un accent particulier sur la nutrition. Dans ce cadre l'analyse approfondie de la situation confirme que les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord sont celles où les indicateurs demeurent les plus préoccupants comparativement au reste du pays.

**Les causes sont multifactorielles et ne pourraient convenablement être adressées que grâce à une approche multidisciplinaire avec la participation de plusieurs secteurs. C'est pourquoi, le gouvernement a décidé de focaliser prioritairement les efforts dans lesdites régions afin d'atteindre des résultats rapides et tangibles permettant de changer la situation au niveau national.**

Pour atteindre ces résultats, des stratégies probantes, innovantes et à haut impact sur la santé seront déployées pour la mise en œuvre des interventions multiformes en faveur des groupes cibles visés. Pour ce faire, il faudrait plus d'efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles ainsi que la mobilisation plus accrue de ressources nationales additionnelles et une coordination rigoureuse de la contribution des partenaires techniques et financiers. L'élaboration d'une stratégie nationale de financement de la santé, également soutenu par le GFF, s'inscrit fort opportunément dans le cadre de la planification d'un financement durable dans l'optique de la Couverture Santé Universelle.

Nous voyons dans le GFF une occasion importante pour le Cameroun de veiller à une utilisation plus efficace de ses ressources, de renforcer la coordination de tous les acteurs engagés dans le système de santé et d'améliorer la santé et le bien-être de ses populations les plus vulnérables.

**Le Gouvernement et les populations camerounaises saluent à juste titre le partenariat Cameroun-GFF et exhorte toutes les parties prenantes à apporter leur contribution à la mise en œuvre du « Dossier d'Investissement » SRMNEA.**



The image shows a circular official stamp of the Ministry of Public Health of the Republic of Cameroon. The stamp contains the text: 'REPUBLIQUE DU CAMEROUN', 'République of Cameroon', 'TRAVAIL-PATRIE', 'Work-Patrie', 'LE MINISTRE', 'The Minister', 'Ministry Of Public Health', and 'MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE'. To the right of the stamp is a blue ink signature. Below the signature, the name 'André MAMA FOUA' and the title 'Ministre de la Santé publique' are printed.

## REMERCIEMENTS

Le gouvernement et ses partenaires sont fermement engagés dans la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile. A ce titre, ce « Dossier d'Investissement » a été élaboré dans le but d'accélérer les efforts visant à améliorer, de manière pérenne, les indicateurs de santé des groupes cibles concernés par cette mortalité.

Je voudrais remercier sincèrement tous les experts nationaux et internationaux et nos partenaires techniques et financiers qui ont tous participé et contribué de manière multiforme au processus ayant conduit à l'élaboration de ce document.

Aux représentants de la société civile et du secteur privé, j'adresse ma sincère gratitude pour tous les efforts qu'ils ont consentis tout le long du processus.

J'exprime ma gratitude aux membres de l'équipe du Secrétariat Technique du Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile, dont le suivi étroit a permis le déroulement satisfaisant du processus d'élaboration du dossier d'investissement et les exhorte à assurer le suivi rigoureux de sa mise en œuvre.

Que toutes les autres personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'accomplissement de ce travail, trouvent ici l'expression de ma profonde reconnaissance.



**André MAMA FOU DA**  
Ministre de la Santé publique

## SIGLES ET ABBREVIATIONS

ACT	Artemisinin Combination Therapy
ACV	Agence de Contractualisation et de Vérification
AD	Adamaoua
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune enfant
AQ	Assurance Qualité
ARV	Antirétroviraux
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASFAC	Association des Sages-Femmes du Cameroun
BM	Banque Mondiale
BUNEC	Bureau National de l'État Civil
C-AD	Cible à déterminer
CAPR	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional
CDE	Camerounaise des Eaux
CEC	Centre d'État Civil
CEMAC	Communauté Économique d'Afrique Centrale
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CMPJ	Centre Multifonctionnel pour la Promotion des Jeunes
CNAS	Centre de Nutrition en Ambulatoire pour les malnutris Sévères
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CNTI	Centre de Nutrition thérapeutique en Interne
COGE	Comité de Gestion
COGEDI	Comité de Gestion de District
CPFF	Centre de Promotion de la Femme et de la Famille
CPN	Consultation Prénatale
CPoN	Consultation Post Natale
CRVS	Civil Registration and Vital Statistics
CSI	Centre de Santé Intégré
DHIS	District Health Information Software
DI	Dossier d'Investissement
DPML	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DRFP	Direction des Ressources Financières et du Patrimoine
DSCE	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
DSF	Direction de la Santé Familiale
E	Est
ECAM	Enquête Camerounaise Auprès des Ménages
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EQUIST	Equitable Impact Sensitive Tool
ESEC	Enregistrement et Statistiques d'État Civil
ESIGL	Système d'Information de Gestion Logistique électronique
EN	Extrême-Nord
PBF	Performance-Based Financing

FOSA	Formation Sanitaire
FRPS	Fonds Régional pour la Promotion de la Santé
GFF	Global Financing Facility
HCY	Hôpital Central de Yaoundé
HD	Hôpital de District
HLD	Hôpital Laquintinie de Douala
IDH	Indice de Développement Humain
IGSPL	Inspection Générale des Services Pharmaceutiques et des Laboratoires
INS	Institut National de la Statistique
IRA	Infection Respiratoire Aigue
KMC	Kangourou Mother Care
LANACOME	Laboratoire National de Contrôle de qualité des Médicaments et consommables médicaux Essentiels
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey
MINAS	Ministère des Affaires Sociales
MINATD	Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation
MINEDUB	Ministère de l'Éducation de Base
MINEPAT	Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINESEC	Ministère des Enseignements Secondaires
MINESUP	Ministère de l'Enseignement Supérieur
MINFI	Ministère des Finances
MINFOPRA	Ministère de Fonction Publique et de la Réforme Administrative
MINJUSTICE	Ministère de la Justice
MINSANTÉ	Ministère de la Santé Publique
MMNI	Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile
N	Nord
N'né	Nouveau-Né
NV	Naissances Vivantes
OBC	Organisation à Base Communautaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
PAISS	Projet d'Appui aux Investissements dans le Secteur de la Santé
PCI	Plan Intégré de Communication
PCIME	Prise en Charge Intégré des Maladies de l'Enfant
PEC & PREV	Prise en Charge et Prévention
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planning Familial
PHCPI	Primary Health Care Performance Initiative
PIB	Produit Intérieure Brut
PLMI	Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvénile
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PRE2C	Programme de Réhabilitation de l'État Civil du Cameroun.
PTF	Partenaires Technique et Financiers



PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
RaSSS	Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	Ressources Humaines
RMA	Rapport Mensuel d'Activités
S/E	Suivi et Évaluation
SMS	Short Message Service
SNI	Société Nationale d'Investissement
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SOCAPED	Société Camerounaise de Pédiatrie
SOGOC	Société des Gynécologues-Obstétriciens du Cameroun
SONEU	Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels et 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
SR	Santé de la Reproduction
SRA	Santé de la Reproduction des Adolescents
SRMNEA	Santé de la Reproduction, santé de la Mère, du Nouveau-né de l'Enfant et de l'Adolescent
SSP	Soins de Santé Primaires
SSS	Stratégie Sectorielle de la Santé
SYNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments et consommables médicaux Essentiels
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TRO	Thérapie par Réhydratation Orale
U5	Enfants de Moins de 5 ans
UNFPA	United Nations Population Fund
VARR	Vaccin Anti-Rougeole et Rubéole
VB-AD	Valeur de base à déterminer
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Indice de développement humain en 2014 au Cameroun.....	20
Tableau 2 : La structuration du système de santé au Cameroun.....	22
Tableau 3 : Appréciation globale de la capacité de l'offre de soins et services du pays en 2014 .....	24
Tableau 4 : Evolution du budget du MINSANTE de 2009 à 2016.....	25
Tableau 5: Les principaux acteurs du système d'État civil et leurs rôles.....	48
Tableau 6 : Distribution des centres d'État civil par région.....	48
Tableau 7 : Niveau de sévérité des différents goulots d'étranglement par intervention a haut impact.....	67
Tableau 8 : Domaines d'intervention prioritaires à renforcer par région.....	74
Tableau 9 : Estimation du nombre de vies sauvées par scénario et par année de mise en œuvre.....	75
Tableau 10 : Plan d'extension pour la mise à l'échelle nationale du PBF, 2016-2020.....	77
Tableau 11 : Exemple du déploiement de la mise en place de quelques interventions clés.....	79
Tableau 12 : Le budget annuel par catégorie de cout-scenario 1.....	126
Tableau 13 : La présentation de l'analyse des gaps financiers par catégorie de coût pour le scenario1.....	129
Tableau 14 : Budget pour l'enregistrement statistique et faits d'état civil .....	131

## LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Taux de pauvreté monétaire par région en 2014.....	21
Graphique 2 : Disponibilité des formations sanitaires par population.....	24
Graphique 3: Répartition du budget (moyenne des trois années) par niveau administratif.....	26
Graphique 4 : Allocation budgétaire par tête (en FCFA) pour tous niveaux sanitaires confondus.....	27
Graphique 5 : Tendances historiques dans l'évolution de la mortalité maternelle au Cameroun.....	28
Graphique 6 : Proportion des accouchements à domicile par région .....	29
Graphique 7 : Evolution du taux de mortalité néonatale.....	29
Graphique 8 : Taux de mortalité néonatale par région.....	30
Graphique 9 : Nombre de mortalité parmi les nouveau-nés par an.....	30
Graphique 10 : Les causes les plus fréquentes de décès des Nouveau-Nés Par Région.....	30
Graphique 11 : Evolution des taux de mortalité infanto-juvénile avec le temps.....	32
Graphique 12 : Nombre de décès des enfants de moins de 5 ans par région.....	32
Graphique 13 : Taux annuel de mortalité des enfants de moins de 5 ans par région.....	33
Graphique 14 : Mortalité des enfants moins de 5 ans par quintile économique, 2014.....	33
Graphique 15 : Réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans 2004-2014 (%) .....	33
Graphique 16 : Distribution de la malnutrition chronique par quintile économique, 2011 & 2014.....	37
Graphique 17 : Proportion de la malnutrition chronique modérée chez les enfants de moins 5 ans par région, MICS 2014.....	37
Graphique 18 : Distribution de la malnutrition chronique par région.....	38
Graphique 19: Proportion des femmes 20-49 mariées avant 18 ans par région, MICS 2014 .....	39
Graphique 20 : Pourcentage de femmes 15-19 qui ont déjà commencé leur vie féconde par niveau d'instruction, MICS 2014.....	40
Graphique 21 : Proportion d'enfants complètement vaccinés par région .....	42
Graphique 22 : La prévalence contraceptive par région.....	43
Graphique 23: Pourcentage de femmes (15-49) mariées ou en union utilisant une méthode moderne de contraception.....	43
Graphique 24 : Proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié.....	44
Graphique 25 : Pourcentage d'enfants enregistrés à la naissance et ayant un acte de naissance par Région	

(EDS 2011).....	49
Graphique26 : Corrélation entre la pauvreté et l'enregistrement des naissances dans les régions.....	50
Graphique 27: Corrélation entre la pauvreté et l'enregistrement des naissances dans les régions.....	50
Graphique 28 : Schémas du processus de génération des données/information sur l'état civil et statistiques Vitales.....	52
Graphique 29 : Temps moyen nécessaire pour se rendre au centre de santé le plus proche.....	54
Graphique 30 : Pourcentage des gestionnaires de FOSA publiques ayant déclaré avoir reçu des ressources en 2009 par type de FOSA.....	56
Graphique 31 : Pourcentage de structures de soins disposant d'une source d'électricité/eau potable par Région.....	58
Graphique 32 : Pourcentage de structures de soins disposant d'un matériel de base par région .....	58
Graphique 33: Pourcentage de structures de soins disposant d'un matériel de base par région par sous-secteur.....	59
Graphique 34 : Pourcentage de structures de soins disposant d'un matériel de base par région par type de FOSA.....	59
Graphique 35 : Pourcentage de structures de soins disposant d'un matériel de base par région par milieu .....	60
Graphique 36 : Pourcentage de structures de soins disposant des médicaments de base par région.....	60
Graphique 37 : Pourcentage de structures de soins disposant des vaccins par région.....	61
Graphique 38 : Densité des infirmiers et autres professionnels de SSP qualifiés par région .....	62
Graphique 39 : Taux d'absentéisme des professionnels de santé par région.....	63
Graphique 40 : Pourcentage des dépenses supportées directement par les ménages dans le total des dépenses de santé dans différentes entités territoriale.....	63
Graphique41 : Proportion des femmes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'au moins 4 consultations prénatales lors de la dernière grossesse par région.....	65
Graphique 42 : Proportion des femmes qui déclarent s'être fait prendre la tension, un échantillon de sang et d'urine au moins une fois par région.....	65
Graphique 43 : Score moyen obtenu pour les vignettes cliniques par catégorie de personnel.....	65
Graphique44 : Représentation graphique de la dynamique du changement prévu dans le dossier d'Investissement.....	70
Graphique 45 : Représentation graphique du processus d'élaboration du Dossier d'Investissement.....	72
Graphique 46 : Présentation graphique du budget total par catégorie de cout-Scenario 1.....	127
Graphique 47 : Représentation graphique du budget par scénario .....	127
Graphique 48. La Contribution financière par Sources –Scénario 1 .....	128
Graphique 49 : Présentation graphique de l'analyse des gaps financiers par catégorie de cout pour le scenario 1 .....	130

## RESUMÉ EXECUTIF

### CONTEXTE

Le ratio de mortalité maternelle au Cameroun a connu une évolution très préoccupante au cours des 20 dernières années, passant de 430 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1991 à 782 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2011, soit une augmentation d'environ 82%. La cible préconisée dans le cadre des Objectifs pour le Développement Durable (ODD) d'ici 2030 est d'atteindre un ratio inférieur à 140 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, ce qui ne serait possible que si le Cameroun atteint une vitesse de réduction annuelle d'au moins 9,8%. Les causes directes de la mortalité maternelle sont les hémorragies (46%), la dystocie (22%), l'éclampsie/pré-éclampsie (11%) et les infections du postpartum (9%), tandis que les principales causes indirectes sont le paludisme, l'anémie sévère, les affections liées au VIH/Sida et les maladies cardio-pulmonaires. Par ailleurs, parmi toutes les causes des décès de la jeune fille, les décès maternels représentent 28% pour les filles de 15-19ans et 64% pour celles âgées de 20-24ans (EDS-MICS, 2011).

Le taux de mortalité néonatale est passé de 31‰ à 28‰ naissances vivantes entre 2011 et 2014. Malgré cette faible tendance à la baisse, ce taux représente près de la moitié de la mortalité infantile (0-12mois), et le quart de la mortalité infanto-juvénile. Les décès des nouveau-nés constituent ainsi une proportion de plus en plus importante des décès des enfants de moins de 5 ans. Les causes directes les plus fréquentes de la mortalité néonatale sont l'asphyxie, l'infection et la prématurité.

Le taux de mortalité infantile est passé de 74‰ à 60‰ entre 2011 et 2014, et celui de la mortalité infanto-juvénile est passé de 122‰ à 103‰ naissances vivantes au cours de la même période. Chez les enfants de 2 mois à 5 ans, le paludisme (21%), la diarrhée (17%), la pneumonie (17%) et le VIH/SIDA (7%) constituent les principales causes de mortalité.

La malnutrition devient très préoccupante se traduisant par le taux de retard de croissance qui augmente au fil des années. En 1991 par exemple, 24,4% des enfants de moins de 5 ans souffraient du retard de croissance contre 30,4% en 2006. Ce chiffre a été estimé à 33% en 2011 (EDS/MICS 2011) et 31,7% en 2014 (MICS 2014). Par ailleurs, 5,2% des enfants de moins de 5 ans souffraient de malnutrition aigüe en 2014 contre 6% en 2011 et 14,8% souffrant d'insuffisance pondérale en 2014 contre 15% en 2011.

Parmi les problèmes majeurs liés à la santé de reproduction des adolescentes/jeunes, il y a : (i) les rapports sexuels précoces ; (ii) les grossesses précoces non désirées ; (iv) les infections sexuellement transmissibles ; (v) les mariages précoces ; et (vi) les violences sexuelles.

Dans ce contexte de taux de mortalité/morbidité élevé, d'énormes disparités existent entre les zones géographiques (notamment en défaveur des 3 régions du septentrion et celle de l'Est), le milieu de résidence (le milieu rural est défavorisé) et les conditions socio-économiques (les quintiles les plus pauvres paient un lourd tribut).

L'analyse de la situation à l'aide de l'outil « *Equitable Impact Sensitive Tool* » (EQUIST) a permis d'identifier les interventions à haut impact qui vont améliorer la situation. Ce sont : la vaccination, le planning familial, les soins prénatals, l'assistance qualifiée lors de l'accouchement, les soins postnatals, les SONEU, la PCIME, la fidélisation des filles à l'école, etc.

## GOULOTS D'ETRANGLEMENT A L'UTILISATION EFFECTIVE DES SERVICES DE LA SRMNEA

L'analyse situationnelle des différents domaines d'intervention a montré que les disparités régionales se sont accentuées pendant les dix dernières années, tant en termes de la gravité des problèmes que de la couverture des interventions à haut impact. Les régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord sont celles où la situation reste généralement la plus critique. Ces régions sont celles qui ont été identifiées comme zone prioritaire d'intervention dans ce dossier d'investissement. Des goulots d'étranglement empêchant la couverture effective des interventions à haut impact ont été identifiés par rapport à la demande (ignorance/acceptabilité sur le plan culturel, faible pouvoir d'achat) et à l'offre (disponibilité des intrants, disponibilité des ressources humaines, accessibilité financière et géographique et qualité des prestations).

L'objectif général de ce dossier d'investissement est de contribuer à réduire, d'ici fin2020, sur le plan national en général et particulièrement dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord, la mortalité/morbidité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, et d'améliorer la santé de la reproduction des adolescents/jeunes (scénario 1). Il est aligné aux Objectifs de Développement Durable, et tient compte de la nécessité d'aller vers la couverture sanitaire universelle. Pour atteindre cet objectif, l'une des principales stratégies est de couvrir la zone d'intervention par un ensemble d'interventions spécifiques multidisciplinaires et multisectorielles permettant d'assurer une complémentarité et synergie pour faciliter l'atteinte des résultats escomptés tout en veillant à une meilleure allocation et utilisation des ressources disponibles pour la santé. A cet effet, le gouvernement étant conscient que le pays ne peut plus poursuivre le « **business as usual** » est engagé dans une réforme du financement de la santé.

Les objectifs spécifiques suivants devront être réalisés :

### **Objectif spécifique 1:**

Accroître l'utilisation des services et soins continus de qualité (PCIME, SONEU, PF, nutrition/ supplémentation, PEC & PREV IST/VIH, Transfusion, Etc...) par les femmes en âge de procréer (et en union pour la PF), les femmes enceintes, les enfants de 0 à 5 ans, et les adolescents dans les régions prioritaires d'ici à fin 2020

### **Objectif spécifique 2:**

Renforcer la disponibilité des soins continus de qualité (PCIME, SONEU, PF, nutrition/ supplémentation, PEC & PREV IST/VIH, Transfusion, Etc...) pour les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, les enfants de 0 à 5 ans, et les adolescents dans les 4 régions prioritaires d'ici à fin 2020

### **Objectif spécifique 3:**

Renforcer la capacité des services à fournir les soins continus de qualité (PCIME, SONEU, PF, nutrition/ supplémentation, PEC & PREV IST/VIH, Transfusion, Etc...) pour les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, les enfants de 0 à 5 ans, et les adolescents dans les régions prioritaires d'ici à fin 2020

### **Objectif spécifique 4:**

Renforcer la gestion dans au moins 80% des structures de mise en œuvre pour l'exécution efficace des activités relatives aux interventions à haut impact dans les 10 régions d'ici à fin2020

Afin d'optimiser l'impact des interventions ayant fait preuve de plus d'efficacité, les principes directeurs suivants vont guider la réponse proposée aux problèmes identifiés :

- Prise en compte prioritaire des pathologies les plus meurtrières
- Priorisation des populations les plus vulnérables et les plus à risque
- Mise à échelle des meilleures pratiques en vue d'une meilleure couverture des interventions
- Capitalisation des avantages comparatifs des acteurs sur le terrain
- Intensification de la collaboration/partenariat dans le cadre de l'approche multisectorielle
- Décentralisation de l'espace décisionnel et de la responsabilisation des acteurs, afin de privilégier l'utilisation des solutions les plus adaptées aux différents contextes pour répondre aux besoins des bénéficiaires.

Au regard des goulots d'étranglement identifiés, empêchant d'atteindre une meilleure couverture des interventions, il faudra déployer des stratégies innovantes et probantes pour la mise en œuvre des dites interventions. Les principales initiatives innovantes sont :

### Initiatives Clés du Dossier d'Investissement

1. Allocation des ressources financières en fonction des résultats obtenus (PBF) et l'extension du PBF aux acteurs en charge de la régulation du système, pour une meilleure performance
2. L'utilisation des approches innovantes de financement telle que « l'Obligation à Impact sur le Développement (Développement Impact Bond) pour le financement de la mise à l'échelle des Soins Mère Kangourou
3. La prise en compte de l'équité socio-économique pour la priorisation géographique
4. Le renforcement de l'offre intégrée des soins et services promotionnels, préventifs et curatifs aux clients à chaque contact avec le système de santé
5. La contractualisation sélective des structures en vue de l'exploitation optimale des avantages comparatifs des acteurs du système de santé
6. Le renforcement de l'approche multisectorielle de mise en œuvre des interventions en faveur de la SRMNEA compte tenu du caractère multifactoriel des causes de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile
7. L'encadrement holistique des adolescents/jeunes sur les plans éducatif, sanitaire, sexuel, socio-économique y compris en compétences de vie
8. La mobilisation sociale ciblant les leaders d'opinion, les autorités traditionnelles, les hommes comme partenaires, etc.
9. Le renforcement des interventions sous directives communautaires à travers les ASC polyvalents et les OBC qualifiées
10. La subvention « sélective » des soins en faveur des groupes les plus vulnérables et des plus pauvres à l'exemple du chèque santé
11. L'utilisation des « Role Models » pour la mobilisation et la sensibilisation
12. Le renforcement du contrôle social et du rôle de la communauté dans celui-ci
13. L'exploitation optimale des TIC
14. L'introduction du **PBF** dans le secteur de l'éducation avec un accent particulier sur la fidélisation des filles à l'école.

Ces actions seront soutenues par des interventions visant le renforcement du système de santé ainsi que celui de l'enregistrement des statistiques vitales et des faits d'état civil.

Les principaux résultats sont les suivants :

- i. La prévalence contraceptive moderne (méthode MAMA exclue) parmi les femmes en âge de procréer en union augmente d'au moins 30 % d'ici fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où elle est actuellement de 7,7%, 14,6%, 3,5 % et 6,1% respectivement (MICS 2014)
- ii. La proportion des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 dernières années précédant l'enquête, qui ont bénéficié de la CPN4 offerte par un personnel qualifié, augmente à au moins 70% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, Extrême-Nord et le Nord où elle est actuellement de 50%, 45,2%, 37,8% et 46,8% respectivement (MICS 2014)
- iii. La proportion des femmes enceintes testées VIH+ mises sous traitement ARV conformément aux directives nationales est d'au moins 95 % d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord, le Nord, le Centre, le Littoral, le Nord-Ouest, l'Ouest, le Sud et le Sud-ouest où les proportions actuelles sont respectivement de 87,4%, 68,4%, 62,2% 78,7%, 92%, 87%, 93%, 84%, 74,6 et 88%. (Rapport de progrès PTME N°10 de 2015)
- iv. La proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié augmente de 20% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord dont les taux actuels sont respectivement de 53%, 56,7%, 28,90% et 35,6% (MICS 2014)
- v. La proportion des cas de prématurité/petit poids enregistrés qui sont pris en charge selon les normes, y compris avec la couveuse et/ou la méthode Kangourou, est d'au moins 80% dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord
- vi. Le pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 dernières années précédant l'enquête et dont la dernière naissance a bénéficié d'une consultation post-natale pour le bébé dans les 48 heures après l'accouchement, augmente à au moins 30% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où il est respectivement de 10,6%, 9,7%, 4,9%, et 9.6% (MICS 2014)
- vii. La proportion des cas de paludisme pris en charge selon les normes nationales (ACT le même jour ou le jour d'après) chez les enfants de moins de 5 ans est d'au moins 40% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où les taux actuels sont de 7,0%, 3,9%, 0,3% et 5,6% respectivement
- viii. La proportion des enfants de 0 à 11 mois qui ont reçu le VARR augmente à au moins 95% d'ici fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord où les taux actuels sont respectivement de 80%, 99% (prise en compte des réfugiés), 84%, et 82% (Données PEV de routine 2015)
- ix. La proportion des cas de malnutrition aiguë attendue chez les enfants de <5ans qui sont identifiés et pris en charge selon les normes est supérieure ou égale à 75% dans les régions de l'Adamaoua, du Nord, de l'Extrême-Nord et de l'Est.
- x. La proportion des adolescents/jeunes reçus pour les IST/VIH qui sont pris en charge selon les normes dans les FOSA de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord est d'au moins 80% d'ici fin 2020
- xi. Le nombre des adolescents/jeunes (de 10 à 19 ans) ayant bénéficié d'une formation sur les compétences à la vie augmente d'au moins 30% dans les régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord

## EFFETS ESCOMPTES

Il est préconisé que les effets suivants soient obtenus dans les 4 ans de mise en œuvre des interventions prévues dans ce dossier d'investissement :

1. Contribuer à réduire de 5% par an, d'ici fin 2020, le ratio national de mortalité maternelle qui est de 596 décès pour 100 000 naissances vivantes (estimation OMS)
2. Contribuer à réduire d'au moins 4,5% par an, d'ici fin 2020, les taux de mortalité néonatale dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord qui sont de 40‰, 39‰, 40‰ et 42‰ naissances vivantes, respectivement (MICS 2014)
3. Contribuer à réduire de 30%, d'ici fin 2020, le taux de mortalité intra hospitalière parmi les nouveaux nés de petit poids et/ou prématurés bénéficiant des soins mère kangourou
4. Contribuer à réduire de 24 à 19, 96 pour 1000 naissances (4,5% par an), d'ici fin 2020, le taux national de mortinaissances
5. Contribuer à réduire de 5% par an, d'ici fin 2020, les taux de mortalité infanto-juvénile dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord qui sont respectivement de 127‰, 127‰, 154‰ et 173‰ naissances vivantes (MICS 2014)
6. Contribuer à réduire à moins de 5%, d'ici fin 2020, la prévalence de la malnutrition aigüe globale chez les enfants de 0 à 5 ans dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où il est respectivement de 6,8% (15233), 1,0% (1022), 13,9% (82515) et 6,5% (530689) (Enquête Nutritionnelle-SMART 2015)
7. Contribuer à réduire d'au moins 7,5 points, d'ici fin 2020, la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord où il est respectivement de 37,8%, 35,8%, 41,9% et 33,8% (MICS 2014)
8. Contribuer à réduire la prévalence des grossesses précoces d'au moins 30%, d'ici fin 2020, chez les femmes âgées de 20-24 ans qui ont eu une naissance vivante avant l'âge de 18 ans dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord où elle est respectivement de 39,4%, 44,9%, 33,2%, et 40% en 2014 (MICS 2014)
9. Contribuer à augmenter le taux net ajusté de fréquentation de l'enseignement secondaire (TNF) des filles d'au moins 50%, d'ici fin 2020 (Baseline à déterminer)
10. Contribuer à réduire de 4,1 à maximum 3,5%, d'ici fin 2020, l'incidence des dépenses catastrophiques liées à la santé (ECAM 5)

En somme, la mise en œuvre de ces interventions permettra d'éviter environ 27826, 41391 et 52389 décès respectivement dans les scénarii 1, 2 et 3. De même, elles vont permettre d'éviter 17152, 31551 et 39351 cas de retard de croissance respectivement dans les scénarii 1, 2 et 3.



Les coûts d'investissement sont estimés à **\$625 625 531** (soit 344 094 041 863 FCFA), **\$760 984 873** (418 541 680 223 FCFA) et **\$791 527 864** (435 340 325 168 FCFA) respectivement pour les scénarii 1, 2 et 3.

La projection des ressources potentielles sur la période 2017-2020 s'est faite à partir de la cartographie des ressources disponibles en 2016, et pour certains partenaires, celles disponibles en 2017. Selon cette cartographie des ressources, **\$487 571 504** (soit 268 164 327 182 FCFA) ont été identifiés comme potentiellement disponibles (toutes sources confondues) pour la lutte contre la mortalité maternelle néonatale, infanto-juvénile et l'amélioration de la santé des adolescents/jeunes dans les quatre régions prioritaires pour la période allant de 2017 à 2020 selon le scénario 1. Pour les scénarii 2 et 3, les ressources potentielles s'élèvent respectivement à **\$564 513 211** (310 482 265 789 FCFA) et **\$603 158 828** (331 737 355 399 FCFA).

## INTRODUCTION

Malgré les progrès enregistrés dans le secteur de la santé, certains indicateurs de santé du Cameroun se sont empirés. Par exemple le ratio de mortalité maternelle est passé de 430 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1998 à 782 décès pour 100 000 en 2011 (EDS 2011). Par ailleurs il y a une disparité géographique des indicateurs de santé et de l'accès aux services de santé dans le pays, particulièrement entre les 3 régions du septentrion et le reste du pays. La mortalité infanto-juvénile reste élevée dans les parties pauvres du pays tels que les régions du Nord et de l'Extrême-Nord où pratiquement 20% des enfants meurent avant leur cinquième anniversaire (173 et 154 décès pour 1000 naissances vivantes dans le Nord et dans l'Extrême-Nord respectivement en comparaison à la moyenne nationale qui est de 103 décès pour 1000 naissances vivantes). La mortalité néonatale qui demeure préoccupante dans toutes les régions représente actuellement environ 50 pourcent de la mortalité infantile, au niveau national. Par ailleurs, contrairement à la mortalité infanto-juvénile et infantile, elle est restée stagnante au cours des dernières années. Les régions du septentrion enregistrent le nombre d'accouchements assistés par un personnel qualifié le plus bas du pays. Entre les enquêtes MICS de 2011 et 2014 le pourcentage des accouchements assistés par un professionnel qualifié, est passé de 63,6% à 64,7%. Dans les régions de l'Extrême-Nord et du Nord, seulement 29% et 35% des accouchements sont assistés par un personnel qualifié contre 99% à Douala et 96% dans les régions de l'Ouest et du Nord-Ouest.

Les dépenses de santé par tête d'habitant au Cameroun sont élevées (US\$138 par habitant par an en 2013). Les ménages supportent la plus grande part de ces dépenses (70,42% des dépenses totales de santé selon les comptes nationaux de santé de 2012) avec des risques de dépenses catastrophiques et d'appauvrissement des ménages vulnérables. Les dépenses publiques pour la santé sont relativement faibles et allouées de façon inefficace. Elles représentent seulement 14,54% des dépenses totales de santé (comptes nationaux de santé de 2012). Le budget alloué au MINSANTÉ ne représente que 5,5% du budget de l'État en 2016 et reste pratiquement stagnant depuis 2000. En plus, les ressources de santé ne sont pas allouées de façon efficiente aux interventions à haut impact. Par exemple seulement 3,49% des dépenses de santé sont allouées aux activités préventives (comptes nationaux de santé de 2012).

La bonne gouvernance reste un défi majeur dans le secteur de la santé. Il y a une insuffisance et une distribution inéquitable des ressources humaines pour la santé dans le pays. Par ailleurs le secteur pharmaceutique fait face à des défis majeurs.

C'est dans ce contexte que le gouvernement met une emphase particulière sur la lutte contre la mortalité maternelle et infanto-juvénile à travers le Programme National Multisectoriel de Lutte contre cette mortalité. Dans cet élan, le pays s'est engagé dans un processus qui a abouti, en juillet 2015, à l'éligibilité du Cameroun au Mécanisme de Financement Mondial en Soutien à Chaque Femme Chaque Enfant (GFF). Il s'agit d'un partenariat de financement piloté par les pays qui réunissent, sous une

direction et une appropriation nationale, un éventail de partenaires importants fournissant un financement intelligent, à l'échelle et durable afin de mettre fin aux décès évitables de mères, de nouveau-nés, d'enfants et d'adolescents d'ici à 2030 et, d'améliorer la santé et la qualité de vie des femmes, des enfants et des adolescents.

Le présent dossier d'investissement vise à prioriser les investissements dans la santé au Cameroun tout en veillant à une utilisation plus efficiente, plus efficace et plus équitable des ressources, à travers la mobilisation des acteurs (gouvernement, partenaires, société civile, secteur privé) autour d'un paquet d'interventions multisectorielles qui ciblent les populations les plus nécessiteuses, en mettant l'accent sur l'atteinte des résultats. Les interventions stratégiques préconisées dans ce document visent à améliorer aussi bien l'efficacité technique que l'allocation des investissements dans la santé pour une utilisation plus optimale des ressources.

## **1. CONTEXTE**

### ***1.1. Contexte géographique***

Pays d'Afrique Centrale, le Cameroun est situé dans le Golfe de Guinée entre les 2<sup>ème</sup> et 13<sup>ème</sup> degrés de latitude Nord et les 9<sup>ème</sup> et 16<sup>ème</sup> degrés de longitude Est. Il couvre une superficie de 475 440 Km<sup>2</sup>, s'étend du Sud au Nord sur près de 1200 km et sur sa base d'Ouest en Est sur 800 km. Il est limité à l'Ouest par le Nigeria, au Nord-est par le Tchad, à l'Est par la République Centrafricaine et au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale. Au Sud-ouest, le pays s'ouvre sur l'Océan Atlantique.

### ***1.2. Contexte politico-administratif***

Le Cameroun est un État démocratique avec un pluralisme politique et des libertés individuelles et collectives. Il est bilingue, l'anglais et le français sont les deux langues officielles. La population est constituée d'une mosaïque de plus de 250 groupes ethniques aux coutumes et traditions différentes, dont les caractéristiques socioculturelles influencent l'itinéraire thérapeutique du malade.

Il est divisé en 10 Régions administratives, 58 Départements, 360 Arrondissements et 374 Collectivités Territoriales Décentralisées (communes et communautés urbaines), et comprend une capitale politique Yaoundé ainsi qu'une capitale économique Douala.

### 1.3. Contexte socio-économique

#### 1.3.1. Contexte économique

Le Cameroun est classé parmi les pays à revenu intermédiaire avec un PIB de 1400 dollars par habitant en 2012 (CEMAC, 2013). Cependant, 37,5 % de la population vit encore sous le seuil de pauvreté avec d'importantes disparités régionales : 18,2% au Sud-ouest contre 74, 3% à l'Extrême-Nord (ECAM 4, 2015).

Dans la vision 2035 "le Cameroun : un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité"<sup>1</sup>, le Gouvernement se fixe comme objectifs de : (i) réduire la pauvreté à un niveau socialement acceptable ; (ii) devenir un pays à revenu intermédiaire ; (iii) atteindre le stade de nouveau pays industrialisé ; (iv) renforcer l'unité nationale et consolider le processus démocratique. Cette volonté politique se traduit dans le Document de Stratégie de Croissance et d'Emploi (DSCE 2010-2020) et vise à ramener le taux de pauvreté monétaire à 29 % en 2020.

**Tableau 1 : Indice de développement humain en 2014 au Cameroun**

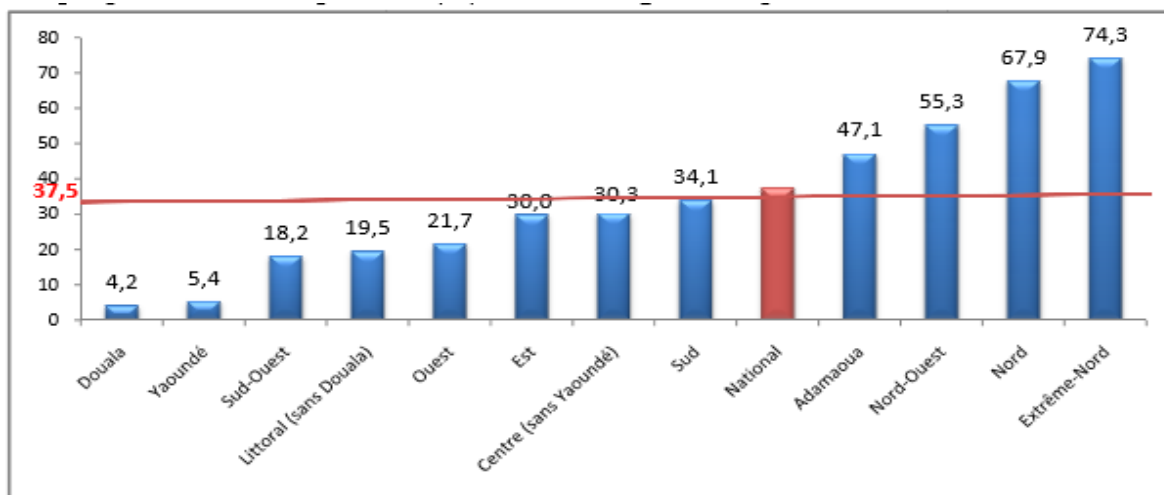
Indice de Développement Humain (IDH)	Espérance de vie à la naissance	Revenu national brut par habitant (USD)	IDH ajustés aux inégalités	Durée moyenne de scolarisation (en années)	Durée attendue de scolarisation (en années)	Indice des inégalités de genre	Indice de Pauvreté Multidimensionnelle
0,520	55,5	2803	0,344	6,05	10,4	0,587	0,260

Source : Rapport sur le Développement Humain 2015 ([http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr\\_theme/country-notes/CMR.pdf](http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/CMR.pdf))

Avec un indice de développement humain de 0,512 en 2015, le Cameroun est classé 153<sup>ème</sup> sur 187 pays. Pour l'année 2014, les valeurs des différentes composantes de l'IDH sont présentées dans le tableau 1 ci-dessous. On note une disparité géographique de l'incidence de pauvreté comme présentée dans le graphique ci-dessous. De manière générale, on remarque que les régions les plus pauvres sont celles de la zone septentrionale.

<sup>1</sup> Rapport national de progrès des objectifs du millénaire pour le développement : année 2010 ([http://www.statistics-Cameroon.org/downloads/OMD/OMD\\_National\\_2010.pdf](http://www.statistics-Cameroon.org/downloads/OMD/OMD_National_2010.pdf))

Graphique 1 Taux de pauvreté monétaire par région en 2014



Source: ECAM 4, INS

### 1.3.2. Contexte sociodémographique

La population du Cameroun est estimée à 22 709 892 habitants en 2016 (BUCREP, projection démographique, 3ème RGPH 2010). On note une forte concentration dans les villes de Douala et Yaoundé. Les plateaux du Nord et de l’Ouest ont une densité démographique élevée. Avec une espérance de vie de 52 ans, la population est composée de 51% de femmes et 49% d’hommes. Elle est essentiellement jeune : 43,6% ont moins de 15 ans, 16, 9% moins de 05 ans et 10,7% entre 0 et 35 mois. Les femmes en âge de procréer représentent 24,3% de la population générale (RGPH 2010 : Recensement Général de la Population et de l’Habitat, 2010).

L’indice synthétique de fécondité est passé de 5,8 par femme en 1991 (EDS 1991) à 4,9 en 2014 (MICS2014), impactant sur la taille des ménages. En 2015, le taux estimé d’accroissement naturel s’élève à 2,41% (RGPH, 2010).

L’éducation est assurée au Cameroun aussi bien par le secteur public que privé. La carte de scolarisation des 6-11 ans met en évidence le clivage entre le nord du pays et sa partie sud. Dans les régions septentrionales la situation est plus préoccupante que dans les autres régions.

Sur le plan de l’habitat, 65 % des ménages n’ont pas de sécurité de logement (EDS-MICS 2011). En 2014, le taux national d’alphabétisation des personnes âgées de plus de 15 ans hommes et femmes est respectivement de 78,9% et 62,9 %. Malgré les efforts notables qui sont observés depuis l’année 2000, l’analphabétisme touche encore plus de la moitié des populations de pratiquement tous les départements du grand nord.

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

Malgré le rôle majeur des femmes dans le développement social, leur participation à la vie publique reste faible. Les femmes font face à de nombreuses barrières sociales et culturelles, des obstacles psychologiques ainsi que des vides juridiques (accès difficile à la terre et au crédit par exemple) qui entravent leur épanouissement.

### 1.3.3. Contexte sécuritaire

L'insécurité sévit dans les régions du septentrion avec un accent particulier dans la région de l'Extrême-Nord en raison de l'incursion par le groupe extrémiste terroriste Boko Haram. Cela a entraîné des déplacements massifs de populations tant de l'intérieur du pays que des pays voisins, ce qui les a laissés dans des conditions très précaires. Cela comprend l'augmentation des besoins en services de santé et nutrition et une réduction significative de l'accessibilité des services en raison des problèmes de sécurité. Le défi est complexe et les stratégies doivent être innovatrices pour répondre effectivement à ce défi.

Cependant parmi les 30 districts de santé dans la région de l'Extrême-Nord, seulement 8 sont dans la zone d'insécurité. Outre la population des pays voisins, la population couverte par les 8 districts est d'environ 1076211 habitants, ce qui représente environ 28 % de la population totale de la région. Par ailleurs, environ 515356 personnes, réparties en 190591 personnes déplacées, 65620 réfugiés nigériens, et 259145 réfugiés de la RCA dans les zones rurales des régions de l'Est, de l'Adamaoua et du Nord constituent un souci pour le HCR dans les régions du nord du Cameroun et celle de l'Est.

### 1.3.4. Contexte sanitaire

Le système national de santé est structuré en trois niveaux

Tableau 2 : La structuration du système de santé au Cameroun

NIVEAUX	STRUCTURES ADMINISTRATIVES	ROLES	STRUCTURES OPERATIONNELLES DE SOINS
Central	Cabinet du Ministre, Secrétariat Général, Directions et Structures assimilées	Conception et élaboration de la politique et des stratégies du pays	Hôpitaux de 1 <sup>ère</sup> catégorie, (HGY, HGD, CHUY, HGOPY, HGOPE, CHRACERH) Hôpitaux de 2 <sup>e</sup> catégorie (HCY, HLD, HJY) Organismes sous tutelle (Centre Pasteur, CENAME, LANACOME)
Intermédiaire	Délégations Régionales de la Santé Publique	Appui technique aux Districts de Santé	Hôpitaux Régionaux et assimilés, FRPS
Périphérique	Le Service de District de Santé	Mise en œuvre des programmes en relation avec les communautés bénéficiaires	Hôpitaux de District et apparentés, Hôpitaux Privés à but non lucratif, CMA, CSI, Pharmacies

Source : Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027, les choix stratégiques reposent sur :

- l'équité dans l'accès géographique, financier et culturel aux services de santé et aux soins et services de qualité
- la participation communautaire
- la gouvernance
- la gestion axée sur la performance (efficacité, efficience, pertinence, viabilité financière, excellence)
- le partenariat pour la santé
- la déconcentration et décentralisation
- la participation et la responsabilisation
- la gestion optimale des informations sanitaires.

Le secteur santé s'articule autour de trois sous-secteurs : public, privé et celui de la médecine traditionnelle. Le sous-secteur public comprend des structures sanitaires sous-tutelle, d'autres administrations partenaires à l'instar de la Défense, de la Sûreté Nationale, de l'Administration Pénitentiaire, du Travail et de la Sécurité Sociale (à travers la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale), des Enseignements Secondaires, de l'Enseignement Supérieur, etc. Le sous-secteur privé regroupe les structures sanitaires privées à but lucratif et non lucratif (confessions religieuses, associations et diverses organisations non gouvernementales). S'agissant de la médecine traditionnelle, l'État s'est engagé dans un processus d'encadrement et de valorisation de ce sous-secteur dont le cadre juridique est en cours d'adoption.

Le capital physique pour l'offre de services et soins de santé compte en 2016 : 15 hôpitaux de 1<sup>e</sup> catégorie et de 2<sup>e</sup> catégorie, 15 hôpitaux régionaux et assimilés, 189 services de santé de district, 218 hôpitaux de district et assimilés, 3 786 centres médicaux d'arrondissement et centres de santé intégrés. L'offre physique des structures de santé semble globalement satisfaisante à l'échelle nationale. Toutefois, l'on note des disparités entre les régions au regard de la population à la période de référence. Les données actuellement disponibles ne permettent pas d'apprécier l'adéquation entre les formations sanitaires fonctionnelles et la demande de soins et de services.

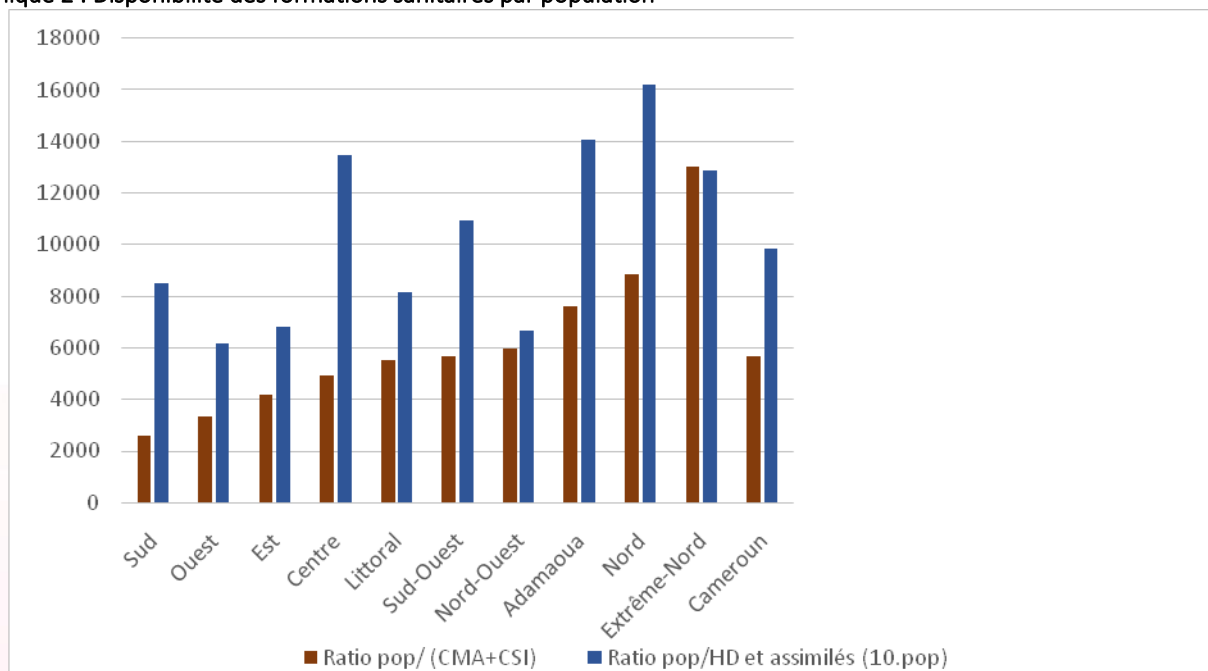
Les régions du Sud, de l'Ouest et de l'Est sont les mieux couvertes en formations sanitaires publiques de premier niveau avec des ratios respectifs de 1 CSI/CMA pour 2574, 3325 et 4172 habitants. Cependant, ceci ne traduit pas forcément une meilleure couverture spatiale des cibles. Par contre, les régions du Nord et de l'Extrême-Nord sont les régions les moins couvertes, avec des ratios respectifs de 1/13030 et 1/8840. L'offre de structures de santé par Région est décrite dans le tableau ci-dessous :

Tableau 3 : Appréciation globale de la capacité de l'offre de soins et services du pays en 2014

Région	Population 2014	District de santé	CSI & CMA	HD & Assimilés	HR	HC & HG	Total général	Ratio pop/ (CMA+CSI)	Ratio pop/HD et assimilés	Ratio pop/DS
Adamaoua	1 125 438	9	148	8	1	0	157	7604	140680	125049
Centre	3 906 883	30	797	29	1	11	838	4902	134720	130229
Est	888 682	14	213	13	1	0	227	4172	68360	63477
Extrême-Nord	3 856 740	30	296	30	3	0	329	13030	128558	128558
Littoral	3 175 664	24	575	39	2	3	619	5523	81427	132319
Nord	2 271 914	15	257	14	1	0	272	8840	162280	151461
Nord-Ouest	1 999 831	19	336	30	1	0	367	5952	66661	105254
Ouest	1 978 322	20	595	32	1	0	628	3325	61823	98916
Sud	766 981	10	298	9	2	1	310	2574	85220	76698
Sud-Ouest	1 533 964	18	271	14	2	0	287	5660	109569	85220
<b>Total</b>	<b>21 504 419</b>	<b>189</b>	<b>3 786</b>	<b>218</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>4 034</b>	<b>5680</b>	<b>98644</b>	<b>113780</b>

Source : MINSANTÉ-Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027

Graphique 2 : Disponibilité des formations sanitaires par population



Source : MINSANTE-Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027

### 1.3.5. Les intervenants dans le secteur santé

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



régulateur, coordonnateur, pourvoyeur de ressources, producteur de soins et enfin comme appui-relais (Finance, communication, agriculture, etc.). Les collectivités territoriales décentralisées (régions et communes) sont responsables de la gestion et de la mise en œuvre des plans de développement sanitaire communaux au niveau local. Depuis les lois 2004/018 et 2004/019 du 22 Juillet 2004, ces collectivités disposent de prérogatives leur conférant l'autorité en matière de i) création, équipement, gestion et entretien des centres de santé d'intérêt communal ou régional, ii) gestion de l'assistance au profit des nécessiteux en les impliquant dans l'organisation et la gestion de l'approvisionnement des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels en conformité avec la politique nationale de santé. Les ménages et les communautés participent à la gestion du système de santé à travers les comités de santé.

### 1.3.6. Le financement du secteur de la santé au Cameroun

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

#### Budget de l'État

Tableau 4 : Evolution du budget du MINSANTE de 2009 à 2016

FINANCEMENT	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Budget de l'État (milliards de FCFA)	2301,4	2570	2571	2800	3236	3 312	3 746	4 235
Budget de l'État alloué au MINSANTÉ (milliards de FCFA)	113,33	123,70 1	151,81 0	151,42 0	162,44 8	165,87 0	207,6	236,15 7
Proportion du budget du MINSANTÉ par rapport au budget national (%)	4,92%	4,81%	5,90%	5,41%	5,02%	5,01%	5,54%	5,58%

Source : Extrait des lois de finances du Cameroun de 2009 à 2016

D'après l'engagement pris à Abuja par les Chefs d'État et de gouvernement d'allouer au moins 15% du budget national à la santé, le Cameroun ne satisfait pas à cette exigence puisqu'en 2016, il n'a alloué que 5,5% du budget national au MINSANTÉ. La proportion du budget de l'État attribué à la santé dans les ministères partenaires est difficile à capter.

Un rapport de la Banque Mondiale indique que la santé de la mère et de l'enfant ne bénéficie que d'une part minime (autour de 5%) des finances publiques alloués à la santé (Banque Mondiale 2012 : *Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun (RaSSS)*).

Le volet santé de la reproduction a bénéficié d'une augmentation de 83% de 2009 à 2010 dans le budget alloué au MINSANTÉ et ce montant est resté stable par la suite. L'on note que pour les deux années susmentionnées, la proportion du budget accordée au volet amélioration de la santé de l'enfant

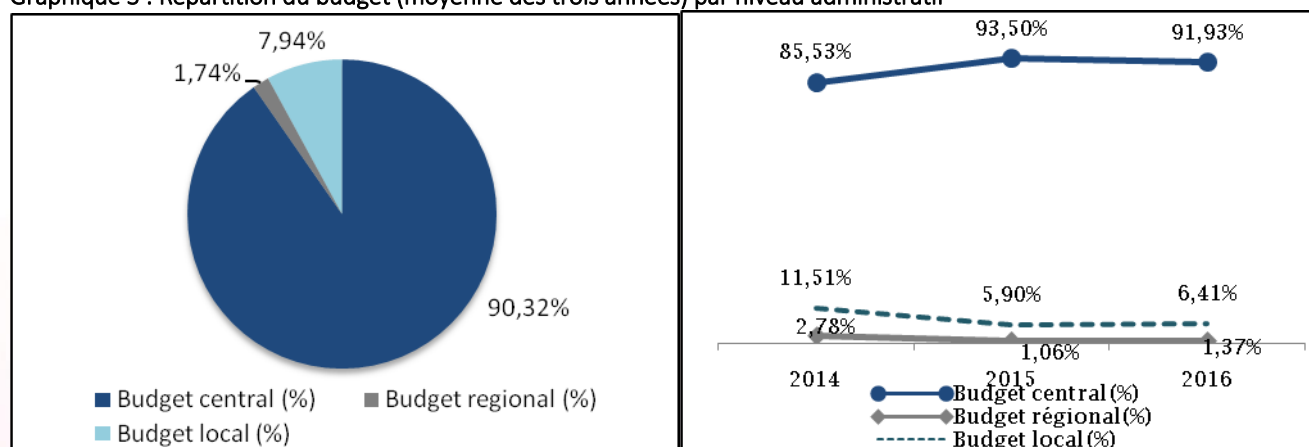
représente 64 à 97% du montant total consacré à la santé de la reproduction. La santé de l'adolescent bénéficie d'une portion congrue dans les allocations budgétaires effectuées au sein du programme.

Il convient de noter qu'en matière de SRMNEA le financement de l'État est très faible. D'où la nécessité de mettre en place des mécanismes de financement pérenne. Les dépenses de santé sont également partagées par les ménages à travers le recouvrement des coûts et autres paiements directs. Les statistiques des comptes nationaux de santé 2012 révèlent que les dépenses totales en santé représentent 5,4% du PIB. Ces dépenses totales en santé sont constituées à 14,6% des dépenses des administrations publiques pour la santé, 6,9% des bailleurs de fonds, et 70,42% des contributions des ménages (CNS 2012).

En 2010, ces paiements directs représentaient 94,5 % des dépenses privées de santé. Par ailleurs, les dépenses de santé sont prises en charge à travers le financement extérieur. En 2010, il représentait 13,2% du budget (WHOSIS, 2012). Les soins de santé primaires constituent la principale destination du financement extérieur.

En 1996, l'adoption de la constitution consacre le modèle décentralisé pour toutes les administrations camerounaises. Dix délégations régionales de santé publique sont créées et coordonnent 190 districts de santé. Ces délégations sont en charge de la mise en place des décisions prises au niveau central. Néanmoins, une analyse des budgets montre que ce processus de décentralisation ne semble pas avoir été accompagné par une redistribution des ressources entre les différents niveaux (central, intermédiaire et local). Comme illustré par le Graphique 3, 90.3% du budget est détenu au niveau central. Moins de 2% du budget sont alloués au niveau intermédiaire.

**Graphique 3 : Répartition du budget (moyenne des trois années) par niveau administratif**



Source : Budget de 2014, 2015 & 2016

Il y a bien une délégation financière entre le niveau central et les autres niveaux, mais elle n'est pas planifiée dans l'écriture du budget. Contrairement à la tendance dans d'autres pays, les ressources publiques semblent remonter au niveau central, qui est également le niveau le plus éloigné de l'utilisateur.

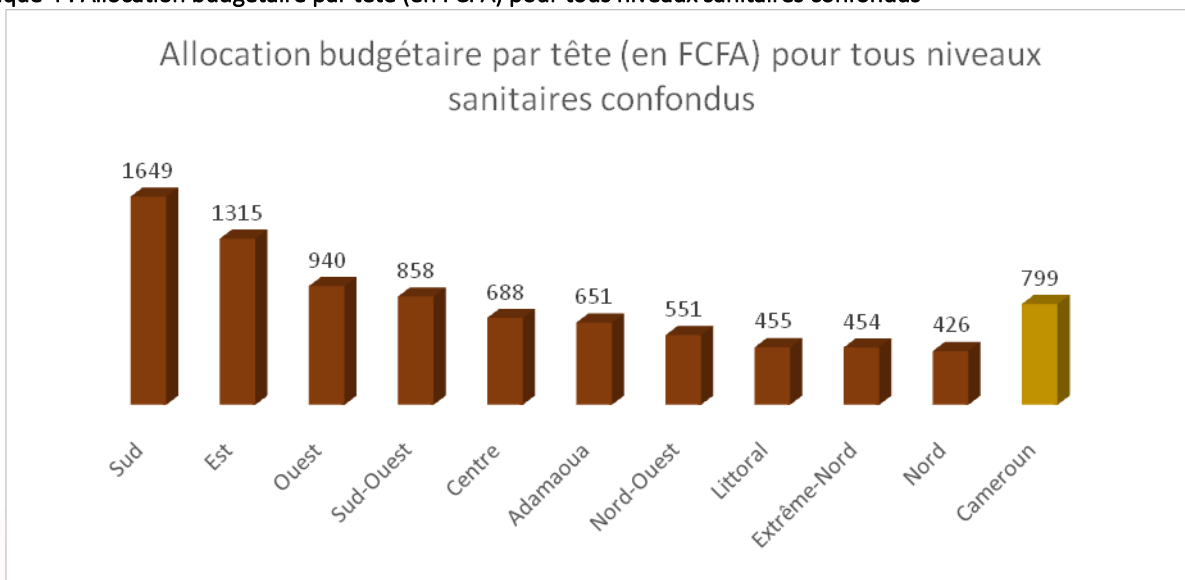
En effet, la tendance sur les trois années est à l'accroissement de la part des ressources allouées au niveau central, plus spécifiquement au détriment de l'allocation budgétaire aux niveaux périphériques

(local). La part du budget accordée à ces entités passe de 11.5% en 2014 à 6.4% en 2016. Ce résultat est surprenant, étant donné le processus de décentralisation et la volonté affichée dans le CDMT de rediriger les dépenses vers les niveaux régionaux et locaux.

Le niveau central a donc bénéficié pendant ces trois années d'une réorientation des ressources vers ce niveau, mais d'également d'un accroissement du budget total sur les trois années. En effet, le budget passe de 165 milliards de FCFA en 2014 à 236 milliards de FCFA en 2016, soit une croissance de 43% par rapport au budget de 2014. Le niveau régional et local n'a pas bénéficié de cette croissance du budget, en termes absolus (FCFA), ces budgets ont même reculé de respectivement 31% et 22%.

Le calcul des allocations budgétaires par habitant et par région (pour tous les niveaux de soins, y compris délégations régionales) révèle d'importantes disparités entre les régions. Le sud et l'Est sont les régions les moins peuplées du Cameroun mais reçoivent les plus hautes allocations budgétaires par habitant. Le Sud reçoit près de 4 fois plus de ressources par habitant que le Nord. Les allocations budgétaires par tête pour les régions du Nord et de l'Extrême-Nord sont les moins élevées dans le pays, bien que ces deux régions présentent les plus grands enjeux sanitaires, sociaux et sécuritaires.

**Graphique 4 : Allocation budgétaire par tête (en FCFA) pour tous niveaux sanitaires confondus**



Source : Budget de 2015, Institut National de la Statistique

**NB :** L'année 2015 est utilisée pour le graphique ci-dessus car les données sur l'effectif de la population n'est disponible que pour cette année sur le site de l'Institut National de la Statistique.

Ces divergences sont expliquées par des différences d'infrastructure sanitaire entre les régions. Le financement se concentrant exclusivement sur les frais de fonctionnement par institution, les régions ayant plus d'institutions sanitaires bénéficient d'une allocation budgétaire plus élevée (et d'autant plus si les institutions en question se trouvent en haut de la pyramide sanitaire). Encore une fois, les régions du Nord et de l'Extrême-Nord figurent parmi les régions les moins bien desservies par les hôpitaux de district, les CMA et les CSI dans tout le pays.

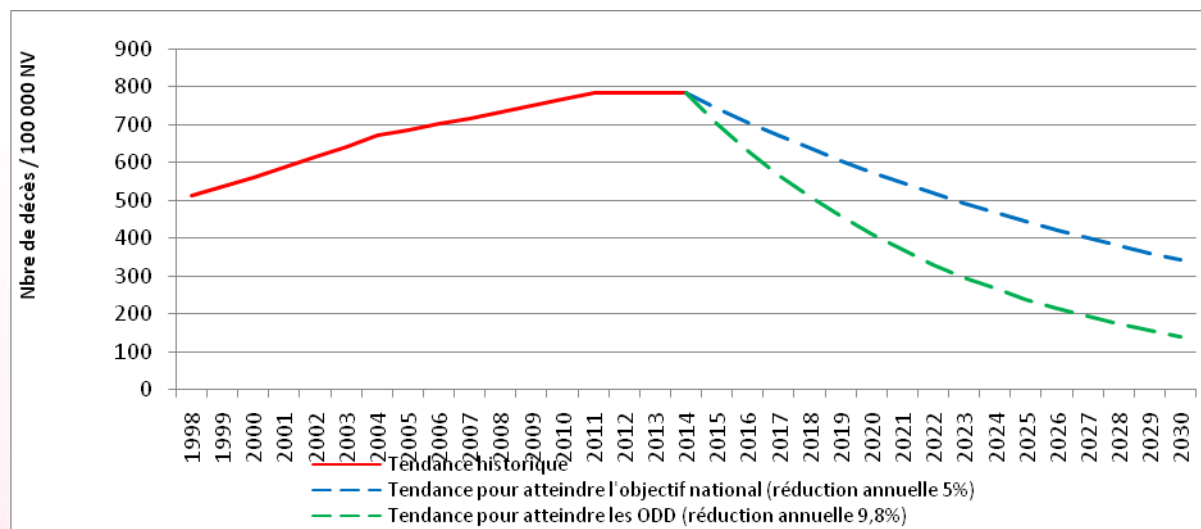
## 2. ANALYSE SITUATIONNELLE

### 2.1. La situation des indicateurs clefs de la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et des adolescents (SRMNEA)

#### 2.1.1. Mortalité Maternelle

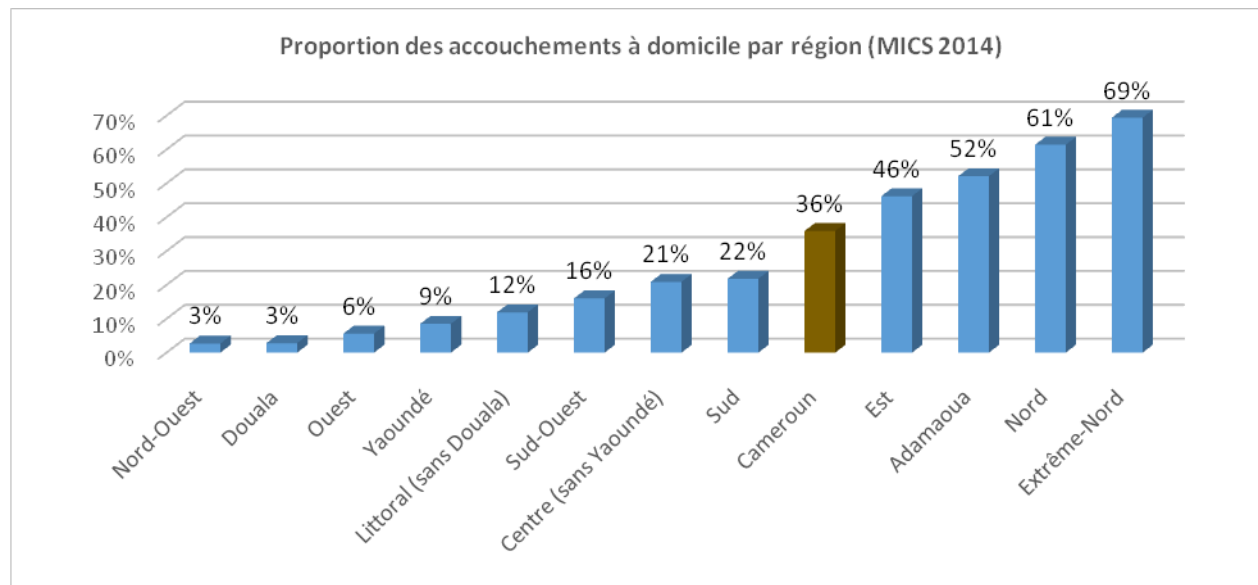
La mortalité maternelle au Cameroun a subi une évolution préoccupante au cours des quinze dernières années (DSRP, 2003). En dépit de la modeste ambition de réduction de 20% à l'horizon 2015 contre 75% au niveau mondial, le pays n'a pas réussi à atteindre son objectif de 350 décès pour 100 000 naissances vivantes de 2015. Les statistiques de la mortalité maternelle issues des EDS les plus récentes montrent que le ratio de mortalité maternelle en 2011 est 2,2 fois plus élevé que l'objectif national pour 2015 avec en moyenne 19 décès maternels enregistrés chaque jour. Le ratio de mortalité maternelle (RMM) a ainsi augmenté d'environ 82% au cours des 20 dernières années, passant de 430 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1998 à 782 en 2011 (INS, 2011). Or au même moment, le ratio de mortalité maternelle globale pour l'Afrique sub-saharienne a été réduit de moitié, et une réduction globale de 45% de cette mortalité a été enregistrée sur la même période (United Nations, 2015). La cible des ODD d'ici 2030 est d'arriver à un niveau inférieur à 140 décès pour 100000 naissances vivantes. L'objectif actuel contenu dans le PNDS du Cameroun est de réduire le ratio de mortalité maternelle à 582 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici fin 2020 (PNDS, 2016). A ce rythme de 5% de réduction annuelle, il est peu probable que le pays atteigne la cible des ODD, laquelle requiert une réduction moyenne annuelle estimée à 9,8%.

Graphique 5 : Tendances historiques dans l'évolution de la mortalité maternelle au Cameroun



Source : MICS 2014

Graphique 6 : Proportion des accouchements à domicile par région



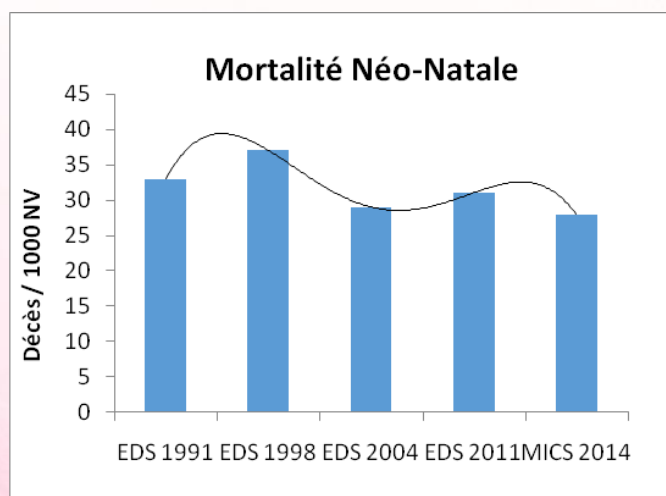
Source : projection faite à partir des données

Les causes directes des décès maternels sont les hémorragies (46%), la dystocie (22%), l'éclampsie/pré-éclampsie (11%) et les infections de la période postpartum (9%), tandis que les causes indirectes incluent le paludisme, les anémies sévères, les affections liées au VIH/Sida et les maladies cardio-pulmonaires (MINSANTÉ, 2014).

Les risques de décès seraient fortement liés au fait que, dans plus d'un tiers des cas, les accouchements ne se déroulent pas dans un établissement de santé, mais plutôt à domicile (35,9% des accouchements, selon la MICS 2014), et sans l'assistance de personnel de santé formé (35,3%). La situation des accouchements à domicile est plus critique dans les régions de l'Extrême-Nord (69,4%), du Nord (61,4%), de l'Adamaoua (52,1%) et de l'Est (46,2%).

### 2.1.2. Mortalité néonatale

Graphique 7 : Evolution du taux de mortalité néonatale.

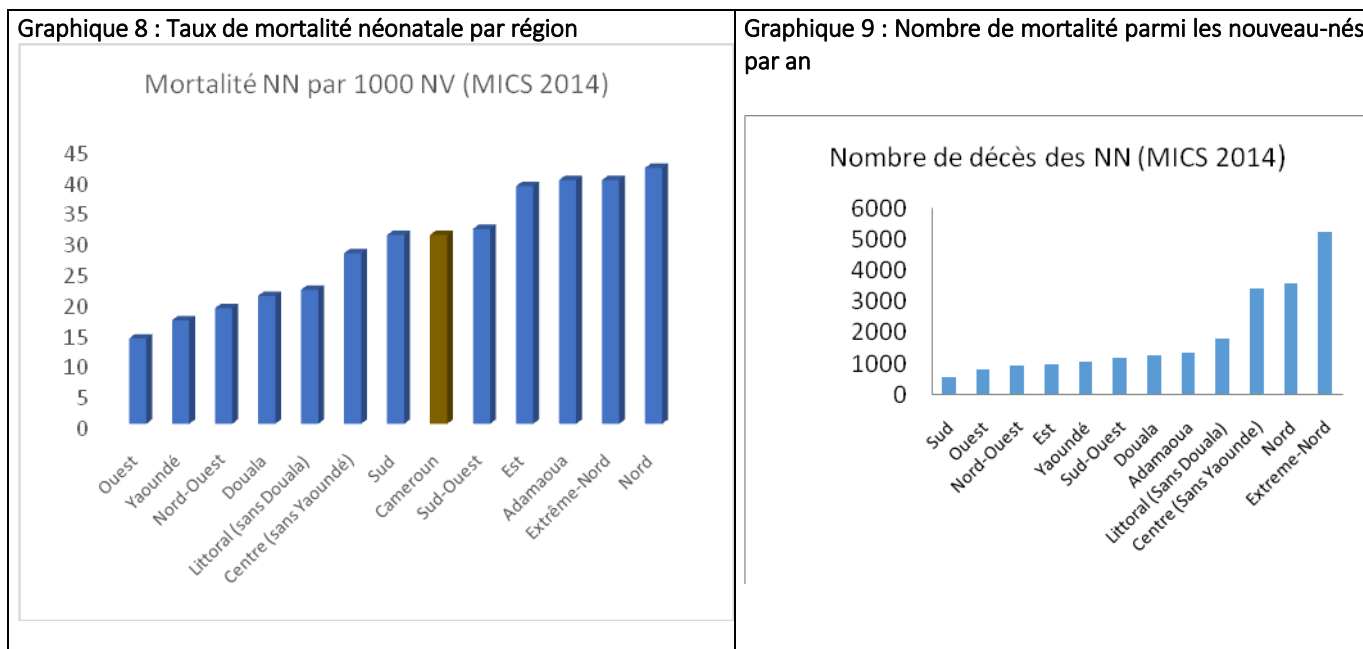


Le taux de mortalité néonatale est passé de 31‰ naissances vivantes à 28‰ naissances vivantes entre 2011 et 2014, et ce taux représente près de la moitié de la mortalité infantile, et le quart de celui des enfants de moins de cinq ans.

Le niveau de décès des nouveau-nés est resté relativement stagnante dans les 10 dernières années, comme on peut le voir dans Graphique N°7 Autrement dit, tandis que des progrès ont été accomplis au niveau de la mortalité post-néonatale, même tardivement, ce n'est pas le cas pour la

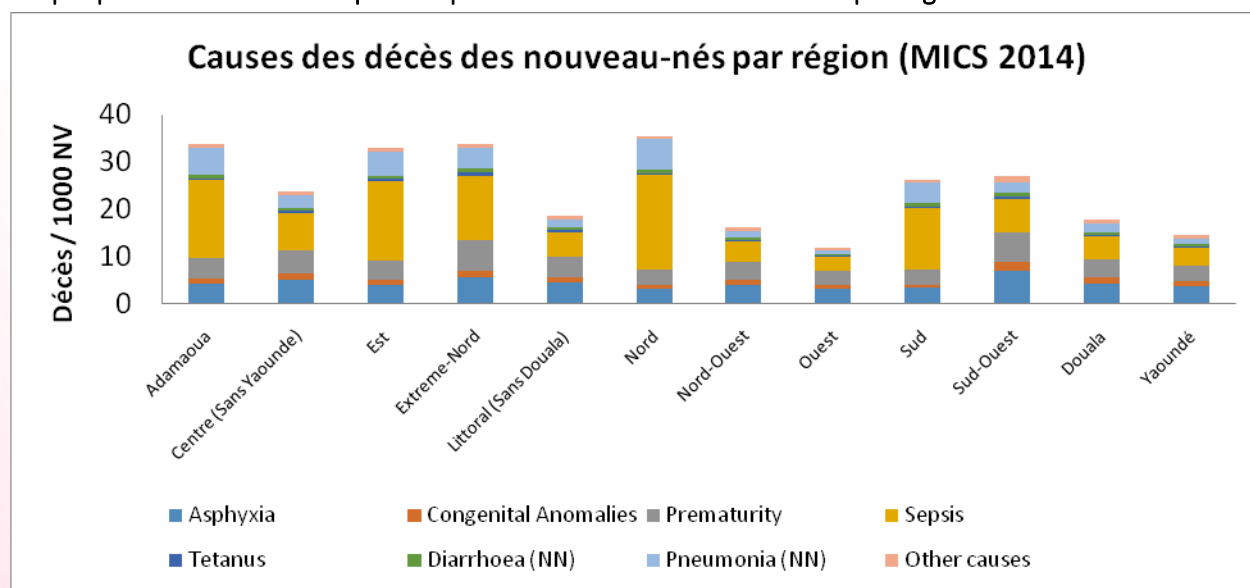
mortalité néonatale, au moins dans la période entre l'EDS 2004 et la MICS 2014, suggérant ainsi que les décès des nouveau-nés constituent une proportion de plus en plus importante des décès des enfants de moins de 5 ans.

De plus, d'énormes disparités existent entre les régions. Cette mortalité est très élevée dans l'Extrême-Nord (38‰ NV), le Sud-Ouest (37‰ NV), le Nord (35‰ NV), l'Adamaoua (34‰ NV) et l'Est (33‰ NV). (Voir Graphique 8 et 9)



Les causes les plus fréquentes des décès des NN sont l'asphyxie, la prématurité, l'infection et la pneumonie. (Voir graphique 10 ci-dessous).

Graphique 10 : Les causes les plus fréquentes de décès des nouveau-nés par région



Source : Analyse EQUIST 2016

### 2.1.3. Mortinaissances

Dans le monde entier en 2015, il y a eu 18,4 mortinaissances pour 1000 naissances totales, par rapport à 24,7‰ en 2000. Bien que les taux de mortinaissances aient légèrement diminués, au plan mondial, le taux moyen annuel de réduction (ARR) de mortinaissances (2,0%) a été beaucoup plus lent que celui de la mortalité maternelle (3,0 %) ou de la mortalité post-néonatale des enfants de moins de 5 ans (4,5%). La plupart des 2,6 millions de mortinaissances dans le monde chaque année ont lieu dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (98%), dont les trois quarts en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud.

La moitié des mortinaissances survient pendant le travail - 1,3 million chaque année. Ces décès se produisent surtout chez les nourrissons qui sont arrivés à terme et qui auraient pu survivre. La croyance selon laquelle beaucoup de mortinaissances sont inévitables en raison d'anomalies congénitales est très répandue alors que celles-ci représentent une moyenne de seulement 7,4% de mortinaissances après 28 semaines.

Les principaux facteurs de risque de mortinaissance sont bien connus notamment les infections maternelles, (notamment la syphilis, le paludisme, streptocoque B...) les maladies non transmissibles et les facteurs de nutrition et de mode de vie tels que l'obésité et le tabagisme. Elle est également souvent associée à la restriction de croissance fœtale, au travail prématuré, à la grossesse post-terme, et aux soins sous-optimaux.

Généralement, les femmes dont les bébés sont des mort-nés se sentent stigmatisées, socialement isolées, moins valorisées par la société et, dans certains cas, sont soumises à des abus et des actes de violence. Par ailleurs la mortinaissance a des conséquences de grande portée pour les parents, les prestataires de soins, les communautés et la société, souvent négligées et sous-estimées. Les symptômes psychologiques négatifs sont fréquents chez les parents endeuillés, et souvent durent des années après la mort de leurs bébés. Les prestataires de soins sont aussi profondément affectés car ils éprouvent culpabilité, colère, anxiété et tristesse. En effet, tous les personnels de santé qui dispensent des soins à la naissance dans tous les contextes devraient recevoir une formation sur la manière d'offrir des services d'assistance respectueux aux personnes endeuillées après des mortinaissances, des décès maternels et néonataux ; et ils devraient eux-mêmes avoir accès à un soutien après un décès.

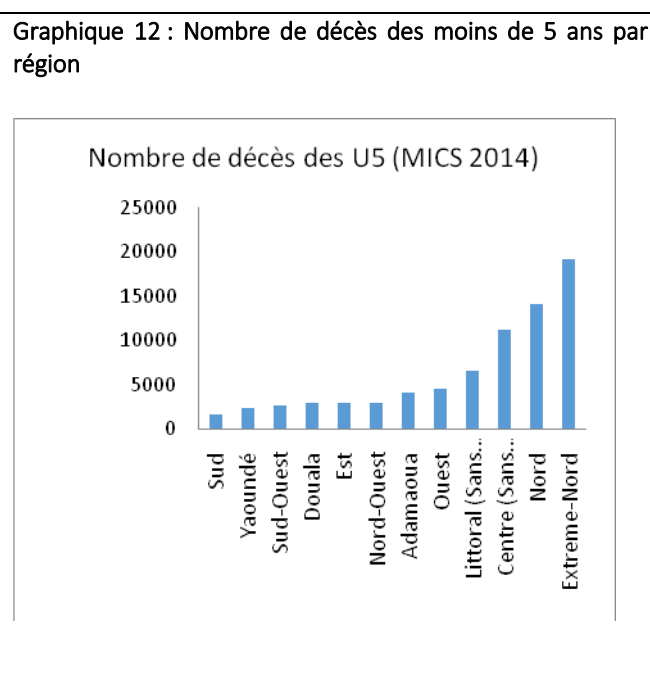
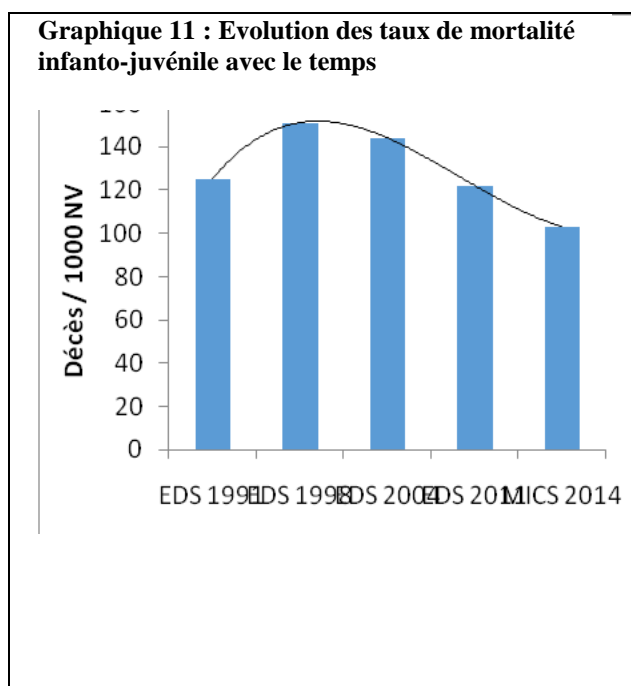
Certaines interventions fondées sur des preuves ont un meilleur impact sur les mortinaissances - par exemple, le traitement de la syphilis pendant la grossesse pourrait prévenir plus de 7,7% de mortinaissances - et la surveillance de la fréquence cardiaque du fœtus ainsi que le suivi du travail sont déterminants pour prévenir les mortinaissances en intrapartum et réduire les décès néonataux. Les mortinaissances sont évitables grâce à des soins prénatals et périnatals de haute qualité dans le continuum de soins pour les femmes et les enfants. **De tels apports permettent un retour quadruplé sur investissements en prévenant les décès des mères et des nouveau-nés ainsi que des mortinaissances, et en améliorant le développement de l'enfant.** Le taux de mortinaissance est un indicateur sensible de qualité et d'équité pour les soins de santé.

Selon l'OMS, le taux de mortinaissances au Cameroun en 2011 était estimé à 24‰ naissances. La cible de mortinatalité proposée aux pays par le Plan d'action « Chaque Nouveau-né » est de maximum 12‰ naissances en 2030 pour les pays et de 8‰ naissances sur le plan mondial.

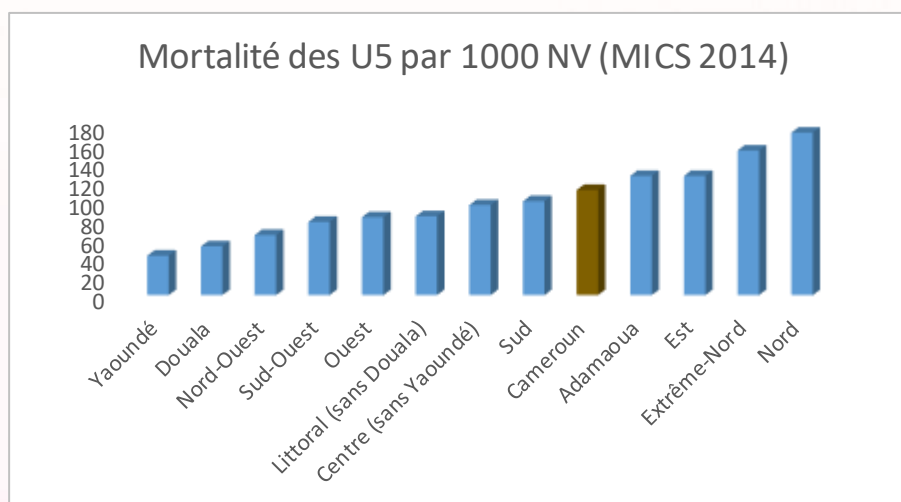
### 2.1.4. Mortalité infanto-juvénile

Le taux de mortalité infantile est passé de 74 décès pour 1 000 naissances vivantes à 60 entre 2011 et 2014, et celui de la mortalité infanto-juvénile est passé de 122‰ naissances vivantes à 103‰ au cours de la même période. (Voir Graphique 11)

D'importantes variations existent entre les régions. Alors que l'Extrême-Nord et le Nord comptent pour 27,5% de l'ensemble de la population des enfants de moins de 5 ans dans le pays, elles supportent à elles seules 63% de la surmortalité. (Voir Graphique 12 & 13)



Graphique 13 : Taux annuel de mortalité des moins de 5 ans par région

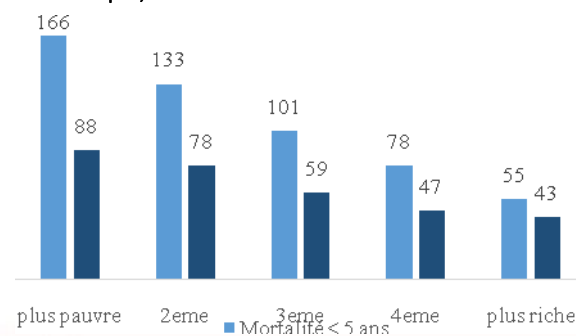




La mortalité infantile et la mortalité infanto-juvénile sont beaucoup moins élevées en milieu urbain (49‰ naissances vivantes et 74‰ respectivement) qu'en milieu rural (78‰ et 140‰ respectivement). La mortalité des enfants varie également en fonction du niveau d'instruction de la mère et du quintile de bien-être économique du ménage. Concernant le niveau d'instruction de la mère, un enfant dont la mère n'est pas instruite a une probabilité de décéder avant le premier anniversaire, qui est 1,9 fois plus élevée que celle d'un enfant dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou supérieur. La différence devient plus importante pour la mortalité des enfants de moins de 5 ans. La probabilité de mourir avant 5 ans est de 156‰ chez un enfant dont la mère n'est pas instruite, contre 65‰ soit 2,4 fois moins que lorsque la mère a fait des études secondaires ou plus. Suivant le niveau de bien-être du ménage, on note une mortalité différentielle des enfants quelle que soit la composante de celle-ci. Les niveaux de mortalité sont nettement plus élevés pour les enfants vivant dans les ménages les plus pauvres (173‰ naissances vivantes pour la mortalité infanto-juvénile et 93‰ naissances vivantes pour la mortalité infantile) que pour ceux des ménages les plus riches (57‰ pour la mortalité infanto-juvénile et 46‰ pour la mortalité infantile). (Voir graphique 14 et 15)

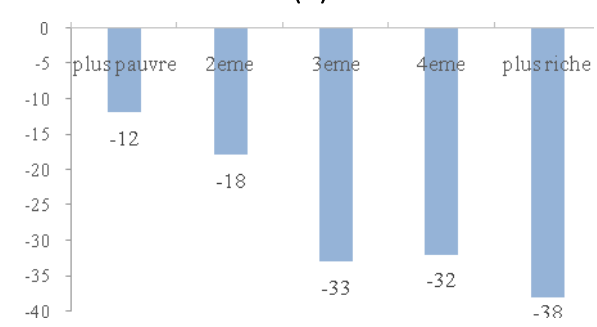
*Les différences entre les résultats des segments les plus riches et des plus pauvres de la société sont vastes.*

**Graphique 14 : Mortalité des moins de 5 ans par quintile économique, 2014**



*Les riches ont pu bénéficier d'une amélioration beaucoup plus que les pauvres.*

**Graphique 15 : Réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans 2004-2014 (%)**



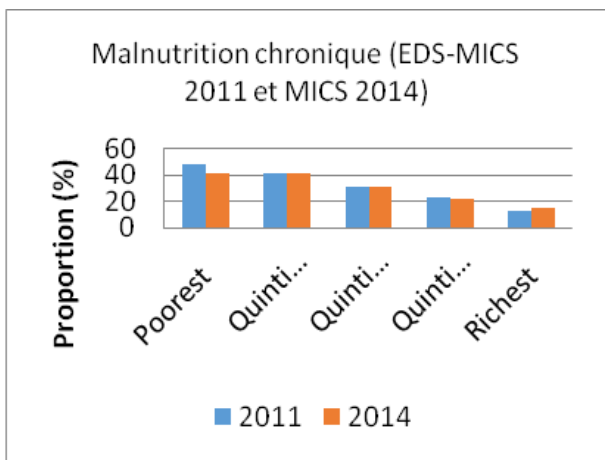
Source : Hodges (2015) et calculs des services de la Banque mondiale (de projet SCD Cameroun)

Chez les enfants de 2 mois à 5 ans, le paludisme (21%), la diarrhée (17%), la pneumonie (17%) et le VIH/Sida (7%) constituent les principales causes de mortalité (World Health Statistics, 2014).

### 2.1.5. La malnutrition, un facteur-prédisposant majeur de la morbidité infanto-juvénile

Environ un tiers des enfants de moins de cinq ans souffrent de la malnutrition chronique ou retard de croissance (31,7% selon la MICS 2014, dont 12,9% de la forme sévère), ce qui signifie que le Cameroun se trouve parmi les pays de « prévalence élevée » de la malnutrition chronique, selon les critères de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS, 2010).

**Graphique 16 : Distribution de la malnutrition chronique par quintile économique, 2011 & 2014**



Jusqu'à récemment, la situation du retard de croissance s'est dégradée au fil des années. En 1991, 24,4% des enfants de moins de 5 ans souffraient, comparé aux 30,4% en 2006. Ils étaient 33% en 2011 (EDS/MICS 2011) et 31,7%

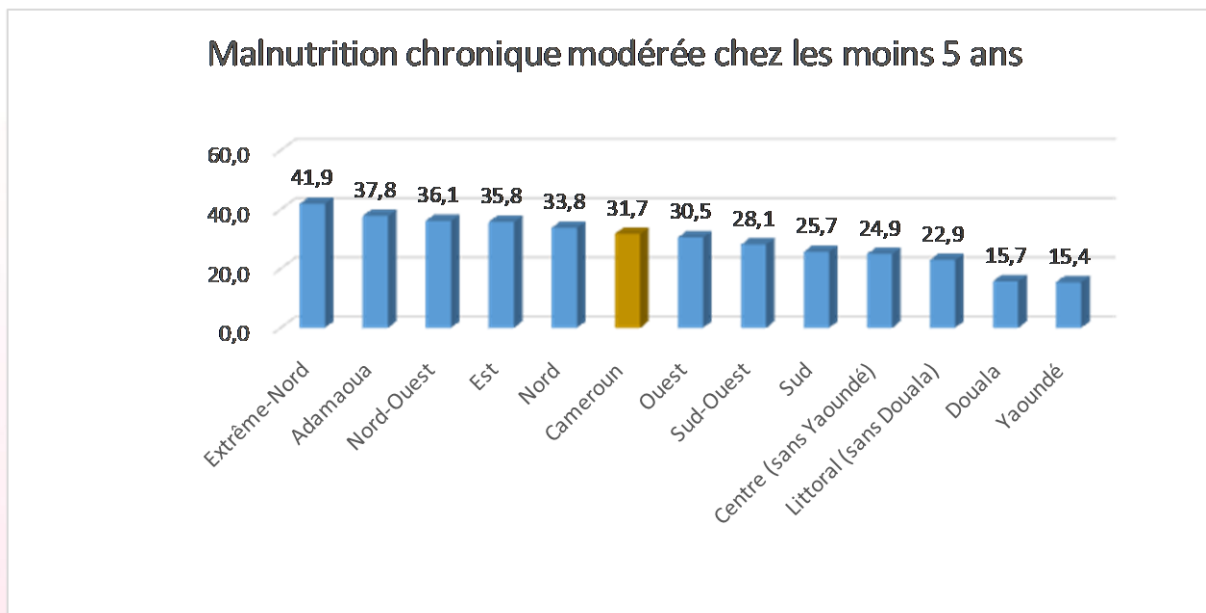
en 2014 (MICS 2014). Par ailleurs, 5,2% d'enfants de moins de 5 ans souffrent de la malnutrition aigüe en 2014 contre 6% en 2011 et 14,8% souffrent d'insuffisance pondérale en 2014 contre 15% en 2011 (EDS-MICS 2011 et MICS 2014). A l'autre extrême, certains enfants souffrent de l'obésité (6,7% de ceux âgés de moins de cinq ans en 2014).

Le taux de malnutrition chronique est très élevé dans les 3 premiers quintiles de pauvreté, avec des proportions de plus de 41% dans les deux premiers et de 31% dans le troisième. En effet, la proportion des enfants souffrant de malnutrition chronique dans le quintile le plus pauvre est d'environ trois fois celle du quintile le plus riche (41,6/14,5).

La malnutrition chronique est la cause de 14,7% des décès chez les enfants de moins de cinq ans (OMS, 2014).

Il est à noter que les enfants du milieu rural sont plus affectés que ceux du milieu urbain avec 38 pour cent et 23 pour cent respectivement. En plus des régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est, les régions du Nord-Ouest et de l'Ouest présentent également des taux de malnutrition chronique élevés<sup>2</sup>.

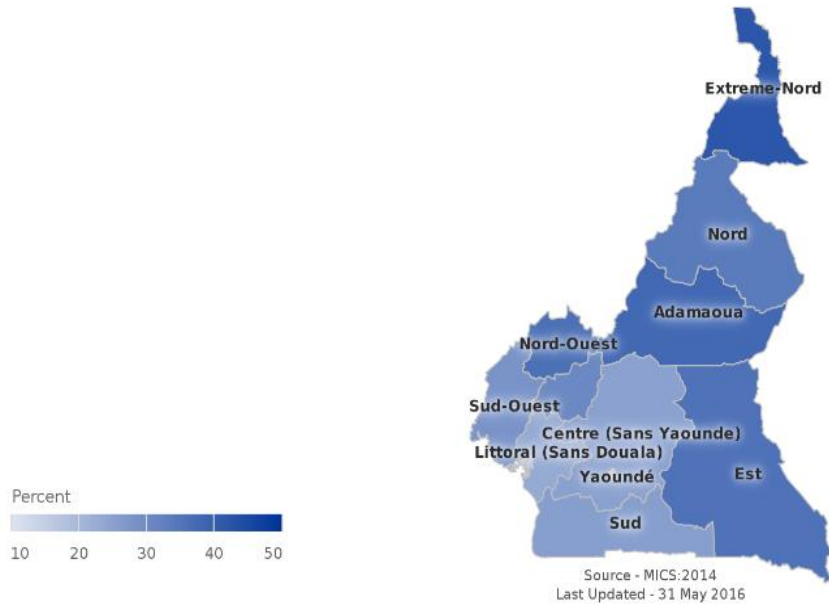
**Graphique 17 : Proportion malnutrition chronique modérée chez les moins 5 ans par région, MICS 2014**



<sup>2</sup> Littoral (sans Douala) 22,9% ; Centre (sans Yaoundé) 24,9% ; Sud 25,7% ; Sud-Ouest 28,1% ; Ouest 30,5% ; Nord 33,8% ; Est 35,8% ; Nord-Ouest 36,1% ; Adamaoua 37,8% ; Extrême Nord 41,9% ; Cameroun 31,7%

## Graphique 18 : Distribution de la malnutrition chronique par région

Cameroon : Moderate and Severe stunting in under 5 (H/A <2SD)



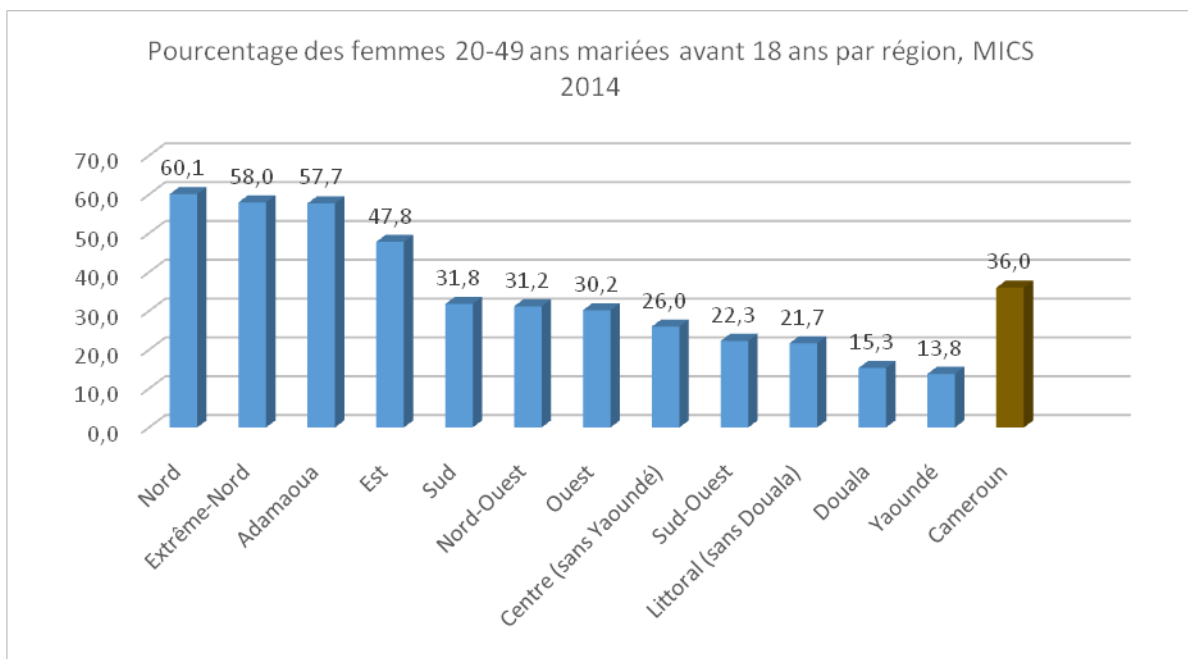
Sources : MICS 2014

### 2.1.6. Santé des adolescents /jeunes<sup>3</sup>

Nonobstant les efforts déployés par le gouvernement et ses partenaires, l'attention portée sur la problématique de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes, demeure très insuffisante, pourtant, cette tranche de la population représente 33% de la population (RGPH, 2010). Parmi les problèmes majeurs de la santé de la reproduction des adolescentes et des jeunes, il y a : (i) les rapports sexuels précoces et leurs conséquences négatives ; (ii) les grossesses précoces non désirées ; (iv) les infections sexuellement transmissibles ; (v) les mariages précoces ; et (vi) les violences sexuelles.

<sup>3</sup>Adolescent : 10 à 19 ans ; jeune adolescent : 10 à 14 ans et jeune : 20 à 24 ans

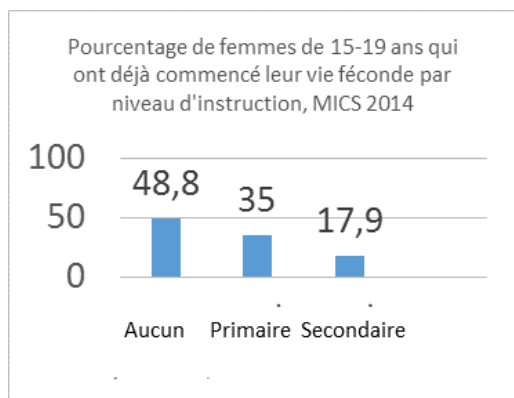
Graphique 19: Proportion des femmes 20-49 mariées avant 18 ans par région, MICS 2014



Au Cameroun, la fécondité précoce reste très élevée et **plusieurs adolescentes deviennent enceintes trop tôt, avec un taux de 119 naissances vivantes pour 1000 femmes âgées de 15-19 ans**. Cela représente le double de la moyenne mondiale dans la même tranche d'âge (MICS, 2014). Par ailleurs, 25,6% des adolescentes de 15-19 ans ont déjà débuté leur vie féconde. En clair, une adolescente sur quatre âgée entre 15-19 ans est déjà mère ou a déjà été enceinte.

L'âge médian au premier rapport sexuel des femmes enquêtées de 25-49 ans était de 16,8 ans et du premier mariage de 17,9 ans. En outre, 16% des filles et 9,3% des garçons de 15-19 ans ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans (MICS, 2014). Par ailleurs, au vu des dispositions légales qui fixaient l'âge minimum du mariage chez la jeune fille à 15 ans, il en ressort que 20,1% des filles de 15-19 ans étaient mariées ou en union. Cependant 6,2% des filles de 15-19 ans et 10,8% des 20-24 ans ont été mariées avant l'âge de 15 ans (MICS, 2014).

**Graphique 20 : Pourcentage de femmes 15-19 qui ont déjà commencé leur vie féconde par niveau d'instruction, MICS 2014**



(Mimche, 2016)

Bien que l'adolescence semble être une période relativement saine de la vie, cette population supporte relativement une forte charge de morbidité (plus de 33% de la charge de la maladie). Parmi toutes les causes des décès de la jeune fille, les décès maternels représentent 28% pour celle de 15-19ans et 64% pour celle âgée de 20-24ans (EDS-MICS, 2011) ; et 60% des décès prématurés chez les adultes sont associés à des comportements ou des conditions qui ont commencé ou se sont produits au cours de l'adolescence. En outre, les grossesses des adolescentes ont des effets médicaux et sociaux négatifs non seulement sur la mère, mais aussi sur le nouveau-né et la communauté. De plus, ce fléau perpétue des conditions socioéconomiques précaires à l'instar du cycle de la pauvreté.

### **2.1.7. Résultats en matière d'éducation**

Les résultats des inégalités régionales de l'éducation sont également importants. Le taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire en 2014 était de 63, 74 et 74 pour cent dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord et de l'Adamaoua, respectivement, contre 85-95 pour cent dans les autres régions.

Les disparités dans l'enseignement secondaire se sont élargies entre le Nord, l'Extrême-Nord et les autres régions, ainsi qu'entre le quintile inférieur et les autres quintiles de richesse. Bien que chaque région ait connu une augmentation de la scolarisation secondaire entre 2004 et 2011, les régions du Nord et de l'Extrême-Nord ont connu moins d'augmentation que les autres régions. Au niveau secondaire, le taux brut de scolarisation est de 22 et 29 pour cent seulement et le taux net de scolarisation est de 14 et 18 pour cent seulement dans ces mêmes régions respectivement. Cela implique un écart négatif d'environ 80 points de pourcentage en taux brut de scolarisation et un écart négatif d'environ 50 points de pourcentage dans les taux de scolarisation net, comparativement à Douala et Yaoundé. Le Nord et l'Extrême-Nord sont les seules régions où les taux bruts de scolarisation dans l'enseignement secondaire ont augmenté de moins de 10 pour cent au cours de 2004-2011.

Les filles demeurent victimes de discrimination, en particulier celles des groupes les plus défavorisés sur le plan socioéconomique et celles du septentrion. Alors que la parité de genre dans l'enseignement secondaire est d'environ 0,9 ce qui implique que les filles s'inscrivent à l'école secondaire à un taux légèrement inférieur à celui des garçons, seulement environ 30-40 pour cent de scolarisation brut et l'inscription nette dans le quintile le plus pauvre est féminin et seulement 30 pour cent dans l'Extrême-Nord et 32 pour cent dans la région du Nord. Ces inégalités dans l'éducation des filles sont ensuite reflétées dans les inégalités de l'éducation des femmes et, finalement dans la mortalité maternelle et infantile. Le nombre d'années de scolarisation médian des femmes âgées de 15-49 ans dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord et dans le quintile le plus pauvre est très faible, ce qui implique que la majorité de ces femmes ne sont pas scolarisées. Cependant, le nombre d'années de scolarisation médian de leurs paires femmes dans les autres régions est de plus de 5 ans. Il est de 9 ans à Yaoundé et de 9,5 ans dans le quintile le plus riche. Les données sur le Cameroun montrent que le niveau de scolarisation des femmes est un facteur déterminant de la fécondité, d'accès aux services de santé de la reproduction, de survie des enfants et de l'état nutritionnel des enfants<sup>4</sup>, soulignant ainsi la contrainte critique que le faible niveau d'éducation des filles représente pour le Nord et l'Extrême-Nord.

## En résumé

L'analyse ci-dessus montre que le pays a fait des progrès dans certains aspects de la réponse à la SRMNEA, en particulier ceux liés aux enfants de moins de cinq ans. Cependant, les progrès ont été limités dans de nombreux domaines importants, avec l'effet ultime que trop de femmes et d'enfants meurent de causes évitables chaque année dans le pays. **En particulier, la mortalité maternelle, la mortalité néonatale et la malnutrition se distinguent comme des domaines qui nécessitent une attention particulière dans les années à venir.**

La nécessité de lutter contre les disparités géographiques des indicateurs de SRMNEA dans le pays est l'autre principale conclusion de cette analyse. Mettre l'accent sur les régions les plus défavorisées (en particulier les régions du Septentrion et la région de l'Est) est essentiel, tant pour améliorer l'équité d'une part, et d'autre part, parce qu'il ne sera pas possible d'améliorer la performance nationale sans adresser les mauvais résultats de santé dans les régions les plus défavorisées.

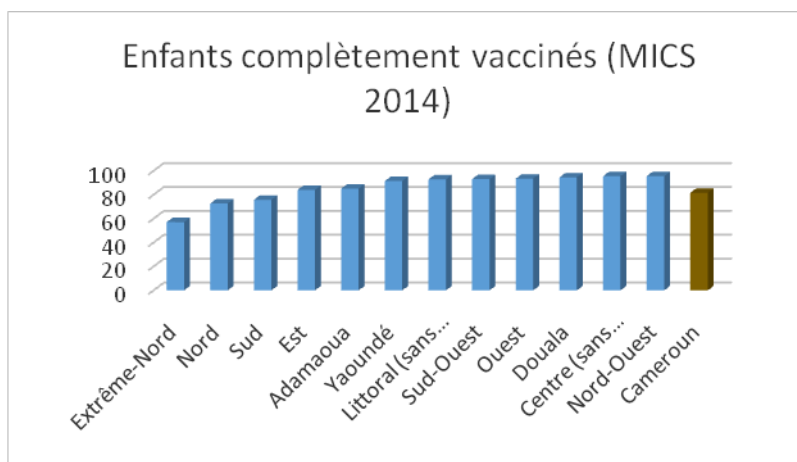
---

<sup>4</sup>Par exemple, à partir de 2011, les femmes ayant terminé leurs études secondaires ont en moyenne un enfant de moins que celles sans niveau d'instruction. L'éducation primaire et secondaire des femmes est également significativement associée au taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, l'utilisation des soins prénataux et un retard de croissance de l'enfant.

## 2.2. Couverture des interventions à haut impact

### 2.2.1. Vaccination

Graphique 21 : Proportion d'enfants complètement vaccinés par région



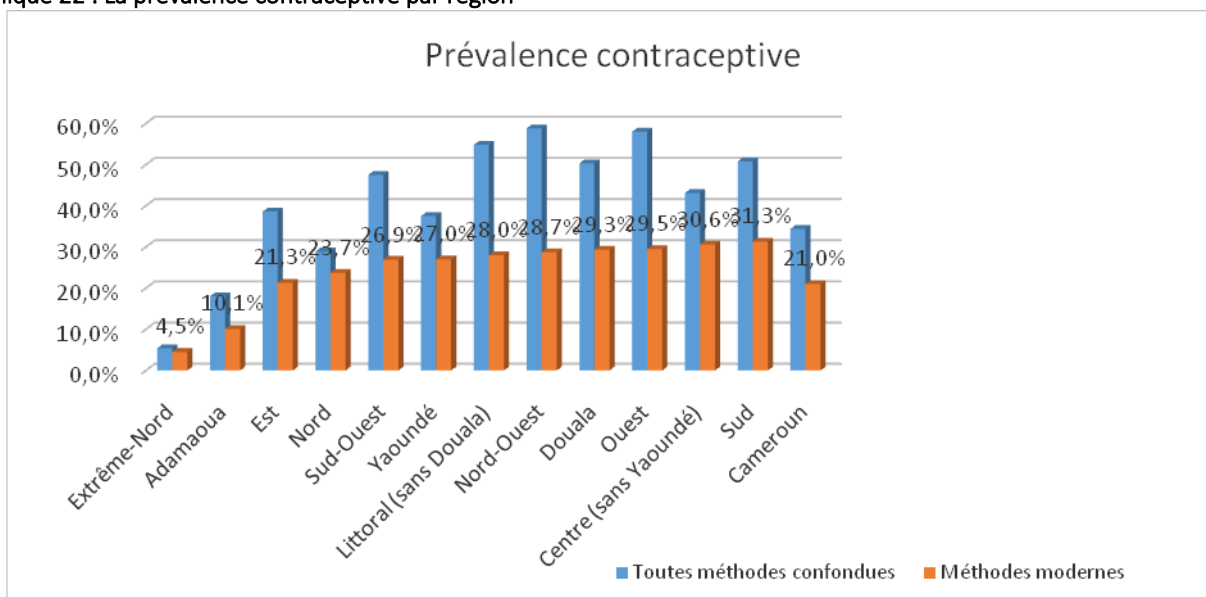
Source MICS, 2014

Parmi les enfants de 12-23 mois, alors que près de 75% (soit 3 enfants sur 4) ont été complètement vaccinés contre les maladies-cibles du PEV à n'importe quel moment de leur vie, seuls 64% l'ont été selon le calendrier vaccinal recommandé, c'est-à-dire avant 1 an. Par ailleurs, 4% des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun vaccin. Dans le quintile le plus pauvre, 52% d'enfants ont reçu tous les vaccins à n'importe quel moment de leur vie contre 89% pour les enfants du quintile le plus riche. Pour les vaccins à doses multiples (Polio, Penta et Pneumo), on enregistre de faibles déperditions entre la première et les doses subséquentes (MICS, 2014).

### 2.2.2. Utilisation de la contraception

La prévalence contraceptive, toutes les méthodes confondues, est de 34% pour cent chez les femmes mariées ou vivant en union. Concernant les méthodes modernes, elle est de 21%. Le pourcentage de demande de contraception satisfaite est de 66%, avec des variations importantes selon les caractéristiques sociodémographiques et les régions (89% dans la région de l'Ouest contre 20% dans la région de l'Extrême-Nord). Les adolescentes et les femmes plus âgées sont moins susceptibles de recourir à la contraception.

Graphique 22 : La prévalence contraceptive par région

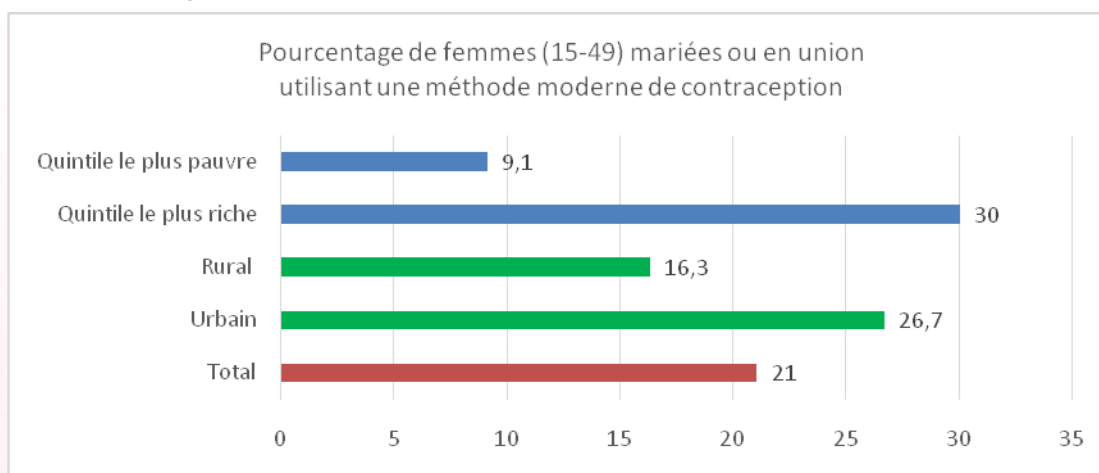


(Sources : MICS 2014)

En effet, seulement 24% des femmes de 15-19 ans et 25% des femmes de 45-49 mariées ou en union utilisent actuellement une méthode de contraception contre au moins 34% pour les autres groupes d'âge. La prévalence contraceptive varie avec le niveau d'instruction des femmes, passant de 15% chez celles non instruites, à 38% chez celles ayant suivi le cycle primaire, puis à environ 48% pour les femmes qui ont suivi un enseignement secondaire ou supérieur.

L'utilisation des méthodes modernes de contraception varie de 1 à 3 en fonction du revenu (prévalence de 9% pour le quintile le plus pauvre, 30% pour le plus riche). Deux régions ont par ailleurs des taux beaucoup plus bas que la moyenne de 21%, l'Extrême-Nord (4,5%) et l'Adamaoua (10,1%), alors que toutes les autres régions présentent des taux supérieurs à 20%.

Graphique 23 : Pourcentage de femmes (15-49) mariées ou en union utilisant une méthode moderne de contraception



Source : MICS5, Cameroun, 2014



### 2.2.3. Couverture des soins prénatals

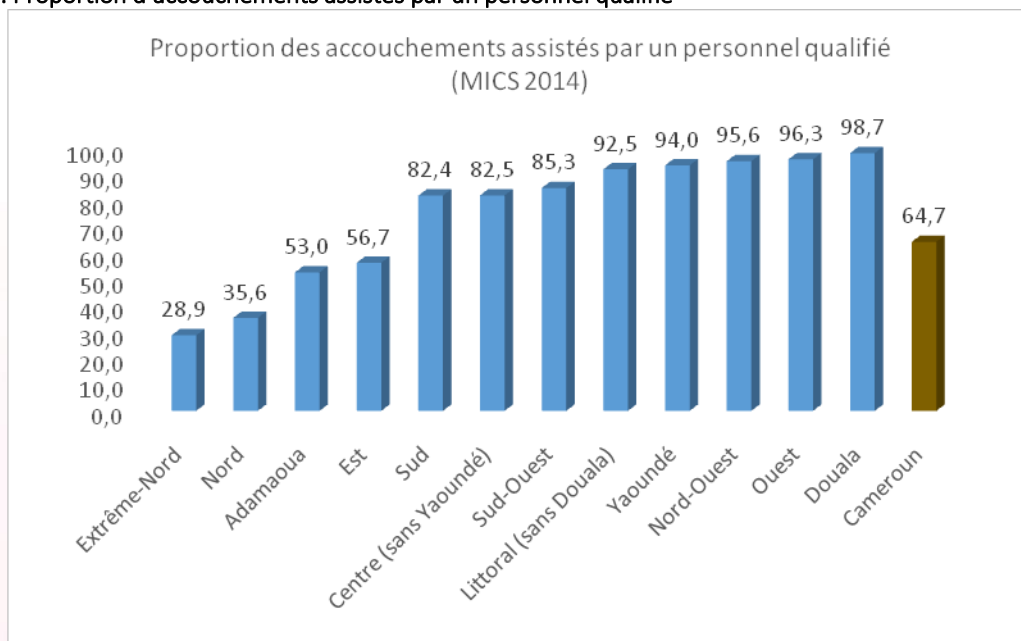
Dans l'ensemble, 83% des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant accouché au cours des deux dernières années ont consulté au moins une fois n'importe quel personnel qualifié et près de 3 femmes sur 5 (59%) ont consulté au moins quatre fois. Parmi les femmes ayant eu une naissance vivante et ayant été en consultation prénatale, 80% affirment que leur tension artérielle a été vérifiée, 75% déclarent qu'un échantillon d'urine a été prélevé et 77% qu'un échantillon de sang a été prélevé (MICS, 2014).

### 2.2.4. Couverture des soins postnatals

Plus du tiers (35%) des femmes n'ont reçu aucun soin postnatal ; cette proportion atteint 64.3% dans l'Extrême-Nord et 57.7% dans la région du Nord (MICS, 2014). Selon la même source, les visites de consultation pour les soins post natals restent généralement faible (8%) au niveau national. Au niveau national, la proportion des femmes ayant reçu la PF dans le postpartum et le postabortum est respectivement 27,0% et 4,0%. L'Adamaoua est la région qui tire ces indicateurs vers le bas, en effet dans l'un ou l'autre des cas, aucune femme n'est retournée avec une méthode de PF (ENQUETE SONU 2015).

### 2.2.5. Couverture des accouchements assistés par un personnel qualifié

Graphique 24 : Proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié



Source : MICS, 2014

Depuis les cinq dernières années, le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié, le taux d'accouchement dans un centre de santé et le taux de césarienne ont plus ou moins stagné, passant respectivement de 63,6 à 64,7%, de 61,2 à 61,3% et de 3,8 à 2,4% entre 2011 et 2014.

Presque deux femmes sur trois (65 %) qui ont accouché au cours des deux années précédant l'enquête, ont été assistées par un personnel qualifié tandis que 19% et 9% des accouchements ont été assistés respectivement par les parents/amis et les accoucheuses traditionnelles. Les femmes vivant en milieu urbain (88%) ont plus de chances d'être assistées à l'accouchement par un personnel qualifié de santé que celles du milieu rural (49 %). En outre, les femmes des ménages les plus riches ont plus de chances de bénéficier de l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement que les femmes des ménages les plus pauvres (98% contre 21%). Seulement 61% des naissances ont eu lieu dans des structures sanitaires au cours des deux dernières années (84% pour les femmes du milieu urbain contre seulement 45% pour celles du milieu rural). De 26% pour les femmes sans instruction, la proportion des naissances survenues dans une structure de santé passe à 61% parmi les femmes de niveau d'instruction primaire. Elle atteint 89% chez les femmes du niveau d'instruction secondaire et même 97% chez les femmes du niveau d'instruction supérieure. Le taux de césarienne rapporté (2,4%) est en-dessous des 5% retenu par l'OMS comme limite minimale acceptable). Cette faible performance révèle les insuffisances de la prise en charge des complications obstétricales qui sont parmi les principales causes de la mortalité maternelle. Selon les données de la MICS, à peine 28% des femmes enceintes reçoivent un traitement préventif intermittent contre le paludisme, tandis que seulement 56% reçoivent au moins 2 doses de vaccin antitétanique pendant la grossesse (MICS, 2014).

#### **2.2.6. Couverture des SONU**

Les soins obstétricaux englobent tous les soins apportés aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum, ainsi que les soins aux nouveau-nés. Ils visent à prévenir les problèmes de santé pendant la grossesse, à détecter des états anormaux, à apporter l'assistance médicale en cas de besoin et à mettre en place des mesures d'urgence si celle-ci fait défaut. Les résultats de l'évaluation des besoins en SONU réalisée en 2015 dans les hôpitaux du territoire national ont révélé des situations satisfaisantes et des insuffisances aux niveaux de la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins offerts dans les FOSA potentiellement SONUC au Cameroun. Sur le plan national, la disponibilité des services SONUC est insuffisante avec 27 formations sanitaires SONUC qualifiées sur les 44 attendues, soit un gap de 17. L'évaluation indique que seulement 61% des besoins en structures SONUC sont couverts. Le taux de satisfaction des besoins en SONU dans les formations sanitaires SONUC potentielles s'élève à 19,3%. Cependant, la couverture en services SONUC est satisfaisante dans trois régions, à savoir l'Adamaoua, l'Est et le Nord-Ouest. Les deux fonctions qui ont le plus disqualifié les FOSA sont l'accouchement assisté par voie basse (ventouse ou forceps) et la réanimation du nouveau-né avec ballon et masque ; ce qui était déjà le cas en 2010.

Quant à l'utilisation des services SONUC, elle est globalement faible. En effet, le taux de césarienne est de 2,4% dont 29% dans les FOSA SONUC qualifiées. En outre, seulement 19,3% des complications

directes sont prises en charge dans les FOSA potentiellement SONUC. Le taux de létalité due aux causes obstétricales directes reste relativement élevé (1,5%). Ceci traduit une faible qualité des services SONUC offerts. Cependant, les régions de l'Adamaoua (0,6%), le Sud (0,7%) et Yaoundé (0,8%) ont des taux de létalité acceptables selon la norme inférieure à 1%).

On a noté par ailleurs une insuffisance en ressources humaines qualifiées en SONU ainsi qu'une répartition géographique irrationnelle de celles-ci.

### **2.2.7. La PCIME**

La pratique de la PCIME clinique n'est pas généralisée dans tous les districts. On estime qu'un peu plus de la moitié (52,6%) des districts de santé ont un personnel formé, et moins de 60% des prestataires de ces formations sanitaires sont formés en PCIME (données administratives). Le seuil recommandé par l'OMS pour que l'impact de la PCIME soit perceptible sur la réduction de la mortalité et de la morbidité chez l'enfant est de 60% de personnels formés. La PCIME communautaire quant à elle est implémentée dans seulement 26,3% des districts de santé. L'enseignement de la PCIME n'est pas encore effectif dans les curricula de la formation de base des prestataires de santé

### **2.3. Analyse situationnelle de l'enregistrement et statistiques d'état civil**

Les données d'état civil sont des éléments hautement importants pour les États. Ils revêtent une triple fonction : une fonction légale (car elle permet d'établir l'identité ou l'existence juridique) ; une fonction statistique (car elle constitue la principale source des statistiques vitales) ; et une fonction collaborative (car elle alimente les autres systèmes comme ceux de l'identité ou le système électoral). Donc l'analyse de la situation en matière d'état civil consistera à dire à partir de l'existant, si le système Camerounais remplit correctement ces fonctions. Il faut noter que l'analyse situationnelle pour l'ESEC au Cameroun a été réalisée à travers des enquêtes auprès des acteurs d'état civil (MINJUSTICE, MINSANTÉ, MINADT, populations dans certaines localités) qui ont recueilli des données sur la situation existante. Les statistiques de l'état civil complètes, fiables, précises et régulièrement mises à jour permettent de mesurer les dynamiques démographiques. Ces données sont utilisées dans la planification des ressources et des actions à entreprendre dans les domaines démographique, économique et social et pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et programmes (ex : le domaine de la santé et les recherches épidémiologiques).

Ces systèmes seront un soutien important à l'accélération de l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile. Néanmoins, le système d'état civil Camerounais ne peut à ce jour produire des statistiques vitales. Les causes sont multiples, à savoir : (1) le manque de système de suivi aux différents niveaux car les centres secondaires et centraux n'envoient pas des rapports aux districts, régions et au niveau central (BUNEC). Ce faible taux de complétude a un impact sur le nombre des faits d'état civil enregistrés et donc sur la qualité des données à utiliser. Il est donc difficile de suivre la qualité des données pour prendre des mesures correctrices appropriées à temps. (2) l'opérationnalisation limitée des textes légaux régissant la production obligatoire des statistiques vitales à partir de l'état civil.

### ***2.3.1. Cadre politique et juridique du système ESEC***

Depuis 2002, le gouvernement du Cameroun s'est engagé dans la réhabilitation de l'état civil en commençant par une réflexion axée sur le cadre juridique et une étude diagnostic qui a conduit à la mise en place d'un Programme d'Interventions Prioritaires (PIP) entre 2006 et 2007, qui sera plus tard dénommé Programme de Réhabilitation de l'État Civil du Cameroun (PRE2C). Ce programme vise à améliorer l'offre et la demande de services d'état civil au Cameroun et sa mise en œuvre a commencé en

2010, s'articulant autour de cinq piliers : la collecte d'informations, la réforme institutionnelle et juridique, la formation et sensibilisation, les investissements et fournitures qui ont connu un bon niveau d'avancement, et enfin l'informatisation. L'une des grandes réalisations du PRE2C est la révision du cadre juridique et institutionnel qui a connu une évolution avec l'adoption de la Loi n° 2011/011 du 06 mai 2011 qui modifie l'ordonnance de 1981 qui jusque-là régissait l'état civil. Les principales modifications introduites par la loi de 2011 sont les suivantes :

- la création d'un nouvel organe technique de gestion de l'état civil, le BUNEC. Cet organe est chargé de la supervision, du contrôle, de la régulation et de l'évaluation du système d'état civil.
- le prolongement des délais de déclaration des naissances et des décès ;
- la tenue des registres en triple exemplaires afin de multiplier les lieux de conservation ;
- le rattachement des centres secondaires aux centres principaux ;
- l'introduction de la nationalité sur les actes d'état civil

La loi de 2011 a également réparti les rôles des intervenants du système d'état civil.

Par contre, cette loi connaît quelques limites car elle ne précise pas les modalités de transmission des données à l'INS à des fins statistiques. En outre elle ne traite ni de l'enregistrement des causes de décès, ni de l'informatisation du système d'état civil.

### ***2.3.2. Organisation du système d'état civil et cartographie des centres d'état civil***

Le système camerounais d'état civil est multisectoriel avec l'implication de multiples acteurs présentés dans le tableau 5 ci-dessous.

Cette multiplicité d'intervenants requiert une coordination permanente des différents services afin d'assurer la performance et l'interopérabilité des systèmes, notamment entre l'état civil et les statistiques vitales, mais aussi avec les services de santé et les greffes des tribunaux ainsi que les postes consulaires pour les données des Camerounais de l'étranger.

Tableau 5: Les principaux acteurs du système d'état civil et leurs rôles

ACTEURS	RÔLES
MINATD	Définition de la politique de l'état civil, création des centres d'état civil ; nomination des officiers et secrétaires d'état civil
MINSANTÉ (personnel des formations sanitaires)	Déclaration d'état civil, établissement des certificats d'âge apparent pour les besoins de jugement supplétif
MINJUSTICE (présidents de tribunaux Procureurs de la République et greffiers)	Contrôle a priori et a posteriori des registres d'état civil, émission des jugements supplétifs, conservation des registres
INS	Production et publication des statistiques officielles.
MINREX	Enregistrement d'état civil des camerounais à l'étranger
Comité de pilotage du PRE2C	Coordination des actions inscrites dans la politique générale de la réforme
BUNEC	Supervision, contrôle, régulation et évaluation du système d'état civil. Constitution et gestion du fichier national de l'état civil.
Centres d'état civil principaux	Enregistrement d'état civil et conservation des registres
Centres secondaires d'état civil	Enregistrement d'état civil.

La coordination entre les services n'est pas effective aujourd'hui, chaque acteur assumant séparément ses responsabilités en matière d'enregistrement d'état civil.

Tableau 6 : Distribution des centres d'état civil par région

Région	Nb centres principaux	Nb centres secondaires	Nb de Communautés Urbaines	Total
Adamaoua	21	121	1	143
Centre	70	590	1	661
Est	33	147	1	181
Extrême-Nord	47	282	1	330
Littoral	34	208	3	245
Nord	21	101	1	123
Ouest	40	337	1	378
Nord-Ouest	34	154	1	189
Sud	29	191	2	213
Sud-ouest	31	99	2	132
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>2230</b>	<b>14</b>	<b>2604</b>

Sources : Cartographie de l'état civil 2009 ; Base des arrêtés du MINATD juin 2014.

En ce qui concerne la couverture du pays en Centres d'état civil, les dernières données disponibles au MINATD et au BUNEC font état de l'existence de 2604 centres, dont 374 centres principaux et 2230 centres secondaires. Les centres d'état civil logés dans les représentations diplomatiques du Cameroun à l'extérieur sont au nombre de 45. (Voir Tableau 6 pour détails).

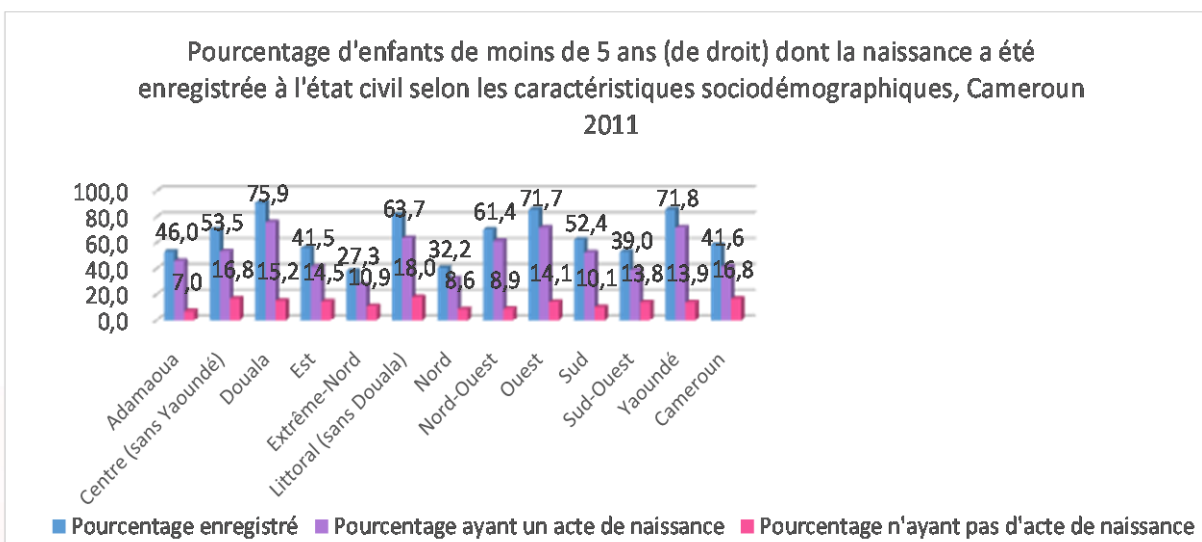
Il existe des zones de forte concentration de Centres d'état civil et d'autres moins couvertes, ce qui pose le problème de la viabilité de ces structures.

### 2.3.3. Taux d'enregistrement d'état civil

Au Cameroun, selon les résultats de la MICS 2014, les taux d'enregistrement à la naissance des enfants de moins de cinq (5) ans qui étaient en baisse continue depuis 20 ans passant successivement de 79.1% en 2000 (MICS2000), 70,1% en 2006 (MICS 2006) à 61,4% en 2011 (MICS 2011), a connu une hausse légère en 2014 avec un taux de couverture de 66,1% au niveau national (MICS 2014). Cette légère, mais importante amélioration pourrait être liée à la révision de la loi sur l'état civil en 2011 qui a prolongé les délais légaux d'enregistrement de naissances et décès de 30 jours à 90 jours. Le taux le plus bas se trouve dans la région de l'Extrême-Nord. Dans les trois régions du septentrion et parmi les quintiles les plus pauvres, le déclin de l'enregistrement des naissances a été le plus sévère (voir graphique 24 ci-dessous).

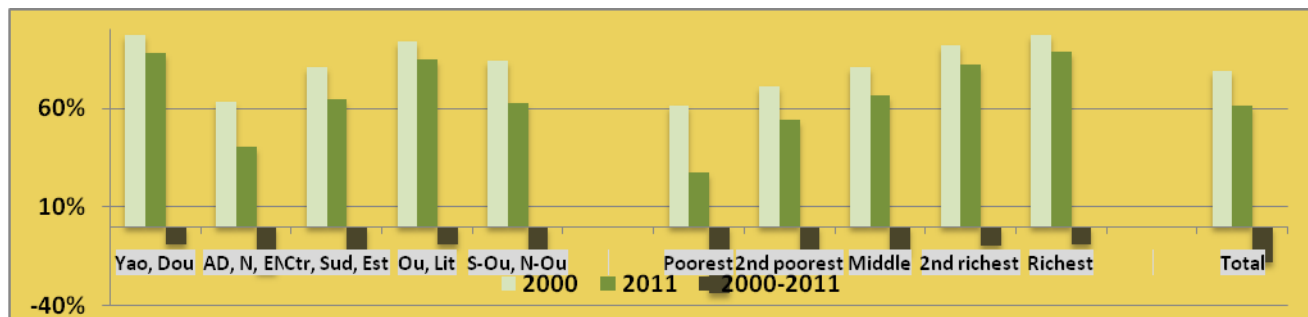
Si l'on s'en tient aux derniers chiffres, on pourrait dire qu'il y'a chaque année, 34,6% des enfants de moins de cinq ans qui ne sont pas enregistrés. Le problème est plus important en milieu rural (52% des enfants de moins de 5 ans), qu'en milieu urbain (19% des enfants de moins de 5 ans) et concerne le quintile le plus pauvre (72% des naissances).

Graphique 25 : Pourcentage d'enfants enregistrés à la naissance et ayant un acte de naissance par région (EDS 2011)



Source : EDS 2011

Graphique 26 : Taux d'enregistrement des naissances par quintiles de richesse, et par région, 2011 par rapport à 2000

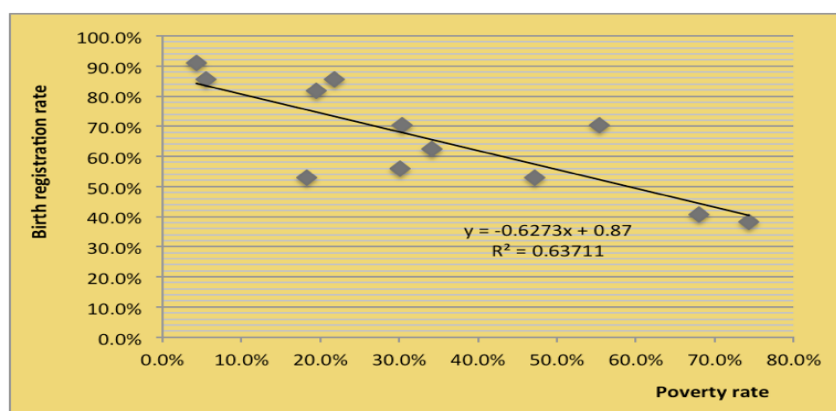


Source : ECAM 2014

L'enregistrement ou non des naissances est clairement lié à la pauvreté comme le montre le graphique ci-après.

Graphique 27: Corrélation entre la pauvreté et l'enregistrement des naissances dans les régions

Chart 3—Correlation between poverty (2014) and birth registration (2011) by region



Note: The coefficient of determination ( $R^2$ ) of 0.64 implies that 64% of the variance in birth registration rates is explained by the variance in poverty. Source: cf. source chart 2 and Institut National de la Statistique (2015). Présentation des premiers résultats de la quatrième Enquête Camerounaise Après des Ménages (ECAM 4) de 2014. Yaoundé.  
[http://slmp-550-104.sl.westdc.net/~stat54/downloads/2015/Premiers\\_resultats\\_ECAM\\_4\\_VF.pdf](http://slmp-550-104.sl.westdc.net/~stat54/downloads/2015/Premiers_resultats_ECAM_4_VF.pdf)

Il n'existe pas de données récentes relatives aux mariages, aux décès et aux causes des décès car le fonctionnement actuel du système ne permet pas la génération des statistiques de l'état civil.

### 2.3.4. État des lieux des statistiques vitales

Un système d'état civil fiable, avec un taux de couverture et complétude en ligne avec les standards des Nations Unies, est le seul système capable de produire des statistiques vitales en temps réel, d'où son intérêt non seulement pour les systèmes d'identité (carte d'identité, carte électorale, etc.), mais aussi et surtout pour la planification de politiques et programmes de santé et d'éducation, entres autres.

Au Cameroun, les textes en vigueur n'organisent pas explicitement la génération des statistiques vitales, même s'il reste vrai que la loi statistique confère à l'Institut National de la Statistique, le mandat de la production des statistiques d'état civil.

De ce fait, il n'existe pas de relation entre les structures en charge de l'enregistrement d'état civil, le BUNEC et les structures de l'INS pour les besoins de production des statistiques des faits d'état civil. De même, aucun lien formel n'est établi entre l'INS et les formations sanitaires pour les besoins de production des statistiques vitales.

Le système d'état civil actuel ne permet pas de générer des statistiques vitales valables. Les causes sont multiples. Tout d'abord, il n'existe pas de système de suivi en place, ce qui permettrait d'obtenir des résultats à partir des registres. Les centres d'état civil ne remontent pas l'information vers les districts, régions, ou le BUNEC. Le manque de système de suivi alourdit également considérablement la fonction de planification du BUNEC, par exemple l'information sur le nombre de registres qui doivent être transmis aux différents niveaux.

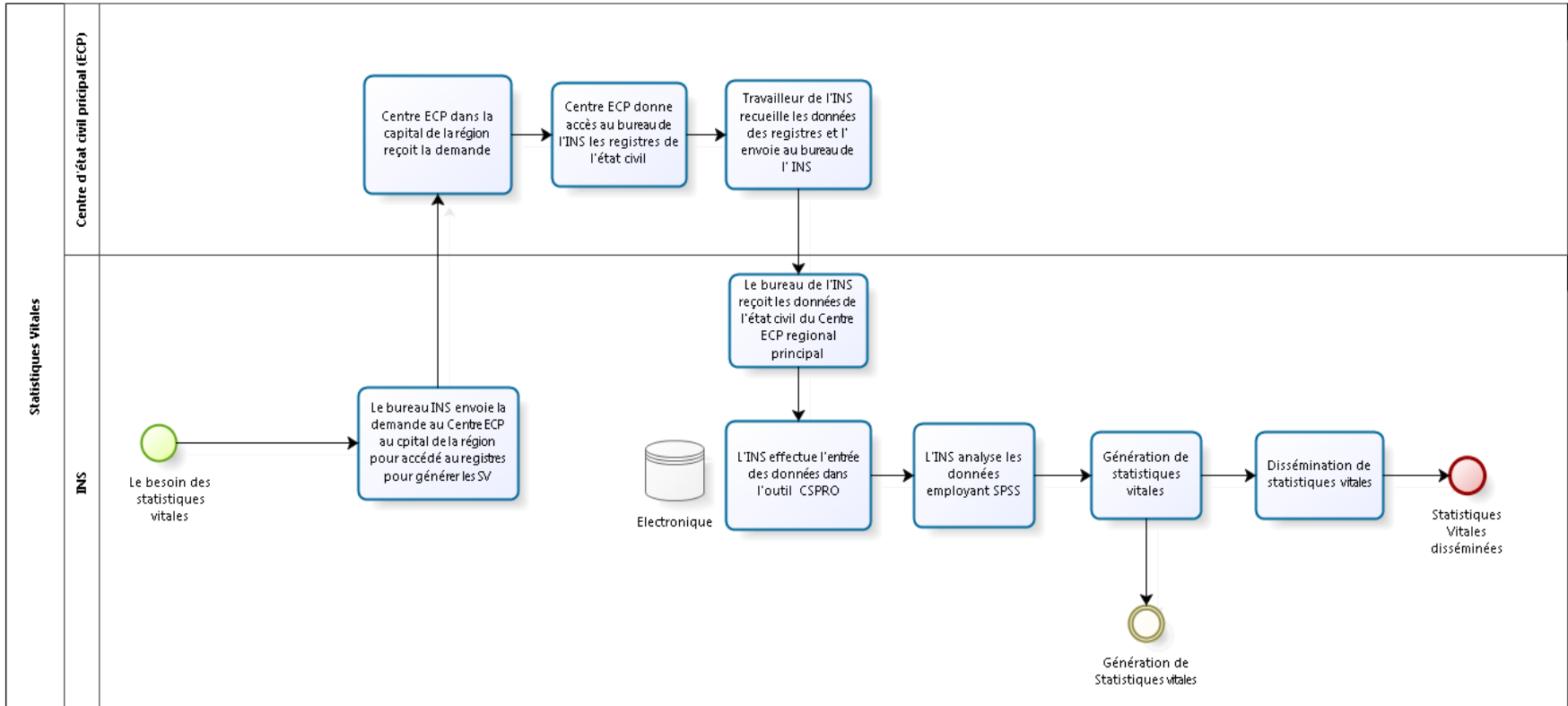
A un deuxième niveau, l'INS est mandaté, par la loi, de collecter, suivre, analyser et disséminer les données de l'état civil au niveau national. A travers les directions régionales, l'INS collecte, exploite, analyse et diffuse les données provenant de l'état civil dans les régions. Il est important de noter que c'est l'INS qui initie ce processus (voir Graphique 27). Malheureusement, le processus n'a pas lieu de manière régulière. Une difficulté considérable qui se rajoute est le fait que le système est manuel. Le dépouillement des registres est donc propice à l'erreur humaine, le remplissage des fichiers étant assez laborieux et difficile. En outre, la collecte des données des milliers de CEC et des établissements de santé est logistiquement et financièrement impossible.

La loi camerounaise ne prévoit pas la cause de décès parmi les informations obligatoires requises. Les causes des décès sont donc captées dans le système d'informations sanitaires. La loi sur l'enregistrement d'état civil devrait être élargie afin de recueillir plus d'informations pour la production des statistiques de meilleure qualité (voir Graphique 27).



Graphique 28 : Schéma du processus de génération des données/information sur l'état civil et statistiques vitales

### Cameroun (Actuelle) Statistiques Vitales



## *2.4. Goulots d'étranglement à l'utilisation effective des services de la SRMNEA et de l'ESEC*

### *2.4.1. Défis liés à la demande*

- **Barrières financières**

Les ménages, à travers les paiements directs, constituent l'agent principal de financement de la santé au Cameroun (CNS 2012). Ce paiement direct concerne en général tous les soins curatifs mis à part ceux offerts dans le cadre de certaines pathologies/conditions spécifiques comme le VIH/Sida, la tuberculose, ... qui sont offerts gratuitement. La plupart des activités de prévention sont aussi gratuites (vaccination des enfants et des femmes dans le cadre du programme élargi de vaccination). La contribution des ménages peut être à des degrés variables selon qu'ils ont adopté les bonnes habitudes d'utilisation des services de santé ou pas et selon leurs niveaux de revenu. C'est la première option qui domine le champ du financement de la santé au Cameroun car, reposant en grande partie sur le financement privé qui représente en moyenne 70% chaque année depuis 2002, et qui sont majoritairement des paiements directs à travers le paiement de la consultation, des soins, de l'hospitalisation et des médicaments. Une récente étude de la Banque Mondiale effectuée dans les trois régions septentrionales montre que de manière générale, la plupart des malades (64,0%) n'ayant pas recouru à un centre de santé ou à un personnel médical pour se soigner ont évoqué la cherté du coût des soins comme raison principale de ce comportement (Enquête PBF 2014). Quelques légères variations ont été observées entre les régions où l'enquête a été menée. C'est davantage dans la région de l'Adamaoua que cette raison est récurrente (67,4%), puis l'Extrême-Nord (66,4%) et enfin le Nord (58,5%). Même en regardant spécifiquement dans le sous-groupe des femmes enceintes, la principale raison pour laquelle 23,8% des femmes interrogées n'ont pas recours aux personnels de santé pour les soins prénataux est liée aux coûts des soins (14,6%). Une fois de plus, c'est dans l'Adamaoua que cette raison est davantage évoquée (19,2%), suivi par la région du Nord (15,3%), et enfin l'Extrême-Nord (13,4%). Chez les femmes qui ont accouché à la maison, 13,4% l'ont fait parce qu'elles estiment que les coûts de cet acte dans les FOSA sont très chers.

De par l'élasticité des prix taxés pour les soins de santé, les paiements directs aboutissent à une exclusion des pauvres et des vulnérables. Non seulement l'accès payant aux soins constitue un frein à la demande, il constitue également un facteur de dépense catastrophique et d'appauvrissement très important pour de nombreux foyers.

La magnitude des dépenses catastrophiques engendrées par les paiements directs au Cameroun serait vraisemblablement très importante, car le pays est de loin l'un des pays d'Afrique où les paiements directs sont très élevés.

L'accessibilité financière reste aussi l'un des plus gros goulots d'étranglement à l'enregistrement de l'état civil et à la production des statistiques vitales. Même si la loi parle de gratuité des enregistrements, certains officiers d'état civil continuent de faire payer le service rendu. De même, pour les cas d'enregistrement hors délais nécessitant le recours au jugement supplétif, en plus des

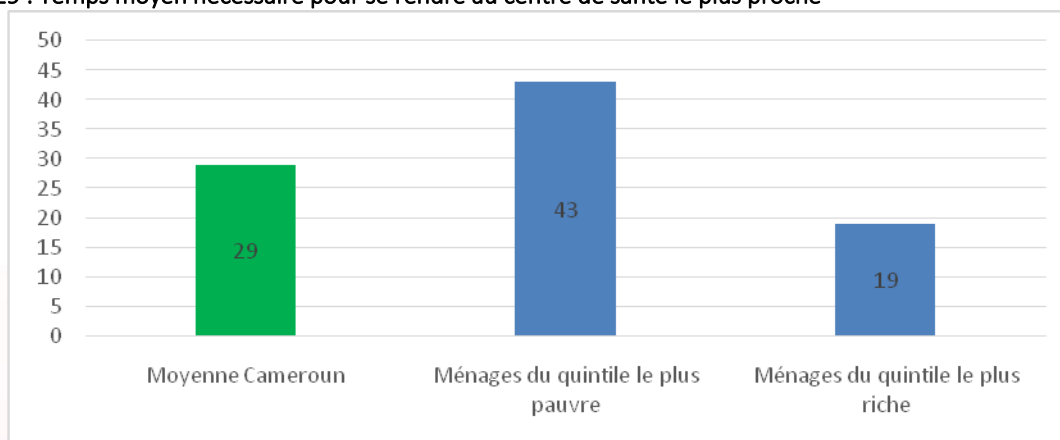
coûts directs du jugement, il existe des coûts indirects tels que les frais de déplacement des familles, des témoins qui sont de nature à constituer des obstacles à l'enregistrement.

- **Barrières géographiques**

L'éloignement des FOSA (10,5%) et les problèmes liés au transport (7,4%) sont des raisons mentionnées par les populations comme des freins à l'accès aux soins (Enquête PBF, 2016). En moyenne, le temps pour se rendre dans la formation sanitaire la plus proche est de 29 minutes (PHCPI 2016), avec d'énormes disparités entre les régions. Alors qu'il n'est que de vingt minutes environ dans le Littoral, il est presque d'une heure au Sud-ouest. L'éloignement de la FOSA est davantage évoqué dans le Nord (17,1%) et dans l'Adamaoua (9,1%). Cette raison n'est que de 1,1 % dans l'Extrême-Nord. Chez les 23,8 % des femmes interrogées qui représentent celles qui n'ont pas recours aux personnels de santé pour les soins prénataux, 7,6% évoquent l'éloignement de la FOSA comme raison de ce comportement. C'est dans le Nord que cette raison est davantage évoquée (9,2%), suivi par la région de l'Adamaoua (8,2%), et enfin l'Extrême-Nord (6,4%). Chez les femmes ayant accouché à domicile, 8,8% l'ont fait pour des raisons d'éloignement de la FOSA. A l'inverse, chez les femmes ayant consulté dans une FOSA, il ressort que quel que soit le type et le statut de la formation sanitaire, la proximité de la formation sanitaire (non loin de la maison) est la principale raison du choix évoquée.

Sans surprise, les habitants des zones urbaines mettent moins de temps pour se rendre au centre de santé le plus proche que les habitants des zones rurales : 14 minutes contre 44. Le temps de trajet moyen pour se rendre dans une formation de santé apparaît particulièrement long dans les régions du Sud-ouest (53 min), du Nord-Ouest (41 min) et de l'Adamaoua (38 min). (Voir Graphique 28)

**Graphique 29 : Temps moyen nécessaire pour se rendre au centre de santé le plus proche**



Source : INS, ECAM 3, 2007

L'éloignement des centres d'état civil est un frein à l'enregistrement de plusieurs faits d'état civil.

- **Qualité perçue**

Le temps d'attente a été retenu dans ce cadre pour analyser la qualité. Le temps d'attente dans les formations sanitaires semble être relativement long. Dans l'ensemble, le temps moyen d'attente pour être reçues pour les soins prénataux est de 63,2 minutes, soit plus d'une heure de temps. Quelle que soit la région et le type de FOSA, ce temps d'attente ne varie pas significativement. En considérant le statut de la formation sanitaire, on constate que le temps moyen d'attente est plus élevé dans les formations sanitaires publiques (64,56 minutes) que dans les formations sanitaires privées (25,60 minutes dans le privé à but lucratif et 56,43 minutes dans le privé à but non lucratif).

Le niveau d'appréciation de la qualité perçue des services de la CPN varie d'une région à une autre. Les niveaux de satisfaction sont plus élevés dans les régions de l'Adamaoua (91,3%) et de l'Extrême-Nord (87,8%). Dans la région du Nord, environ trois quarts des enquêtées (75,5%) ont déclaré être satisfaites des services reçus. Dans cette dernière région, plus de 5% des enquêtées ne sont pas satisfaites des services fournis au cours de la CPN.

Selon les caractéristiques de la formation sanitaire où les femmes ont été enquêtées et reçues pour la CPN, le niveau de satisfaction est plus élevé dans les CMA (90,2% contre 81,3%) et dans le public (83,8% contre 50% dans le privé à but lucratif et 71,4% dans le privé à but non lucratif). Dans le privé à but lucratif, 10% des enquêtés ont déclaré ne pas être satisfaites par le service fourni.

- **Barrières socioculturelles**

Certaines croyances et pratiques culturelles constituent des freins à l'utilisation des soins. Les récentes données montrent par exemple que 22,8% des femmes qui n'utilisent pas la contraception dans la région de l'Adamaoua citent l'opposition du mari ou d'un tiers de la famille comme raison de leur non utilisation. Cette proportion est de 16,4% dans le Nord et de 15,5 dans l'Extrême-Nord.

En outre, 4,6% des femmes qui accouchent à la maison le font parce qu'elles estiment que c'est normal de le faire ainsi. Le Nord est la région où cette pratique est la plus élevée (5,2%), puis s'en suit l'Extrême-Nord (4,5%) et l'Adamaoua (2,5%).

De plus, 16,2% des femmes interrogées dans la région du Nord mentionnent qu'elles consultent les tradipraticiens ou prennent une automédication traditionnelle comme premier recours aux soins. Elles représentent 5,6% dans l'Extrême-Nord.

En ce qui concerne l'enregistrement d'état civil et la production des statistiques vitales, malgré l'accroissement des centres d'état civil, les populations n'utilisent pas suffisamment ces services, car elles ne mesurent pas l'importance de l'enregistrement d'état civil. Au Cameroun, aucun avantage ou bénéfice direct n'y est attaché (allocation familiale, gratuité des soins du nouveau-né). L'on note ainsi une implication insuffisante de la population du fait de l'ignorance, de l'irresponsabilité ou du manque d'intérêt. Cette non-utilisation des services est aussi en grande partie due aux croyances et pratiques culturelles concernant la mort qui est entourée de tabous dans la société. Il est difficile de dire avec

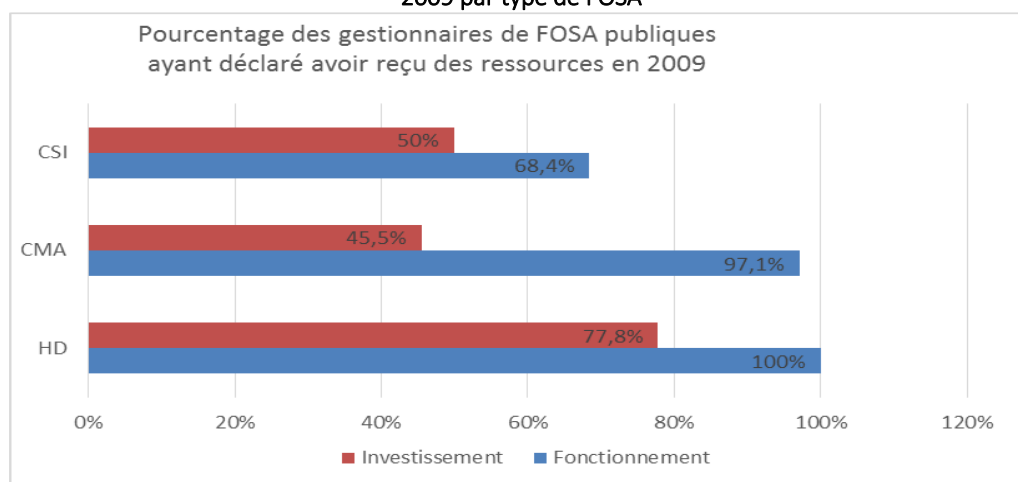
certitude quelles sont les causes profondes du non enregistrement car aucune étude n'a été faite à ce sujet à ce jour.

#### 2.4.2. Défis liés à l'offre

- **Financement : disponibilité des fonds**

On se pose la question de savoir si les ressources nécessaires pour faire face aux dépenses courantes et aux frais fixes sont effectivement disponibles au niveau des services de santé primaires.

Graphique 30 : Pourcentage des gestionnaires de FOSA publiques ayant déclaré avoir reçu des ressources en 2009 par type de FOSA



Source : INS, PETS 2 (tableau 18 p. 29)

Il n'y a pas d'analyse globale de l'adéquation des ressources aux besoins des structures de soins de santé primaires au Cameroun. Des éléments sont toutefois disponibles pour le secteur public, grâce à l'enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun réalisée par l'INS en décembre 2010 (PETS2). Le tableau ci-dessus représente le nombre de gestionnaires de FOSA publiques qui déclarent avoir reçu ou non des ressources au titre de l'exercice budgétaire 2009. On constate que plus on est bas dans les niveaux de soins, plus les gestionnaires déclarant n'avoir reçu aucune ressource sont nombreux. Pour les centres de santé intégrés, la proportion est près d'un tiers pour le budget de fonctionnement, et de la moitié pour l'investissement.

Les ordonnateurs interrogés ont en outre déclaré que les ressources reçues n'étaient pas conformes à celles inscrites en loi de finances dans 44,0% pour les hôpitaux de district, 45% des cas pour les CMA) et dans 62% des cas pour les CSI (Voir Graphique 29)

Si ces chiffres ne permettent pas de relier les crédits alloués aux besoins réels des structures (qui ne supportent en général pas les frais de personnel et reçoivent des équipements en nature), l'absence totale de budget pour des structures publiques semble problématique. Le phénomène touche surtout

les structures de soins primaires de premier niveau (CSI), ce qui suggère une faible efficacité d'allocation des moyens du système : l'allocation réelle des moyens semble défavorable aux structures de santé de premier niveau.

- **Disponibilité des intrants :**

L'analyse du goulot sur les intrants montre une rupture fréquente qui serait beaucoup plus liée à : (i) des insuffisances de la chaîne d'approvisionnement, (ii) une faible capacité de gestion à différents niveaux du système de santé, (iii) une forte dépendance aux Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et autres bailleurs de fonds. Une enquête récente auprès de la CENAME montre que les écarts en matière d'approvisionnement en intrants médicamenteux et consommables sur le terrain sont liés à : (i) l'absence d'un réseau d'interconnexion et une faible coordination entre les principaux acteurs (CENAME, CAPR/FRPS, FOSA...) du volet logistique à tous les niveaux du système de santé, et (ii) la non maîtrise du niveau de consommation du secteur privé par le volet logistique, (iii) une faiblesse de la prévision et de l'application des techniques de gestion logistique pour l'approvisionnement.

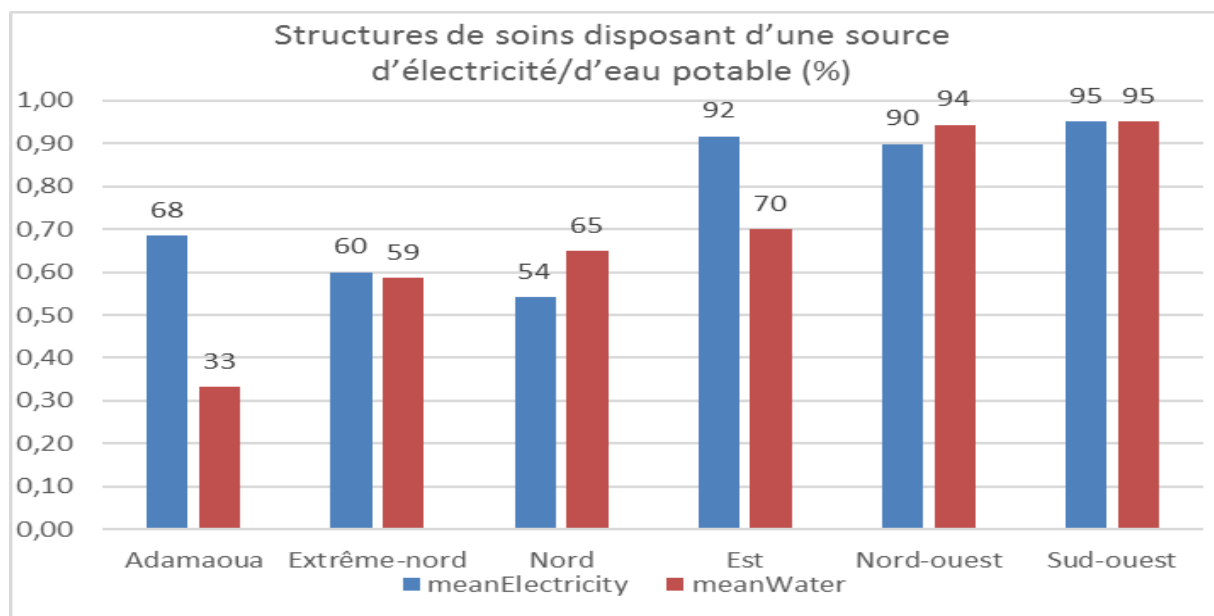
En ce qui concerne l'enregistrement d'état civil et la production des statistiques vitales, selon les résultats de l'évaluation complémentaire du système d'état civil, il existe un réel problème de fourniture des centres d'état civil en registres et autre matériel d'enregistrement. L'analyse de ce goulot montre une rupture fréquente qui serait beaucoup plus liée à l'insuffisance des ressources financières de l'État pour la dotation des officiers d'état civil en matériel d'enregistrement et l'absence d'un plan efficace de distribution de registres et fournitures.

On cherche aussi ici à apprécier si les formations de santé disposent de certaines infrastructures de base, en particulier, si elles disposent d'une source fiable d'électricité, d'eau propre et de toilettes fonctionnelles. Les données ont en partie été mesurées dans le cadre des enquêtes FOSA. (Voir Graphique 30)

Dans le cadre de ces enquêtes, seuls les renseignements sur les deux premières variables sont disponibles : pourcentage des structures de soins qui disposent d'une source d'eau potable, et proportion des structures de soins qui disposent d'une source fiable d'alimentation électrique.

Dans la région de l'Adamaoua, seulement 33% des FOSA disposent d'eau propre, contre 94% dans le Nord-Ouest et 95% dans le Sud-ouest. La proportion des FOSA qui disposent d'une source fiable d'électricité n'est que de 68% dans l'Adamaoua, 60% dans l'Extrême-Nord et 54% dans le Nord. (Voir Graphique 30)

Graphique 31 : Pourcentage de structures de soins disposant d'une source d'électricité/eau potable par région

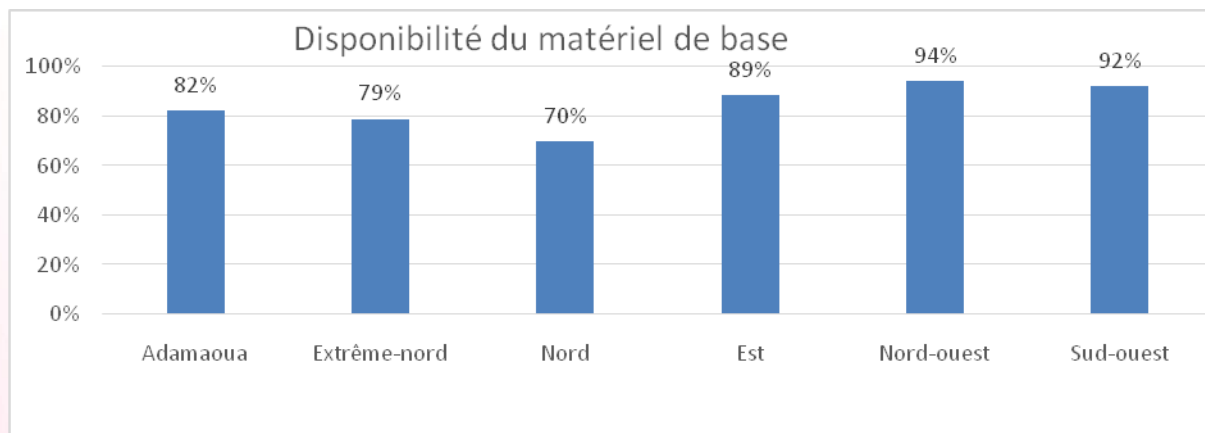


Source : enquête FOSA, 2015.

On constate donc que l'accès aux infrastructures de base laisse à désirer dans de nombreuses structures, et qu'il est particulièrement bas dans l'Adamaoua (les deux tiers des services de soins primaires n'ont pas de source d'eau potable à proximité).

On peut ainsi mesurer, au niveau de chaque structure de santé, la disponibilité en matériel de base en attribuant un score (1 ou 0) suivant la présence ou non de 6 instruments de base nécessaires pour les soins primaires : une balance pour enfant, une balance pour adulte, un tensiomètre, un thermomètre, un stéthoscope et une source de lumière (lampe torche)<sup>5</sup>.

Graphique 32 : Pourcentage de structures de soins disposant d'un matériel de base par région



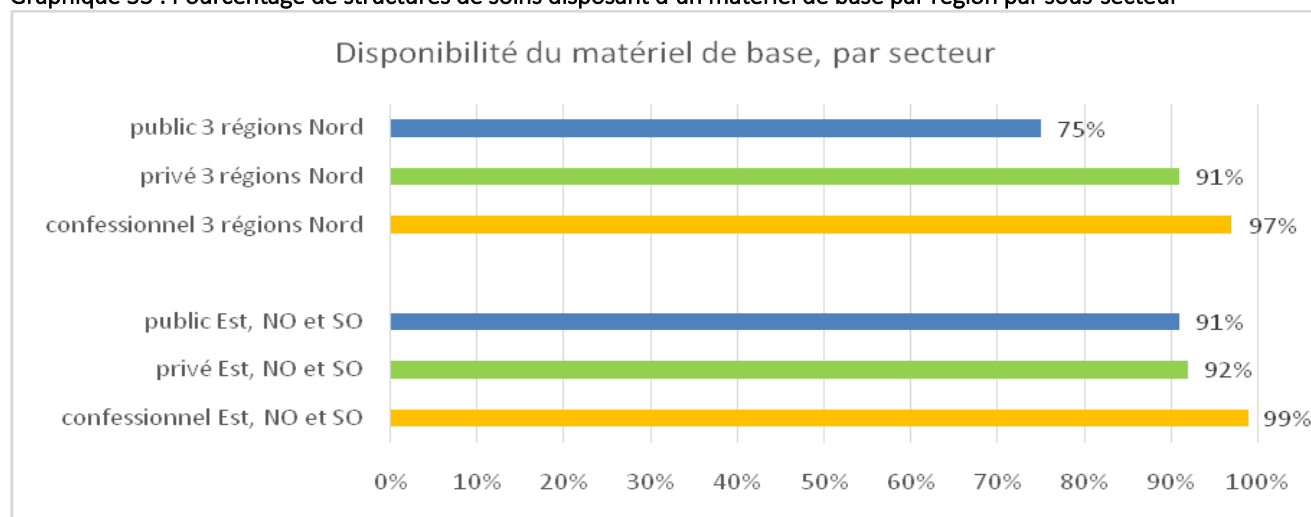
Source: Service Availability and Readiness Assessment (SARA), par l'OMS

<sup>5</sup>La méthodologie utilisée est celle du Service Availability and Readiness Assessment (SARA), outil d'évaluation des établissements de santé élaboré par l'OMS.

Pour l'ensemble des structures de soins primaires interrogées, l'indice de disponibilité des matériels de base varie, suivant les régions, entre 69,9% (pour le Nord) et 94% (pour le Nord-Ouest). Les régions du Nord présentent toutes des taux inférieurs. (Voir Graphique 31 pour les détails par région)

Si on regarde les données disponibles par secteur, on constate que le matériel de base manque surtout dans les structures publiques : (Voir Graphique 32)

**Graphique 33 : Pourcentage de structures de soins disposant d'un matériel de base par région par sous-secteur**

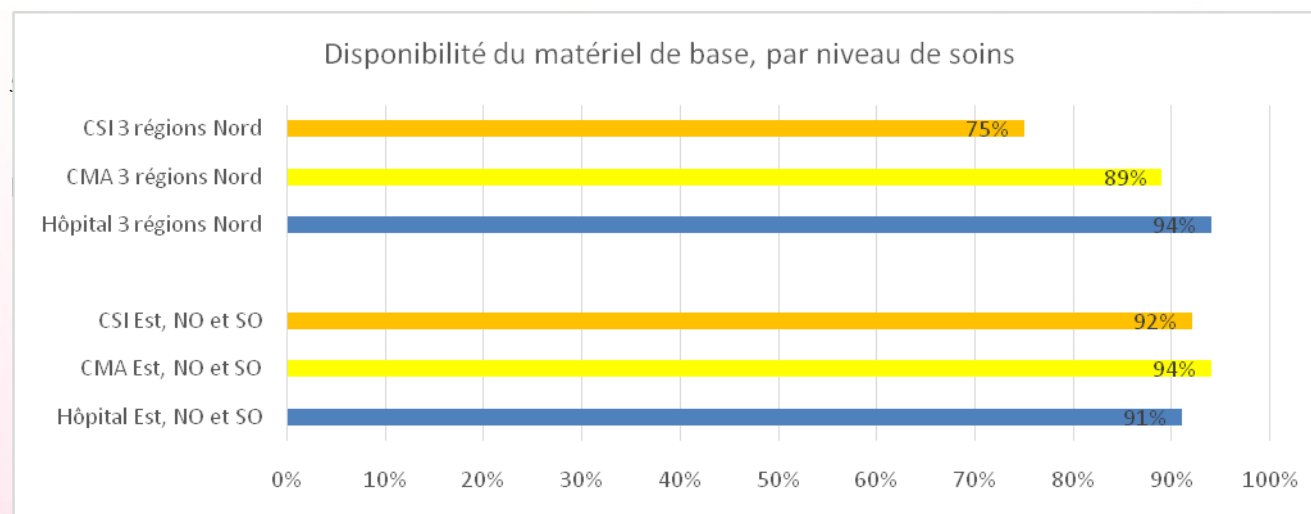


Source: Service Availability and Readiness Assessment (SARA), par l'OMS

La disponibilité du matériel de base est globalement moins bonne dans les structures publiques, notamment dans les 3 régions du septentrion où la différence avec les structures privées est conséquente (indice de disponibilité de 75% contre 91% pour les structures privées et 97% pour les structures privées confessionnelles). (Voir Graphique 33)

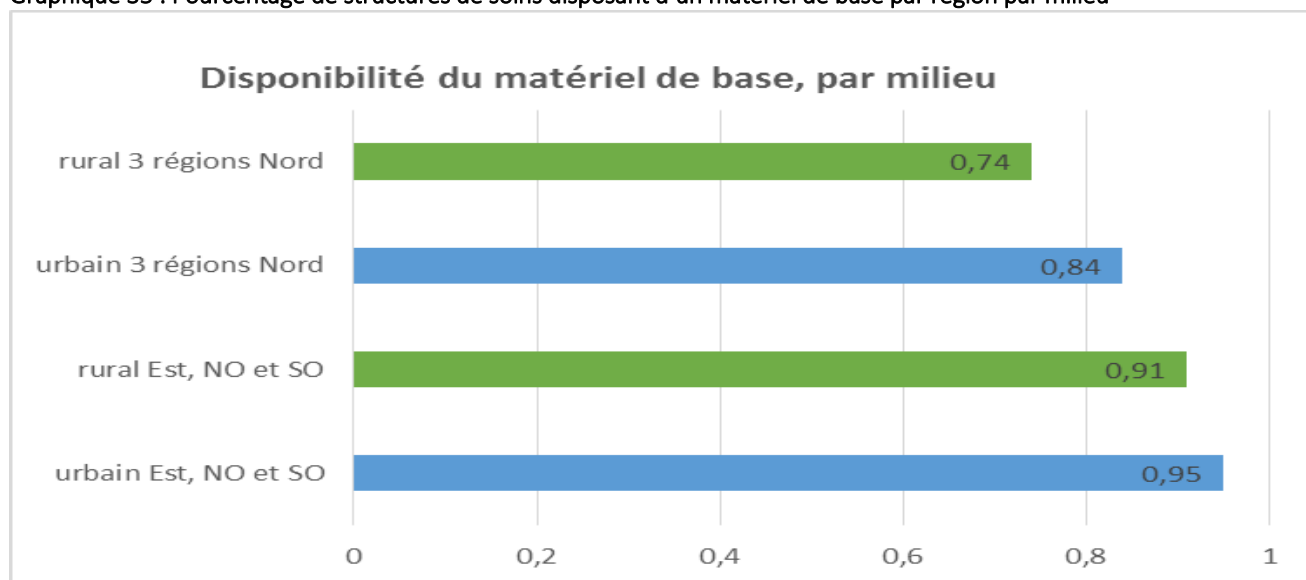
Cette situation s'explique par le faible taux d'équipement des centres de santé intégrés :

**Graphique 34 : Pourcentage de structures de soins disposant d'un matériel de base par région par type de FOSA**





Graphique 35 : Pourcentage de structures de soins disposant d'un matériel de base par région par milieu

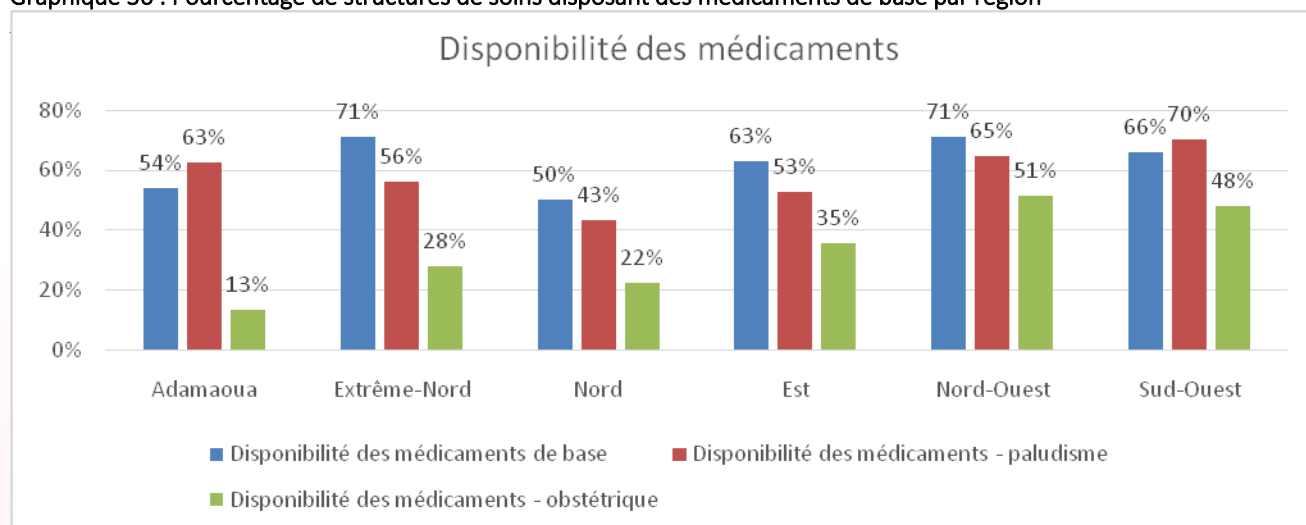


Source: Service Availability and Readiness Assessment (SARA), par l'OMS

L'équipement de base est ainsi particulièrement un problème dans les établissements de premier niveau publics (centres de santé intégrés) situés en zone rurale, dans les régions du Nord du Cameroun. (Voir Graphique 34)

L'indice calculé à partir des données FOSA comprend un nombre plus limité de médicaments usuels (10), dont la présence ou l'absence a été relevée lors des enquêtes dans les formations sanitaires<sup>6</sup>.

Graphique 36 : Pourcentage de structures de soins disposant des médicaments de base par région



Des indicateurs similaires sont calculés à partir d'une liste de médicaments nécessaires pour l'obstétrique d'urgence<sup>7</sup> et pour le traitement du paludisme<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> La liste de ces médicaments est la suivante : pommade Tétracycline ophtalmologique, paracétamol, amoxicilline, paquets de solution de réhydrations orale (SRO), zinc, fer, acide folique, cotrimoxazole, vitamine A.

<sup>7</sup> Sulfate de Magnésium, diazépam Injection, misoprostol et oxytocine.

<sup>8</sup> Quinine, traitement associé à base d'Artémisinine, Fansidar / Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP).

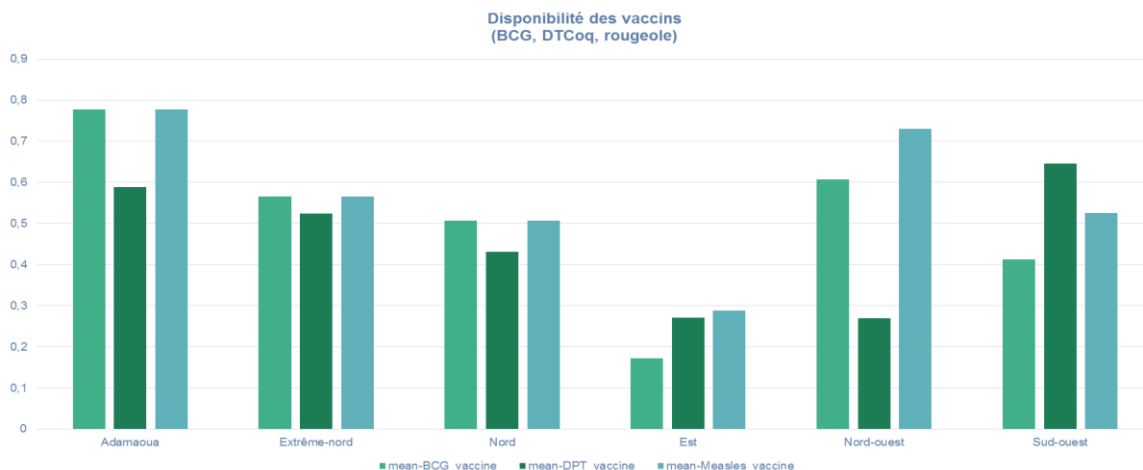
Globalement les chiffres sont assez mauvais, notamment dans les régions de l'Adamaoua et du Nord, où les médicaments de base manquent dans la moitié des cas. Les indices de disponibilité sont particulièrement bas pour les médicaments utilisés en obstétrique d'urgence : respectivement 13%, 22% et 28% pour l'Adamaoua, le Nord et l'Extrême-Nord. Les problèmes d'approvisionnement semblent un peu moins aigus pour les médicaments antipaludéens. (Voir Graphique 35)

Le profil des résultats par milieu et niveau de soins est similaire à celui constaté pour l'équipement de base : les problèmes d'approvisionnement sont plus importants dans les structures publiques des régions du Nord, en zone rurale ; ils se posent surtout pour les CSI.

- **Disponibilité des vaccins**

Comme pour les intrants précédents, l'indicateur défini selon le format de l'Initiative n'est pas disponible pour le Cameroun. Trois indicateurs spécifiques ont donc été calculés à partir des données collectées dans les enquêtes FOSA, mesurant la disponibilité des vaccins BCG, DT Coq et Rougeole.

**Graphique 37 : Pourcentage de structures de soins disposant des vaccins par région**



Source: Service Availability and Readiness Assessment (SARA), par l'OMS

Dans l'absolu les indices relevés ne sont pas très bons, puisque même dans les régions où l'approvisionnement est le plus efficace (Adamaoua, Nord-Ouest, Sud-ouest) certains vaccins ne sont pas disponibles dans plus de la moitié des cas (DTCoq pour le Nord et le Nord-Ouest, BCG pour le Sud-ouest).

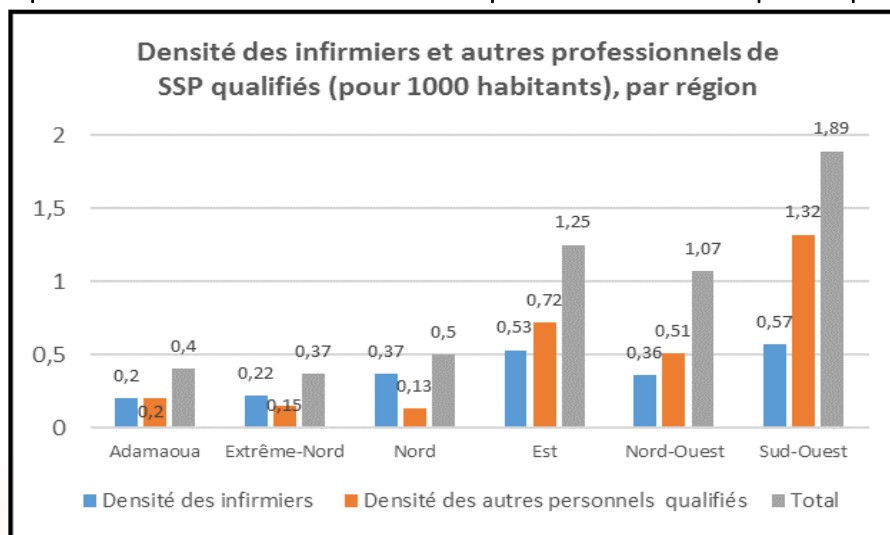
Les régions où l'approvisionnement est le moins bon ne sont pas les mêmes que pour l'équipement de base et les médicaments ; l'Adamaoua est assez performant, tandis que l'Est a de mauvais résultats (le BCG est disponible dans moins de 20% des cas). (Voir Graphique 36)

- **Disponibilité des ressources humaines :**

L'autre goulot en matière d'offre porte sur l'insuffisance en qualité et en quantité des ressources humaines (RH). Selon le dernier recensement du personnel de santé mené en 2011, on comptait 101 Gynécologues Obstétriciens exerçant au Cameroun alors qu'une estimation de 470 Gynécologues était nécessaire pour couvrir les besoins de la population durant la même période, (PNUD, 2011).

En outre, la fermeture des écoles de formation des Infirmiers Diplômés Accoucheurs (sages-femmes) par le gouvernement entre 1987 et 2011 a conduit à un grave déficit de personnel pour l'assistance qualifiée pendant l'accouchement. Seuls 167 Sages-femmes/maïeuticiens et assimilés ont été enregistrés en 2011, pour un besoin estimé à environ 5400 (Fonds des Nations Unies pour la Population, 2011). De plus, ce personnel est très inégalement réparti sur le territoire national. A titre d'exemple, la densité du personnel de santé dans la région du Sud-Ouest était près de 5 fois celle de la région de l'Adamaoua et du Nord, et 4 fois celle de l'Extrême-Nord. Ce goulot commence à trouver une réponse à travers la mise en œuvre de la CARMMA (2011-2013) au cours de laquelle il a été décidé de relancer la formation des sages-femmes. Par ailleurs, la mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines pour la santé qui a été élaboré après le recensement, a rendu effective la formation des sages-femmes et l'initiation de la formation des aides-soignants option santé communautaire.

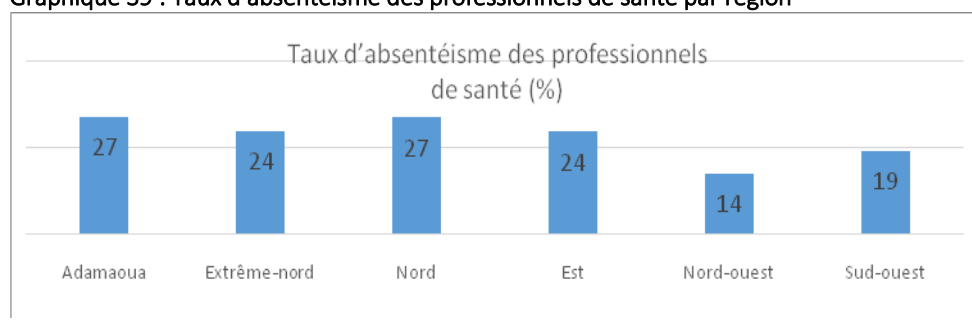
**Graphique 38 : Densité des infirmiers et autres professionnels de SSP qualifiés par région**



Source: Primary Health Care Performance Initiative » (PHCPI 2016)

En analysant le taux d'absentéisme des professionnels de santé, on constate que les régions septentrionales et de l'Est sont celles qui présentent les chiffres les plus élevés. C'est dans les 4 régions présentant les taux d'absentéisme du personnel soignant les plus élevés qu'on observe que la charge de travail est la plus lourde dans toutes les catégories de formations sanitaires, particulièrement dans les HD (ou assimilés) et dans les CSI (Voir Graphique 38)

**Graphique 39 : Taux d'absentéisme des professionnels de santé par région**



Source: Primary Health Care Performance Initiative » IPHCPI 2016

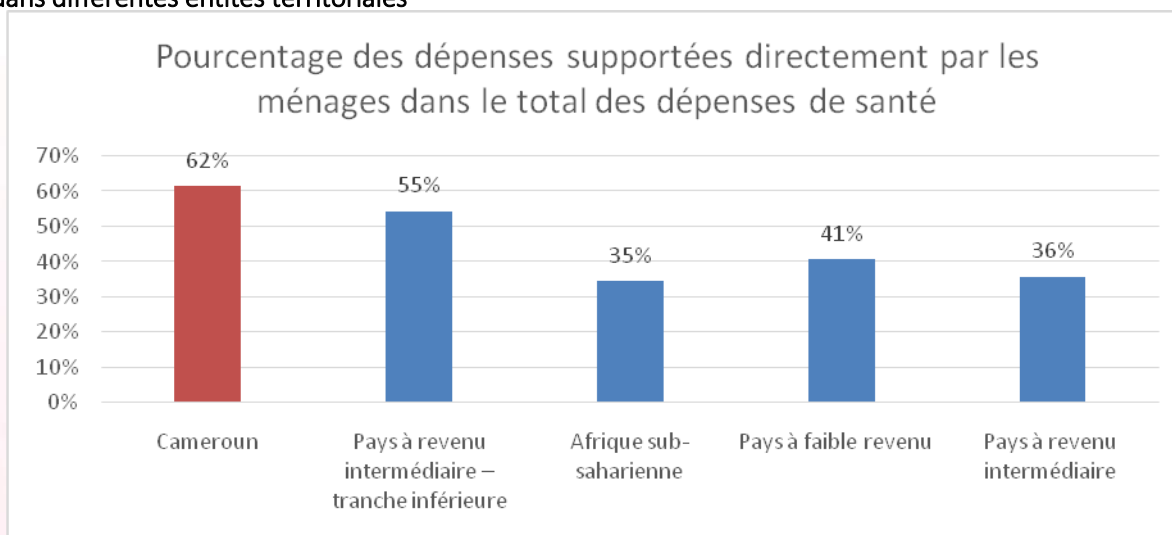
La charge de travail est définie comme le rapport entre le nombre de patients reçus par jour de travail sur le nombre de personnel soignant.

En ce qui concerne l'enregistrement d'état civil et la production des statistiques vitales, on note une insuffisance en qualité et en quantité des ressources humaines (RH). De même, la plupart des officiers d'état civil n'ont pas reçu une formation adéquate. La problématique de la formation des ressources humaines concerne également les autres acteurs de l'état civil (personnels sanitaires, personnel judiciaire, personnels INS) sur leurs rôles respectifs.

- **Accessibilité financière :**

Le pourcentage des dépenses supportées directement par les ménages dans le total des dépenses de santé d'un pays fournit des indications à cet égard : plus ce pourcentage est élevé, plus on peut penser que l'accès aux soins sera difficile pour les pauvres. Au Cameroun, les dépenses supportées directement par les ménages sont importantes : elles représentent 62% du total des dépenses de santé en 2013, selon les données de la Banque mondiale. (Voir Graphique 39). Les données des Comptes Nationaux de la Santé (CNS) 2012 indiquent une proportion plus importante encore (70%). (Voir Graphique 39)

**Graphique 40 : Pourcentage des dépenses supportées directement par les ménages dans le total des dépenses de santé dans différentes entités territoriales**



Source : Banque mondiale, World Development Indicators, 2013

- **La qualité des prestations**

La qualité des soins est une importante barrière dans l'offre des soins. La stratégie sectorielle de santé 2016 – 2027 reconnaît que la mauvaise qualité des soins pousse beaucoup de patients à consulter les guérisseurs (SSS, 2016). Dans l'étude du « *Primary Health Care Performance Initiative* » (PHCPI 2016), pour l'ensemble des structures de soins primaires interrogées, l'indice de disponibilité des matériels de base varie, suivant les régions, entre 69,9% (pour le Nord) et 94% (pour le Nord-Ouest). Les régions du septentrion présentent toutes des taux inférieurs à celles de la partie méridionale du pays. Quant à la disponibilité des médicaments, les résultats sont globalement assez mauvais, surtout dans l'Adamaoua (indice de 54% pour les médicaments de base) et le Nord (50%). L'Extrême-Nord est au même niveau que le Nord-Ouest (71%).

Pour la consultation des enfants en cas de diarrhée par exemple, on constate que seulement 20% des consultations ont fait l'objet de tous les 3 gestes requis (information sur le début du malaise, information sur la présence de sang dans les selles, vérification du pli cutané de l'enfant par l'agent de santé). La proportion des consultations ayant fait l'objet de tous les trois gestes varie selon la région. Elle est de 33,3% dans la région de l'Adamaoua, 13,6% dans celle du Nord et de 25,4% à l'Extrême-Nord. Sa variation selon le statut de la FOSA montre quant à elle que dans les FOSA privées aucune consultation n'a fait l'objet des 3 gestes requis (Enquête PBF - IFORD/MINSANTÉ/PAISS/BM, 2015).

En cas de présomption des maladies respiratoires, seulement 15,4% ont fait l'objet des cinq gestes préconisés (information sur le début du malaise, information sur la perception de sifflement lors de la respiration, vérification de la fréquence respiratoire, vérification du torse de l'enfant, examen à l'aide d'un stéthoscope). Cette proportion est plus élevée à l'Adamaoua (72,8 %) qu'au Nord (38,9%) ; elle se retrouve entre les deux dans la région de l'Extrême-Nord (49%) (Enquête PBF - IFORD/MINSANTÉ/PAISS/BM, 2015).

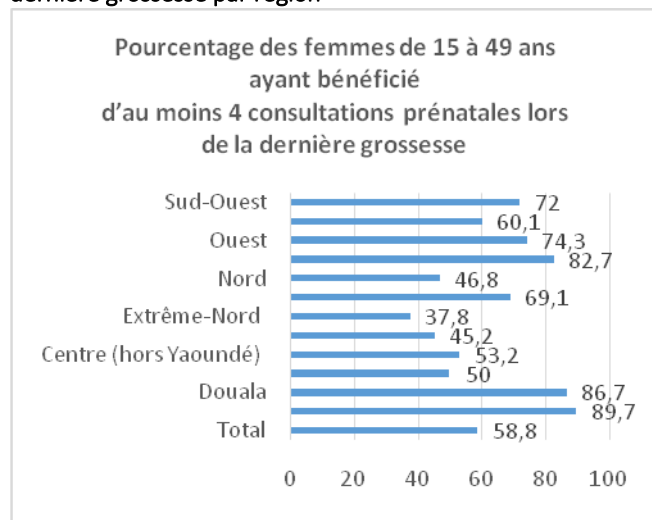
Par ailleurs, seulement 2,7% des consultations d'enfant observées avec présomption de la fièvre ont fait l'objet des 6 gestes et informations nécessaires selon le protocole en vigueur (information sur le début du malaise, vérification de la température actuelle, information sur des antécédents de rougeole, examen des yeux, examen du nez, examen de la peau). Cette proportion est de 10,5% dans l'Adamaoua, 1,3% dans le Nord et 3,1% dans l'Extrême-Nord (Enquête PBF - IFORD/MINSANTÉ/PAISS/BM, 2015).

Outre la qualité perçue des prestations citée par les femmes camerounaises comme étant un frein à l'utilisation des services, la qualité évaluée des soins, mesurée par la prise de la tension artérielle, la prise d'un échantillon de sang et d'urine au moins une fois au cours de la consultation prénatale, est en moyenne faible dans les régions septentrionales en comparaison aux méridionales. A titre d'exemple, la proportion des femmes déclarant avoir bénéficié d'une prise de la tension artérielle, d'un échantillon de sang et d'urine au moins une fois lors de la CPN à l'Extrême-Nord est inférieure à la moitié de celle de l'Ouest.

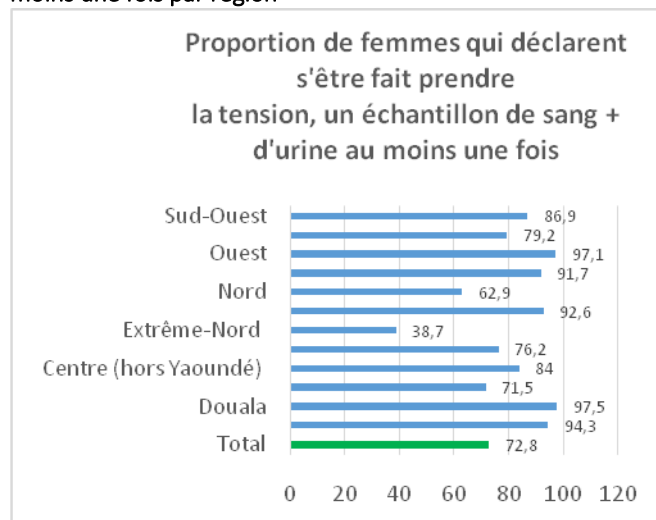
- **Des enjeux d'inégalités, de couverture et de qualité**

L'indicateur IP2SP mesure la compétence du personnel soignant en objectivant la proportion de diagnostics corrects identifiés par les professionnels de santé, interrogés sur des vignettes cliniques. Le score obtenu par les infirmières est à peine supérieur à celui obtenu par les aides-soignants. Ces scores sont plus resserrés dans les régions du grand Nord (53 contre 52%). (Voir Graphique 40, 41 et 42)

**Graphique 41 : Proportion des femmes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'au moins 4 consultations prénatales lors de la dernière grossesse par région**

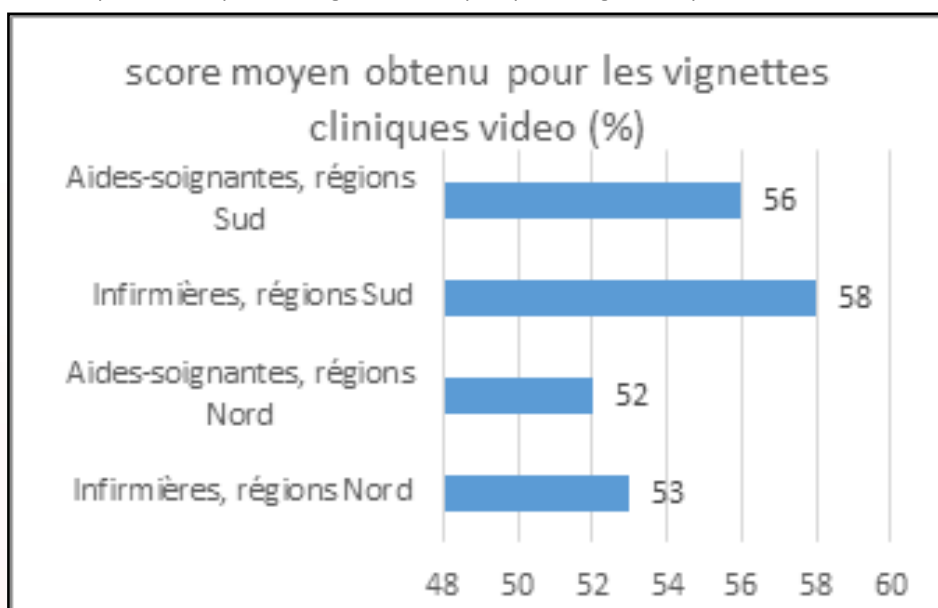


**Graphique 42 : Proportion des femmes qui déclarent s'être fait prendre la tension, un échantillon de sang et d'urine au moins une fois par région**



Source : Diagnostic Initial sur la Performance du Système de Soins de Santé Primaires au Cameroun, Yaoundé, 24 février 2016

**Graphique 43 : Score moyen obtenu pour les vignettes cliniques par catégorie de personnel**



Source : Rapport sur la Performance du Système de Soins de Santé Primaires au Cameroun, PHCPI, 2016

On peut établir à partir de ces données un double constat :

- Le niveau de compétence semble un peu meilleur dans les régions du Sud que dans les régions septentrionales : les infirmières de ces dernières régions ne donnent que 53% de réponses correctes contre 58% pour les infirmières des régions Sud. Près d'une sur deux ne sait donc pas gérer les cas simples qui lui sont soumis.
- Il y a peu de différence entre les scores obtenus en moyenne par les aides-soignants et par les infirmiers, ce qui n'est pas très bon signe quant au niveau de connaissances de ces derniers, qui sont supposés avoir un niveau de formation initiale bien supérieur.

Dans l'ensemble, les connaissances des personnels soignants sont plutôt faibles.

A noter que si on cherche à évaluer la compétence par d'autres voies, par exemple en calculant le pourcentage de personnels soignants qui ont reçu des formations au cours de l'année passée, on observe des taux de personnes formées systématiquement supérieurs dans les régions méridionales par rapport aux régions septentrionales (exemple : prise en charge intégrée de l'enfant, 7,4% du personnel formé dans les 12 derniers mois dans les régions du Nord contre 9,4% dans les régions du Sud).

Du côté de l'enregistrement d'état civil, la qualité de l'accueil est un facteur majeur dissuasif de nature à créer une réticence à aller vers les services d'état civil quand il est mauvais. En outre, le taux élevé d'absentéisme par le personnel et la lenteur notoire observée dans le traitement de dossiers ne font qu'empirer la perception de la qualité des services. De même, il n'y a pas de formations régulières des acteurs de l'état civil. Celle de 2015 intervient après plus de deux décennies sans formation et ne prend pas en compte l'ensemble des intervenants du système.

#### ▪ Défi lié à la coordination des acteurs

Il n'existe pas de lien assez fonctionnel entre les différents intervenants aussi bien du côté de la santé que du système d'état civil. C'est un grand obstacle à l'enregistrement universel et à la production à temps des statistiques d'état civil. Les structures ne sont pas en place pour la plupart. Même lorsqu'elles sont en place, l'organisation des réunions n'est pas régulière. Cela est souvent attribué à l'absence des ressources financières nécessaires. Néanmoins, même lorsque les réunions sont organisées, le suivi et la mise en œuvre des décisions prises.

#### Résumé

L'outil «EQUIST» (Equitable Impact Sensitive Tool) a été utilisé pour évaluer l'importance relative des différents goulots d'étranglement et ainsi établir des priorités entre eux. Le tableau suivant met en évidence les principaux goulots d'étranglement associés aux domaines clés de la santé maternelle et infantile (EQUIST n'étant pas destiné à la hiérarchisation des interventions de santé des adolescents ni de PF, une autre approche a été utilisée pour ces domaines faisant appel aux différentes enquêtes et analyses de situation des documents politiques et stratégiques nationaux).

Les couts, l'acceptabilité et la continuité constituent les principaux goulots d'étranglement pour les différentes interventions à haut impact identifiées. En retour, les interventions faisant le plus face aux goulots sont l'alimentation du nouveau-né et de l'enfant, les SONU et la planification familiale.

L'alimentation du nouveau-né et de l'enfant a pour goulots majeurs l'acceptabilité, l'accessibilité physique, l'accessibilité financière et la continuité.

Pour la planification familiale, les goulots majeurs par ordre d'importance sont l'accessibilité financière, la continuité des services et l'acceptabilité. Pour les SONU, la disponibilité des intrants, l'accessibilité et la continuité constituent les goulots d'étranglement les plus importants. (Voir Tableau 7)

Tableau 7 : niveau de sévérité des différents goulots d'étranglement par intervention a haut impact

Analyse des goulots d'étranglement	Sévérité											Sévérité élevée
	moins élevée											
	Disponibilité		Accessibilité physique		Accessibilité financière		Acceptabilité		Continuité		Qualité	
Nutrition et soins du nouveau-né et enfants		17		67		64,9		67,13		60,7		16
Planning familial		30,66		15		64,9		56,13		57,6		27
Soins Anténatals		0		16		17,5		9,74		38,6		41
Immunisation plus		0		15		0		56,22		23,8		42
Accouchement par personnel qualifié		22,28		14		17,2		33,3		9,75		55
Prise en charge intégré des maladies de l'enfance (PCIME)		14,16		15		64		17,6		42,2		5,8
Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence (SONU)		89,71		89		58,7		18,46		62,1		0

Pour ce qui est du système d'état civil, il ne peut fonctionner efficacement s'il n'existe pas de lien fonctionnel entre les différents intervenants. C'est le gage d'un enregistrement universel et de la production des statistiques d'état civil complètes et fiables. L'analyse du système d'état civil à partir de l'outil BIZAGUI, lors de l'atelier sur l'élaboration de la cartographie du processus d'enregistrement d'état civil ainsi que les résultats de l'évaluation complémentaire du système selon l'approche APAI-CRVS ont permis d'établir que la disponibilité, les couts, l'acceptabilité et la coordination des intervenants constituent les principaux goulots d'étranglement qui entravent l'enregistrement d'état civil et la production des statistiques de l'état civil. L'enregistrement des décès et la production des statistiques sont encore plus marqués par ces goulots.



### 3. LA REPOSE A LA MORTALITE MATERNELLE, NEONATALE, INFANTO-JUVENILE ET AUX PROBLEMES LIES A LA SANTÉ DE REPRODUCTION DES ADOLESCENTS/JEUNES

#### 3.1. *Vision du dossier d'investissement*

En accord avec le plan stratégique multisectoriel 2014-2020 de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, la vision de ce dossier d'investissement est d'arriver à « **Un Cameroun où l'accès universel aux soins et services de qualité pour les femmes et les enfants est une réalité et où les décès maternels, néonataux et infantiles évitables sont éliminés** ».

Cette vision cadre également avec celle de la « Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027 », qui vise à « *Garantir un accès équitable et universel aux services et soins de santé de base et aux soins spécialisés prioritaires de qualité, avec la pleine participation de la communauté et l'implication des autres secteurs partenaires* ». Le choix stratégique de ladite SSS est que « *les populations, en particulier les plus vulnérables, aient en cas de besoin un accès géographique, financier et culturel à des soins et services de santé essentiels et aux soins spécialisés prioritaires de qualité* ». La vision du DI s'inspire des orientations de la Stratégie Mondiale 2016-2030 du Secrétaire Général des Nations Unies pour la Santé de la Femme, de l'Enfant et de l'Adolescent et s'aligne également aux Objectifs de Développement Durable y compris l'enregistrement universel à l'état civil d'ici 2030.

#### 3.2. *Mission du dossier d'investissement*

L'objectif de ce dossier d'investissement est de contribuer à réduire, sur le plan national en général et particulièrement dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord, la mortalité/morbidité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, et d'améliorer la santé de la reproduction des adolescents/jeunes d'ici fin 2020. (Scénario 1)

Pour aboutir à cet objectif, il s'agit d'accélérer l'atteinte des résultats attendus de la mise en œuvre du Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale, Infanto-juvénile y compris l'amélioration de la santé de reproduction des adolescents/jeunes, conformément à la politique du gouvernement en la matière.

Il s'agit également d'améliorer le taux d'enregistrement d'état civil, le service rendu à l'utilisateur, la fiabilité et la sécurité des actes d'état civil et de constituer un fichier national informatisé pour parvenir à la production à temps des statistiques d'état civil.

Ainsi dans le cadre de l'initiative GFF, le Cameroun voudrait étendre la couverture des interventions à haut impact de qualité notamment en faveur des populations cibles des régions prioritaires tout en veillant à une meilleure allocation et utilisation des ressources disponibles pour la santé.

A cet effet, le gouvernement s'est engagé dans une réforme du financement de la santé afin de s'éloigner du « *business as usual* ».

### **3.3. Principes directeurs du dossier d'investissement**

La réponse à la problématique de mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile et aux problèmes liés à la santé de reproduction des adolescents/jeunes est composée d'une série d'éléments inter-liés, qui sont tous sous-tendus par un ensemble de principes clés ci-après développés (Graphique 43).

- **Prise en compte prioritaire des pathologies les plus morbides**

Dans le contexte actuel de ressources limitées, la priorité sera accordée aux stratégies et actions permettant de s'attaquer aux pathologies les plus morbides afin de maximiser l'impact sur la réduction de la morbidité et la mortalité.

- **Priorisation des populations les plus vulnérables et les plus à risque**

Compte tenu des grandes disparités dans le niveau de vulnérabilité des différents groupes socioéconomiques face aux problèmes de SRMNEA, des mécanismes seront mis en place pour assurer l'accès aux soins et services aux plus vulnérables. C'est dans cette perspective qu'est prévu la priorisation géographique (régions et districts) et socioéconomique (par quintile de bien-être) prenant en compte l'équité pour un meilleur ciblage des plus pauvres dans les régions et districts les plus affectés.

- **Passage à échelle des « meilleures pratiques » pour une couverture satisfaisante des interventions**

Afin de garantir une meilleure couverture des interventions à haut impact, les « meilleures pratiques » seront capitalisées et mises à échelle pour assurer la disponibilité ainsi que l'accès aux dites interventions.

- **Capitalisation des avantages comparatifs des acteurs sur le terrain**

Pour une plus grande efficacité, le renforcement des capacités sera prioritairement accordé aux structures ayant une expérience concluante dans la résolution des problèmes de santé en tenant compte des avantages comparatifs de chacune de ces structures. A cet effet, la contractualisation permettra de déléguer les tâches liées aux activités promotionnelles, préventives, curatives, et de réhabilitation aux acteurs privés ou publics crédibles.

- **Intensification de la collaboration/partenariat dans le cadre de l'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 dossier d'investissement. 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. Dans chaque région ciblée, un atelier multisectoriel permettra de développer un plan d'action et définir un mécanisme de suivi de la mise en œuvre.

### 3.4. Dynamique du changement du dossier d'investissement

Tous les éléments susmentionnés décrivent le dossier d'investissement en termes de : « Quoi », « Pour Qui », « Où », et « Comment », tel que le montre le graphique 43 ci-dessous. En somme, il s'agit d'une opportunité importante pour le Cameroun de renforcer la coordination de tous les acteurs engagés dans le système de santé et d'améliorer la santé et le bien-être de ses populations les plus vulnérables.

Graphique 44 : Représentation graphique de la dynamique du changement prévu dans le dossier d'investissement



Chacune des pièces constituant cette représentation graphique est étroitement liée aux autres. La mise en œuvre des interventions relatives à ces pièces constituantes sera basée sur des approches intégrées à chaque niveau du système de santé contrairement aux approches verticales et isolées.

*Par exemple :*

- **Au niveau communautaire**

La contractualisation des agents de santé communautaire est essentielle pour accroître la demande des interventions à haut impact. La mise en œuvre des interventions se fera à travers les agents de santé communautaires polyvalents pouvant couvrir plusieurs interventions contrairement aux agents de santé communautaires spécialisés dans des interventions spécifiques. Les approches promotionnelles à travers les visites à domicile, par exemple, seront holistiques et comprendront un ensemble de services telles que la nutrition, l'eau potable et l'assainissement, la santé de la reproduction, de la mère, de l'enfant et de l'adolescent.

- **Au niveau des formations sanitaires publiques et privées des niveaux primaires, secondaires et tertiaires**

Un paquet de services essentiels et globaux sera offert par des prestataires qualifiés. La qualité, la disponibilité et l'accessibilité des services seront renforcées à travers le Financement Basé sur la Performance, le Chèque Santé, et d'autres approches innovantes telles que la Couverture Santé Universelle.

▪ **Au niveau des acteurs institutionnels**

La mise en œuvre des activités se fera par une équipe de gestion polyvalente à tous les niveaux du système de santé. Les capacités techniques de ces équipes seront renforcées et les moyens logistiques leur seront offerts pour assurer la supervision, le contrôle et la coordination des activités. Des contrats de performances avec ces équipes permettront de leur accorder des incitations liées à la performance.

Pour améliorer la couverture des interventions, certains goulots d'étranglement systémiques et transversaux, notamment ceux liés à l'approvisionnement en produits pharmaceutiques et au système d'information sanitaire, seront levés.

Les changements stratégiques pour faire face aux principaux goulots d'étranglement systémiques comprendront :

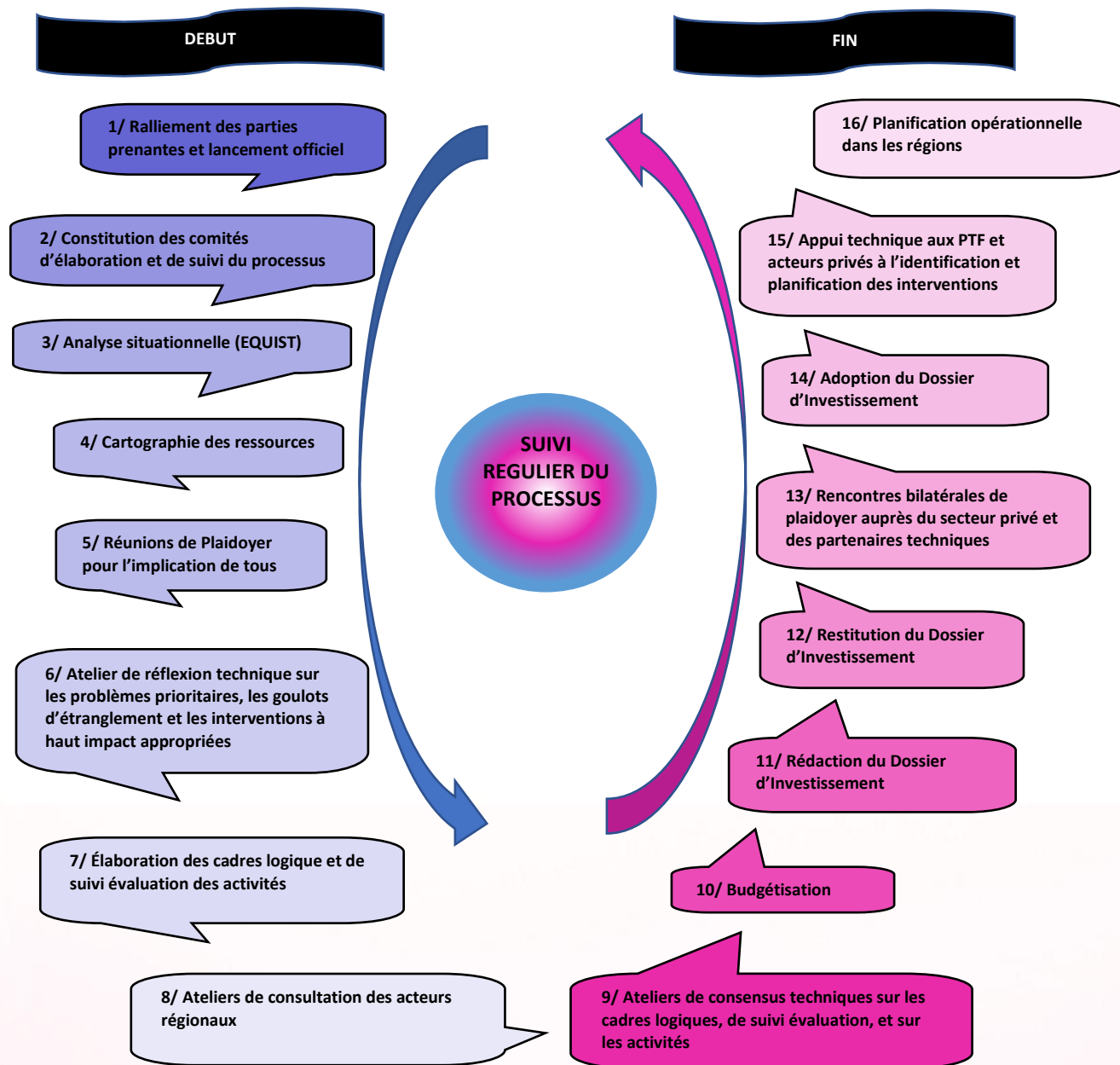
- le renforcement de l'accessibilité géographique des services ;
- l'amélioration de l'accessibilité financière des services ;
- le renforcement des mécanismes de gestion des services ;
- plus d'efficacité dans l'utilisation des ressources.

***3.5. Le processus d'élaboration et les initiatives innovantes du dossier d'investissement***

Le processus d'élaboration du dossier d'investissement s'est déroulé sous le leadership du gouvernement à travers le Ministère de la Santé Publique et a inclus le plus d'acteurs possibles. La plateforme de coordination de ce processus a été constituée des structures existantes. A cet effet, le Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle et Infanto-juvénile en a assuré la coordination technique alors que le Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de la Santé en a assuré la coordination stratégique, moyennant l'ouverture de sa composition à certains acteurs qui n'en faisaient pas partie au départ notamment ceux issus du secteur privé et de certaines organisations de la société civile.

Le processus d'élaboration du dossier d'investissement peut être décliné en 16 étapes principales présentées dans le graphique 44 ci-après.

Graphique 45 : Représentation graphique du processus d'élaboration du Dossier d'Investissement



## Initiatives innovantes clés pour l'opérationnalisation du dossier d'investissement

### Initiatives Clés du Dossier d'Investissement

1. Allocation des ressources financières en fonction des résultats obtenus (PBF) et l'extension du PBF aux acteurs en charge de la régulation du système, pour une meilleure performance
2. L'utilisation des approches innovantes de financement telle que « l'Obligation à Impact sur le Développement (Développement Impact Bond) pour le financement de la mise échelle des Soins Mère Kangourou
3. La prise en compte de l'équité socio-économique pour la priorisation géographique
4. Le renforcement de l'offre intégrée des soins et services promotionnels, préventifs et curatifs aux clients à chaque contact avec le système de santé
5. La contractualisation sélective des structures en vue de l'exploitation optimale des avantages comparatifs des acteurs du système de santé
6. Le renforcement de l'approche multisectorielle de mise en œuvre des interventions en faveur de la SRMNEA compte tenu du caractère multifactoriel des causes de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile
7. L'encadrement holistique des adolescents/jeunes sur les plans éducatif, sanitaire, sexuel, socio-économique y compris en compétences de vie
8. La mobilisation sociale ciblant les leaders d'opinion, les autorités traditionnelles, les hommes comme partenaires, etc.
9. Le renforcement des interventions sous directives communautaires à travers les ASC polyvalents et les OBC qualifiées
10. La subvention « sélective » des soins en faveur des groupes les plus vulnérables et des plus pauvres à l'exemple du chèque santé
11. L'utilisation des « Role Models » pour la mobilisation et la sensibilisation
12. Le renforcement du contrôle social et du rôle de la communauté dans celui-ci
13. L'exploitation optimale des TIC
14. L'introduction du PBF dans le secteur de l'éducation avec un accent particulier sur la fidélisation des filles à l'école.

### 3.6. Où investir : Choix des domaines et régions prioritaires, cibles, scenarii et impacts

Tel que décrit dans la section 2.4, le gap de couverture des interventions est particulièrement important dans les zones défavorisées et difficiles d'accès (particulièrement dans les régions du septentrion et de l'Est), et contribue à des inégalités en matière de santé. Ainsi, les populations les moins couvertes y compris les plus démunies ont été principalement visées dans le choix des domaines et régions prioritaires.

Le processus de priorisation a pris en compte les données probantes ainsi que le consensus des principales parties prenantes sur ce processus et les critères y afférents. Plusieurs ateliers ont permis de mener des analyses des différentes conditions épidémiologiques à l'aide de l'outil EQUIST (Equitable Impact Sensitive Tool).

Tableau 8 : Domaines d'intervention prioritaires à renforcer par région

REGIONS	DOMAINES de la SRMNEA (les régions prioritaires sont marquées par X)				
	Mortalité maternelle	Mortalité néonatale	Mortalité infantile	Malnutrition infanto-juvénile	Santé Reproduction des adolescents/jeunes
Adamaoua	X	X	X	X	X
Centre (sans Yaoundé)		X			
Douala		X			X
Est	X	X	X	X	X
Extrême-Nord	X	X	X	X	X
Littoral sans Douala)		X			
Nord	X	X	X	X	X
Nord-Ouest		X	X	X	
Ouest		X	X	X	
Sud		X			
Sud-ouest		X			
Yaoundé		X			X

Les régions prioritaires ont été retenues de manière consensuelle en fonction de la charge morbide selon les domaines SRMNEA et le niveau de couverture des interventions à haut impact.

L'analyse de ces domaines d'intervention a montré que les disparités régionales se sont accentuées pendant les dix dernières années avec une situation critique dans les régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord, faisant identifier celles-ci comme prioritaires.

En dépit du fait que l'outil EQUIST ne prend pas en compte les adolescents/jeunes, cette cible a également été l'objet de cette analyse situationnelle à cause de sa vulnérabilité aux problèmes de SR.

Bien que n'étant pas dans les régions prioritaires, les villes de Douala et Yaoundé ont été retenues en raison de l'augmentation exponentielle de la population des adolescents/jeunes, conséquence de l'exode rural massif qui les expose aux conditions de vie précaires et augmente leur vulnérabilité.

**L'analyse a permis de développer 3 scénarii de réponse pour le dossier d'investissement.**

- **Scénario 1**

Il se base uniquement sur les ressources disponibles ou engagées. Ce scénario retient quatre régions prioritaires (Adamaoua, Est, Extrême-Nord et Nord) et cinq domaines d'interventions (réduction de la mortalité maternelle, réduction de la mortalité néonatale, réduction de la malnutrition) chez les enfants de moins de 5 ans, amélioration de la santé reproductive des adolescents/jeunes, et amélioration de l'ESEC). Dans ce scénario, la réorientation stratégique des interventions comportera des actions au niveau national. Il s'agit notamment du renforcement du système de gestion logistique pour un meilleur approvisionnement des intrants (médicaments, réactifs, vaccins) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, de l'introduction du financement basé sur la performance au niveau central du MINSANTÉ et du renforcement du système d'information sanitaire.

## ▪ Scénario 2

Ce scénario prend en compte les priorités essentielles dont la mise en œuvre doit être activement recherchée à travers la mobilisation où la réallocation des ressources. Ce scénario prend en compte les interventions du scénario 1 auxquelles s'ajoutent la lutte contre la mortalité néo-natale dans la région du Sud-ouest, la santé de la reproduction des adolescents en milieu urbain à Yaoundé et Douala, la lutte contre la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans dans les régions du Nord-Ouest et de l'Ouest, et la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile ainsi que l'amélioration de la santé des adolescents/jeunes dans la région du Centre en raison de sa forte population.

## ▪ Scénario 3

Il prend en compte tous les besoins et priorités à considérer en cas de mobilisation additionnelle de ressources. En plus des interventions du scénario 2, il intègre toutes les autres régions pour la lutte contre la mortalité néonatale, et la lutte contre la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans.

En somme, à travers la mise en œuvre de ces interventions, environ 27826, 41391 et 52389 décès seront évités respectivement dans les scénarii 1, 2 et 3 ; En plus des décès évités, ces interventions permettront d'éviter 17152, 31551 et 39351 cas de retard de croissance respectivement dans les scénarii 1, 2 et 3 comme illustré dans le tableau 9 ci-dessous.

Tableau 9 : Estimation du nombre de vies sauvées par scénario et par année de mise en œuvre

CATEGORIES DES DECES/MOBIDITE EVITES	IMPACT (NOMBRE DE DECES/MOBIDITE EVITES)				
	2017	2018	2019	2020	2017-2020
<b>SCENARIO 1</b>					
Néonatale	1133	2266	2266	4532	10197
Post néonatal & infantile	1808	3616	3616	7231	16270
Maternel	151	302	302	604	1359
<b>TOTALE DE VIES SAUVEES</b>	<b>3 092</b>	<b>6 184</b>	<b>6 184</b>	<b>12 367</b>	<b>27 826</b>
RETARD DE CROISSANCE EVITES	1906	3812	3812	7623	17152
<b>SCENARIO 2</b>					
Néonatale	1752	3505	3505	7010	15772
Post néonatal & infantile	2541	5082	5082	10164	22868
Maternel	306	611	611	1223	2751
<b>TOTALE DE VIES SAUVEES</b>	<b>4 599</b>	<b>9 198</b>	<b>9 198</b>	<b>18 396</b>	<b>41 391</b>
RETARD DE CROISSANCE EVITE	3506	7011	7011	14023	31551
<b>SCENARIO 3</b>					
Néonatale	2296	4593	4593	9186	20668
Post néonatal & infantile	3039	6077	6077	12155	27348
Maternel	486	972	972	1944	4373
<b>TOTAL DE VIES SAUVEES</b>	<b>5 821</b>	<b>11 642</b>	<b>11 642</b>	<b>23 284</b>	<b>52 389</b>
RETARD DE CROISSANCE EVITES	4372	8745	8745	17489	39351

**NB** : Il ne s'agit que des estimations pouvant paraître minimalistes à cause des limitations de l'outil utilisé.



### 3.7. Les plateformes des prestations et approches pour la mise en œuvre

#### ▪ Plateformes de mise en œuvre

L'utilisation de toutes les plates-formes (activités cliniques, communautaires et stratégies avancées) sera structurée en tenant compte de l'accessibilité géographique. Les activités communautaires cibleront particulièrement les personnes qui ne peuvent pas accéder facilement à la FOSA (populations isolées/autochtones, adolescents, populations dans les zones de conflit, etc.). La délégation des tâches aux agents de santé communautaire facilitera l'offre de certains services.

#### ▪ Approche intégrée des prestations

Bien que les activités soient présentées individuellement, la prestation se fera de façon intégrée tant au niveau communautaire qu'au niveau des FOSA afin de faciliter l'utilisation des services par les clients. L'organisation des services devrait permettre à un client d'accéder à un paquet de services lors de chaque contact. *Par exemple, au cours de sa consultation prénatale, une femme pourrait également bénéficier d'une consultation pour paludisme ou encore diarrhée pour son enfant au lieu de revenir ou d'aller rechercher ces soins ailleurs.*

#### ▪ Harmonisation des couts des intrants

L'harmonisation du coût des intrants se fera à travers la mise en œuvre des stratégies telles que :

- L'utilisation des kits pour les intrants de première nécessité des principales interventions (*kit d'accouchement, kit de césarienne, etc.*).
- L'amélioration de la gestion des stocks par les FRPS et les FOSA pour la disponibilité des intrants en quantités suffisantes au niveau régional et un meilleur réapprovisionnement des FOSA par le biais des modèles passif et actif (push and pull) afin d'éviter les ruptures intempestives des stocks.

#### ▪ Mobilisation sociale et communication à travers les leaders d'opinion/leaders traditionnels

L'implication des autorités traditionnelles et des leaders d'opinion est fondamentale en raison de l'ancrage culturel de certains comportements favorisant la sous-utilisation des services et soins dans les régions prioritaires. A cet effet, un plaidoyer devra être mené auprès de ces autorités et leaders pour la mobilisation de la communauté en privilégiant l'approche par auto diagnostic communautaire. Par ailleurs, les hommes seront cooptés par le biais des stratégies inclusives telles que « **le club des hommes engagés** » ou écoles de maris en raison de leur rôle capital dans le choix des itinéraires thérapeutiques des femmes et des enfants.

#### ▪ Communication par les TIC

Les TIC seront utilisés pour atteindre les clients dans divers domaines : utilisation des SMS pour le suivi des clients, rappel des rendez-vous de CPN aux femmes enceintes, rappel des rendez-vous de vaccinations des enfants aux mères, sensibilisation des clients sur divers sujets, feedback aux clients, etc.

Quelques exemples : création de site web interactif, « SMS pour les initiatives de santé » pour rappeler et suivre les perdus de vue, réseaux sociaux pour partage d'information.

- **Le renforcement du contrôle social**

Afin de s'assurer que les bénéficiaires sont des acteurs des instances de décision, des mécanismes appropriés de contrôle social devront être institués aux différents niveaux de prise de décision et surtout au niveau opérationnel avec un accent sur la participation effective des femmes et des jeunes. Les réunions d'interface FOSA/communauté auser de la communauté seront ainsi encouragées. Et les indicateurs de satisfaction des utilisateurs des services de santé dans le cadre de l'initiative PBF et du suivi communautaire de la performance des FOSA seront exploités.

- **PBF et cheque santé pour le renforcement de l'offre et de la demande**

L'insuffisance du financement de la santé et le faible pouvoir d'achat des populations sont des barrières majeures à l'offre et à l'utilisation des soins et services de qualité. Il est alors important de renforcer simultanément l'offre et la demande des soins et services en capitalisant les expériences encourageantes telles que le PBF pour l'offre, et les initiatives de subvention de soins telles que le Chèque Santé pour la demande. Par ailleurs, en raison de l'impérieuse nécessité de stimuler la demande des soins et des services dans les régions prioritaires, la mise sur pied du PBF communautaire y est fortement recommandée.

Tableau 10 : Plan d'extension pour la mise à l'échelle nationale du PBF, 2016-2020

			2017		2018		2019		2020	
REGION	% Pop couverte 2016	Pop. Total 2016	%	Pop.	%	Pop.	%	Pop.	%	Pop.
Adamaoua	35%	1,183,362	35%	414,177	100%	1,203,479	100%	1,223,938	100%	1,244,744
Centre	0%	4,085,946	13%	531,173	13%	540,203	50%	2,113,025	100%	4,297,892
Est	98%	893,103	100%	893,103	100%	908,286	100%	923,727	100%	939,430
Extrême-Nord	42%	4,018,963	42%	1,687,964	100%	4,087,285	100%	4,156,769	100%	4,227,435
Littoral	19%	3,326,811	19%	632,094	50%	1,691,683	50%	1,720,442	100%	3,499,376
Nord	29%	2,433,705	29%	705,774	100%	2,475,078	100%	2,517,154	100%	2,559,946
Nord-Ouest	28%	2,031,810	30%	609,543	50%	1,033,175	75%	1,576,109	100%	2,137,203
Ouest	0%	2,009,482	0%	0	50%	1,021,822	50%	1,039,193	100%	2,113,718
Sud	0%	781,465	0%	0	50%	397,375	50%	404,130	100%	822,001
Sud-Ouest	41%	1,562,932	41%	640,802	50%	794,751	75%	1,212,393	100%	1,644,004
Cameroun	25%	22,327,579	35%	6,114,631	53%	14,153,137	69%	16,886,879	100%	23,485,749

Une étude de faisabilité et un projet pilote de PBF (en cours de préparation par le Ministère de l'Éducation de Base avec l'appui de la Banque mondiale) seront menés pour l'introduction de cette approche dans le secteur de l'éducation. Bien que visant le renforcement global de ce secteur, un accent particulier sera mis sur l'indicateur de performance taux d'achèvement scolaire par les filles.

Pour l'amélioration de la demande, et en attendant l'aboutissement des travaux sur la Couverture Santé Universelle, le renforcement des initiatives innovatrices telles que le « Chèque Santé », facilitera l'accès aux services de santé de qualité. Le chèque santé facilite l'accès aux soins à la femme pendant la grossesse et l'accouchement. Il couvre également le coût des soins pendant six semaines après l'accouchement y compris pour le nouveau-né, moyennant une contribution symbolique (6000FCFA) par la femme enceinte. Au vu de l'ampleur des besoins, une réflexion pourrait être menée pour la mise en place, dans le cadre du « Cheque Santé » d'une approche de subvention sélective en faveur des plus nécessiteux. Le projet « Filets Sociaux » sera capitalisé pour identifier les plus nécessiteux. Il s'agit d'un projet qui a mis sur pied un mécanisme permettant d'identifier de manière rationnelle les familles les plus pauvres, qui reçoivent par la suite un transfert monétaire afin de les aider à sortir de la pauvreté.

- **Approche multisectorielle**

La réponse à la mortalité maternelle et infanto-juvénile requiert l'implication impérative et coordonnée de tous les secteurs concernés en raison des causes multifactorielles de cette mortalité.

- **Transfert monétaire conditionnel pour l'éducation soutenue des filles**

Les familles les plus pauvres ciblées par le projet « Filets Sociaux » pourraient recevoir un « transfert monétaire conditionnel » pour assurer la scolarisation des jeunes filles. En effet, la scolarisation de la jeune fille est un élément clé de lutte contre les mariages et grossesses précoces qui font partie des causes sous-jacentes de la morbidité/mortalité maternelle.

- **Processus de mise en œuvre des interventions prioritaires**

Pendant la mise en œuvre, les zones ciblées bénéficieront d'une couverture progressive en interventions majeures. Dans chaque district de santé, l'équipe de coordination régionale fera le choix des activités à mettre en œuvre.

**Tableau 11 : Exemple du déploiement de la mise en place de quelques interventions clés**

RÉGION	ANNÉE	
	2017	2018
Adamaoua	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extension du PBF dans tous les districts sanitaires</li> <li>• Soins Mère Kangourou</li> <li>• Poursuite du Projet PAS- SR</li> <li>• Cheque santé : extension</li> <li>• Renforcement de l'approche communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extension du pilote PBF éducation</li> <li>• Soins Mère Kangourou</li> <li>• Poursuite du Projet PAS- SR</li> </ul>
Est	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PBF déjà à l'échelle dans cette région</li> <li>• Poursuite du Projet PAS- SR</li> <li>• Renforcement de l'approche communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite du Projet PAS- SR</li> </ul>
Extrême-Nord	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extension du PBF dans tous les districts sanitaires</li> <li>• Poursuite du Projet PAS- SR</li> <li>• Cheque santé : extension</li> <li>• Renforcement de l'approche communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pré-pilote transfert monétaire conditionnel pour l'éducation soutenue des filles</li> <li>• Poursuite du Projet PAS- SR</li> </ul>
Nord	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extension du PBF dans tous les districts sanitaires</li> <li>• Pré-pilote PBF pour l'éducation</li> <li>• Soins Mère Kangourou</li> <li>• Poursuite du Projet PAS- SR</li> <li>• Cheque santé : extension</li> <li>• Renforcement de l'approche communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extension du pilote PBF éducation dans certains districts</li> <li>• Pré-pilot transfert monétaire conditionnel pour l'éducation soutenue des filles</li> <li>• Soins Mère Kangourou</li> <li>• Poursuite du Projet PAS- SR</li> </ul>

#### 4. LES RESULTATS ATTENDUS ET ACTIVITES PREVUES

Les domaines d'intervention retenus à la suite du processus de priorisation sont : la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, la lutte contre malnutrition, la santé de reproduction des adolescents/jeunes, et l'enregistrement des statistiques vitales et faits d'état civil. Pour chacun de ces domaines, une série d'interventions à haut impact a été identifiée à l'aide de l'outil EQUIST sur la base de leurs impacts potentiels respectifs en termes de vies sauvées. Des objectifs spécifiques ont été définis et les résultats à atteindre ont été fixés (Voir Cadre Logique en annexe). Cette section décrit le renforcement du système, la mise à disposition des prestations et l'utilisation effective des interventions à haut impact. Pour chaque résultat attendu, des interventions stratégiques et des activités ont été élaborées.

##### 4.1. L'utilisation des interventions à haut impact par la population:

1. Objectif spécifique 1 (Niveau out come): Accroître l'utilisation des services et soins continus de qualité (PCIME, SONEU, PF, nutrition/supplémentation, PEC & PREV IST/VIH, Transfusion, Etc...) par les femmes en âge de procréer (et en union pour la PF), les femmes enceintes, les enfants de 0 à 5 ans, et les adolescents dans les régions prioritaires d'ici fin 2020

##### UTILISATION DES SERVICES DE PF

###### RESULTAT :

1.1. La prévalence contraceptive moderne (méthode MAMA exclue) parmi les femmes en âge de procréer en union augmente d'au moins 30 % d'ici fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où elle est actuellement respectivement de 7,7%, 14,6%, 3,5 % et 6,1% (MICS 2014)

###### INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES:

- *L'élaboration et le déploiement des interventions de changement de comportement et de promotion au sein des populations (y compris les visites à domicile, etc.), des autorités traditionnelles et religieuses, etc.*
- *La promotion de la contraception post-partum et post-abortum*
- *L'intégration de la PF dans d'autres services (vaccination, post-partum, post-abortum, services de nutrition, etc.)*
- *L'introduction de la distribution à base communautaire des méthodes injectables et si possible des implants*
- *La promotion du marketing social, l'implication du secteur privé à savoir les pharmacies et dépôts,*
- *La mise en place d'une nouvelle plate-forme d'approvisionnement avec la participation de tous les principaux partenaires et le gouvernement pour assurer la disponibilité régulière des produits de base*

##### L'UTILISATION DE SERVICES DE CPN DE QUALITÉ PAR LES FEMMES ENCEINTES Y COMPRIS LE TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME (clinique et communautaire)

## RESULTATS :

- 1.2. La proportion des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 dernières années précédant l'enquête, qui ont bénéficié de la CPN4 offerte par un personnel qualifié, augmente à au moins 70% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, Extrême-Nord et le Nord où elle est actuellement de 50%, 45,2%, 37,8% et 46,8% respectivement (MICS 2014)
- 1.3. La proportion des femmes enceintes qui font leur première visite au cours du premier trimestre, augmente d'au moins 30% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où elle est actuellement respectivement de 36,6%, 34%, 23,9% et 20,7%
- 1.4. La proportion des femmes enceintes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante dans les deux années précédant l'enquête et qui ont reçu au moins 3 doses de traitement préventif intermittent (sulfadoxine-pyriméthamine) contre le paludisme au cours des consultations prénatales est d'au moins 80 % d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où les proportions actuelles sont respectivement de 63,4%, 41,5%, 46,3% et 61,4% (MICS 2014),
- 1.5. La proportion des femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête est d'au moins 85% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où elle est actuellement de **46,0%, 46,2%, 43,3% et 72,0%** respectivement (MICS 2014)
- 1.6. La proportion des femmes ayant été enceintes au cours des 5 dernières années qui ont reçu du fer et acide folique pendant au moins 90 jours durant leur dernière grossesse augmente d'au moins 50% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où elle est respectivement de 55,9%, 36,2%, 28,1% et 28,6%
- 1.7. La proportion des femmes enceintes testées VIH+ mises sous traitement ARV conformément aux directives nationales est d'au moins 95% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord, le Nord, le Centre, le Littoral, le Nord-Ouest, l'Ouest, le Sud et Sud-Ouest où les proportions actuelles sont respectivement de 87,4%, 68,4%, 62,2% 78,7%, 92%, 87%, 93%, 84%, 74,6 et 88%.  
(RAPPORT DE PROGRES PTME N°10 de 2015)
- 1.8. La proportion des femmes enceintes attendues au cours de l'année précédant l'enquête dans les aires de santé couverts par les ASC qui sont suivies jusqu'à l'accouchement par ces ASC est d'au moins 60%

## **INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES:**

*Pour l'utilisation effective par les femmes enceintes des services de qualité du paquet d'interventions à haut impact au cours la grossesse et des CPoN, les activités suivantes seront menées:*

- *L'utilisation de SMS pour la santé pour le rappel des rendez-vous de la CPN aux femmes enceintes*

- *L'utilisation des techniques de mobilisation sociale (plaidoyer, sensibilisation, initiative des hommes-comme-partenaires (école des hommes) etc. par l'équipe de district/FOSA*
- *L'utilisation des ASC au cours de leurs visites à domicile pour identifier et référer les femmes enceintes pour CPN aux services de santé,*
- *Le renforcement de la CPN en stratégie avancée*
- *La promotion des services mobiles/itinérants*
- *La mise en place de l'initiative chèque santé pour renforcer la demande*

#### **UTILISATION DES SERVICES D'ACCOUCHEMENT ET CPoN PAR LES MERES**

##### **RESULTATS**

- 1.9.** La proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié augmente de 20% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord dont les taux actuels sont respectivement de 53%, 57%, 29% et 36% (MICS 2014)
- 1.10.** Le taux de césarienne passe à au moins 5% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où les taux actuels sont respectivement de 1,6%, 3%, 0,6% et 0,4% (Etude SONU 2015)
- 1.11.** Le pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 dernières années précédant l'enquête et dont le dernier accouchement a bénéficié d'une consultation post-natale pour la mère dans les 48 heures post-partum augmente à au moins 30% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où il est respectivement de 6,9%, 6,2%, 3,8%, et 3,4% (MICS 2014)

##### **INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES**

*Pour l'utilisation effective par les femmes enceintes des services d'accouchement et de CPoN par un personnel qualifié, les activités suivantes seront effectuées:*

- *L'utilisation des ASC pour des visites à domicile dans le cadre du soutien en faveur de l'élaboration et le respect d'un plan de préparation pour un accouchement en milieu clinique avec référence à temps des cas compliqués.*
- *L'utilisation de SMS pour le suivi des femmes enceintes et dans la période du post-partum*
- *L'utilisation des techniques de mobilisation sociale (plaidoyer, sensibilisation par mass média, communication interpersonnelle)*
- *L'introduction des cases d'attente des femmes enceintes autour des FOSA, en particulier dans les zones où les distances sont grandes, de manière à permettre aux femmes enceintes de localités lointaines de se déplacer vers les FOSA bien avant leur date prévue de l'accouchement*
- *La mise en place de l'initiative chèque santé pour renforcer la demande.*

<b>UTILISATION DES SOINS NEONATAUX DE LA CPoN PAR LES NOUVEAU-NES</b>
<p><b>RESULTATS :</b></p> <p><b>1.12.</b> Le Pourcentage de nouveaux nés asphyxiés ayant bénéficié d'une réanimation au masque et au ballon selon les normes est de 90% au moins d'ici fin 2020.</p> <p><b>1.13.</b> La proportion d'infections néonatales reçues dans les FOSA qui sont prises en charge par antibiothérapie est de 90% au moins en 2020 (Base line à déterminer))</p> <p><b>1.14.</b> La proportion des cas de prématurité/petit poids enregistrés qui sont pris en charge selon les normes, y compris avec la couveuse et/ou la méthode Kangourou, est d'au moins 80% dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord</p> <p><b>1.15.</b> La proportion de nouveau-nés de mères dépistées VIH+, qui sont mis sous traitement ARV conformément aux directives nationales est d'au moins 80,6 % d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, le Centre, l'Est, l'Extrême-Nord, le Littoral, le Nord, le Nord-Ouest, l'Ouest, le Sud et le Sud-Ouest où les proportions actuelles sont de 33%, 41%, 46%, 30%, 57%, 34%, 71%, 39% 40%, et 77% respectivement</p> <p><b>1.16.</b> Le pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 dernières années précédant l'enquête et dont la dernière naissance a bénéficié d'une consultation post-natale pour le bébé dans les 48 heures après l'accouchement, augmente à au moins 30% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où il est respectivement de 9,6%, 6,7%, 4,9%, et 9,6% (MICS 2014)</p>
<p><b>INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Le diagnostic en stratégie avancée et référence les cas aux FOSA</i></li> <li>• <i>La prise en charge clinique selon les normes</i></li> <li>• <i>La subvention de la prise en charge d'infection néonatale (ex. Chèque santé)</i></li> <li>• <i>L'introduction du kit de réanimation et de pris en charge des nouveau-nés</i></li> </ul>
<b>UTILISATION DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DES MALADIES DE L'ENFANT (clinique et communautaire)</b>
<p><b>RESULTATS :</b></p> <p><b>1.17.</b> La proportion de cas d'infection respiratoire aiguë chez les enfants de moins de 5 ans pris en charge dans les FOSA selon les normes nationales (traitement par antibiothérapie) augmente d'au moins 40% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord</p>



et le Nord où les taux actuels sont de 62%, 52,4%,34,6% et X% respectivement (Valeur de base du Nord à déterminer) (MICS 2014)

- 1.18.** La proportion des cas de paludisme pris en charge selon les normes nationales (ACT le même jour ou le jour d'après) chez les enfants de moins de 5 ans est d'au moins 40% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, Extrême-Nord et Nord où les taux actuels sont de 7,0%, 3,9%,0,3% et 5,6% respectivement
- 1.19.** La proportion des cas de diarrhée pris en charge selon les normes nationales (SRO-Zinc avec poursuite de l'alimentation) chez les enfants de moins de 5 ans augmente d'au moins 50% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où les taux actuels sont de 47,6%, 47,7%, 33,0% et 33,2% respectivement (MICS 2014)
- 1.20.** La proportion des cas de paludisme, IRA et diarrhée simples traités par les ASC selon la politique nationale dans les aires de santé couvertes par ces ASC est d'au moins 60% (Valeur de base à déterminer)

**INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES:**

*NIVEAU COMMUNAUTAIRE*

- *Le diagnostic communautaire et la référence des cas sévères*
- *L'introduction des kits de prise en charge des moins de 5 ans (paludisme, diarrhée, IRA etc.)*
- *La prise en charge communautaire selon les normes*

*NIVEAU CLINIQUE*

- *Prise en charge clinique des cas selon les normes*

*EN STRATEGIE AVANCEE*

*Le personnel des FOSA travaillera en stratégie avancée pour*

- *Le screening/consultation des enfants et référence des cas graves aux formations sanitaires*
- *La fourniture du même paquet de soins que dans la formation sanitaire pour les cas moins graves*

- 1.21.** La proportion des enfants de 0 à 11 mois qui ont reçu le PENTA3 augmente à au moins 92% d'ici fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord où les taux actuels sont respectivement de 92%, 107% (prise en compte des réfugiés), 90%, et 87% (Données PEV de routine 2015)
- 1.22.** La proportion des enfants de 0 à 11 mois qui ont reçu le VARR augmente à au moins 95% d'ici fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord où les taux actuels sont respectivement de 80%, 99% (prise en compte des réfugiés), 84%, et 82% (Données PEV de routine 2015)

**INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES:**

#### **NIVEAU COMMUNAUTAIRE**

- *La sensibilisation des familles sur l'importance et l'utilisation des services PEV.*
- *L'identification et référence des cas non vaccinés ou perdu de vue par les ASC aux FOSA*

#### **NIVEAU CLINIQUE**

- *La sensibilisation des familles sur l'importance et l'utilisation des services PEV*
- *La prestation des services selon les normes*

#### **STRATEGIE AVANCEE**

*Le personnel des FOSA travaillera en stratégie avancée pour*

- *Le screening des enfants de 0 à 11 mois dans les communautés et l'offre du même paquet de services PEV que dans la formation sanitaire.*

#### **UTILISATION DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION PAR LES FEMMES ENCEINTES ET LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS**

##### **RESULTATS :**

- 1.23.** Le taux d'allaitement maternel exclusif chez les enfants de 0 à 6 mois augmente d'au moins 50% d'ici fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où les taux actuels sont respectivement de 36,4%, 41,7%, 12,7%, et 11,3% (MICS 2014)
- 1.24.** La proportion des cas de malnutrition aigüe attendue chez les enfants de moins de 5 ans qui sont identifiés et pris en charge selon les normes est supérieure ou égal à 75% d'ici fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, l'Est l'Extrême-Nord et le Nord
- 1.25.** Le pourcentage des enfants de 6 à 23 mois qui ont reçu les aliments solides, semi solides ou mous, le nombre minimum de fois acceptable ou plus le jour précédent l'enquête augmente d'au moins 25% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, Extrême-Nord et Nord où il est **62,6%**, 59,7%, **71,6%** et **65,5%** respectivement (MICS 2014)
- 1.26.** La proportion des enfants de 6 à 59 mois ayant reçu des suppléments en vitamine A est d'au moins 95% d'ici fin 2020
- 1.27.** La proportion des enfants de 12 à 59 mois ayant été déparasités deux fois l'an est d'au moins 95% d'ici fin 2020
- 1.28.** La proportion des femmes ayant été enceintes au cours des 5 dernières années et qui ont reçu des suppléments nutritifs en dehors du fer durant leur dernière grossesse est d'au moins 50% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord (Baseline à déterminer)

##### **INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES:**

*Pour augmenter la proportion des cas de malnutrition aigues sévères pris en charge selon les normes et prévenir la malnutrition*

*chronique, les activités suivantes seront fournies selon le niveau :*

**Niveau communautaire :**

- *L'organisation de la visite des ménages pour la sensibilisation. Les sujets sur la nutrition devront inclure l'allaitement maternel exclusif pour les enfants de moins de six mois et des conseils sur l'alimentation complémentaire (diversité alimentaire) pour les enfants de 6-23 mois et de la nutrition des femmes enceintes, la supplémentation en fer pendant la grossesse et l'allaitement maternel chez les filles et les femmes en âge de procréer*
- *L'organisation du dépistage de la malnutrition aiguë sévère et modérée chez les 6-59 mois suivis des références aux FOSA pour prise en charge*
- *L'organisation des activités pour la recherche des perdus de vue traitées pour malnutrition aiguës sévères chez les enfants de 6-59 mois et référence vers un centre de santé pour prise en charge*
- *La fourniture selon le protocole de poudres de micronutriments (vitaminés) aux enfants âgés de 6-23 mois et des conseils pour son utilisation à travers la distribution communautaire*
- *La fourniture d'une dose semestrielle de déparasitant aux enfants âgés de 12-59 mois*
- *L'organisation mensuellement d'une séance de démonstration de pesée, de counseling, d'éducation nutritionnelle et de démonstration culinaire pour les mères d'enfants de moins de deux ans*
- *La promotion de l'assainissement totale piloté par la communauté et le lavage des mains aux moments clés*
- *La promotion de la distribution à base communautaire de fer et autres suppléments nutritives pour les femmes enceintes*

**Niveau Formation sanitaire (primaire et and secondaire)**

- *La distribution de suppléments de vitamine A selon le protocole (enfants âgés de 6-59) (routine)*
- *L'organisation des CPN (évaluation des aspects qualitatifs tels que la prescription du fer / acide folique et la provision des conseils sur l'allaitement maternel exclusif)*
- *Au cours de l'accouchement faire l'évaluation des aspects de qualité tels que l'initiation précoce de l'allaitement, la supplémentation en vitamine A de la mère et la mesure du poids à la naissance)*
- *L'organisation des CPoN (évaluation des aspects qualitatifs tels que la fourniture de vitamine A, la supplémentation en fer et le conseil sur l'allaitement maternel exclusif)*
- *La fourniture d'une prophylaxie ARV pour les femmes enceintes séropositives (aspects qualitatifs liés à l'évaluation des conseils exclusifs de l'allaitement maternel)*
- *La réalisation des visites de sensibilisation des populations avec des sujets de nutrition qui incluent les conseils sur l'allaitement maternel exclusif pour les enfants de moins de six mois, et l'alimentation complémentaire (diversité alimentaire) pour les enfants de 6-23 mois*
- *L'organisation de la prise en charge communautaire des enfants de 6-59 mois avec malnutrition aiguë modérée*

- *L'organisation de la pesée, le counseling, l'éducation nutritionnelle et les sessions de démonstration culinaire pour les couples mère/enfant fréquentant le centre de santé*
- *La référence des cas de malnutritions aiguës sévères vers l'hôpital de district (centre de nutrition en ambulatoire pour les malnutris sévères CNAS et Centre de Nutrition thérapeutique en Interne CNTI pour les cas de malnutritions aiguës sévères avec complications CNT).*
- *La recherche des perdus de vue pour traitement de la malnutrition aiguë sévère*
- *L'organisation de la prise en charge des enfants de 6-59 mois souffrant de malnutrition sévère*

#### *EN STRATEGIE AVANCEE*

*Le personnel des FOSA utiliseront les stratégies avancées pour*

- *Le screening des enfants et la référence des cas graves aux CTNI*
- *La fourniture du même paquet de soins que dans la formation sanitaire pour les cas moins graves*
- *Le suivi des Agents de santé communautaires*
- *L'organisation de la pesée, des séances de counseling, d'éducation nutritionnelle et de démonstration culinaire.*

### **L'UTILISATION DES SERVICES CLINIQUE DE PRISE EN CHARGE DES PROBLEMES LIES A LA SR DES ADOLESCENTS/JEUNES**

*Étant donnée la réglementation nationale fixant l'âge minimale de mariage à 15 ans, les services visant les enfants de 10 à 14 ans seront essentiellement axés sur l'éducation sexuelle en vue de retarder au maximum l'âge du début des rapports sexuel dont la moyenne actuelle est de 12 ans pour les filles.*

#### **RESULTATS :**

- 1.29.** La prévalence contraceptive moderne augmente d'au moins 50% chez les filles sexuellement actives de 10 à 14 ans, de 15-19 ans et de 20-24 ans d'ici fin 2020. (Baseline à déterminer)
- 1.30.** Le pourcentage des filles enceintes attendues de 10-14 ans et de 15-19 ans qui ont bénéficié de la consultation prénatale auprès d'un personnel qualifié augmente d'au moins 30% d'ici fin 2020. (Baseline à déterminer)
- 1.31.** Le pourcentage des filles enceintes de 10-14 et de 15-19 ans dont l'accouchement a été conduit par un personnel qualifié est d'au moins 60% d'ici fin 2020. (Baseline à déterminer)
- 1.32.** La proportion des adolescents/jeunes reçus pour les IST/VIH qui sont prise en charge selon les normes dans les FOSA de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord est d'au moins 80% d'ici fin 2020.

#### **INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES:**

Les activités par niveau seront :

#### NIVEAU COMMUNAUTAIRE

- La sensibilisation des adolescents/jeunes sur l'utilisation des services SR dans les FOSA avec l'appui des OBC, ONG etc.
- L'identification et référence des cas par les ASC aux FOSA
- La création d'un lien fonctionnel entre les institutions d'encadrement et de formation des jeunes et les unités de prestation de services pour l'identification active des cas et la référence,
- La sensibilisation des jeunes filles enceintes et de leur famille venant des villages lointains sur l'utilisation des cases d'attente de maternité autour des FOSA
- La sensibilisation des jeunes filles vulnérables en milieu urbain avec leur pleine participation au diagnostic communautaire sur l'utilisation des services SR en général.

#### NIVEAU CLINIQUE

- La sensibilisation des adolescents/jeunes sur l'existence des services conviviaux pour les jeunes
- L'introduction dans les FOSA des mesures d'incitation permettant d'encourager les adolescent/jeunes à utiliser les services
- La prestation des services selon les normes

#### STRATEGIE AVANCEE

Le personnel des FOSA utilisera les stratégies avancées pour

- La consultation des jeunes dans les structures d'encadrement (CMPJ, Centre médico- social, CPFF, Infirmerie scolaire, et structures d'organisation sociale surtout en milieu urbain) et la référence des cas graves aux FOSA
- La fourniture du même paquet de soin que dans la formation sanitaire pour les cas moins graves

#### UTILISATION DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DES AUTRES PROBLEMES (HORMIS LES IST/VIH) DES ADOLESCENTS/JEUNES

#### RESULTATS :

1.33. Le nombre des adolescents/jeunes (de 10 à 19 ans) ayant bénéficié d'une formation sur les compétences à la vie augmenté d'au moins 30% dans les régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord

#### INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES:

En vue de s'assurer que les adolescents / jeunes sont bien formés sur les compétences globales de premières nécessités, le programme travaillera avec les écoles pour les jeunes scolarisés et les centres d'animation des jeunes pour les non-scolarisés pour :

#### INTRA-SCOLAIRE

- L'utilisation des pairs éducateurs et encadreurs dans les écoles pour la sensibilisation des adolescents/jeunes,

- *La mise en place d'un programme d'ESI et formation en « life-skills » (compétences de vie) en milieu scolaire*

#### **EXTRA-SCOLAIRE**

- *L'utilisation des techniques de mobilisation sociale (plaidoyer, sensibilisation, l'initiative des hommes-comme-partenaires (école des hommes) etc. pour la mobilisation des jeunes*
- *L'utilisation des ASC au cours de leurs visites à domicile pour sensibiliser les adolescents/jeunes,*
- *La mise en place d'un programme d'ESI et formation en « life-skills » (compétences de vie) dans les structures d'encadrement des jeunes*

#### **RESULTATS :**

**1.34.** Le nombre des adolescents/jeunes filles (de 10 à 19 ans) qui ont bénéficié d'un soutien multisectoriel pour leur autonomisation (financière, éducation sexuelle intégrée et compétences de vie « life skills ») est d'au moins 2500 d'ici fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord

#### **INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES:**

*Selon la situation, en collaboration avec les membres des secteurs partenaires, les activités seront menées pour :*

- *La mise en place au niveau communal d'une instance de coordination (cartographie des acteurs, définition des rôles et responsabilités, élaboration et suivi d'un plan de mise en œuvre, évaluation des besoins etc...)*
- *La formation des filles non scolarisées sur les compétences essentielles de la vie*
- *La formation des filles non scolarisées sur les compétences professionnelles nécessaires pour les activités génératrices de revenus*
- *Le financement d'au moins la phase pilote des micro-projets individuels*
- *La fourniture d'un appui technique et financier pour la mise en œuvre d'une plate-forme de production/ventes*

#### **RESULTATS : INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES**

**1.35.** Le pourcentage de déperdition scolaire des filles au niveau secondaire est réduit d'au moins 20% d'ici fin 2020, dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où il est respectivement de 64,7%, 60,6%, 65,5% et 63,7% (MICS 2014)

#### **INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES:**

*Il est reconnu que la rétention scolaire retarde le début de l'activité sexuelle des jeunes filles et les épargne des complications (grossesses précoces, complications suite à l'avortement, etc.). Afin d'assurer le maintien des adolescentes à l'école et améliorer leur taux de réussite, une étroite collaboration entre les différents secteurs et partenaires sera mise en place et les activités suivantes sont prévues :*

- *L'introduction de l'initiative de transfert monétaire conditionnel aux familles pauvres (identifiés par le projet Filets Sociaux)*
- *L'utilisation des techniques de mobilisation sociale (plaidoyer, sensibilisation, initiative des hommes-comme-partenaires (école des hommes), ... etc.) pour le maintien des adolescentes à l'école*
- *L'utilisation des ASC au cours de leurs visites à domicile pour sensibiliser les parents et les filles*

**RESULTATS :**

1.36. La proportion des adolescents/jeunes qui déclare **être satisfait de la** qualité des services SRA est d'au moins 80% d'ici fin 2020

**INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES**

- *L'identification des U-reporters parmi les adolescents/jeunes*
- *La formation des adolescents/jeunes en « U-reporting <sup>9</sup>»*
- *La conduite des enquêtes-U annuellement pour la sensibilisation des jeunes, et leur appréciation de la qualité des services*
- *Les rapports sur le niveau de satisfaction des adolescents/jeunes.*

**UTILISATION DES MECANISMES DE PROTECTION FINANCIERE PAR LA POPULATION EN VUE D'AUGMENTER LA DEMANDE****RESULTATS :**

1.37. La proportion des utilisateurs des services CPN et accouchement qui bénéficient d'un mécanisme de protection financière notamment le chèque santé, est d'au moins 30% d'ici fin 2020.

**INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES**

*Dans le cadre de l'accès universel aux services et intrants de la SRMNEA, le programme va :*

- *L'identification des pauvres et des plus vulnérables grâce à la collaboration avec le programme Filets Sociaux et d'autres partenaires*
- *L'inclusion des pauvres et des plus vulnérables identifiés dans les différents mécanismes de protection financière : soins gratuits ciblés et subventionnés par chèque santé, transferts monétaires conditionnels et inconditionnels, mutuelle de santé, etc.*
- *La mobilisation des populations cibles à travers la participation communautaire la communication pour le Changement de Comportement en faveur des populations cibles*

#### 4.2. La prestation des soins (interventions à haut impact)

Pour assurer la prestation des services de qualité, il faudrait réviser ou élaborer tous les guides techniques et thérapeutiques, développer la capacité du personnel à leur utilisation, et en suivre l'exploitation effective dans lors des missions de supervisions.

**2. Objectif spécifique 2 : Renforcer la disponibilité des soins continus de qualité (PCIME, SONEU, PF, nutrition/ supplémentation, PEC &**

<sup>9</sup>« U-reporting » est une initiative où les utilisateurs de services équipés d'un téléphone mobile sont mobilisés pour envoyer volontairement un message texte contenant quelques détails personnels à un numéro sans frais, ainsi que leurs observations et idées sur un large éventail de questions de développement, servant ainsi comme moyen de collecte des renseignements qui aideront à établir et à appliquer de nouvelles normes de transparence et de responsabilité dans les programmes et les services de développement.

PREV IST/VIH, Transfusion sanguine, Etc...) pour les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, les enfants de 0 à 5 ans, et les adolescents dans les régions prioritaires d'ici fin 2020

#### DISPONIBILITE DES SONUC ET SONUB

##### RESULTATS : INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :

- 2.1. Le pourcentage des hôpitaux de districts et assimilés qui offrent les SONUC selon les normes est d'au moins 80% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où il est de 37,5%, 22,2%, 3,1% et 7,1% respectivement (Etude SONU 2015)
- 2.2. Le pourcentage des FOSA (CSI, CMA et assimilé) qui offre les SONUB selon les normes augmente à au moins 60% d'ici fin 2020 dans toutes les régions prioritaires (Valeurs de base à déterminer)

##### INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :

*Pour améliorer la disponibilité des services SONUC/SONUB les activités suivantes seront menées:*

- *La provision des fonctions signalétiques SONUC/SONUB, y compris la césarienne, la transfusion sanguine,*
- *La provision des soins post-avortement, les soins post-partum, la PF et les conseils généraux.*
- *La dissémination des outils d'évaluation des SONUC au niveau régional et district*
- *L'intégration des critères de qualité des SONUC/SONUB dans les outils d'évaluation des initiatives de FBP, et veiller à ce que les FOSA s'investissent pour atteindre leurs performances en fonction de leur plan d'activités*
- *La création d'un lien fonctionnel entre les unités de santé SONUC et SONUB pour faciliter les références et contre-références et les rendre plus efficaces, avec un moyen de transport efficace (ambulance, moto-ambulance, initiatives communautaires, etc.)*
- *La dissémination des outils d'évaluation rapide des SONUB dans les FOSA*
- *L'institution de l'utilisation systématique des partogrammes pour la prise de décision adéquate*
- *L'introduction du kit de césarienne comme un moyen pour contrôler, harmoniser et stabiliser les coûts*
- *L'institution de l'enregistrement systématique des cas dans toutes les FOSA SONUC*
- *L'introduction des maisons d'attente de maternité autour des FOSA pour l'admission précoce des femmes enceintes venant des zones éloignées*
- *L'organisation d'une évaluation SONUC/SONUB annuellement (Evaluation rapide SONU par les DS avec compilation régionale des résultats)*

#### DISPONIBILITE DES SOINS POUR NOUVEAU-NES ET CPoN

##### RESULTATS :

- 2.3. 100% des 3466 sites PTME actuels offre l'Option B+ selon les normes (qui prend en compte également la mère) d'ici fin 2020 sur le plan national



**INTERVENTIONS/ACTIVITIES STRATEGIQUES :**

*Pour améliorer la disponibilité des services de PTME dans les FOSA, les activités suivantes seront menées :*

- *La détermination des besoins de formation des acteurs des FOSA, sur la base d'un audit du personnel (qui déterminera les formations reçues par l'ensemble du personnel)*
- *L'intégration des critères PTME dans l'outil d'évaluation de la qualité dans le FBP et la mise en place des dispositions pour veiller que les FOSA s'investissent pour atteindre leurs performances au regard de leur plan d'activités*
- *La prestation des interventions de la PTME à haut impact*
- *La réalisation des missions de supervisions des FOSA menant les activités PTME*

**RESULTATS :**

2.4. La proportion des FOSA offrant la CPoN selon les normes est d'au moins 80% d'ici fin 2020

**INTERVENTIONS/ACTIVITIES STRATEGIQUES :**

*Pour améliorer la disponibilité des services de CPoN dans les FOSA, les activités suivantes seront menées :*

- *L'organisation de la CPoN sur le plan normatif à tous les niveaux de la pyramide*
- *La détermination des besoins de formation du personnel des FOSA, sur la base d'un audit du personnel (qui déterminera les formations reçues par l'ensemble du personnel)*
- *L'intégration des critères CPoN dans l'outil d'évaluation de la qualité dans le FBP et la mise en place des dispositifs pour veiller que les FOSA s'investissent pour atteindre leurs performances au regard de leur plan d'activités*
- *La prestation des CPoN de façon régulière*
- *La prestation de vaccination selon les normes.*
- *La conduite des supervisions des FOSA offrant les activités de CPoN et de vaccination*

**RESULTATS :**

2.5. La proportion des FOSA offrant la méthode des Soins Mère Kangourou selon les normes est de 50% d'ici fin 2020

**INTERVENTIONS/ACTIVITIES STRATEGIQUES :**

*Pour améliorer la couverture de la population par les services de KMC, les activités suivantes seront menées:*

- *La création de coin KMC dans les FOSA*
- *La fourniture régulière des soins mère kangourou*

**RESULTATS :**

2.6. La proportion des FOSA offrant les services de vaccination selon les normes est d'au moins 80% d'ici fin 2020

- *La détermination des besoins de formation du personnel de toutes les FOSA sur la base d'un audit du personnel (qui déterminera les formations reçues par l'ensemble du personnel)*
- *L'intégration des critères PEV dans l'outil d'évaluation de la qualité dans le FBP et la mise en place des dispositifs pour veiller que les FOSA s'investissent pour atteindre leurs performances au regard de leur plan d'activités*
- *La prestation des interventions de la PEV en stratégie fixe et avancée*
- *La conduite de la supervision des FOSA menant les activités PEV*

**RESULTATS :**

2.7. La proportion des FOSA offrant les services de PCIME selon les normes est d'au moins 80% d'ici fin 2020

- *La détermination des besoins de formation du personnel de toutes les FOSA sur la base d'un audit du personnel (qui déterminera les formations reçues par l'ensemble du personnel)*
- *L'intégration des critères PCIME dans l'outil d'évaluation de la qualité dans le FBP et la mise en place des dispositifs pour veiller que les FOSA s'investissent pour atteindre leurs performances en fonction de leur plan d'activités*
- *La prestation des interventions de la PCIME*
- *La conduite de la supervision des FOSA menant les activités PCIME*

**DISPONIBILITE DES SERVICES INTEGRES A BASE COMMUNAUTAIRE**

**RESULTATS :**

2.8.. Le pourcentage des Aires de santé identifiées comme nécessitant l'approche communautaire qui offre des interventions sous directives communautaires en faveur de la santé mère enfant et adolescent selon les directives nationales est d'au moins 50% d'ici fin 2020

2.9. Le pourcentage des Aires de santé identifiées comme nécessitant l'approche communautaire qui offre les activités essentielles de nutrition à base communautaire selon les directives nationales, est au moins 50% d'ici fin 2020, dans l'Adamaoua, l'Est, Extrême-Nord et Nord

**INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

*Les activités sous directives communautaires seront cruciales dans l'amélioration de l'accessibilité des services à la population. Afin d'assurer sa mise en œuvre, des efforts seront faits pour :*

- *La planification, la budgétisation et la mobilisation des ressources nécessaires pour les activités communautaires*
- *L'élaboration des manuels de procédure, des matériels de formation et des aides visuelles pour la communication*
- *La formation des agents de santé communautaire polyvalent, en collaboration avec les prestataires de services d'autres secteurs*

partenaires, à la prestation des services et des informations de base en SR (y compris ceux d'intérêt pour les autres partenaires) dans la communauté, le suivi et la référence aux services de santé compétents en cas de nécessité

- L'offre des activités de sensibilisation par les équipes combinées personnel des FOSA et ASC au sein des communautés, en fonction des horaires préétablis.
- La mise à échelle du financement basé sur la performance communautaire qui inclut la contractualisation des ASC par les FOSA et l'achat d'indicateurs liés aux activités de santé et nutrition menées par les ASC (référence, traçage des perdus de vue, sensibilisation, visite à domicile, distribution de commodités).
- La mise en place des initiatives Hommes-comme-Partenaires pour la mobilisation générale des communautés
- L'utilisation systématiquement des autorités traditionnelles et religieuses en tant que partenaires pour la mobilisation communautaire en faveur de l'utilisation des services de la SRMNEA
- L'utilisation de manière optimale les organisations communautaires pour la mobilisation communautaire en faveur de l'utilisation des services de la SRMNEA

#### DISPONIBILITE DES SERVICES POUR ADOLESCENTS/JEUNES

##### RESULTATS :

2.10. La proportion des districts de santé avec au moins une FOSA offrant des services de SR adaptés aux adolescents/jeunes (services conviviaux) selon les directives nationales est d'au moins 80% d'ici fin 2020 dans les 4 régions prioritaires

##### INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :

Pour améliorer la disponibilité des services de SR des jeunes, les activités suivantes seront menées:

- L'élaboration et la diffusion d'un manuel standardisant la mise en œuvre des activités des jeunes au sein des FOSA
- L'ouverture et la mise en fonction des Unités SRA au sein des HD surtout dans les grandes villes à forte affluence des jeunes
- Le renforcement des capacités des prestataires sur l'offre de service adapté aux adolescents
- La réalisation des activités de plaidoyer au niveau des prestataires de services pour l'adoption d'approches ami-des-jeunes en faveur de la prestation des services de la SR, et suivi par le développement des capacités connexes
- La fourniture des incitatifs aux prestataires de services pour améliorer l'utilisation des services de santé reproductive, y compris la planification familiale chez les adolescents (indicateurs de FBP)
- La fourniture des incitations aux adolescents pour les encourager à utiliser les services de santé de la reproduction (réduction des prix des services, remboursement des frais de transport, gadgets publicitaires, etc.)
- La création d'un lien fonctionnel entre les unités SR des jeunes dans les FOSA et les écoles/groupes de jeunes pour assurer un accès plus facile aux services.
- L'offre des interventions à haut impact pour les jeunes, y compris les soins post-avortement, la PF, la prise en charge des IST/VH, la prise en charge des cas de VBG, et le counseling général. Cela impliquera des activités de sensibilisation au sein des groupes de jeunes ou des écoles en fonction des horaires préétablis.

- *Des dispositions spéciales seront prises pour que les filles précocement mariées aient un accès facile aux soins par l'entremise des actions impliquant des belles-mères et les hommes comme partenaires*
- *Implication des parents et des leaders communautaires dans la mobilisation des ado/jeunes pour l'utilisation des services*
- *La formation, l'équipement, le déploiement et la supervision des agents de santé communautaires pour la promotion, la référence et la prestation des services de SR pour les adolescents au niveau communautaire*

**RESULTATS :**

**2.11.** La proportion des districts de santé qui ont au moins une structure d'encadrement des jeunes, offrant des services de SRA (CMPJ, Centre médico- social, CPFF, infirmeries scolaires) adaptés aux adolescents/jeunes selon les directives nationales est d'au moins 50% d'ici fin 2020

**INTERVENTIONS/ACTIVITIES STRATEGIQUES :**

*Selon la situation, le PLMI va travailler avec tous les secteurs apparentés pour :*

- *La définition des mécanismes de fonctionnement des points de prestation*
- *L'ouverture et le fonctionnement/renforcement des points de prestation dans les structures d'encadrement des jeunes ciblées*
- *Le renforcement des capacités des prestataires sur l'offre de service adapté aux adolescents*
- *L'équipement des points de prestation*
- *Le renforcement de la capacité des prestataires des différentes institutions à fournir des informations et produits de base (condoms, contraceptifs oraux,...etc.) et à référer les cas nécessitant des formations sanitaires compétentes.*
- *La fourniture des services en stratégies avancées dans les institutions à partir des FOSA et selon un calendrier préétabli.*
- *Après un transfert approprié de compétences, la contractualisation par le PLMI des institutions travaillant dans les zones d'insécurité (l'armée, la Croix Rouge ou autres structures compétentes) pour couvrir les besoins des populations qui s'y trouvent.*

**RESULTATS :**

**2.12.** La proportion des communes impliquées dans un mécanisme multi-partenarial pour le maintien des jeunes filles à l'école (ex. transfert conditionnel de fonds) est d'au moins 25% d'ici fin 2020 dans les 4 régions prioritaires

**INTERVENTIONS/ACTIVITIES STRATEGIQUES :**

*Une étroite collaboration entre les différents secteurs et partenaires devra être mise en place à la fois pour prendre soin des problèmes de santé des jeunes filles, mais aussi pour les maintenir à l'école afin d'améliorer leur taux de réussite, à travers les activités suivantes :*

- *La mise en place au niveau communal d'une instance de coordination (cartographie des acteurs, définition des rôles et responsabilités, élaboration et suivi d'un plan de mise en œuvre, évaluation des besoins etc...)*
- *Le renforcement des capacités des membres des comités scolaires, y compris les associations parents-enseignants, et d'autres*

*institutions appropriées dans le traitement des informations de base de la SR des jeunes et en se référant aux autres services de santé compétents*

- *La fourniture des activités de stratégie avancée dans les institutions scolaires selon un calendrier préétabli*
- *La mise en œuvre d'un projet pilote de FBP dans le secteur de l'éducation dans les régions ciblées, avec un accent particulier sur leur performance par rapport :*
  - o *au taux d'enregistrement et de succès des filles*
  - o *au taux d'achèvement et de continuation des filles*
  - o *à l'orientation efficace des étudiants pour les soins d'experts en cas de besoin, etc.*

*Il est intéressant de noter que l'utilisation des Agences de Contractualisation et de Vérification (ACV) du FBP existantes pour la santé et l'extension de leur mandat à l'éducation réduira les coûts administratifs pour les deux secteurs*

- *L'introduction de l'initiative de transfert monétaire conditionnel aux familles pauvres (identifiées par le projet Filets Sociaux).*

#### **RESULTATS :**

**2.13.** La proportion des communes qui ont au moins une initiative opérationnelle d'autonomisation des jeunes filles est d'au moins 25% d'ici fin 2020 dans les 4 régions prioritaires

#### **INTERVENTIONS/ACTIVITIES STRATEGIQUES :**

*Selon la situation, en collaboration avec les membres des secteurs partenaires, les activités seront menées pour:*

- *La mise en place au niveau communal une instance de coordination (cartographie des acteurs, définition des rôles et responsabilités, élaboration et suivi d'un plan de mise en œuvre, évaluation des besoins etc...)*
- *La formation des filles non scolarisées sur les compétences essentielles de la vie*
- *La formation des filles non scolarisées sur les compétences professionnelles nécessaires pour les activités génératrices de revenus*
- *Le financement d'au moins la phase pilote des micro-projets individuels*
- *La fourniture d'un appui technique et financier pour la mise en œuvre d'une plate-forme de production/ventes pour jeunes filles*

#### **RESULTATS :**

**2.14.** La proportion d'établissements scolaires primaires et secondaires dispensant des modules d'éducation sexuelle intégrée est d'au moins 50% (SITUATION DE BASE A DETERMINER)

#### **INTERVENTIONS/ACTIVITIES STRATEGIQUES :**

*En collaboration avec le ministère de l'Éducation, le PLMI et la DSF les activités suivantes pourront être menées:*

- *L'élaboration des manuels de formation sur l'éducation sexuelle des jeunes*
- *L'intégration de l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires*

- *La formation des enseignants, des leaders estudiantins et d'autres leaders de groupes des jeunes à la sensibilisation et références des jeunes pour les services de santé compétents*
- *La réalisation d'une éducation sexuelle complète dans les écoles sur une base régulière*
- *La fourniture d'une assistance technique (activités de sensibilisation par le personnel de santé) dans les écoles*

**RESULTATS :**

**2.15.** La proportion des districts de santé avec au moins une structure d'encadrement des jeunes (extrascolaire) offrant des formations sur les compétences de vie (life skills) aux adolescents/jeunes selon les directives nationales est d'au moins 50% d'ici fin 2020 dans les 4 régions prioritaires

**INTERVENTIONS/ACTIVITIES STRATEGIQUES :**

En vue de s'assurer que les adolescents/jeunes sont bien formés sur les compétences globales de premières nécessités, le programme travaillera avec les écoles pour les jeunes scolarisés et les centres d'animation des jeunes pour les non-scolarisés pour:

- La mise en place un programme d'ESI et formation en « life skills » (compétences de vie) en milieu extra-scolaire et communautaire
- La mobilisation, la révision ou l'élaboration du matériel de formation
- La formation des formateurs des jeunes aux compétences essentielles de vie des jeunes
- L'organisation de la formation des jeunes
- L'introduction des informations pertinentes dans le site Web du programme
- La communication régulière par les médias de masse sur les sujets d'intérêts

**DISPONIBILITE DES SERVICES DE COMMUNICATION POUR LA SANTÉ**

**RESULTATS :**

**2.16.** Le pourcentage des 4 régions d'intervention mettant en œuvre un plan intégré de communication (PIC) ciblant les jeunes, les femmes, les hommes, les leaders d'opinions et des associations ONG dans toutes les communautés est de 100%d'ici fin 2020 .

**INTERVENTIONS/ACTIVITIES STRATEGIQUES**

*Pour assurer une communication permanente et le suivi étroit des clients des différents services de santé reproductive, des moyens de communication innovants seront introduits en plus des moyens traditionnels, impliquant les mass médias, flyers, affiches, etc à travers :*

- *L'élaboration du plan de communication*
- *L'élaboration des outils*
- *L'assurance d'une communication permanente dans tous les médias possibles*
- *Le suivi du passage des messages dans les média*

**DISPONIBILITE DES SERVICES POUR LA TRANSFUSION SANGUINE**

**RESULTATS :**

**2.17.** La proportion des besoins en sang qui est mobilisée pour les banques de sang dans les 10 régions est d'au moins 20% d'ici fin 2020

**INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES**

*Dans le cadre de l'accès universel aux services et intrant de la SRMNEA, le programme fera:*

- *La détermination des besoins en sang dans les régions/districts*
- *La mobilisation des populations en faveur du don bénévole du sang*
- *L'organisation de la collecte régulière du sang aussi bien par des campagnes que par la collecte de routine.*

**DISPONIBILITE DES SERVICES DE REFERENCE/CONTRE-REFERENCE****RESULTATS :**

**2.18.** La proportion des districts de santé avec un système de référence/contre références fonctionnel entre les différents niveaux de FOSA est d'au moins 80% d'ici fin 2020 dans les 4 régions prioritaires.

**INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES**

- *L'intégration des associations locales communautaires dans l'identification et la référence des cas*
- *L'élaboration des modalités et outils de référence/contre-référence des cas*
- *La mise en œuvre et suivi du respect des modalités*
- *Le réseautage des services de santé et services connexes pour une collaboration horizontale et verticale facile et rapide via l'identification des actions et le partage des informations pour une communication facile et rapide*
- *Le soutien aux communautés à la mise en place des mécanismes pour le transport des urgences («moto-ambulance» gérée localement ou un mécanisme pour la mobilisation urgente des efforts conjoints en cas de besoin)*
- *La mise en place d'un système de référence contre référence fonctionnel*

**4.3. Le renforcement du système de santé, nécessaire pour offrir les interventions à haut - impact, (le renforcement des ressources humaines, matérielles et équipement, le renforcement de la chaîne d'approvisionnement et la rénovation mineure en infrastructure).**

Pour une prestation des services à haut impact telle que décrite ci-dessus, il va falloir renforcer parallèlement le système de santé. Un accent particulier sera ainsi mis sur les ressources humaines, les équipements et le matériel y compris la chaîne de froid et quelques réfections mineures sur les infrastructures.

Certaines interventions de cette partie auront une dimension nationale tandis que d'autres vont se focaliser sur les quatre régions prioritaires. C'est le cas du renforcement du système d'information sanitaire et de la gestion logistique des intrants qui couvriront toutes les régions.

3. Objectif spécifique 3 : Renforcer la capacité des services à fournir les soins continus de qualité (PCIME, SONEU, PF, nutrition/ supplémentation, PEC & PREV IST/VIH, Transfusion, Etc...) pour les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, les enfants de 0 à 5 ans, et les adolescents dans les régions prioritaires d'ici fin 2020

**4.3.1. Infrastructure/équipement et matériel/logistique**

**RESULTATS :**

3.1. La proportion de FOSA programmé dans le plan de développement des infrastructures qui ont des équipements /matériels et infrastructures adéquats selon les normes pour la mise en œuvre des interventions à haut impact pour la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et pour la santé de reproduction des adolescents, (PEV EPI, prise en charge paludisme/ IRA/diarrhée/prématurité, SONEU, SENN, PF, nutrition, PEC & PREV. IST/VIH, PTME, transfusion sanguine) est de 50 % au moins d'ici fin 2020 dans les 4 régions prioritaires.

**INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

- La formation du personnel de santé sur la détermination des besoins sur la base des spécifications nationales sur les normes de prestation des services de la SRMNEA et du plan stratégique de la nutrition (2017-2021).
- La détermination des besoins des FOSA sur la base des normes et l'assurance de la fourniture d'un minimum acceptable d'équipements et **infrastructures** pour la fourniture des différentes interventions à haut impact, y compris le matériel de transfusion sanguine (banques



*de sang, réfrigérateurs, véhicules, etc.), à travers les mécanismes étatiques, le FBP, le chèque santé et/ou autres.*

*Dans les 6 premiers mois de mise en œuvre, la DSF, en collaboration avec le PLMI, conduira :*

- L'élaboration et la mise à disposition aux FOSA d'une fiche d'identification des besoins par structure tenant compte des normes par niveau en relation avec les problèmes prioritaires du nouveau-né et de l'enfant.*
- La collecte des informations, l'analyse et la synthèse des besoins issus des structures de mise en œuvre*
- Avant la fin de la 1ère année d'exécution le MINSANTÉ s'assurera que dans le cadre du PBF, des investissements initiaux visant le renforcement du système de santé soient effectuées pour aider les FOSA à s'approvisionner en matériel et équipements selon les besoins identifiés et à mettre en place un mécanisme de maintenance des équipements*
- La chaîne de froid bénéficiera d'une attention particulière en vue de son renforcement à tous les niveaux.*
- *Sans entreprendre nécessairement la construction d'infrastructures, des dispositions seront prises pour la mise à niveau de certains services clés (maternité, unité d'urgence/accueil, pavillon pédiatrique, etc.) en vue d'améliorer la capacité des services de santé à fournir des services de qualité. Pour cela, en collaboration avec les partenaires le MINSANTÉ va élaborer et mettre à la disposition des FOSA une fiche d'identification des structures à réfectionner*
- *Connecter les FOSA à:*
  - Un système d'eau potable (Camerounaise des Eaux (CDE), forages, puits améliorés, etc.)*
  - Un système d'approvisionnement en électricité (ENEO, groupe électrogène, systèmes solaires, etc.) et*
  - Internet.*
- *Produire les outils de prestation de service sous directive communautaire.*

#### **4.3.2. Ressources humaines**

##### **LA MISE EN ŒUVRE D'UN PLAN DE RENFORCEMENT DES RESSOURCES HUMAINES:**

Bien qu'étant une stratégie à dimension nationale, dans sa mise en œuvre, une attention particulière sera donnée aux régions prioritaires. Pour plus d'impact sur le système, les dispositions suivantes seront prises :

- La mise à jour du plan de développement des ressources humaines au niveau national, avec un accent particulier sur la situation des sages-femmes et les agents de santé communautaire
- Le renforcement de la formation de base en matière des interventions à haut impact (inclusion dans les curricula de formation de base)
- La mise en œuvre dudit plan de développement va impliquer:
  - La décentralisation de la prise de décision et la répartition des sages-femmes au niveau régional

- La fourniture d'une plus grande autonomie de gestion du personnel (recrutement et sanctions) aux FOSA,
- Les activités de développement des capacités impliqueront des approches multiples et *accompagnés par la certification pour une plus grande valorisation des stagiaires.*
- Les activités de développement de rétention du personnel en charge de la SRMNEA dans les zones dites difficiles

*La gestion des questions des ressources humaines se fera tant en amont qu'en aval des services en impliquant le MINSANTÉ, le MINFOPRA, le MINESUP et les acteurs du secteur privé comme les associations professionnelles (SOGOC, SOCAPED, ASFAC). Par exemple le MINSANTÉ en collaboration avec le MINEFI et le Ministère de la Fonction Publique pourraient recruter, et redéployer les personnels formés par poste en faveur des sites prioritaires identifiés (en capitalisant la stratégie du PBF)*

#### **RESULTATS :**

**3.2.** La proportion des FOSA qui ont au moins un personnel formé sur chacune des interventions à haut impact sur la santé maternelle, néonatale, infantile et la santé de reproduction des adolescents selon les normes en vue de la prestation des soins SRMNEA est de 80 % au moins d'ici fin 2020 dans les 4 régions prioritaires

#### **INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

- *La collaboration avec toutes les institutions de formation de base des personnels de santé pour la mise à jour des curricula de formation*
- *La conduite de l'audit de compétences des personnels soignants des FOSA (qui déterminera les formations reçues par l'ensemble du personnel) et la détermination des besoins de formation de tous les FOSA*
- *Le plaidoyer au niveau du gouvernement pour le redéploiement du personnel qualifié disponible en faveur des zones et FOSA défavorisées*
- *Le recrutement/ Redéploiement du personnel (surtout les sages-femmes) en fonction des postes disponibles (dans le recrutement de la fonction publique, dans le cadre des initiatives FBP, par les mairies, etc.) avec la préférence donnée aux bénévoles qui travaillent déjà dans certaines régions et qui sont plus susceptibles de rester par la suite*
- *Le renforcement du mécanisme d'octroi de prime de fidélisation aux postes en zones d'accès difficiles en capitalisant l'initiative du PBF*
- *Le renforcement des autres mécanismes de fidélisation aux postes en zones d'accès difficiles selon les besoins (recrutement par poste, logement gratuit, clarification des profils de carrière qui détermine la durée acceptable du séjour dans ces zones, etc.)*
- *L'organisation de la formation du personnel selon le plan de formation y compris les e-apprentissages sur les interventions à haut impact (PCIME, SONU, PF, Soins du nouveau-né y compris les soins mère kangourou nutrition/supplémentation, PEC & PREV. IST/VIH, Transfusion, accueil de patients Etc...)*
- *L'organisation des formations sur site (On-The-Job training) / du mentorat par exemple dans le développement des capacités de certains médecins et sages-femmes sur les services obstétricaux de base, des nouveau-nés et les soins aux nourrissons*
- *L'organisation des réunions semestrielles d'échanges scientifiques sur les interventions à haut impact dans les districts*

- *L'organisation annuelle des stages bloqués pour les élèves des écoles de formation juste avant leur sortie en vue de leur donner des capacités nécessaires pour la prestation de certains services clés qu'ils n'auront pas acquises au cours de leur formation initiale.*
- *Mettre en œuvre l'initiative de délégation des tâches visant à transférer la responsabilité de l'exécution des interventions techniques simples aux prestataires complémentaires tels que les ASC ou autres personnels subalternes, ... etc.) selon les besoins sur le terrain*
  - *Élaboration des directives pour la délégation des tâches*
  - *Formation des prestataires devant assumer les nouvelles tâches*
  - *Mise en œuvre des directives*

#### **RESULTATS :**

**3.3.** La proportion d'aires de santé identifiées comme ayant besoin de l'approche communautaire qui a au moins deux ASC polyvalents par 1000 habitants offrant un paquet minimum de services intégré) est d'au moins 50% dans chacun des districts de santé d'ici à 2020.

#### **INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

Le déploiement des agents polyvalent de santé communautaire (capable de couvrir des interventions des autres secteurs va améliorer non seulement la prestation des services à base communautaire, mais va contribuer également à la réduction de la pauvreté en intégrant les ASC dans le marché du travail et la main-d'œuvre nationale, produisant ainsi des effets économiques multiplicateurs dans la communauté.

*En collaboration avec d'autres secteurs, il s'agira de :*

- *Élaborer et mettre en œuvre (formation, diffusion ...) la procédure d'exploitation standard pour les activités des ASCs.*
- *Élaborer le matériel de formation et mettre en œuvre la formation décentralisée ou en cascade des ASC*
- *Recruter, contracter et former au moins deux ASC polyvalents par aire de santé en fonction du profil préétabli et des modalités de rémunération*
- *Mettre en œuvre de façon régulière des activités sous directives communautaires telle que planifiée y compris la distribution et l'administration à base communautaire des méthodes simples de PF, incluant les injectables (SAYANAPRESS), la distribution des micronutriments pour la nutrition des enfants, etc.*

#### **4.3.3. Financement de la santé**

En marge de l'accélération des progrès sur la SRMNEA, ce travail vise aussi à canaliser les efforts pour promouvoir la viabilité financière dans le cadre de la réalisation de la couverture santé universelle. Le dossier d'investissement s'aligne ainsi aux priorités de la stratégie nationale de financement de la santé qui est en cours d'élaboration.

Pour améliorer le financement du secteur de la santé en général et de la SRMNEA en particulier, toutes les sources possibles seront exploitées. Aussi bien les sources traditionnelles que non traditionnelles, publiques que privées, et les sources externes qu'internes seront exploitées. Un accent particulier sera placé sur l'augmentation des ressources provenant de sources internes traditionnelles (notamment du budget du gouvernement) et non traditionnelles, comme garantie de la durabilité des interventions. Les autres secteurs publics seront mis à contribution. Des efforts seront faits pour améliorer la répartition de ces fonds en faveur du niveau opérationnel (district).

#### **LE RENFORCEMENT DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ EN GENERAL ET LA SRMNEA EN PARTICULIER:**

##### **RESULTATS :**

##### **POUR LA CONTRIBUTION NATIONALE (GOUVERNEMENTALE & NON- GOUVERNEMENTALE)**

- 3.4. La proportion du budget de l'État allouée au financement de la fonction (MINSANTÉ et autres Ministères partenaires) santé a augmenté à au moins 10% d'ici fin 2020
- 3.5. Le montant des dépenses nationales de la santé par habitant financé par les ressources locales (publique et privé) augmente d'au moins 25% d'ici fin 2020
- 3.6. Le taux d'augmentation du montant du financement local des activités de lutte contre la MMNI et pour la SR des adolescents par le secteur privé lucratif est d'au moins 10% d'ici fin 2020
- 3.7. Le taux de mise à disponibilité des fonds de contrepartie alloués dans le cadre des conventions avec les partenaires financiers par le gouvernement pour les services SRMNEA dans les régions prioritaires est de 85% au moins d'ici fin 2020
- 3.8. Le taux d'exécution du budget de l'État pour la santé dans les régions prioritaires est de 90% au moins d'ici fin 2020.
- 3.9. Le ratio d'augmentation du financement de la SRMNEA d'origine local sur l'augmentation du financement de la SRMNEA d'origine extérieure est supérieur à 1

##### **POUR LA CONTRIBUTION DES PARTENAIRES**

- 3.10. Le taux de mise à disponibilité des fonds alloués par les partenaires techniques et financiers pour la SRMNEA est de 85% au moins d'ici fin 2020
- 3.11. Le pourcentage des donateurs/bailleurs finançant la lutte contre la MMNIA qui dédie leurs financements aux priorités identifiées dans le dossier d'investissement est d'au moins 85% d'ici fin 2020

##### **L'AMELIORATION DE L'ALLOCATION DU BUDGET DE LA SANTÉ**

- 3.12. La proportion des districts de santé ayant reçu au moins 75% des ressources financières allouées est de 80% au moins d'ici fin 2020

**3.13.** Le taux d'augmentation du montant du financement par le gouvernement des activités de lutte contre la MMNIA et pour la SR des adolescents est de 25% d'ici fin 2020

**3.14.** La proportion du budget du Gouvernement allouée aux activités de lutte contre la malnutrition augmente de 50% d'ici fin 2020

**3.15.** La proportion du budget du MINSANTÉ allouée aux activités de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile et adolescents/jeunes dans les régions prioritaires augmente de 20% d'ici fin 2020

**3.16.** La proportion des dépenses des ménages pour le financement de la santé diminue en passant de 70,42% (Comptes nationaux de la santé 2012) à maximum 55% d'ici fin 2020

#### **INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

*Pour assurer une augmentation du financement de la prestation des services de SMNEA, les activités prévues sont:*

- *L'élaboration et l'exécution d'un plan de plaidoyer en direction des administrations publiques partenaires et du parlement pour une augmentation des ressources allouées à la santé (outils de plaidoyer, suivi annuel des allocations budgétaires dédiés à la santé et pour une décentralisation effective des ressources financières en faveurs des districts de santé*
- *L'augmentation du financement public de la santé par le gouvernement*
- *La réallocation efficace des lignes budgétaires de la santé par le MINSANTÉ et les ministères partenaires en faveur de la SRMNEA et la nutrition avec une forte décentralisation des ressources vers le niveau opérationnel*
- *L'organisation de la mobilisation des fonds de sources non-traditionnelles comme le secteur privé à but lucratif par le biais des activités de collecte de fonds publics et de plaidoyer ciblé*
- *La fourniture d'une plus grande autonomie aux FOSA pour leur permettre d'utiliser leurs ressources afin d'investir dans leurs priorités et ce d'une manière plus efficace*
- *L'octroi aux FOSA de la possibilité de conserver leur revenu généré localement (par opposition au dispositif actuel qui impose aux FOSA le transfert d'une partie de leur recette au niveau central) dans l'optique de mobiliser plus de ressources disponibles pour investir dans la prestation de services de santé et en assurer la qualité*
- *La mobilisation des ressources des partenaires bi- et multilatéraux internationaux*
  - *Identifier tous les partenaires d'assistance financière*
  - *Faire le plaidoyer pour leurs apports financiers*
  - *Documenter les engagements financiers faits*
  - *Produire des rapports sur le niveau de respect des engagements financiers*
- *Élaborer la cartographie financière des activités de SRMNEA et assurer son exploitation pour plus de visibilité et efficience dans l'allocation transparente et une utilisation des fonds avec des mécanismes de redevabilité clairement identifiés par les parties prenantes*

#### 4.3.4. La gestion

Pour renforcer la gestion logistique des intrants de la SRMNEA il faudrait des actions à tous les niveaux. Des mécanismes institutionnels de collecte des données et des approches plus innovantes telle que l'utilisation des SMS, seront utilisées à tous les niveaux pour accélérer la collecte et l'acheminement des données en temps réel pour la prise des décisions.

4. Objectif spécifique 4 : Renforcer la gestion dans au moins 80% des structures de mise en œuvre pour l'exécution efficace des activités relatives aux interventions à haut impact dans les 10 régions d'ici fin 2020

#### LA GESTION LOGISTIQUE DES MEDICAMENTS, VACCINS, CONSOMMABLES MEDICAUX ET AUTRES INTRANTS

##### RESULTATS :

4.1. La proportion des Hôpitaux de District/CMA/CSI n'ayant pas eu de rupture de stock des Intrants pour les interventions à haut impact (PCIME, SONEU, PF, nutrition/supplémentation, PEC & PREV. IST/VIH, Transfusion...) essentielles pendant les 3 derniers mois avant l'évaluation augmente de 8.5% (niveau national) à au moins 50% (Enquête sur la disponibilité des produits contraceptifs modernes et des produits vitaux de santé maternelle dans les points de prestation de services au Cameroun. Déc. 2014)

##### INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :

*Pour résoudre les problèmes cruciaux de la disponibilité de divers produits de la SRMNEA dans les FOSA, les activités suivantes seront menées:*

##### AU NIVEAU CENTRAL

- *La quantification régulière et exhaustive des intrants SRMNEA*
- *Le renforcement du partenariat pour le financement des intrants SRMNEA y compris le financement public*
- *La mise en place du système d'information de gestion logistique (eSIGL) au niveau national avec connexion possible au DHIS-2*
- *L'achat des indicateurs de gestion logistique dans les initiatives du FBP aux niveaux inférieurs,*

##### AU NIVEAU REGIONAL

- *Le renforcement des moyens logistiques pour la distribution de divers produits en exploitant tous les moyens alternatifs, par ex. par l'intermédiaire de sous-traitance avec des motocyclettes commerciales, les taxis brousses, les pirogues, camion de distribution des boissons, ... etc.*
- *Le pré-positionnement des commodités de base en zones d'accès difficile saisonnier*

- *L'inclusion des indicateurs de gestion logistique dans le PBF*
- *La mise en œuvre effective des activités de suivi et évaluation du niveau opérationnel avec une rétro-information régulière*
- *Le renforcement de la promotion du don de sang au niveau régional avec la pleine implication des associations de donneurs de sang.*

#### **AU NIVEAU DU DISTRICT** (hôpitaux de district, CMA, CSI et communautés)

- *La formation d'au moins un responsable de gestion logistique à tous les niveaux, surtout au niveau des points de prestation de services qui constitue actuellement le maillon le plus faible du système*
- *Le renforcement de la chaîne de froid pour la conservation des vaccins*
- *Le renforcement de la promotion du don de sang au niveau du district avec la pleine implication des associations et des communautés concernées, et assurer un approvisionnement constant de sang et de produits sanguins dans les FOSA appropriées. Cela pourrait également impliquer la mise en réseau de ces FOSA pour le soutien mutuel en cas de besoins urgents.*
- *Le renforcement de l'offre des produits des ASC pour les activités de distribution et de promotion à base communautaire (médicaments, aliments, ... etc.)*
- *Le renforcement de la collecte de données pour une utilisation plus rapide dans la prise de décision*
- *L'inclusion des indicateurs de gestion logistique dans le PBF*
- *Le suivi de l'utilisation effective des outils de gestion*

#### **RESULTATS :**

**4.2.** La proportion de médicaments non conformes à la réglementation, et /ou n'ayant pas été préalablement contrôlés par le LANACOME avant leur dispensions et /ou n'ayant pas la qualité requise au contrôle de qualité sur le terrain est diminuée à moins de 20% d'ici fin 2020 dans toutes les régions (Baseline à déterminer)

#### **INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

*Pour assurer la qualité des produits en circulation, les activités suivantes vont être menées :*

##### **Au niveau central**

- *Mise en place des contrats de performance aux niveaux central et régional pour une meilleure coordination entre les acteurs impliqués dans l'approvisionnement, l'assurance qualité et la distribution des médicaments et commodités (CENAME, DPML, IG SPL, LANACOME, etc.) selon les modalités du PBF*
- *Élaboration et dissémination d'un guide sur la procédure à suivre pour l'assurance qualité*
- *Signature d'une convention d'assurance qualité entre le MINSANTÉ et LANACOME sur l'assurance de la qualité des produits*
- *Élaboration des plans d'assurance qualité par les structures agréées.*
- *Evaluation de la qualité des médicaments selon les plans d'assurance qualité par LANACOME, (fonds et réactifs disponibles)*
- *Evaluation trimestrielle de la qualité des médicaments en circulation*
- *Renforcement de la capacité du LANACOME pour l'assurance de la qualité des médicaments et réactifs (équipement de labo et*

formation du personnel)

- Recrutement d'un expert international pharmacien au sein de la cellule technique nationale PBF du MINSANTÉ chargé d'appuyer le niveau central dans la coordination des parties prenantes
- Conduite régulière des contrôles de qualité des intrants

#### **Au niveau régional**

- Formation du personnel sur la gestion logistique au niveau des districts et FOSA (avec un accent particulier sur la capacité de prévision les besoins)
- Mise en place des stratégies efficaces et novatrices de collecte de données pour une utilisation plus rapide d'aide à la décision au sein du SNIS
- Utilisation portail FBP pour le suivi rapproché de la disponibilité des médicaments dans les FOSA
- Renforcement de la promotion du don de sang au niveau régional avec la pleine implication des associations actives dans le domaine
- Renforcement de la capacité de l'équipe régionale pour le contrôle de la qualité des médicaments et réactifs en circulation (équipement en mini-lab. et formation du personnel)

#### **Au niveau du district**

- Utilisation des mécanismes innovants pour le suivi rapproché de la disponibilité des médicaments dans les FOSA
- Renforcement de la promotion du don de sang au niveau du district avec la pleine implication des associations actives dans le domaine
- Renforcement des conditions de stockage et dispensation de tous les produits à divers points de dispensation
- Suivi actif des performances de gestion logistique des FOSA avec rétro-information régulière

#### **RESULTATS :**

4.3. La proportion des districts de santé disposant d'un dépôt de produits sanguins fonctionnel est d'au moins 20% d'ici fin 2020 dans toutes les régions prioritaires (Baseline à déterminer)

#### **INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

- Détermination des besoins en équipement, autres intrants et infrastructure des dépôts de transfusion sanguine au niveau du district selon les normes nationales en transfusion sanguine
- Fourniture de l'équipement et autres intrants : réfrigérateur, véhicules spécialisés, équipement de labo (etc),
- Réhabilitation des infrastructures (laboratoire) en vue d'améliorer la capacité des districts pour assurer la qualité des services de transfusion sanguine
- Création d'un lien fonctionnel entre les dépôts et les FOSA et entre les FOSA elles-mêmes (connexions électroniques, téléphone, moyens de transport, ... etc.) pour faciliter l'accès au sang



#### 4.3.5. Supervision, inspection, contrôle et audit

Les supervisions, inspections, contrôles et audits se feront à tous les niveaux pour assurer une bonne gouvernance dans l'utilisation judicieuse des ressources à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris au niveau communautaire. Au niveau communautaire particulièrement, la supervision sera menée par les OBC/OSC compétente avec l'encadrement du district de santé. Ce même rôle sera assumé par les aides-soignants option santé communautaire dès leur recrutement. Dans le cadre d'une supervision facilitante, intégrée et formative en cascade, le personnel formé sera suivi pour s'assurer qu'il exploite à bon escient sa compétence au profit des clients. Dans le cadre de la collaboration multisectorielle, le personnel des autres secteurs fera partie intégrale des équipes de supervision, surtout au niveau régional et district. La supervision servira aussi de cadre d'encadrement technique continu, et à identifier les goulots d'étranglements en vue de l'élaboration d'un plan de résolution des problèmes avec des responsabilités bien attribuées aux uns et aux autres pour apporter des solutions. La supervision sera suivie de la tenue régulière des réunions post supervision.

#### **RESULTATS :**

4.4. La proportion des districts de santé disposant d'un dépôt de produits sanguins fonctionnel est d'au moins 20% d'ici fin 2020 dans toutes les régions prioritaires (Baseline à déterminer)

#### **INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

- *Constitution des équipes de supervision polyvalentes à tous les niveaux (avec des membres venant de tous les niveaux sur la seule base de la compétence technique à la supervision facilitante)*
- *Formation des superviseurs à tous les niveaux sur la supervision facilitante et les outils connexes*
- *Élaboration des plans et outils de supervision à tous les niveaux*
- *Conduite de la supervision trimestrielle du niveau régional, mensuelle du district vers les FOSA et des CSI vers les ASC, suivi par l'élaboration des rapports de supervision et des plans de résolution des problèmes qui sont suivis de près par la suite*
- *Organisation des réunions post- supervisions*
- *Élaboration des plans de résolution des problèmes*
- *Organiser le renforcement des capacités sur la déclaration et l'enregistrement des événements survenus dans les établissements de santé et au niveau communautaire,*
- *Établir une collaboration concrète entre les services du CRVS et le personnel de santé*

#### **RESULTATS :**

**4.5.**La proportion des districts ayant eu un quitus (bon résultat d'audit) suite à un audit managérial et financier est de 80% au moins d'ici fin 2020

**INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

- *Élaboration des manuels opérationnels de procédures pour la gestion des programmes à différents niveaux*
- *Formation d'au moins une personne par service de santé de district sur les manuels de procédures opérationnelles*
- *Élaboration des plans d'audits régionaux et de districts*
- *Organisation des audits de gestion et financière tels que planifiés*
- *Elaboration des rapports d'audit et assurance de la rétro-information*
- *Monitoring de respect des recommandations de l'audit*

**RESULTATS :**

**4.6.**La proportion des districts avec un mécanisme de contrôle social intégré dans leurs structures de gestion ex. COGEDI (avec représentation de la société civile et les femmes) et qui tient des réunions au moins trimestriellement est de 80% au moins d'ici fin 2020

**INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

- *Constitution des équipes de gestion de district avec la représentation effective des communautés au sein des différents sous-comités (comité de santé de district, comité de revue de la mortalité maternelle et néonatale, ...etc.)*
- *Mise en place des moyens logistiques et financiers nécessaires à l'exécution des inspections/contrôles trimestriels (du niveau central et / ou régional)*
- *Organisation régulier de l'inspection/contrôle avec production de rapports et suivi des sanctions appropriées (positif/négatif)*
- *Renforcement du suivi des indicateurs de satisfaction des clients de l'initiative FBP au niveau des services clés*
- *Organisation du suivi communautaire de la performance des FOSA*
- *Organisation des réunions d'interface FOSA/communauté au sein de la communauté pour discussion des questions relatives à la prestation des services*

**RESULTATS :**

**4.7.**La proportion des inspections/contrôles menées avec production de rapport sur le nombre prévu à tous les niveaux est de 80% au moins d'ici fin 2020

**INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

- *Développement des directives de l'inspection/contrôle/listes de contrôle à tous les niveaux*
- *Constitution d'une équipe d'inspection/contrôle effective avec possibilité de délégation des tâches aux personnels compétents au niveau régional*
- *Mise en place des moyens logistiques et financiers nécessaires à l'exécution des inspections/contrôles trimestriels*

- *Organisation d'une revue semestrielle de l'exploitation des résultats des inspections/contrôles (la production de rapports et de suivi de la mise en œuvre des recommandations et des sanctions appropriées)*

#### 4.3.6. SNIS, suivi et évaluation

##### **RENFORCEMENT DE LA PLANIFICATION ET DU SUIVI/EVALUATION**

*Afin de renforcer le suivi régulier et l'évaluation des activités, il faudra renforcer les mécanismes existants à la fois au sein du SNIS et ceux existant dans les programmes verticaux. Cela impliquera la collecte régulière de données et l'analyse, la revue et l'évaluation des programmes, associée à la recherche-action. La collecte des données se fera aussi bien à l'aide des mécanismes habituels que par des approches plus innovantes comme les SMS pour la transmission de certaines données dans toutes les unités de santé qui sont couverts par un réseau téléphonique. Pour un suivi plus rapproché des progrès, des enquêtes EDS simplifiées (EDS Light) seront réalisées tous les deux ans.*

##### **RESULTATS :**

- 4.8.** La proportion des districts de santé ayant un système de gestion des données DHIS2 (y compris celles sur les décès maternels et périnataux) fonctionnel (taux de complétude d'au moins 80%, analyse locale/prise des décisions et 100% d'envoi de rapports vers la région), est de 80% au moins d'ici fin 2020
- 4.9.** La proportion des aires de santé dans les districts qui assure le suivi évaluation des interventions nutritionnelles à base communautaire est d'au moins 40% d'ici fin 2020
- 4.10.** La proportion des districts de santé ayant un mécanisme de suivi des ressources financières à jour est de 80% au moins d'ici fin 2020
- 4.11.** La proportion des districts de santé ayant un taux de réalisation de leur plan de SE d'au moins 85% est d'au moins 80% d'ici fin 2020
- 4.12.** La proportion des régions & districts de santé ayant un taux de réalisation de leur plan intégré de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile et la morbidité SR des adolescents/jeunes d'au moins 85% est d'au moins 80% d'ici fin 2020

##### **INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

###### **Niveau central**

- *Réalisation de l'analyse situationnelle du système de suivi et évaluation*
- *Élaboration d'un plan intégré de M&E à différents niveaux qui comprendra des éléments pour l'agenda d'apprentissage*
- *Élaboration du manuel de procédure standard pour le suivi et l'évaluation*

- *Formation des formateurs régionaux en SNIS*
- *Mise à l'échelle du DHIS-2 et le Portal PBF en veillant à l'intégration des deux plates-formes*
  - *Mise à la disposition de 2594 Centres de Santé Intégrés des terminaux androïdes compatibles avec l'application «DHIS2 Data Capture» et « DHIS2 Traker » pour la transmission électronique du RMA -CSI et le suivi des patients via la flotte téléphonique OMS*
  - *Installation et paramétrage de l'application Androïd «DHIS2 Data Capture » et « DHIS2 Traker » sur les terminaux mobiles des gestionnaires de données*
  - *Mise à la fin de chaque mois à la disposition de l'ensemble des formations sanitaires cibles, via la flotte téléphonique OMS, de 1,5 G de crédit "data" valides 30 jours pour la transmission du RMA*
- *Réalisation des missions semestrielles vers les DRSP pour suivre la mise en œuvre du plan de S/E*

### **Niveau régional**

- *Élaboration et budgétisation d'un plan opérationnel de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile et pour la SR des adolescents/jeunes y compris le plan de suivi et évaluation de la région*
- *Formation d'au moins une personne par district sur le suivi et l'évaluation, y compris le suivi de la mobilisation et l'utilisation des ressources financières et la transmission du RMA, et au suivi électronique des patients via la flotte téléphonique OMS*
- *Élaboration et budgétisation des plans de suivi et évaluation régionaux*
- *Diffusion du manuel de procédure standard pour le suivi et l'évaluation*
- *Conduite des activités de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile et pour la SR des adolescents/jeunes y compris le suivi et évaluation*
  - *Diffusion des outils (formulaires de collecte de données, SMS, matériel informatique, ...etc.)*
  - *Recueil des données, analyse local et reddition régulière des comptes*
  - *Analyse des données reçues des districts et conduite de la rétro-information*
  - *Dissémination du rapport de suivi et évaluation et l'utilisation dans la prise de décision*
  - *Surveillance de l'exécution de la collecte de données connexes, l'analyse locale et le rapportage avec une rétroaction régulière*
- *Conduite régulière des interventions de contrôle de qualité des données :*
  - *les réunions trimestrielles de monitoring des districts de santé,*
  - *les supervisions trimestrielles intégrées des districts,*
  - *les audits trimestriels de la qualité des données par les régions vers les districts de santé,*
- *Suivi du fonctionnement du DHIS-2 et mise en place des incitations appropriées pour la transmission rapide des données de qualité*
- *Organisation de la revue technique semestrielle et annuelle de la mise en œuvre des activités*

### **Niveau district**

- *Élaboration et budgétisation d'un plan opérationnel de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile et pour la SR des adolescents/jeunes y compris le plan de suivi et évaluation des districts*
- *Conduite du suivi et évaluation*
  - *Mise en place des outils (formulaires de collecte de données, SMS, matériel informatique, ...etc.)*
  - *Recueil des données, analyse locale et reddition régulière des comptes à tous les niveaux*
  - *Analyse des données reçues et rétroaction aux niveaux inférieurs*
  - *Dissémination du rapport de suivi et évaluation et utilisation dans la prise de décision*
  - *Surveillance de l'exécution de la collecte des données, de l'analyse locale, du rapportage, et d'une rétroaction régulière*
- *Entrée électronique régulière des données (portails du SNIS et PBF)*
- *Conduite régulière des interventions de contrôle de qualité des données :*
  - *les réunions trimestrielles de monitoring dans les districts*
  - *les supervisions intégrées mensuelles des FOSA avec contrôle de la qualité des données*
- *Mise en place les outils de collecte de données des activités sous directive communautaire (formulaires, SMS)*
- *Intégration des informations sur les activités à base communautaire dans le système national d'information sanitaire*
- *Conduite de l'analyse et production régulière des rapports et feedback*
- *Suivi trimestriel de la performance des CSI et mise en place de primes incitatives à la remontée des données*

### **Niveau FOSA et Communautaire**

- *Enregistrement régulier des données*
- *Compilation mensuelle des données*
- *Production des rapports mensuels d'activités pour l'ensemble des formations sanitaires concernées*
- *Envoi mensuel des données (formulaires, SMS)*
- *Suivi des activités de l'ASC (Recueil des données, analyse locale et rapportage régulier au niveau de la communauté)*

### **RESULTATS :**

**4.13.** Le taux de réalisation des plans d'action de recherche action aux niveaux central et régional est d'au moins 60% d'ici fin 2020

### **INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

- *Identification des sujets nécessitant une recherche-action dans les différents domaines à différents niveaux (agenda d'apprentissage,*
- *Élaboration et budgétisation des plans de recherche opérationnels centraux, régionaux et de district*
- *Élaboration des protocoles de recherche d'action*
- *Réalisation de toutes les recherches opérationnelles planifiées*
- *Organisation des activités de diffusion (réunions, diffusion électronique, publication, ... etc.) telles que planifiées*

## REVUE DES DECES

### RESULTATS :

- 4.14. La proportion des recommandations issues des revues des décès maternels et périnataux mise en œuvre est d'au moins 80% au niveau district régional et national d'ici à d'ici fin 2020
- 4.15. La proportion des décès maternels et périnataux déclarés qui font l'objet d'une revue avec production d'un plan de réponse dans les districts de santé est d'au moins 60% d'ici fin 2020

### INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :

#### *Au niveau central*

- *Élaboration des outils standards pour la revue des décès*
- *Diffusion des outils standards au niveau des régions*
- *Organisation des réunions de revue des décès maternelles et néonatales*
- *Organisation d'une réunion d'échange scientifique sur les questions d'intérêt sur les décès maternels et néonatales*

#### *Niveau régional*

- *Organisation des réunions de revue des décès maternelles et néonatales*
- *Formation d'au moins une personne par service de santé de district dans le processus de revue des décès maternels et néonatales*
- *Suivi de la mise en œuvre des recommandations / résolutions (mesures correctives) issues des réunions d'audit*
- *Organisation d'une réunion d'échange scientifique sur les questions d'intérêt de la SRMNEA au niveau régional*

#### *Niveau district*

- *Organisation des réunions de revue des décès maternels et néonatales*
- *Formation d'au moins une personne par FOSA sur le processus d'audit des décès maternels et néonatales*
- *Suivi de la mise en œuvre des recommandations / résolutions (mesures correctives) issues des réunions d'audit*

#### *FOSA*

- *Faire l'audit de chaque décès*
- *Mise en œuvre des recommandations / résolutions (mesures correctives) issues des réunions d'audit*

## L'ENREGISTREMENT DES STATISTIQUES VITALES ET FAITS D'ÉTAT CIVIL

### RESULTATS :

- 4.16. La population par Centre d'enregistrement d'état civil est de maximum 10000 d'ici fin 2020.

**INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

- Actualisation de la cartographie des centres d'état civil
- Étude pour déterminer la charge minimum de travail par centre d'état civil secondaire ou principal
- Rénovation/aménagement des centres d'état civil principaux
- Construction des centres d'état civil secondaires
- Construction de l'immeuble siège du BUNEC
- Amélioration de la répartition géographique des centres d'état civil (avec création ou fermeture des centres si nécessaire)

**RESULTATS :**

4.17. La proportion des Centres d'enregistrement d'état civil avec au moins un personnel qualifié est d'au moins 80% d'ici fin 2020.

**INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

- Faire une évaluation en besoins de formation a tous les niveaux
- Élaborer un plan de formation basé sur évaluation des besoins
- Élaboration du manuel de formation à l'intention des acteurs de l'état civil (Officiers et Secrétaire d'état civil, personnel de santé, personnel judiciaire)
- Production des manuels de formation
- Organisation des sessions de formation des acteurs de l'état civil selon le plan de formation (personnel de santé, judiciaire, officiers et secrétaires d'état civil) avec distribution des manuels didactique et textes en vigueur
- Organisation des sessions de formation des acteurs de l'état civil en matière d'archivage (électronique et physique selon le besoin local)

**RESULTATS :**

4.18. Les textes régissant l'état civil sont arrimés aux standards internationaux

**INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

- Réalisation des analyses comparatives entre les textes locaux et ceux du niveau international
- Arrimage des textes
- Opérationnalisation de la loi sur les statistiques vitales– afin de permettre la production de statistiques vitales à partir des registres d'état civil de manière régulière, complète et sur toute l'étendue du pays

**RESULTATS :**

4.19. La proportion des Centres d'enregistrement d'état civil avec le paquet minimum des registres, et équipements pour archivage (physique et/ou numérique) est d'au moins 80% d'ici fin 2020.

**INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

- Révision/élaboration des textes sur la base des résultats de l'analyse situationnelle
- Production des textes
- Organisation de la dissémination à tous les niveaux
- Évaluation des besoins en registres d'état civil et équipement d'archivage
- Acquisition et distribution des registres d'état civil
- Mise en place d'un système d'archivage (physique et numérique) fiable via la réalisation d'un schéma directeur de l'informatisation et le renforcement des infrastructures et du matériel informatique
- Informatisation de l'état civil à partir du niveau des communes au moins avec reprise des antériorités.

**RESULTATS :**

4.20. La proportion des enfants de moins de 5 ans dont la déclaration de naissance et établissement de l'acte de naissance sont faits est de 75% au moins d'ici à d'ici fin 2020

4.21. La proportion des décès (intra hospitaliers et communautaires) qui ont fait l'objet d'un enregistrement avec cause de décès identifiée augmente à au moins 50%

**INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

- Élaboration d'un plan intégré de communication sur l'enregistrement et statistiques d'état civil
- Organisation des campagnes de sensibilisation des populations (campagne de proximité dans les groupes sociaux, campagnes médiatiques, affichage, etc.) par le personnel et les relais communautaires polyvalents en collaboration avec les secteurs partenaires
- Plaidoyer pour la réduction et l'harmonisation des coûts de jugements supplétifs et la révision des délais de traitement des déclarations des naissances
- Campagne d'enregistrement des personnes hors délais légaux de déclaration par le biais de l'organisation des audiences foraines de jugements supplétifs
- Supervision/Suivi et enregistrement réguliers des statistiques vitales au niveau communautaire et intra hospitalier
- Choix pour l'enregistrement à l'état civil par le biais des stratégies avancées afin d'atteindre les zones rurales et les zones reculées
- Faire la réforme des certaines dispositions légales pour rendre obligatoire l'enregistrement des décès et les causes

**RESULTATS :**

4.22. La proportion des communes avec une interopérabilité fonctionnelle entre les Centres d'état civil et les services partenaires tel que la santé et la justice est d'au moins 80% d'ici fin 2020

**INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

- Sensibilisation/plaidoyer auprès des acteurs institutionnels



- *Élaboration d'un manuel sur la mise en place d'une interopérabilité entre le système d'état civil et les autres systèmes connexes y compris les systèmes d'information (état civil/INS/MINSANTÉ)*
- *Formation des acteurs sur la mise en place des mécanismes d'interopérabilité dans les communes*
- *Appui à la mise en place des mécanismes d'interopérabilité dans les communes*
- *Organisation régulière des réunions de coordination au niveau national et régional*
- *Renforcement de l'enregistrement des décès dans les établissements*
- *Formation sur le système de gestion des données sanitaire (HMIS) pour trianguler les données d'enregistrement des faits d'état civil ;*
- *Renforcer l'utilisation des agents de santé communautaire pour l'enregistrement des décès et naissances ;*
- *Renforcer l'utilisation de la technologie informatique interopérable.*

**RESULTATS :**

**4.23.** La proportion des centres d'enregistrement d'état civil qui mène les activités d'enregistrement d'état civil avec délivrance des certificats appropriés en stratégie fixe et avancée est d'au moins 80% d'ici fin 2020

**INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

- *Élaboration des plans d'activités*
- *Mise en œuvre des plans par niveau*
- *Rapportage régulier des activités*
- *Acheter les indicateurs des performances dans le cas de PBF (relais communautaires, centre d'enregistrement secondaires et principaux)*

**RESULTATS :**

**4.24.** Une base de données nationale sur les faits d'état civil sécurisée, fonctionnelle et auto financée est mise en place d'ici fin 2020.

**INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

- *Étude préalable à l'archivage*
- *Étude préalable de l'informatisation*
- *Proposition des modalités de mise en place d'une base de données nationale sécurisée*
- *Mise en place d'une base de données nationale sécurisée*
- *Sensibilisation des institutions utilisatrices potentielles de la base de données sur sa disponibilité*
- *Exploitation de la base de données sur la base d'un recouvrement de coûts.*

#### 4.3.7. Collaboration/coordination

Les principaux acteurs à tous les niveaux devront travailler ensemble pour élaborer des plans de travail intégrés, organiser la mise en œuvre et le suivi des activités afin d'optimiser l'impact sur la santé de la population

##### **RESULTATS :**

- 4.25. La proportion des structures de mise en œuvre et de suivi qui tiennent un minimum de 75% des réunions de coordination des acteurs multisectoriels de mise en œuvre prévues est d'au moins 80% d'ici fin 2020
- 4.26. La proportion des structures de mise en œuvre et de suivi dont au moins 90% des résolutions prises au cours des réunions de coordination des acteurs multisectoriels sont suivis d'actions appropriées est de 80% au moins d'ici à 2020.
- 4.27. La proportion des résolutions prises au cours des réunions de coordination qui sont suivies d'action telle que recommandée, est d'au moins 75% à tous les niveaux d'ici fin 2020

##### **INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

*Les activités pour une meilleure coordination des activités des acteurs dans la lutte contre la MMNIA porteront sur :*

- *L'identification des partenaires clés à tous les niveaux*
- *L'identification des modalités et moyens de l'organisation des réunions de coordination*
- *La mobilisation des ressources pour l'organisation des réunions de coordination*
- *Le suivi de la tenue effective des assises de coordination*
- *La production/acquisition des registres de résolutions*
- *Le suivi de la mise en œuvre des résolutions suites aux réunions de coordination des activités des acteurs dans la lutte contre la MMNIA:*
  - *La mise en place et tenue d'un registre de suivi des résolutions à tous les niveaux de coordination*
  - *Le suivi régulier de la mise en œuvre des résolutions prises entre réunions*
  - *La documentation de la mise en œuvre effective des résolutions prises*
- *L'évaluation annuelle du niveau de mise en œuvre des résolutions*

#### 4.3.8. La gestion de la qualité des prestations

##### **RESULTATS :**

**4.28.** La proportion des districts de santé et de région avec un plan d'assurance de la qualité des prestations exécuté à au moins 50% est de 75% au moins d'ici fin 2020

##### **INTERVENTIONS/ACTIVITES STRATEGIQUES :**

*Pour améliorer la qualité des interventions à haut impact fournis dans les FOSA, les activités suivantes seront menées:*

##### **Au niveau central**

- *Élaboration et dissémination d'un guide sur la procédure d'assurance qualité*
- *Formation des équipes régionales sur l'AQ (8 personnes par région)*
- *Evaluation semestrielle des activités d'assurance de la qualité des prestations*

##### **Au niveau régional**

- *Formation des équipes de district sur l'AQ (2 personnes par district)*
- *Elaboration d'un plan d'assurance-qualité*
- *Mise en œuvre des activités d'AQ (réunion d'orientation dans les régions, descentes des équipes régionales dans les district/FOSA, mise aux normes des FOSA en termes d'équipement et ressources humaines, réorganisation des services, etc.)*
- *Suivi et supervision des interventions AQ*
- *Evaluation des interventions AQ*

##### **Au niveau du district**

- *Elaboration d'un plan d'assurance-qualité*
- *Mise en œuvre de l'AQ dans les FOSA identifiées suivi de la réorganisation des services dans le cadre de la supervision intégrée.)*
- *Suivi des indicateurs de qualité dans le cadre du PBF dans les FOSA et au niveau communautaire.*

##### **Au niveau FOSA et communauté**

- *Prestation des services de qualité*

## 5. INTERVENTIONS/ACTIVITES PRIORITAIRES PAR NIVEAU DE MISE EN ŒUVRE

Le dossier d'investissement est une plateforme autour de laquelle tous les acteurs, sous le leadership du Ministère de la Santé Publique travailleront de manière concertée et complémentaire pour apporter des solutions aux problèmes prioritaires. Les principaux acteurs impliqués seront notamment les partenaires du secteur public : MINATD/BUNEC, MINESEC, MINEDUB, MINPROFF, MINJEC, MINAS, MINEPAT, MINFI,... les partenaires techniques et financiers, le secteur privé à but lucratif (cliniques et pharmacies privées, etc) et à but non-lucratif (les confessionnels, associations professionnelles, etc.) et la communauté. La mise en œuvre des interventions se fera à chaque niveau de la pyramide sanitaire selon le cahier de charge de chaque acteur, le défi étant de s'assurer que les synergies requises soient effectives à chaque niveau. Les rôles de chaque acteur sont présentés ci-dessous.

### 5.1. Niveau Central

Le Ministère de la Santé Publique sera chargé des normes et procédures, de l'assistance technique aux régions, de la mobilisation des ressources internes et externes ainsi que le suivi de la mise en œuvre du programme d'apprentissage (learning agenda) dont les enseignements permettraient d'améliorer la mise en œuvre des activités.

Un groupe technique multisectoriel de SRMNEA, sera animé par le PLMI pour la coordination des acteurs et le suivi de la redevabilité de chaque acteur. La Direction de la Santé Familiale, en collaboration avec les autres structures concernées du MINSANTÉ, s'assurera de la mise en œuvre de la réponse santé en matière de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile et de l'amélioration de la santé de reproduction des adolescents/jeunes. Au sein des ministères partenaires la structure technique en charge de la SRMNEA s'assurera de la mise en œuvre des actions au sein de ladite administration en vue de l'amélioration de la santé mère-enfant et adolescent/jeune.

D'autres actions clés du niveau central concernent le renforcement du système, notamment:

- i) L'amélioration de la gestion des ressources humaines : recrutement/redéploiement, mécanismes d'incitation/fidélisation, renforcement des capacités, etc.
- ii) Achats groupés des produits essentiels de SR et des principaux équipements biomédicaux en tenant compte de leur maintenance avec un accent particulier sur la chaîne de froid
- iii) Le renforcement des systèmes de gestion logistique en vue d'un meilleur approvisionnement en médicaments, consommables essentiels et autres intrants
- iv) La facilitation de la participation du secteur privé dans la prestation des interventions SRMNEA en veillant au respect des cadres règlementaires et juridiques,
- v) Le plaidoyer pour une meilleure allocation et décentralisation du budget national de la santé en faveur des districts de santé
- vi) Le renforcement du système d'information sanitaire

## **5.2. Niveau Régional**

Au niveau régional, les structures existantes telles que le Comité régional de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, et infanto-juvénile se chargeront de la coordination. Le Délégué régional de la santé publique et les Délégués des autres secteurs veilleront au déploiement d'une réponse multisectorielle appropriée et bien coordonnée. Les équipes régionales multisectorielles devraient également procéder à la mobilisation des ressources locales.

Un rapport semestriel est attendu de chaque région. L'utilisation du tableau de bord de performance, « Score Card » permettra de suivre les indicateurs de performance.

## **5.3. Niveau district de santé**

Le district ou le niveau opérationnel étant l'endroit de mise en œuvre effective, les équipes multisectorielles à ce niveau seront responsables de la mise en œuvre effective des activités dans les formations sanitaires (hôpitaux et centres de santé), les autres structures de mise en œuvre des secteurs partenaires (écoles, centre multifonctionnels de promotion des jeunes, jeunes (CMPJ), centre de promotion de la femme et de la famille, etc) et la communauté.

A ce niveau, l'atteinte des résultats escomptés dans le cadre de l'approche multisectorielle dépendra de l'effectivité de la collaboration et de la coordination.

## **5.4. Niveau structure de mise en œuvre**

Les FOSA, les CMPJ, les CPFF, les écoles et la communauté font partie de la plateforme de prestation des services. Pour réaliser les résultats attendus, ces structures ont besoin de tout l'appui nécessaire en ressources humaines, équipement, etc. Cela s'appliquera également aux prestations de services sous directives communautaires au centre duquel se trouve l'ASC ou le travailleur communautaire des autres secteurs. De même, les ASC et le personnel communautaire des secteurs partenaires devraient être suffisamment capacités pour produire les résultats. A cet effet, il faut noter que 4882 ASC seront recrutés et rémunérés grâce à l'appui financier du Fonds Mondial dans 69 districts de santé dont 4 dans l'Adamaoua, 7 à l'Est, 7 à l'Extrême-Nord, et 5 au Nord (soit un total de 413 ASC dans l'Adamaoua, 430 à l'Est, 637 à l'Extrême-Nord, et 474 au Nord).

Ces ASC et d'autres personnels communautaires utiliseront différentes plateformes de prestation de services pour offrir les services nécessaires à la population: services cliniques, services en stratégie avancée ou services sous directives communautaires.

## 5.5. Secteur privé

Le secteur privé notamment celui à but non lucratif, et dans une certaine mesure, celui à but lucratif a un grand rôle à jouer dans la prestation des soins et services de SRMNEA. Compte tenu du déploiement satisfaisant des FOSA appartenant à ce secteur sur le territoire national, il est impératif qu'il bénéficie du renforcement des capacités y compris à travers la supervision formative pour contribuer à la mise en œuvre des interventions prévues dans le dossier d'investissement.

## 5.6. Le partenariat

Les efforts en cours visant l'alignement aux orientations nationales des partenaires technique et financier dans le cadre de l'exécution du Plan stratégique de lutte contre la mortalité maternelle et infantile-juvénile vont se poursuivre et se renforcer au cours de la mise en œuvre du dossier d'investissement. Par conséquent, les PTF vont continuer à soutenir les priorités définies dans ce cadre. En plus des volets techniques, il est souhaitable d'avoir l'assistance technique pour les domaines transversaux clés comme le renforcement du suivi évaluation et le système de gestion logistique de l'approvisionnement en médicaments et consommables essentiels et d'autres intrants.

### ▪ Société civile (OBC/OSC)

La société civile (OBC/OSC) aura pour rôle d'assurer :

- Le plaidoyer et la mobilisation sociale en faveur de la SRMNEA notamment pour ce qui est de la demande des services
- La redevabilité visant à renforcer la réponse nationale en s'impliquant activement dans les plateformes de prise de décision à tous les niveaux
- La prestation de services selon leurs compétences, notamment dans certaines zones difficiles d'accès, et pour les populations vulnérables,
- La mise en œuvre de certains aspects des activités communautaires.

### ▪ L'Assistance technique

Des dispositions seront prises pour constituer une équipe d'assistants techniques dont le rôle sera d'accompagner les équipes centrales dans le développement et le suivi des thématiques innovants et/ou transversaux tel que le PBF, le financement de la santé, la consolidation des FRPS, etc.

### ▪ Les partenaires publics

L'approche multisectorielle se veut être l'un des principaux principes directeurs du dossier d'investissement. Ainsi, les secteurs publics partenaires concernés sont fortement interpellés. Afin de tirer le plus grand bénéfice de cette approche, le fonctionnement effectif des structures de coordination multisectorielle est capital. Chacun de ces secteurs devrait jouer véritablement son rôle

à tous les niveaux. Certains d'entre eux sont responsables des aspects législatifs ou réglementaires dont l'importance est primordiale pour renverser certains facteurs qui entretiennent la morbi/mortalité maternelle. Par exemple, le mariage précoce et ses conséquences négatives sur la santé de la jeune fille mérite d'être mieux règlementer.

### ***5.7. Le suivi de la performance et la redevabilité***

Le cadre des résultats de ce dossier d'investissement indique clairement la situation de base des indicateurs de résultats escomptés et les cibles souhaitées dans 4 ans. Ce cadre permettra de détecter l'inefficacité et les lacunes afin d'introduire des mesures correctives à temps.

L'utilisation du « Score Card », permettra de suivre la performance à différents niveaux. Les enquêtes annuelles/biennuelles des formations sanitaires et communautaires pourront être conduites. Par ailleurs le renforcement du SNIS notamment à travers le contrôle de la qualité des données et le DHIS2 en cours de déploiement facilitera le suivi régulier des effets. La cartographie des ressources, y compris le suivi des décaissements effectifs des contributions des principaux financiers (gouvernement et partenaires techniques / financiers) se fera chaque année comme un moyen de suivi de l'efficacité et l'effectivité de la mobilisation et la distribution des ressources sur le plan thématique et géographique.

Pour renforcer la redevabilité, les mécanismes de contrôle social seront introduits au niveau des structures de gestion aux différents niveaux avec l'engagement d'augmenter l'implication effective des citoyens et de la société civile dans des telles structures. Dans cette logique, il est souhaitable que des structures d'audit de gestion et financier soient mises en place au niveau régional. Ces structures auront un droit de regard sur l'adéquation de l'utilisation des ressources au regard de la performance. Au sein de l'approche PBF, les indicateurs sur la satisfaction de la communauté permettront de capter la perception des usagers vis-à-vis de la qualité des services qui leur sont offerts.

Des activités de reconnaissance publique « INITIATIVE CHAMPION DES MERES ET DES ENFANTS » seront organisées afin de reconnaître les différents acteurs clés qui se seront distingués dans la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, et infanto-juvénile et l'amélioration de la santé des adolescents/jeunes.

### ***5.8. L'agenda de recherche et apprentissage***

Plusieurs questions restent sans réponse notamment concernant la prestation et l'utilisation des services SRMNEA. Il est donc nécessaire de renforcer la recherche opérationnelle afin de contribuer à élucider les zones d'ombre, et prendre des mesures correctrices. Les sujets pour l'agenda d'apprentissage sont les suivants :

- a) "Chèque Santé" & PBF : complémentarité ou double emploi dans le soutien au système de santé ?
- b) Quel est l'impact du PBF sur l'approvisionnement des médicaments essentiels ?
- c) Quels sont les facteurs qui contribuent à la faible utilisation des services de SRMNEA dans les régions prioritaires et quelles sont les meilleures façons de les surmonter ?
- d) Quels sont les modèles les plus rentables qui peuvent favoriser la participation des hommes ?

- e) Quels sont les facteurs qui contribuent au non-respect des procédures et des directives de fonctionnement par les prestataires de soins de santé dans les secteurs public et privé ?
- f) Quels sont les facteurs qui contribuent à une sous-utilisation par les jeunes des services de SRMNEA dans les régions prioritaires et quelles sont les meilleures façons de les surmonter ?
- g) Comment atteindre les jeunes extrascolaires avec les services de SRMNEA de qualité dans les régions prioritaires ?
- h) Quel est l'approche efficace et durable pour engager et motiver les agents de santé communautaires ?
- i) Quel est le paquet optimal d'activités ou services à fournir par les agents de la santé communautaire et à quel prix ?
- j) Comment améliorer la pertinence et l'effectivité de l'apport technique et financier des partenaires internationaux à la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et à l'amélioration de la santé de reproduction des adolescents/jeunes ?
- k) Quelles sont les causes socio-anthropologiques du non-enregistrement d'état civil et comment les gérer ?

### ***5.9. Principaux risques pouvant freiner la mise en œuvre effective du dossier d'investissement***

Suite à une large consultation des intervenants, les risques suivants ont été identifiés :

- Apports financiers instable au niveau du gouvernement et des donateurs ;
- Ressources humaines insuffisantes pour le renforcement du système de santé et le fort taux de mobilité du personnel ;
- Coordination insuffisante des partenaires financiers et techniques ;
- Défis de gouvernance résultant de la non-maitrise de la corruption à tous les niveaux ;
- Défis à cibler les zones les plus démunies au cours de la phase d'opérationnalisation dans les régions ;
- Instabilité des prix des intrants;
- Arrêt de certains partenariats stratégiques qui existent actuellement ;
- Aggravation possible de l'instabilité dans les régions du septentrion pouvant entraver la mise en œuvre, diminuer l'espace fiscal disponible et/ou augmenter le nombre de réfugiées ;
- Perception du dossier d'investissement comme un projet et non comme une approche de galvanisation des efforts en cours dans le cadre de la mise en œuvre du programme national de lutte contre la mortalité maternelle et infanto-juvénile.
- Absence d'une formation institutionnalisée et obligatoire des personnels d'état civil basée sur le curriculum
- Refus du changement par certains acteurs clés.



## 6. BUDGET DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT

### 6.1. Budget santé

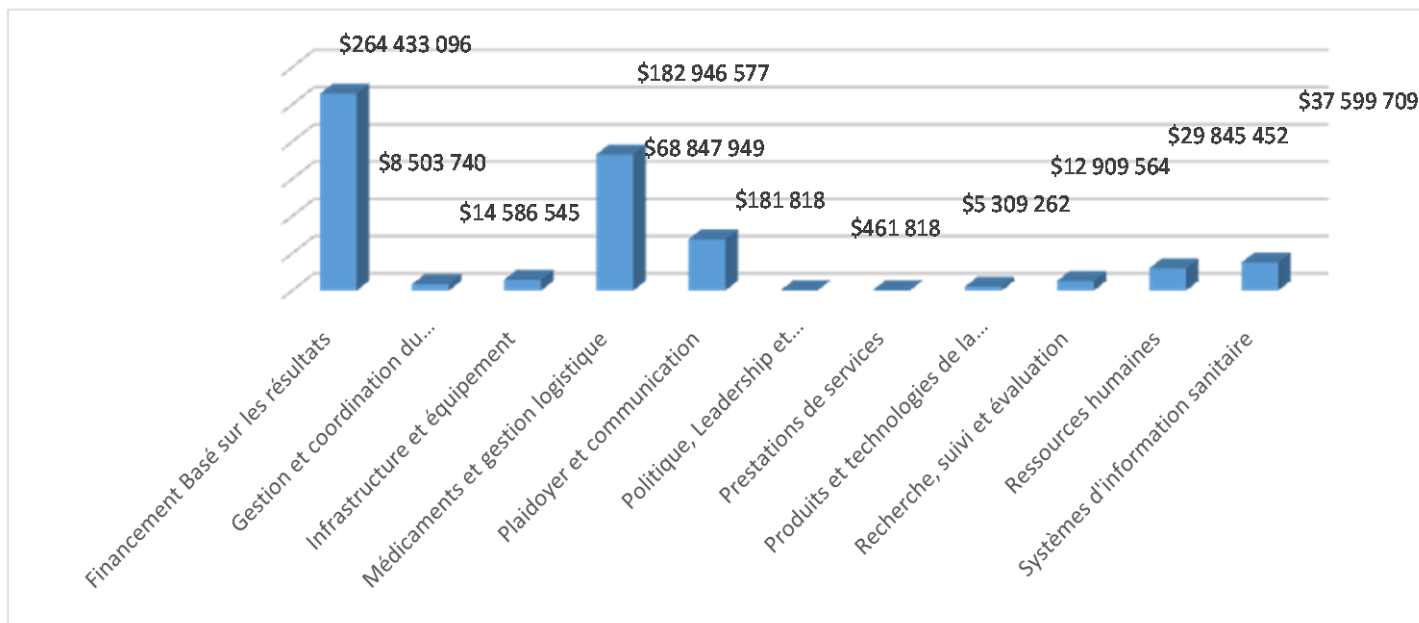
#### 6.1.1. Les besoins

Le budget a été calculé pour les différents scénarii décrits ci-dessus. Le budget total pour le scénario 1 s'élève à **\$625 625 531** (soit 344 094 041 863 FCFA). Comme on peut le voir dans le **Tableau 11 et Graphique 45** ci-dessous, l'analyse par catégories de dépenses montre que la plus grande partie concerne le PBF, les médicaments et la gestion logistique et le plaidoyer et communication : **\$264 433 096**, **\$182 946 577** et **\$68 847 949** respectivement.

Tableau 12 : Le budget annuel par catégorie de cout-scenario 1

BUDGET DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT						
CATEGORIES DES COUTS SCENARIO 1	2017	2018	2019	2020	TOTAL	
Financement Basé sur les résultats	\$25 913 122	\$64 321 253	\$74 578 924	\$99 619 797	<b>\$264 433 096</b>	(y compris aspects transversaux des régions non prioritaires)
Gestion et coordination du programme	\$6 277 560	\$57 283	\$2 111 614	\$57 283	<b>\$8 503 740</b>	
Infrastructure et équipement	\$2 582 273	\$3 114 455	\$4 178 818	\$4 711 000	<b>\$14 586 545</b>	
Médicaments et gestion logistique	\$36 937 934	\$42 716 690	\$49 365 001	\$53 926 952	<b>\$182 946 577</b>	(y compris aspects transversaux des régions non prioritaires)
Plaidoyer et communication	\$7 898 621	\$16 472 538	\$20 561 399	\$23 915 392	<b>\$68 847 949</b>	
Politique, Leadership et gouvernance	\$45 455	\$72 727	\$45 455	\$18 182	<b>\$181 818</b>	
Prestations de services	\$115 455	\$115 455	\$115 455	\$115 455	<b>\$461 818</b>	
Produits et technologies de la santé	\$842 562	\$1 096 075	\$1 558 556	\$1 812 069	<b>\$5 309 262</b>	
Recherche, suivi et évaluation	\$3 376 307	\$3 078 475	\$3 376 307	\$3 078 475	<b>\$12 909 564</b>	
Ressources humaines	\$5 496 223	\$6 262 413	\$8 245 297	\$9 841 519	<b>\$29 845 452</b>	
Systèmes d'information sanitaire	\$9 399 927	\$9 996 873	\$9 399 927	\$8 802 982	<b>\$37 599 709</b>	(y compris aspects transversaux des régions non prioritaires)
<b>TOTAL</b>	<b>\$98 887 455</b>	<b>\$147 306 254</b>	<b>\$173 538 771</b>	<b>\$205 901 125</b>	<b>\$625 625 531</b>	

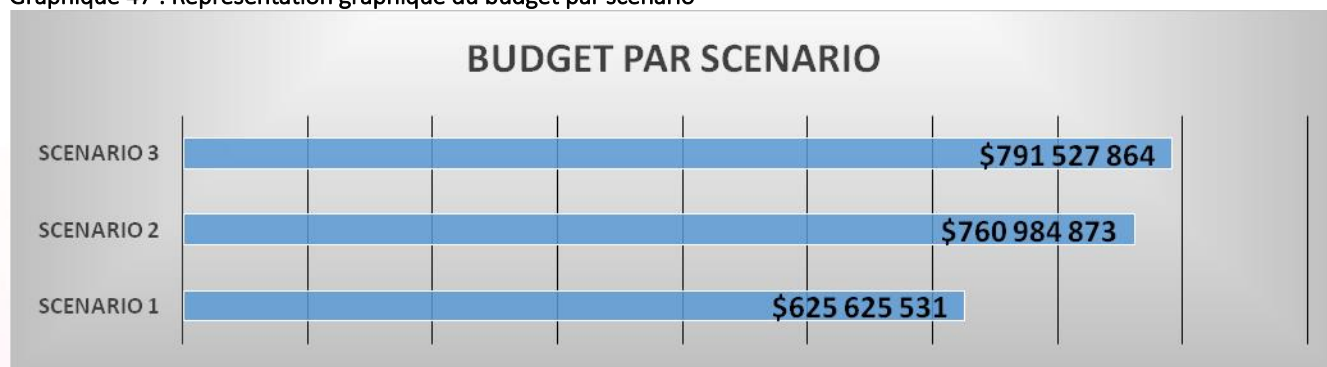
Graphique 46 : Présentation graphique du budget total par catégorie de cout-Scenario 1



Les budgets des scénarii 2 et 3 sont respectivement de **\$760 984 873** (418 541 680 223 FCFA) et **\$791 527 864** (435 340 325 168 FCFA). La distribution selon les différentes catégories respecte la même tendance que dans le scénario 1.

Il y a donc une augmentation régulière du budget à travers les scénarii comme on le voit dans la graphique 46 ci-dessous, soit de 22% et 4% respectivement entre les scénarii 1 et 2, et entre les scénarii 2 et 3.

Graphique 47 : Représentation graphique du budget par scénario



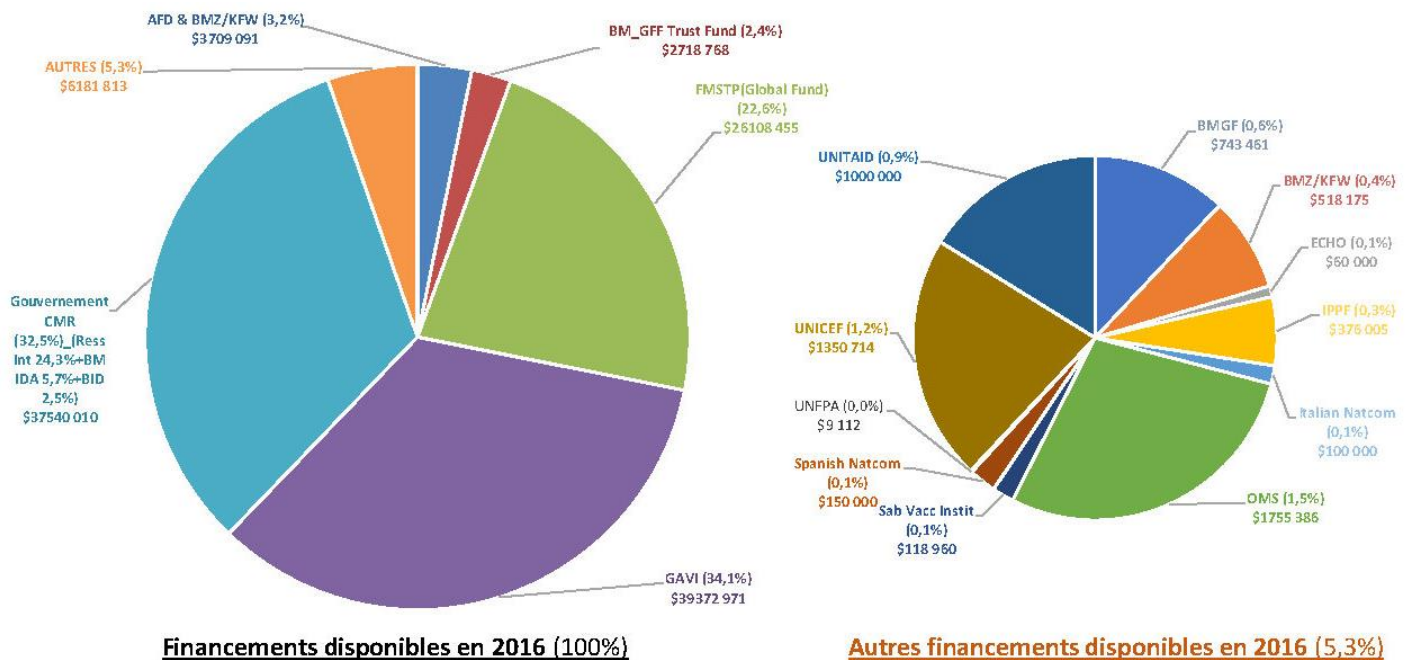
### 6.1.2. Ressources potentiellement disponibles

La projection des ressources potentielles sur la période 2017-2020 s’est faite à partir de la cartographie des ressources disponibles en 2016, et pour certains partenaires, celles disponibles en 2017.

Selon cette cartographie des ressources, **\$115631108** (soit 268 164 327 182 FCFA) ont été identifiés comme pouvant être disponibles (toutes sources confondues) pour la lutte contre la mortalité maternelle néonatale, infanto-juvénile et l'amélioration de la santé des adolescents/jeunes dans les quatre régions prioritaires pour la période allant de 2017 à 2020 selon le scénario 1 (les quatre régions prioritaires : Adamaoua, Est, Extrême-Nord, Nord).

Toutefois, l'analyse financière révèle qu'un montant global de **\$115 631 108**(soit 63 597 109 400 FCFA) est effectivement disponible pour la SRMNEA en 2016 pour la réalisation du scénario 1 avec une contribution respective de 32,5% et 34,1% pour le Gouvernement camerounais et les Fonds GAVI. (Voir Graphique 47).

**Graphique 48. La Contribution Financière Par Sources –Scénario 1**



Pour les scénarii 2 et 3, les ressources potentielles s'élèvent à **\$564 513 211** (310 482 265 789 FCFA) et **\$603 158 828** (331 737 355 399 FCFA) respectivement.

Analysé par domaine, la Santé de l'Enfant prend 55% des ressources potentielles (soit **\$266 081 321**) ; Ce domaine est suivi par les Aspects Transversaux qui reçoivent **\$183 169 983** soit 33%.

En ce qui concerne le Financement Basé sur les Résultats, il faut noter que la distribution des montants alloués aux régions s'est faite proportionnellement à la population (par tête d'habitant).

Il y a lieu de noter que pour la majorité des partenaires, il n'y avait pas de visibilité de leurs financements au-delà de 2017.

### 6.1.3. Analyse du gap financier

L'analyse du gap financier a été faite par domaine d'intervention et par catégorie des coûts ; seule cette dernière est présentée dans cette partie.

Comme signalé plus haut, pour le scénario 1, les ressources identifiées comme potentiellement disponibles pour la période des interventions s'élèvent à **\$487 571 504** (268 164 327 182 FCFA) ; les besoins sont estimés à **\$625 625 531** (ou 344 094 041 863 FCFA). Le gap financier est ainsi de **\$138 054 027** (75 929 714 680 FCFA), soit 22% des besoins estimés. Le Tableau 12 montre que la grande partie du gap financier est respectivement en relation avec le PBF (**\$192 501 574**), les médicaments et la gestion logistique (**\$163 562 412**) et le plaidoyer et communication (**\$63 714 649**).

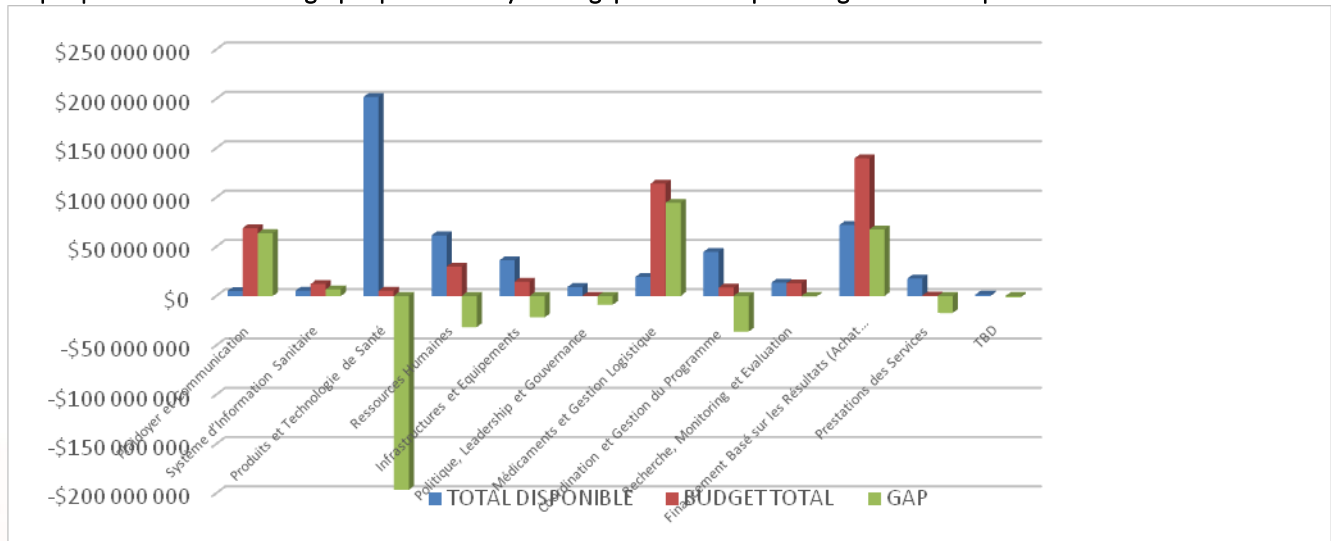
Toutefois, le tableau 12 et le graphique 48 ci-après montrent également d'importants gaps financiers négatifs respectivement liés à la Politique, Leadership et Gouvernance (**-\$8 924 570** soit - 4902% des besoins), aux Prestations des Services (**-\$17 224 781** soit - 3730% des besoins), aux Produits et Technologie de Santé (**-\$196 512 088** soit -3701% des besoins), à la Coordination et Gestion du Programme (**-\$36 116 181** soit - 425% des besoins), aux Infrastructures et Équipements (**-\$21 639 425** soit - 148%), aux Ressources Humaines (**-\$31 585 085** soit - 106%). **Ces importants gaps financiers négatifs pourraient traduire une insuffisance de cohérence/coordination entre les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et les différents programmes de santé : les PTF investissent abondamment sur des interventions qui sont faiblement prises en compte par les différents programmes de santé d'une part, et/ou ces programmes mettent l'accent sur des interventions inadéquates d'autre part.** Par ailleurs, pour certaines catégories de coûts, il n'a pas été facile de faire la corrélation entre le contenu auquel on se réfère dans la cartographie des ressources et celui de la budgétisation. En d'autres termes, il se peut que les contenus soient différents lorsqu'on passe de la cartographie des ressources à la budgétisation. Par exemple, concernant les catégories « Produits et Technologies de Santé » d'une part et « Médicaments et Gestion logistique » d'autre part, certains bailleurs auraient probablement renseigné leurs financements essentiellement dans la deuxième catégorie. Par conséquent, l'interprétation des gaps négatifs doit être faite avec beaucoup de retenue.

Tableau 13 : La présentation de l'analyse des gaps financiers par catégorie de coût pour le scénario 1

CATEGORIES DES COUTS	2017	2018	2019	2020	TOTAL DISPONIBLE	BUDGET TOTAL	GAP
Plaidoyer et Communication	\$1 370 437	\$1 019 522	\$1 371 418	\$1 371 923	\$5 133 300	\$68 847 949	\$63 714 649
Système d'Information Sanitaire	\$1 467 980	\$950 229	\$1 467 980	\$1 467 980	\$5 354 170	\$37 599 709	\$32 245 539
Produits et Technologie de Santé	\$53 602 217	\$41 014 698	\$53 602 217	\$53 602 217	\$201 821 350	\$5 309 262	-\$196 512 088
Ressources Humaines	\$16 079 658	\$13 191 563	\$16 079 658	\$16 079 658	\$61 430 536	\$29 845 452	-\$31 585 085
Infrastructures et Equipements	\$9 525 382	\$7 649 824	\$9 525 382	\$9 525 382	\$36 225 970	\$14 586 545	-\$21 639 425

CATEGORIES DES COUTS	2017	2018	2019	2020	TOTAL DISPONIBLE	BUDGET TOTAL	GAP
Politique, Leadership et Gouvernance	\$2 341 512	\$2 081 851	\$2 341 512	\$2 341 512	\$9 106 389	\$181 818	-\$8 924 570
Médicaments et Gestion Logistique	\$6 461 389	\$0	\$6 461 389	\$6 461 389	\$19 384 166	\$182 946 577	\$163 562 412
Coordination et Gestion du Programme	\$11 107 006	\$8 744 857	\$11 975 161	\$12 792 897	\$44 619 921	\$8 503 740	-\$36 116 181
Recherche, Monitoring et Evaluation	\$4 465 264	\$451 774	\$4 268 620	\$4 268 620	\$13 454 278	\$12 909 564	-\$544 714
Financement Basé sur les Résultats (Achat prestation des services)	\$4 789 628	\$20 272 253	\$20 850 353	\$26 019 288	\$71 931 521	\$264 433 096	\$192 501 574
Prestations des Services	\$3 946 199	\$2 998 933	\$5 037 133	\$5 704 333	\$17 686 599	\$461 818	-\$17 224 781
TBD	\$474 434	\$0	\$474 434	\$474 434	\$1 423 303		-\$1 423 303
<b>Total général</b>	<b>\$115 631 108</b>	<b>\$98 375 504</b>	<b>\$133 455 259</b>	<b>\$140 109 634</b>	<b>\$487 571 504</b>	<b>\$625 625 531</b>	<b>\$138 054 027</b>

Graphique 49 : Présentation graphique de l'analyse des gaps financiers par catégorie de cout pour le scenario 1



Pour le scénario 2, le gap financier s'élève à **\$196 471 663** (soit 26% des besoins) alors que celui du scénario 3 est de **\$188 369 036** (soit 24% des besoins).

## 6.2. Budget ESEC

### 6.2.1. Estimation des ressources financières pour la réforme totale du système

**Scénario 1** : Se base uniquement sur les ressources disponibles ou engagées dans le cadre du GFF. Ce scénario retient les 3 régions septentrionales (Adamaoua, Extrême-Nord et Nord) et l'Est. Les domaines d'intervention sont les suivants : commencement de la réforme institutionnelle et juridique, Investissement et fourniture, Formation des intervenants du système d'état civil, Sensibilisation de la population, Mise en œuvre des stratégies avancées pour l'enregistrement d'état civil, suivi-évaluation et Contrôle des centres d'état civil, le financement basé sur les performances (FBP) ; et génération des statistiques de la production CEC.

**Scénario 2** : Ce scénario inclut des priorités essentielles dont la mise en œuvre doit être activement recherchée (à travers la mobilisation ou la réallocation des ressources). Il prend en compte les suppositions de la croissance des ressources. Les interventions de ce scénario vont au-delà de celles du scénario 1,

**Scénario 3** : Prend en compte tous les besoins et priorités à considérer en cas de mobilisation additionnelle et suffisante de ressources. En plus des interventions du scénario 2, il comprend l'investissement des coûts de numérisation fixe et variable

Tableau 14 : Budget pour l'enregistrement statistique et faits d'état civil

LIGNEBUDGETAIRE	Scenario 1		Scenario 2		Scenario 3	
	GFF 2017-2020	Financement local	EU,GFF& UNICEF, 2017-2021	Financement local	Budget total 2017-2026	Financement local
<b>Charges fixes</b>	<b>\$4244300</b>	<b>\$1100000</b>	<b>\$12295000</b>	<b>\$3100000</b>	<b>\$35200000</b>	<b>\$13200000</b>
Elaboration cadre légal/règlementaire	\$86000	\$22000	\$250000	\$63000	\$250000	\$94000
Analyse situationnelle	Fait	Fait	Fait	Fait	Fait	Fait
Infrastructure et équipement	\$1336000	\$346000	\$3870000	\$976000	\$7737000	\$2901000
TIC (charges)	BAD	BAD	BAD	BAD	\$18100000	\$6788000
Numérisation des données existantes	BAD	BAD	BAD	BAD	\$1032000	\$387000
Elaboration des guides et procédures	\$178000	\$46000	\$516000	\$130000	\$516000	\$194000
Charges fixes (imprévues)	\$2644000	\$685000	\$7659000	\$1931000	\$7565000	\$2836000
<b>Charges variables</b>	<b>\$1160000</b>	<b>\$678000</b>	<b>\$3360000</b>	<b>\$2033000</b>	<b>\$9600000</b>	<b>\$4929000</b>
Renforcement des capacités	\$128000	\$33000	\$370000	\$93000	\$3095000	\$1589000
IEC (plaidoyer et campagnes de communication)	\$55000	\$14000	\$160000	\$40000	\$1341000	\$689000
Stratégie avancée	\$21000	\$5000	\$60000	\$15000	\$516000	\$265000

LIGNEBUDGETAIRE	Scenario 1		Scenario 2		Scenario 3	
	GFF 2017-2020	Financement local	EU,GFF& UNICEF, 2017-2021	Financement local	Budget total 2017-2026	Financement local
Maintenance (infrastructures et équipements)	BAD	BAD	BAD	BAD	\$2063000	\$1059000
Suivi et renforcement du système	\$55000	\$14000	\$160000	\$40000	\$1290000	\$662000
Charges variables (imprévues)	\$894000	\$522000	\$2590000	\$1567000	\$7400000	\$8671000
<b>Total charges variables</b>	<b>\$2054000</b>	<b>\$1200000</b>	<b>\$5950000</b>	<b>\$3600000</b>	<b>\$17000000</b>	<b>\$13600000</b>
<b>Budgettotal</b>	<b>\$6300000</b>	<b>\$2300000</b>	<b>\$18250000</b>	<b>\$6600000</b>	<b>\$52200000</b>	<b>\$26800000</b>

### 6.2.2. Enveloppe des ressources potentielles pour ESEC

- La Banque africaine de développement a prévu un appui pour soutenir le volet de numérisation de l'état civil. Il représente l'investissement le plus important dans le programme.
- La composante GFF est de 4 millions de dollars sur cinq ans (un montant qui pourrait être augmenté au fil du temps).
- L'Union Européenne (UE) contribuera 6 millions d'euros (6,6 millions USD).
- La coopération Française contribue 3 millions d'euros (3,3 millions USD) somme qui pourrait être orientée vers la construction du bâtiment du BUNEC, qui permettra de réduire les coûts de location du bâtiment.
- L'UE va probablement mettre à disposition 80 millions d'euros (88 millions USD) d'un fonds d'affectation spéciale pour le soutien de l'état civil liée à la migration (une partie encore inconnue du total) pour neuf pays-Cameroun inclus.
- En outre l'UNICEF recevra un financement de l'UE pour le soutien de l'état civil (environ 1 million de dollars), tandis que l'UNICEF élabore une proposition de subvention supplémentaire pour l'UE pour financer un téléphone mobile supporté projet de notification de l'état civil à être mis en œuvre avec l'opérateur de réseau de téléphonie mobile Orange.
- 11.6 Millions USD de GFF, l'Union européenne et UNICEF seront disponibles dans quelques mois.
- Dans les cinq premières années (2017-2021) en Scénario 3, la contribution internationale prévue est de 16.600.000 USD (64%), tandis que la contribution attendue du gouvernement est de 9.500.000 millions USD. Une allocation pour le PBF au sein de ce budget est nécessaire, et devrait se trouver dans le budget pour les coûts récurrents.

## RÉFÉRENCES

1. BUCREP (2010). Troisième recensement général de la population du Cameroun, 2010
2. Institut National de la Statistique de la République du Cameroun. (2011). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples. Yaoundé (Cameroon). Retrieved from <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR260/FR260.pdf>
3. Mimche Honoré, Bomda Joseph, Simo Kengne Robert, Fonkoua Pierre, Abondo Olivier (2016). Analyse situationnelle des principaux goulots d'étranglement à la scolarisation des filles dans les zones d'éducation prioritaire du Cameroun. Ministère de l'Éducation de Base - UNICEF, Juin 2016
4. MINSANTÉ - INS - UNICEF (2014). Suivi de la situation des enfants et des femmes. Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 5) 2014 Cameroun, Décembre 2015.
5. MINSANTÉ (2014) Plan Stratégique National de la Santé de Reproduction, Maternelle, Néonatale et Infantile PSN/SRMNI Cameroun 2014-2020, Ministère de la Santé Publique
6. MINSANTÉ- INS (2015) Rapport de l'évaluation rapide des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONUC) au Cameroun
7. OMS (2010) Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide, Organisation Mondiale de Santé, Genève
8. OMS. (2014) Enfants : réduire la mortalité. Centre des médias, Aide-mémoire No 178. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/fr/>
9. Republic of Cameroon(2003). Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP) de la République du Cameroun. Yaoundé (Cameroon)
10. United Nations Population Fund. (2011). Impact: UNFPA Cameroun rapport 2010. Yaoundé (Cameroon). Retrieved from <http://unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/IMPACT.pdf>
11. United Nations. (2015). "The Millennium Development Goals Report 2015. New York (United States of America)". Retrieved from [http://www.un.org/millenniumgoals/2015\\_MDG\\_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20%28July%201%29.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20%28July%201%29.pdf) 15 Février 2016
12. World Bank, HRITF impact evaluation surveys (2015). Diagnostic Initial sur la Performance du Système de Soins de Santé Primaires au Cameroun, Yaoundé, 24 février 2016
13. World health organisation (2015) World Health Statistics 2014. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf)



## ANNEXES

### ANNEXE 1. CADRE LOGIQUE

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
<b>OBJECTIF GENERAL</b>			
<b>Objectif général</b> : Réduire la mortalité/morbidité maternelle, néonatale, infanto-juvénile, et promouvoir la santé de la reproduction des adolescents d'ici fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord			
I/ Contribuer à réduire de 5% par an, d'ici à fin 2020, le ratio national de mortalité maternelle qui est de 596 décès pour 100 000 naissances vivantes <sup>10</sup>	Estimation OMS	–	–
II/Contribuer à réduire d'au moins 4,5% par an, d'ici fin 2020 , les taux de mortalité néonatale dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord qui sont de 40‰, 39‰, 40‰ et 42‰naissances vivantes , respectivement <sup>11</sup>	EDS/MICS	–	–
III/ Contribuer à réduire de 30%, d'ici à fin 2020, le taux de mortalité intra hospitalière parmi les nouveaux nés de petit poids et/ou prématurés bénéficiant des soins mères kangourou	SNIS	–	–
IV/ Contribuer à réduire de 24‰ naissances à 19, 96‰ naissances d'ici à fin 2020 (4,5% par an), d'ici fin 2020, le taux national de mortinaissances.	EDS/MICS	–	–
V/ Contribuer à réduire de 5% par an, d'ici fin 2020, les taux de mortalité infanto-juvénile dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord qui sont respectivement de 127‰, 127‰, 154‰ et 173‰ naissances vivantes <sup>12</sup>	EDS/MICS	–	–

<sup>10</sup>(Estimation OMS)

<sup>11</sup>(MICS 2014)

<sup>12</sup>(MICS 2014)

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
VI/ Contribuer à réduire à moins de 5%, d'ici fin 2020 , la prévalence de la malnutrition aigüe globale chez les enfants de 0 à 5ans dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où il est respectivement de 6.8% (15233), 1.0% (1022), 13.9% (82515) et 6.5% (530689) <sup>13</sup>	EDS/MICS	–	–
VII/ Contribuer à réduire d'au moins 7,5 points, d'ici à fin 2020, la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où il est respectivement de 37,8%, 35,8%, 41% et 33,8% <sup>14</sup>	EDS/MICS	–	–
VIII/Contribuer à réduire la prévalence des grossesses précoces d'au moins 30%, d'ici à fin 2020, chez les femmes de 20-24 ans qui ont eu une naissance vivante avant l'âge de 18 ans d'ici à fin 2020, dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord où elle est respectivement de 39,4%, 44,9%, 33,2%, et 40% en 2014 <sup>15</sup>	EDS/MICS	–	–
IX/ Contribuer à augmenter le taux net ajusté de fréquentation de l'enseignement secondaire (TNF) des filles d'au moins 50%, d'ici à fin 2020	EDS/MICS	–	–
X/ Contribuer à réduire de 4,1 à au moins 3,5%, d'ici à fin 2020, l'incidence des dépenses catastrophiques liées à la santé <sup>16</sup>	ECAM	–	–
<b>OBJECTIF SPECIFIQUE</b>			
Objectif spécifique 1 : Accroître l'utilisation des services et soins continus de qualité (PCIME, SONEU, PF, nutrition/ supplémentation, PEC & PREV IST/VIH, Transfusion,...) par les femmes en âge de procréer (et en union pour la PF), les femmes enceintes, les enfants de 0 à 5 ans, et les adolescents dans les régions prioritaires d'ici fin 2020			
<b>UTILISATION DES SERVICES DE PF</b>			

<sup>13</sup>(Enquête Nutritionnelle-SMART 2015)

<sup>14</sup>(MICS 2014)

<sup>15</sup>(MICS 2014)

<sup>16</sup>(ECAM 5)

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
1.1.La prévalence contraceptive moderne (méthode MAMA exclue) parmi les femmes en âge de procréer en union augmente d'au moins 30 % d'ici fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où elle est actuellement respectivement de 7,7%, 14,6%, 3,5 % et 6,1% (MICS 2014)	EDS/MICS	Les intrants sont disponibles	-
<b>UTILISATION DES SERVICES DE CPN</b>			
1.2.La proportion des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 dernières années, précédent l'enquête, qui ont bénéficié de la CPN4 offerte par un personnel qualifié augmente à au moins 70% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où elle est actuellement respectivement de 50%, 45,2%, 37,8% et 46,8% (MICS 2014).	EDS/MICS et SNIS	Les services sont de bonne qualité La stratégie avancée ainsi que les visites à domiciles sont assurées	-
1.3.La proportion des femmes enceintes qui font leur première visite au cours du premier trimestre, augmente d'au moins 30% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où elle est actuellement respectivement de 36,6%, 34%, 23,9% et 20,7%	EDS/MICS	Les services sont de qualité acceptable La stratégie avancée ainsi que les visites à domiciles sont assurées	-
1.4.La proportion des femmes enceintes de 15 – 49 ans qui ont eu une naissance vivante dans les deux années précédant l'enquête et qui ont reçu au moins 3 doses de traitement préventif intermittent (sulfadoxine-pyriméthamine) contre le paludisme au cours des consultations prénatales est d'au moins 80 % d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où les proportions actuelles sont respectivement de 63,4%, 41,5%,46,3% et 61,4% (MICS 2014),	MICS/EDS	Le produit est disponible  Les femmes utilisent effectivement les services de CPN	-
1.5. La proportion des femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi	MICS/EDS	Les moustiquaires	

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
sous moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête est d'au moins 85% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où elle est actuellement de <b>46,0%, 46,2%, 43.3% et 72,0%</b> respectivement (MICS 2014)		sont disponibles	
1.6.La proportion des femmes ayant été enceintes au cours des 5 dernières années qui ont reçu du fer et acide folique pendant au moins 90 jours durant leur dernière grossesse augmente d'au moins 50% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où elle est respectivement de 55,9%, 36,2%, 28,1% et 28,6% (EDS 2011)	EDS/MICS	Les femmes enceintes suivent leur CPN de façon optimale	—
1.7.La proportion des femmes enceintes testées VIH+ mises sous traitement ARV conformément aux directives nationales est d'au moins 95 % d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord, le Nord, le Centre, le Littoral, le Nord-Ouest, l'Ouest, le Sud et Sud-Ouest où les proportions actuelles sont respectivement de 87,4%, 68,4%, 62,2% 78,7%, 92%, 87%, 93%, 84%, 74,6 et,88% (RAPPORT DE PROGRES PTME N°10 de 2015)	Rapports des programmes	Les femmes adhèrent au traitement.  Les médicaments sont disponibles	—
1.8.La proportion des femmes enceintes attendues au cours de l'année précédant l'enquête dans les aires de santé couverts par les ASC qui sont suivies jusqu'à l'accouchement par ces ASC est d'au moins 60%	Rapports d'activités de routine	—	—
<b>UTILISATION DES SERVICES D'ACCOUCHEMENT ET de CPoN PAR LES MERES</b>			
1.9.La proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié augmente de 20% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord dont les taux actuels sont respectivement de 53%, 57%, 29% et 36% (MICS 2014)	EDS/MICS	La barrière culturelle décourageant l'assistance des femmes pendant l'accouchement par le personnel masculin dans	—

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
		certaines régions est atténuée Il y a assez de personnel qualifié dans les FOSA	
1.10. Le taux de césarienne passe à au moins 5% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où les taux actuels sont respectivement de 1,6%, 3%, 0,6% et 0,4% (Etude SONU 2015)	Rapports d'évaluation des FOSA Données de routine	Le personnel qualifié et compétent en césarienne est dans chaque hôpital de district  Le plateau technique est adéquat Le système de référence évacuation est fonctionnel	—
1.11. Le pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 dernières années précédant l'enquête et dont le dernier accouchement a bénéficié d'une consultation post-natale pour la mère dans les 48 heures post-partum augmente à au moins 30% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où il est respectivement de 6,9%, 6,2%, 3,8, et 3,4% (MICS 2014)	EDS/MICS	Les accouchées respectent leur RDV Les ASC et les AT réfèrent les femmes ayant accouché à domicile vers les FOSA	—
<b>UTILISATION DES SOINS NEONATAUX ET DE LA CPoN PAR LES NOUVEAU-NES</b>			
1.12. Le pourcentage de nouveaux nés asphyxiés ayant bénéficié	Rapports	Registres bien	—

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
d'une réanimation au masque et au ballon selon les normes est de 90% au moins d'ici fin 2020	d'évaluation des FOSA, Données de routine	tenus, renseignés et protégés Intrants disponibles	
1.13. La proportion d'infections néonatales reçues dans les FOSA qui sont prises en charge par antibiothérapie est de 90% au moins en 2020 (Baseline à déterminer)	Rapports d'évaluation des FOSA Données de routine	Registres bien tenus, renseignés et protégés Les intrants sont disponibles	-
1.14. La proportion des cas de prématurité/petit poids enregistrés qui sont pris en charge selon les normes, y compris avec la couveuse et/ou la méthode Kangourou, est d'au moins 80% dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord	Rapports d'évaluation des FOSA, Données de routine	Registres bien tenus, renseignés et protégés Les intrants sont disponibles	Le personnel de santé, les ASC, les familles et la communauté ont-ils acquis les compétences nécessaires?
1.15. La proportion des nouveau-nés de mères dépistées VIH+, qui sont mis sous traitement ARV conformément aux directives nationales est d'au moins 80.6 % d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, le Centre, l'Est, l'Extrême-Nord, le Littoral, le Nord, le Nord-Ouest, l'Ouest, le Sud et le Sud-Ouest où les proportions actuelles sont de 33%, 41%, 46%, 30%, 57%, 34%, 71%, 39% 40%, et 77% respectivement	Rapports des programmes Données de routine	Les parents acceptent de suivre le traitement. Les tests et les médicaments sont disponibles	La sensibilisation pour que toute femme enceinte soit dépistée au VIH est intensifiée
1.16. Le pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 dernières années précédant l'enquête et dont la dernière naissance a bénéficié d'une consultation	Rapports des programmes, Données de routine	Les parents reconnaissent l'importance et	Toutes les opportunités sont-elles exploitées par le personnel?

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
post-natale pour le bébé dans les 48 heures après l'accouchement augmente à au moins 30% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où il est respectivement de 9,6%, 6,7%, 4,9%, et 9,6% (MICS 2014)		acceptent d'aller à la formation sanitaire	
<b>UTILISATION DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DES MALADIES DE L'ENFANT (Clinique et communautaire)</b>			
1.17. La proportion des cas d'infection respiratoire aiguë chez les enfants de moins de 5 ans pris en charge dans les FOSA selon les normes nationales (traitement par antibiothérapie...) augmente d'au moins 40% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où les taux actuels sont de 62%, 52,4%, 34,6% et X% respectivement (Valeur de base du Nord à déterminer) (MICS 2014)	Rapports d'évaluation des FOSA, Données de routine EDS/MICS	Registres bien tenus, renseignés et protégés Les intrants sont disponibles	
1.18. La proportion des cas de paludisme pris en charge selon les normes nationales (ACT le même jour ou le jour d'après) chez les enfants de moins de 5 ans est d'au moins 40% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où les taux actuels sont de 7,0%, 3,9%, 0,3% et 5,6%) respectivement.	Rapports d'évaluation des FOSA, Données de routine EDS/MICS	Registres bien tenus, renseignés et protégés Les intrants sont disponibles	
1.19. La proportion des cas de diarrhée pris en charge selon les normes nationales (SRO-Zinc avec poursuite de l'alimentation) chez les enfants de moins de 5 ans augmente d'au moins 50% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où les taux actuels sont de 47,6%, 47,7%, 33,0% et 33,2% respectivement (MICS 2014)	Rapports d'évaluation des FOSA, Données de routine EDS/MICS	Registres bien tenus, renseignés et protégés Les intrants sont disponibles	
1.20. La proportion des cas de paludisme, IRA et diarrhée simple traité par les ASC selon les directives nationales dans les aires de santé couverts par ces ASC est d'au moins 60% (Valeur de base à déterminer)	Rapports d'évaluation des activités sous directives communautaires	Registres bien tenus, renseignés et protégés Les intrants sont disponibles	

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
	Données de routine EDS/MICS Rapports d'activités de routine	Conditionnement simple et approprié des médicaments à distribution communautaire	
1.21. La proportion des enfants de 0 à 11 mois qui ont reçu le PENTA3 augmente à au moins 92% d'ici fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord où les taux actuels sont respectivement de 92%, 107% (prise en compte des réfugiés), 90%, et 87% (Données PEV de routine 2015)	Rapports d'évaluation des activités sous directives communautaires Données de routine Rapports d'activités de routine	Registres bien tenus, renseignés et protégés  Les intrants sont disponibles	
1.22. La proportion des enfants de 0 à 11 mois qui ont reçu le VARR augmente à au moins 95% d'ici fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord où les taux actuels sont respectivement de 80%, 99% (prise en compte des réfugiés), 84%, et 82% (Données PEV de routine 2015) d'ici fin 2020	Rapports d'évaluation des activités sous directives communautaires Données de routine Rapports d'activités de routine	Registres bien tenus, renseignés et protégés  Les intrants sont disponibles	
<b>UTILISATION DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION PAR LES FEMMES ENCEINTES ET LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS</b>			
1.23. Le taux d'allaitement maternel exclusif chez les enfants de 0 à 6 mois augmente d'au moins 50% d'ici fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où les taux actuels sont respectivement de 36,4%, 41,7%, 12,7%, et 11,3% (MICS 2014)	Rapports d'activités programme ANJE EDS/MICS, Données de routine, Rapports des ASC	Les familles et la communauté s'approprient l'approche	Les familles et les communautés sont sensibilisées sur l'allaitement maternel exclusif et optimal Les informations sont



NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
			disponibles dans les registres
1.24. La proportion des cas de malnutrition aigüe attendue chez les enfants de moins de 5 ans qui sont identifiés et pris en charge selon les normes est supérieure ou égal à 75% d'ici fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, l'Est l'Extrême-Nord et le Nord	Base de données PCIMA	Les familles s'approprient l'approche Les aliments et les nutriments sont accessibles	Sensibilisation, éducation et formation des parents, communauté, ASC, personnel de santé sur l'alimentation du nourrisson et des jeunes enfants (ANJE)
1.25. Le pourcentage des enfants de 6 à 23 mois qui ont reçu les aliments solides, semi solides ou mous, le nombre minimum de fois acceptable ou plus le jour précédent l'enquête augmente d'au moins 25% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, Extrême-Nord et Nord où il est de 62,6%, 59,7%, 71,16% et 65,5% respectivement (MICS 2014)	MICS	Les familles s'approprient l'approche	Sensibilisation, éducation et formation des parents, communauté, ASC, personnel de santé sur l'alimentation du nourrisson et des jeunes enfants (ANJE)
1.26. La proportion des enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de supplément en vitamine A est d'au moins 95% d'ici fin 2020	Rapports d'activités	Les intrants sont disponibles	
1.27. La proportion des enfants de 12 à 59 mois ayant été déparasités deux fois l'an est d'au moins 95% d'ici fin 2020	Rapports d'activités	Les intrants sont disponibles	
1.28. La proportion des femmes ayant été enceintes au cours des 5 dernières années et qui ont reçu des suppléments nutritifs en dehors du fer durant leur dernière grossesse est d'au moins 50% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord (Baseline à déterminer)	Rapports d'activités	Les intrants sont disponibles	
UTILISATION DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DES PROBLEMES LIES À LA SR DES ADOLESCENTS/JEUNES			
1.29. La prévalence contraceptive moderne augmente d'au moins 50% d'ici fin 2020 chez les filles <b>sexuellement actives</b> de 10 à 14 ans, de 15-19 ans et de 20-24 ans (Baseline à déterminer)	EDS/MICS	Les prestataires de services sont plus accueillants envers les jeunes pour	Les adolescents/jeunes sont-ils reçus dans un cadre offrant des services conviviaux?

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
		l'utilisation des services SR/PF par ces jeunes	
1.30. Le pourcentage des filles enceintes attendues de 10-14 ans et de 15-19 ans qui ont bénéficié de la consultation prénatale auprès d'un personnel qualifié augmente d'au moins 30% d'ici fin 2020. (Baseline à déterminer)	Rapports d'activités de routine	Le personnel qualifié est disponible dans les FOSA Les FOSA offrent des soins adaptés	-
1.31. Le pourcentage des filles enceintes attendues de 10-14 et de 15-19 ans dont l'accouchement a été conduit par un personnel qualifié est d'au moins 60% d'ici fin 2020. (Baseline à déterminer)	Rapports d'activités de routine	Le personnel qualifié est disponible dans les FOSA Les FOSA offrent des soins adaptés	-
1.32. La proportion des adolescents/jeunes reçus pour les IST/VIH qui sont prise en charge selon les normes dans les FOSA de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord est d'au moins 80% d'ici fin 2020	Rapports des enquêtes des FOSA Rapports d'activités de routine	Les jeunes acceptent de se rendre dans les services et de les utiliser effectivement	Les adolescents/jeunes sont-ils reçus dans un cadre offrant des services conviviaux?
<b>UTILISATION DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DES AUTRES PROBLEMES (HORMIS LES IST/VIH) DES ADOLESCENTS/JEUNES</b>			
1.33. Le nombre des adolescents/jeunes (de 10 à 19 ans) ayant bénéficié d'une formation sur les compétences à la vie augmente d'au moins 30% d'ici fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord	Rapports d'activités de routine	-	Les interventions visent-elles aussi bien les ado/jeunes intra scolaires qu'extrascolaires?
1.34. Le nombre des adolescents/jeunes filles (de 10 à 19 ans) qui ont bénéficié d'un soutien multisectoriel pour leur autonomisation (financière, éducation sexuelle intégrée et compétences de vie « life-skills ») est d'au moins 2500 d'ici fin 2020 dans les régions de	Rapports d'activités de routine	La bonne gestion des fonds est assurée	-

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord			
1.35. Le pourcentage de déperdition scolaire des filles au niveau secondaire est réduit d'au moins 20% d'ici fin 2020, dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où il est respectivement de 64,7%, 60,6%, 65,5% et 63,7% (MICS 2014)	EDS/MICS	–	–
1.36. La proportion des adolescents/jeunes qui déclare <b>être satisfait de la</b> qualité des services SRA est d'au moins 80% d'ici fin 2020	Enquêtes clients	Les moyens pour l'exécution des activités sont disponibles	-
<b>UTILISATION DES MECANISMES DE PROTECTION FINANCIERE PAR LA POPULATION EN VUE D'AUGMENTER LA DEMANDE</b>			
1.37. La proportion des utilisateurs des services CPN et accouchement qui bénéficient d'un mécanisme de protection financière notamment le chèque santé, est d'au moins 30% d'ici fin 2020.	Rapports des enquêtes des FOSA Rapports d'activités de routine	Les mécanismes sont disponibles et accessibles à tous, surtout les plus pauvres.	Les mécanismes ciblent-elles particulièrement les plus pauvres?
Objectif spécifique 2 : Renforcer la disponibilité des soins continus de qualité (PCIME, SONEU, PF, nutrition/ supplémentation, PEC & PREV IST/VIH, Transfusion, Etc...) pour les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, les enfants de 0 à 5 ans, et les adolescents dans les régions prioritaires d'ici fin 2020			
<b>LA PRESTATION DES SOINS (INTERVENTIONS A HAUT IMPACT)</b>			
<b>DISPONIBILITE DES SONUC ET SONUB</b>			
1.38. Le pourcentage des hôpitaux de district et assimilés qui offrent les SONUC selon les normes est d'au moins 80% d'ici fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord où il est de 37,5%, 22,2%, 3,1% et 7,1% respectivement (Etude SONU 2015)	Rapports des enquêtes des FOSA Rapports de suivi/supervision enquête SONU	Les infrastructures, l'équipement, les médicaments et consommables et le personnel formé sont disponibles	L'organisation des services permet-elle la disponibilité des produits et services SONUC 24/24 et 7/7?
1.39. Le pourcentage des FOSA (CSI, CMA et assimilé) qui offre les SONUB selon les normes augmente à au moins 60% d'ici fin 2020 dans toutes les régions prioritaires (Valeurs de base à déterminer)	Rapports des enquêtes des FOSA Rapports de	–	L'organisation des services permet-elle la disponibilité des produits et services

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
	suivi/supervision, rapport d'enquête SONU		SONUC 24/24 et 7/7?
<b>DISPONIBILITE DES SOINS POUR NOUVEAU-NES ET NOURISSONS</b>			
1.40. 100% des 3466 sites PTME actuelles offre l'Option B+ selon les normes (qui prend en compte également la mère) d'ici fin 2020 sur le plan national	Rapports d'évaluation des FOSA Données de routine Rapports de suivi/supervision	Les infrastructures sont adéquates, Il faut une stabilité du personnel formé au poste	Le personnel de santé, les ASC, les familles et la communauté ont-ils acquis les compétences nécessaires?
1.41. La proportion des FOSA offrant la CPoN selon les normes est d'au moins 80% d'ici fin 2020	Rapports d'évaluation des FOSA Données de routine Rapport de suivi/supervision,	Il faut une stabilité du personnel formé au poste Les intrants sont disponible en permanence.	L'organisation des services permet-elle la disponibilité des produits et services en permanence?
1.42. La proportion des FOSA offrant la méthode des Soins Mère Kangourou selon les normes est de 25% d'ici fin 2020	Rapports d'évaluation des FOSA Données de routine Rapports de suivi/supervision	Il faut une stabilité du personnel formé au poste Les intrants sont disponibles en permanence	Le personnel de santé, les ASC, les familles et la communauté ont-ils acquis les compétences nécessaires?
<b>DISPONIBILITE DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE INTEGRE DES MALADIES ENFANTS(PCIME) DE MOINS DE 5 ANS</b>			
1.43. La proportion des FOSA offrant les services de vaccination selon les normes est d'au moins 80% d'ici fin 2020	Rapports d'évaluation des FOSA Données de routine Rapports de suivi/supervision	Il faut une stabilité du personnel formé au poste Les intrants sont disponible en permanence	L'organisation des services permet-elle la disponibilité des vaccins et services vaccination en permanence?
1.44. La proportion des FOSA offrant les services de PCIME selon	Rapports	Il faut une stabilité	L'organisation des services

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
les normes est d'au moins 80% d'ici fin 2020	d'évaluation des FOSA Données de routine Rapports de suivi/supervision	du personnel formé au poste Les intrants sont disponible en permanence.	permet-elle la disponibilité du personnel formé en permanence ?
<b>DISPONIBILITE DES SERVICES INTEGRES A BASE COMMUNAUTAIRE</b>			
1.45. Le pourcentage des aires de santé, identifiée comme nécessitant l'approche communautaire, qui offre les interventions sous directives communautaires en faveur de la santé mère enfant et adolescent selon les directives nationales est d'au moins 50% d'ici fin 2020	Rapports des enquêtes des FOSA Rapports d'activités de routine des ASC	Assez de fonds mobilisé pour assurer les activités	Existe-t-il un lien fonctionnel entre les acteurs et le personnel de santé?
1.46. Le pourcentage des aires de santé, identifiée comme nécessitant l'approche communautaire, qui offre les activités essentielles de nutrition à base communautaire selon les directives nationales, est d'au moins 50% d'ici fin 2020, dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord	Rapports des enquêtes des FOSA Rapports de suivi/supervision	Il faut une stabilité du personnel formé au poste	
<b>DISPONIBILITE DES SERVICES POUR ADOLESCENTS/JEUNES</b>			
1.47. La proportion des districts de santé avec au moins une FOSA offrant des services de SR adaptés aux adolescents/jeunes (services conviviaux) selon les directives nationales est d'au moins 80% d'ici fin 2020 dans les 4 régions prioritaires	Rapports des enquêtes des FOSA Rapports de suivi/supervision,	Il faut une stabilité du personnel formé au poste	L'organisation des services permet-elle la disponibilité des produits et services à des heures appropriés aux jeunes?
1.48. La proportion des districts de santé qui ont au moins une structure d'encadrement des jeunes, offrant des services de SRA (CMPJ, Centre médico- social, CPFF, infirmeries scolaires) adaptés aux adolescents/jeunes selon les directives nationales est d'au moins 50% d'ici fin 2020 dans les 4 régions prioritaires	Rapports des enquêtes des structures	Les ministères chargés de ces structures mettent le paquet pour les rendre opérationnelles.	Y a-t-il une exploitation conséquente des structures par les jeunes?
1.49. La proportion des communes impliquées dans un	Rapports des	Les autres	=

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
mécanisme multi-partenarial pour le maintien des jeunes filles à l'école (ex. transfert conditionnel de fonds) est d'au moins 25% d'ici fin 2020 dans les 4 régions prioritaires	enquêtes Rapports d'activités de MINESEC MINEDUB et Communes	ministères chargés de ces structures mettent le paquet pour les rendre opérationnelle. Il y a harmonisation des interventions des partenaires, Il y a appropriation du mécanisme par les familles	
1.50. La proportion des communes qui ont au moins une initiative opérationnelle d'autonomisation des jeunes filles est d'au moins 25% d'ici fin 2020 dans les 4 régions prioritaires	Rapports des enquêtes Rapport d'activités de routine	Les parties prenantes acceptent de se mettre ensemble de façon complémentaire	L'initiative cible-t-elle les plus pauvres?
1.51. La proportion d'établissements scolaires primaires et secondaires dispensant les modules d'éducation sexuelle intégrée est d'au moins 50% (SITUATION DE BASE A DETERMINER)	Rapports des enquêtes des écoles Rapports d'activités de routine	Validation du projet pédagogique harmonisé	-
1.52. La proportion des districts de santé avec au moins une structure d'encadrement des jeunes (extrascolaire) offrant des formations sur les compétences de vie (life-skills) aux adolescents/jeunes selon les directives nationales est d'au moins 50% d'ici fin 2020 dans les 4 régions prioritaires	Rapports des enquêtes des écoles Rapports d'activités de routine		
<b>DISPONIBILITE DES SERVICES DE COMMUNICATION POUR LA SANTÉ</b>			
1.53. Le pourcentage des 4 régions d'intervention mettant en œuvre un plan intégré de communication (PIC) ciblant les jeunes, les	Rapports des enquêtes des FOSA	Tous les sectoriels collaborent	Quel est la régularité dans la diffusion des messages?

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
femmes, les hommes, les leaders d'opinions et des associations/ONG dans toutes les communautés est de 100%d'ici fin 2020	Rapports d'activités de routine		La langue de diffusion et les canaux sont-ils appropriés pour les cibles?
<b>DISPONIBILITE DES SERVICES POUR LA TRANSFUSION SANGUINE</b>			
1.54. La proportion des besoins en sang qui est mobilisée pour les banques de sang dans les 10 régions est d'au moins 20% d'ici fin 2020	Rapports des enquêtes des FOSA Rapports d'activistes de routine	Les banques de sang et les autres intrants sont disponibles	-
<b>DISPONIBILITE DES SERVICES POUR LA REFERENCE/CONTRE-REFERENCE</b>			
1.55. La proportion des districts de santé avec un système de référence/contre référence fonctionnel selon les directives nationales entre les différents niveaux de FOSA est d'au moins 80% d'ici fin 2020 dans les 4 régions prioritaires	Rapports des enquêtes des FOSA Rapports d'activités de routine	Les intrants pour un bon système (moyen de transport et les outils sont disponibles, Possibilité de communication rapide entre les FOSA. Un personnel qualifié est responsable des activités	Quel est le taux de référence qui est suivi par une contre-référence?
Objectif spécifique 3 (NIVEAU OUTPUT) : Renforcer la capacité des services à fournir les soins continus de qualité (PCIME, SONEU, PF, nutrition/ supplémentation, PEC & PREV IST/VIH, Transfusion...) pour les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, les enfants de 0 à 5 ans, et les adolescents dans les régions prioritaires d'ici fin 2020			

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
<b>LE RENFORCEMENT DES INTRANTS, NÉCESSAIRES POUR FOURNIR LES INTERVENTIONS A HAUT - IMPACT, (LE RENFORCEMENT DES RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET ÉQUIPEMENT, LE RENFORCEMENT DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT ET LA RENOVATION</b>			
<b>INFRASTRUCTURE/EQUIPEMENT &amp; MATERIEL/ LOGISTIQUE</b>			
<p>1.56. La proportion de FOSA programmé dans le plan de développement des infrastructures qui ont des équipements /matériels et infrastructures adéquats selon les normes pour la mise en œuvre des interventions à haut impact pour la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et pour la santé de reproduction des adolescents, (PEV EPI, prise en charge paludisme/ IRA/diarrhée/prématurité, SONEU, SENN, PF, nutrition, PEC &amp; PREV. IST/VIH, PTME, transfusion sanguine) est de 50 % au moins d'ici fin 2020 dans les 4 régions prioritaires.</p>	<p>Rapports des enquêtes des FOSA Plan de distribution des équipements Registre d'inventaire des équipements Bordereaux de réception des équipements Rapports d'évaluation SONU, Rapports de suivi/supervision</p>	<p>Les fonds sont disponibles  La maintenance est assurée  L'effectivité des audits du patrimoine est assurée</p>	<p>Quel niveau d'équité dans l'allocation des équipements par niveau de FOSA? Quel rendement pour l'équipement octroyé Est-ce que le paquet minimum d'équipement respecte les spécifications techniques ?</p>
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>			
<p>1.57. La proportion des FOSA qui ont au moins un personnel formé sur chacune des interventions à haut impact sur la santé maternelle, néonatale, infantile et la santé de reproduction des adolescents selon les normes en vue de la prestation des soins SRMNEA est de 80 % au moins d'ici fin 2020 dans les 4 régions prioritaires</p>	<p>Rapports des enquêtes des FOSA Rapports de suivi/supervision</p>	<p>Il y a le personnel qualifié dans les FOSA selon les normes  Des mesures sont prises pour favoriser la fidélisation du personnel au poste d'affectation</p>	<p>Le personnel formé occupe-t-il le poste où les compétences acquises sont exploitées? La délégation des tâches et le profil de carrière sont bien codifiés</p>



NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
1.58. La proportion d'aires de santé identifiées comme ayant besoin de l'approche communautaire qui a au moins deux ASC polyvalents par 1000 habitants offrant un paquet minimum de services intégré est d'au moins 50% dans chacun des districts de santé d'ici à 2020 dans les 4 régions prioritaires	Rapports des enquêtes des FOSA Rapports d'activités de routine	Toutes les parties prenantes acceptent de jouer leur rôle L'amélioration du statut et des conditions de travail des ASC (exclure la notion de bénévolat)	Y a-t-il une intégration effective des activités des différents secteurs au niveau des ASC?
<b>RENFORCEMENT DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ</b>			
<b>La contribution nationale (gouvernementale &amp; non- gouvernementale)</b>			
1.59. La proportion du budget de l'État allouée au financement de la fonction (MINSANTÉ et autres ministères partenaires) santé a augmenté à au moins 10% d'ici fin 2020 (SSS 2016-2027)	Loi de Finances Comptes nationaux de la santé	La situation économique est stable ou s'améliore	La distribution des fonds par niveau du pyramide sanitaire est-elle rationnelle?
1.60. Le montant des dépenses nationales de la santé par habitant financé par les ressources locales (publique et privé) augmente d'au moins 25% d'ici fin 2020 (SITUATION DE BASE A DETERMINER)	Loi de Finances Comptes nationaux de la santé	La situation économique est stable ou s'améliore	
1.61. Le taux d'augmentation du montant du financement local des activités de lutte contre la MMNI et pour la SR des adolescents par le secteur privé lucratif est d'au moins 10% d'ici fin 2020.	Revue des Dépenses Publiques, Comptes Nationaux de Santé Budget de L'État/Loi de Finances	La conjoncture économique ne se dégrade pas.	
1.62. Le taux de mise à disponibilité des fonds de contrepartie alloués dans le cadre des conventions avec les partenaires financiers par le gouvernement pour les services SRMNEA dans les régions prioritaires est de 85% au moins d'ici fin 2020	Revue des Dépenses Publiques, Comptes Nationaux de Santé,	La conjoncture économique ne se dégrade pas.	La mise à disposition des fonds par le gouvernement est-elle faite à temps?

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
	Budget de l'État/Loi de Finances		
1.63. Le taux d'exécution du budget de l'État pour la santé dans les régions prioritaires est de 90% au moins d'ici fin 2020.	Revue des Dépenses Publiques, Comptes Nationaux de Santé, Budget de l'État/Loi de Finances	La conjoncture économique s'y prête	La mise à disposition des fonds par le gouvernement est-elle faite à temps?
1.64. Le ratio d'augmentation du financement de la SRMNEA d'origine local sur l'augmentation du financement de la SRMNEA d'origine extérieure est supérieur à 1	Revue des Dépenses Publiques, Comptes Nationaux de Santé, Budget de L'État/Loi de Finances	La conjoncture économique s'y prête	La mise à disposition des fonds par le gouvernement se fait-elle à temps?
<b>La contribution des partenaires</b>			
1.65. Le taux de mise à disponibilité des fonds alloués par les partenaires techniques et financiers pour la SRMNEA est de 85% au moins d'ici fin 2020	Rapports financiers des partenaires Cartographie des ressources	Les partenaires mobilisent suffisamment de financement	La distribution des fonds par niveau de la pyramide sanitaire est-elle rationnelle?
1.66. Le pourcentage des donateurs/bailleurs finançant la lutte contre la MMNIA qui dédie leurs financements aux priorités identifiées dans le dossier d'investissement est d'au moins 85% d'ici fin 2020	Rapports financiers des partenaires Cartographie des ressources	Les partenaires s'alignent au dossier d'investissement	-
<b>L'amélioration de l'allocation budgétaire de la santé</b>			
1.67. La proportion des districts de santé ayant reçu au moins 75% des ressources financières allouées est de 80% au moins d'ici fin 2020	Rapports des enquêtes des FOSA Rapports d'activités de routine	Il y a transparence dans le partage des informations	-
1.68. Le taux d'augmentation du montant du financement par le	Revue des dépenses	-	-

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
gouvernement des activités de lutte contre la MMNIA et pour la SR des adolescents est de 25% d'ici fin 2020	publiques, Comptes nationaux de santé, Budget de l'État/Loi de Finances		
1.69. La proportion du budget du gouvernement alloué aux activités de lutte contre la malnutrition augmente de 50% d'ici fin 2020	Revue des dépenses publiques, comptes nationaux de santé budget de l'État/Loi de Finances	-	-
1.70. La proportion du budget du MINSANTÉ alloué aux activités de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile et adolescents/jeunes dans les régions prioritaires augmente de 20% d'ici fin 2020	Revue des dépenses publiques, comptes nationaux de santé budget de l'État/loi de Finances	-	-
1.71. La proportion des dépenses des ménages pour le financement de la santé diminue en passant de 70,42% (Comptes nationaux de santé 2012) à maximum 55% d'ici fin 2020	Revue des dépenses OMS, Global Expéditeurs Data 2013, Comptes nationaux de la santé	-	-
Objectif spécifique 4 : Renforcer la gestion dans au moins 80% des structures de mise en œuvre pour l'exécution efficace des activités relatives aux interventions à haut impact pour la santé mère enfant et adolescents dans les régions prioritaires d'ici fin 2020			
<b>RENFORCEMENT DE LA GESTION</b>			
<b>LA GESTION LOGISTIQUE DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET AUTRES INTRANTS</b>			
1.72. La proportion des Hôpitaux de District/CMA/CSI n'ayant pas eu de rupture de stock des Intrants pour les interventions à haut	Plans d'approvisionnement	Les intrants sont disponibles au	Est-ce que les structures en charge de la

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
<p>impact (PCIME, SONEU, PF, nutrition/supplémentation, PEC &amp; PREV. IST/VIH, Transfusion...) essentielles pendant les 3 derniers mois avant l'évaluation augmente de 8.5% (niveau national) à au moins 50% (Enquête sur la disponibilité des produits contraceptifs modernes et des produits vitaux de santé maternelle dans les points de prestation de services au Cameroun. Déc. 2014)</p>	<p>nt</p> <p>Rapports d'activités des structures de distribution des intrants</p> <p>Fiche de stocks des FOSA</p> <p>Bordereaux de livraison</p> <p>Fiche journalière de relevé de température</p> <p>Rapports de suivi/supervision</p>	<p>niveau supérieur</p> <p>L'utilisation des outils de gestion est assurée par un personnel formé et compétent en gestion des stocks</p> <p>La chaîne de froid est disponible et fonctionnelle à tous les niveaux.</p>	<p>distribution des intrants ont des plans de distribution?</p> <p>Quelles sont les dispositions prises pour éviter une rupture de la chaîne de froid à tous les niveaux (maintenance et source d'énergie)?</p>
<p>1.73. La proportion de médicaments non conformes à la réglementation, et /ou n'ayant pas été préalablement contrôlés par le LANACOME avant leur dispensions et /ou n'ayant pas la qualité requise au contrôle de qualité sur le terrain est diminuée à moins de 20% d'ici fin 2020 dans toutes les régions (Baseline à déterminer)</p>	<p>Certificats d'analyses</p> <p>Rapports d'inspection</p>	<p>Le fonctionnement du cadre de coordination (institutionnel, réglementaire et législatif, opérationnalisation) des acteurs du SYNAME (CENAME, FRPS/CAPR, Pharmacies des FOSA) est renforcé.</p>	<p>La qualité des produits est-elle assurée pour les produits qui se trouvent à tous les niveaux?</p>

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
		Le respect des dispositions pratiques et réglementaires par les responsables pour le contrôle effectif de la qualité des intrants	
<p>1.74. La proportion des districts de santé disposant d'un dépôt de produits sanguins fonctionnel est d'au moins 20% d'ici fin 2020 dans toutes les régions prioritaires (Baseline à déterminer)</p>	<p>Rapports des enquêtes des FOSA            Carte sanitaire            Rapports d'activités de routine des FOSA disposant des dépôts de produits sanguins fonctionnels            Rapports d'activités des Antennes Régionales de Transfusion Sanguine (en création)            Fiche journalière de relevé de température</p>	<p>Existence des démembrements régionaux du système national de collecte, qualification biologique, production, stockage et distribution des produits sanguins.            La chaîne de froid est disponible et fonctionnelle à tous les niveaux.            Maîtrise des bonnes pratiques relatives à la gestion des produits sanguins</p>	<p>Existe-t-il des mécanismes permettant la mise à disposition des produits sanguins à temps en cas de besoins?            L'organisation des services permet-elle la disponibilité et l'accessibilité des produits sanguins 24/24, 7/7?            Quelle est la proportion des personnels formés en gestion des produits sanguins?            Quelles sont les dispositions prises pour éviter une rupture de la chaîne de froid à tous les niveaux (maintenance et</p>

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
		<p>à tous les niveaux. Existence d'un cadre fonctionnel de collaboration entre les institutions de santé, les associations de donneurs et les communautés. Existence d'un mécanisme de recrutement et de fidélisation des donneurs de sang. Mise en place d'un système d'information entre tous les acteurs de la transfusion sanguine</p> <p>Disponibilité d'un financement durable pour la pérennisation des activités liées à la transfusion</p>	<p>source d'énergie)? Quelles sont les dispositions pratiques et réglementaires prises pour contraindre les responsables à faire contrôler effectivement et systématiquement la qualité des produits sanguins? Quelle est la compétence des acteurs impliqués dans la gestion des structures en charge des produits sanguins ? Existe-t-il des moyens logistiques (glacière, véhicules spécialisés...) adéquats pour la mise à disposition des produits de qualité et dans les délais? Quels sont les mécanismes incitatifs pour le don de sang bénévole et volontaire? Quel rôle jouent les associations des donneurs et les communautés dans la</p>

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
		sanguines  Pas de ruptures en produits sanguin au niveau supérieure.	promotion du don de sang?
<b>SUPERVISION/INSPECTION/CONTRÔLE /AUDIT</b>			
1.75. La proportion des districts de santé disposant d'un dépôt de produits sanguins fonctionnel est d'au moins 20% d'ici fin 2020 dans toutes les régions prioritaires (Baseline à déterminer)	Rapports de supervision de routine, Plans de résolution des problèmes, Rapports de résolutions des problèmes	Les moyens pour la conduite des activités sont disponibles	Les superviseurs assurent-ils un appui technique aux supervisés entre 2 supervisions?
1.76. La proportion des districts ayant eu un quitus (bon résultat d'audit) suite à un audit managérial et financier est de 80% au moins d'ici fin 2020	Rapports d'audit, PV des réunions	–	Y a-t-il des sanctions effectives et appropriées, suite aux audits
1.77. La proportion des districts avec un mécanisme de contrôle social intégré dans leurs structures de gestion ex. COGEDI (avec représentation de la société civile et les femmes) et qui tient des réunions au moins trimestriellement est de 80% au moins d'ici fin 2020.	Rapports de supervision de routine Rapports d'activités de routine PV des réunions	–	Les représentants de la société civile ont-ils en réalité la possibilité d'influencer les décisions ?
1.78. La proportion des inspections/contrôles menées avec production de rapport sur le nombre prévu à tous les niveaux est de 80% au moins d'ici fin 2020	Rapports des inspections /contrôle, PV des réunions de débriefing	Les moyens pour la conduite des activités sont disponibles	Y a-t-il des sanctions effectives et appropriées, suite aux contrôles/inspections?

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
<b>SNIS/Suivi/Évaluation</b>			
1.79. La proportion des districts de santé ayant un système de gestion des données DHIS2 (y compris celles sur les décès maternels et périnataux) fonctionnel (taux de complétude d'au moins 80%, analyse locale/prise des décisions et 100% d'envoi de rapports vers la région), est de 80% au moins d'ici fin 2020	Rapports des enquêtes des FOSA Rapports d'activités de routine Portail PBF	Nécessité d'existence d'un dispositif de transport numérique des données Un personnel qualifié est responsable des activités.	Quel est le taux de rapports qui est suivi par un feedback?
1.80. La proportion des aires de santé dans les districts qui assure le suivi évaluation des interventions nutritionnelles à base communautaire est d'au moins 40% d'ici fin 2020	Rapports des enquêtes des FOSA Rapports d'activités de routine	—	—
1.81. La proportion des districts de santé ayant un mécanisme de suivi des ressources financières à jour est de 80% au moins d'ici fin 2020	Rapports des enquêtes des FOSA Rapports d'activités de routine	Il y a transparence dans la gestion des ressources financières allouées (utilisation de l'outil Indice)	—
1.82. La proportion des districts de santé ayant un taux de réalisation d'au moins 85% de leur plan de S/E est d'au moins 80% d'ici fin 2020	Rapports des enquêtes des FOSA Rapport d'activités de routine	Les moyens pour la conduite des activités sont disponibles dans les délais	—
1.83. La proportion des régions & districts de santé ayant un taux de réalisation de 80% de leur plan intégré de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile et la morbidité SR des	Rapports d'activités des structures du niveau central et	Les moyens pour la conduite des activités sont	—



NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
adolescents/jeunes est d'au moins 80% d'ici fin 2020	régional	disponibles	
1.84. Le taux de réalisation des plans d'action de recherche action au niveau central et au niveau régional est d'au moins 60% d'ici fin 2020	Rapports d'activités des structures du niveau central et régional	Les moyens pour la conduite des activités sont disponibles	—
<b>Revue des décès maternels et périnataux</b>			
1.85. La proportion des recommandations issues des revues des décès maternels et périnataux mise en œuvre est d'au moins 80% au niveau district régional et national d'ici fin 2020	Rapports des enquêtes des fosa Rapport d'activités de routine	Les ressources pour la conduite des activités sont disponibles dans les délais	—
1.86. La proportion des décès maternels et périnataux déclarés qui font l'objet d'une revue avec production d'un plan de réponse dans les districts de santé est d'au moins 60% d'ici fin 2020	Rapports des enquêtes des FOSA Rapports d'activités de routine	Les ressources pour la conduite des activités sont disponibles dans les délais Les décès sont effectivement déclarés	—
<b>L'enregistrement d'état civil</b>			
1.87. La population par Centre d'enregistrement d'état civil est de 10000 au trop d'ici fin 2020.	Rapports des enquêtes sur site	Insuffisance des ressources financières	La distribution sur le terrain optimise-t-elle la couverture de la population?
1.88. La proportion des Centres d'enregistrement d'état civil avec au moins un personnel qualifié est d'au moins 80% d'ici fin 2020	Rapports des enquêtes Rapports d'activités de routine	Le personnel des coins difficiles d'accès refuse de s'y installer	—
1.89. Les textes régissant l'état civil sont arrimés aux standards	Le document	—	—

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
internationaux			
1.90. La proportion des Centres d'enregistrement d'état civil avec le paquet minimum des registres, et équipements pour archivage (physique et numérique) est d'au moins 80%	Rapports des enquêtes Rapports d'activités de routine	Le risque de détournement	L'exploitation du matériel est-elle optimale?
1.91. La proportion des enfants de moins de 5 ans dont la déclaration de naissance et établissement de l'acte de naissance sont faits est de 75% au moins d'ici fin 2020	Rapports des enquêtes communautaire	La population se prête à l'activité et à l'enquête	—
1.92. La proportion des décès (intra hospitaliers et communautaires) qui ont fait l'objet d'un enregistrement avec cause de décès identifiée augmente à au moins 50%	Rapports d'activités de routine		
1.93. La proportion des communes avec une interopérabilité fonctionnelle entre les Centres d'état civil et les services partenaires tel que la santé et la justice est d'au moins 80% d'ici fin 2020	Rapports d'enquêtes sur site Observation participative	Tous les partenaires se prêtent à l'initiative	—
1.94. La proportion des centres d'enregistrement d'état civil qui mène les activités d'enregistrement d'état civil avec délivrance des certificats appropriés en stratégie fixe et avancée est d'au moins 80% d'ici fin 2020	Rapports d'enquêtes Rapports d'activités de routine	Les communautés s'impliquent effectivement	—
1.95. Une base de données nationale sur l'état civil sécurisée, fonctionnelle et auto financée est mise en place d'ici fin 2020	Rapports d'activités, Observation participative	Le financement est suffisant	—
<b>COLLABORATION/COORDINATION</b>			
1.96. La proportion des structures de mise en œuvre et de suivi qui tiennent un minimum de 75% des réunions de coordination des acteurs multisectoriels de mise en œuvre prévues est d'au moins 80% d'ici 2020	Rapports des enquêtes des structures Rapport d'activités de routine	Les ressources pour les activités de coordination sont disponibles	—
1.97. La proportion des structures de mise en œuvre et de suivi	Rapports d'activités	La documentation	—

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
dont au moins 90% des résolutions prises au cours des réunions de coordination des acteurs multisectoriels sont suivis d'actions appropriées est de 80% au moins d'ici fin 2020	des structures, PV des réunions	des résolutions et le suivi de leur implémentation sont réguliers	
1.98. La proportion des résolutions prises au cours des réunions de coordination qui sont suivi d'action telle que recommandée, est d'au moins 75% à tous les niveaux d'ici à 2020	Rapports d'activités des structures, PV des réunions	La documentation des résolutions et le suivi de leur implémentation sont réguliers	-
<b>GESTION DE LA QUALITE DES PRESTATIONS</b>			
1.99. La proportion des districts de santé et de région avec un plan d'assurance de la qualité des prestations exécuté à au moins 50% est de 75% au moins d'ici fin 2020	Rapports d'activités	Les rapports d'activité sont produits régulièrement.	-

ANNEXE 2. CADRE DES RESULTATS ET DE SUIVI ET EVALUATION

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
<b>OBJECTIF GENERAL</b>										
<b>Réduire la mortalité/ morbidité maternelle, néonatale, infantile, infanto-juvénile, et promouvoir la santé de la reproduction des adolescents d'ici à fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême Nord et du Nord</b>										
I/ La contribution à la réduction annuelle d'environ 5%, du ratio national de mortalité maternelle (MM)	N° de cas de décès maternels/N° de naissances vivantes X 100 000	Nat	596	<b>511,0</b>	Estimation OMS	CIS/INS/ PLMI	Quinquennale	Estimations basées sur des sources multiples de données y compris l'EDS		
II/ Le taux de mortalité néonatale est réduit d'au moins 4.5% par an jusqu'en 2020	N° de cas de décès de n°né/N° de naissances vivantes X 1000	AD	40	<b>34,3</b>	EDS/MICS	CIS/INS/ PLMI	Quinquennale	Enquête communautaire		
		E	39	<b>33,4</b>						
		EN	40	<b>34,3</b>						
		N	42	<b>36,0</b>						
III/ Le taux de mortalité intra hospitalière parmi les nouveau nés de petit poids et/ou prématurés bénéficiant des soins mère Kangourou est réduit d'au moins 30%	N° de décès parmi les prématurés reçus dans les FOSA/N° de cas de prématurés reçus dans les FOSA x 100	AD	VB-AD	30%	Rapports d'enquêtes FOSA	FOSA/DS/ DRSP/CIS	Trimestrielle	Données de routine		
		E	VB-AD	30%						
		EN	VB-AD	30%						
		N	VB-AD	30%						
IV/ Le taux des mort-nés est diminué de 24% à 19,96%	N° de cas de mort-nés enregistrés/N°	Nat	<b>24</b>	<b>19,96</b>	EDS/MICS	CIS/INS/ DSF/PLMI	Quinquennale	Enquête communautaire		

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
naissances d'ici à fin 2020	Total de naissances (vivants + mort nés) enregistrées X 1000									
V/ Le taux de mortalité infanto-juvénile est réduit d'au moins 5% par an d'ici à fin 2020	N° de cas de décès des enfants de <5ans/N° de naissances vivantes X 1000	AD	127	<b>108,9</b>	EDS/MICS	CIS/INS/DSF/PLMI	Quinquennale	Enquête communautaire		
		E	127	<b>108,9</b>						
		EN	154	<b>132,0</b>						
		N	173	<b>148,3</b>						
VI/ La prévalence de la malnutrition aigüe globale chez les enfants de moins de 5ans est réduite à moins de 5% dans les régions prioritaires d'ici à fin 2020	N° de cas de malnutrition aigüe parmi les enfants de moins de 5ans/ N° d'enfants de moins de 5ans x 100	AD	6,8%	<b>4%</b>	Enquête nutritionnelle SMART	CIS/INS/DPS/PLMI	Quinquennale	Enquête communautaire		
		E	1%	<b>0,5%</b>						
		EN	13,9%	<b>4,00%</b>						
		N	6,5%	<b>4,00%</b>						
VII/ La prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans est réduite d'au moins 7,5 points, d'ici à fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord	N° de cas de malnutrition chronique parmi les enfants de moins de 5ans / N° d'enfants de moins de 5 ans x 100	AD	37,80 %	<b>30,30 %</b>	EDS/MICS	CIS/INS/DPS/PLMI	Quinquennale	Enquête communautaire		
		E	35,80 %	<b>28,30 %</b>						
		EN	<b>41,90 %</b>	34,4%						
		N	33,80 %	<b>26,30 %</b>						
VIII/ La prévalence	N° de grossesses	AD	39,4	<b>27,58</b>	EDS/MICS	CIS/INS/	Quinquennale	Enquête		

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
des grossesses précoces chez les femmes de 20-24 ans qui ont eu une naissance vivante avant l'âge de 18 ans, est réduite d'au moins 30% d'ici à fin 2020, dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord	chez les filles de 15 à 19 ans/N° des filles de 15 à 19 ans enquêtées X 100		%	%		DSF/PLMI		communautaire		
		E	44,9%	31,43%						
		EN	33,2%	23,24%						
		N	40,7%	28,49%						
IX/ le taux net ajusté de fréquentation de l'enseignement secondaire (TNF) des filles est d'au moins 50% d'ici à fin 2020	N° de filles fréquentant l'école secondaire/ N° des filles en âge de fréquenter l'école secondaire X 100	AD	23,80%	50%	EDS/MICS	CIS/INS/ MINESEC /PLMI	Quinquennale	Enquête communautaire		
		E	46,00%	50%						
		EN	16,20%	50%						
		N	18,40%	50%						
X/ L'incidence des dépenses catastrophiques liées à la santé est réduite passant de 4,1% en 2014 (ECAM 5) à au moins 3,5% d'ici à fin 2020	N° d'utilisateurs de service enquêtés ayant subi une dépense catastrophique liée à la santé/ N° d'utilisateurs de service de santé enquêtés x 100	AD	VB-AD	C-AD	ECAM	CIS/INS/ PLMI	Quinquennale	Enquête ménages		
		E	VB-AD	C-AD						
		EN	VB-AD	C-AD						
		N	VB-AD	C-AD						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>										
<b>1. Objectif spécifique 1 (Niveau out come) : Accroître l'utilisation des services et soins continus de qualité (PCIME, SONEU, PF, nutrition/ supplémentation, PEC &amp; PREV IST/VIH, Transfusion...) par les femmes en âge de procréer (et en union pour la PF), les femmes enceintes, les enfants de 0 à 5 ans, et les adolescents dans les régions prioritaires d'ici à fin 2020</b>										
<b>L'UTILISATION DES SERVICES DE PF</b>										
1.1. La prévalence contraceptive moderne (méthode MAMA exclue) parmi les femmes en âge de procréer en union augmente d'au moins 30 % d'ici à fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord où les taux actuels sont respectivement de 7,7%, 14,6%, 3,5 % et 6,1% (MICS 2014)	Le N° de femmes en âge de procréer enquêtées qui sont en union et sous contraception moderne (méthode MAMA exclue) / Le N° des femmes en âge de procréer enquêtées qui sont en union X 100	AD	7,70%	<b>10,01 %</b>	EDS/MICS	CIS/INS/ DSF/PLMI	Quinquennale	Enquête communautaire		
		E	14,60 %	<b>18,98 %</b>						
		EN	3,50%	<b>4,55%</b>						
		N	6,10%	<b>7,93%</b>						
<b>L'UTILISATION DES SERVICES DE CPN DE QUALITÉ PAR LES FEMMES ENCEINTES (Y COMPRIS LE TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME) – (clinique et</b>										

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
communautaire),										
1.2. La proportion des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 dernières années précédant l'enquête qui ont bénéficié de la CPN4 offerte par un personnel qualifié augmente à au moins 70% d'ici à fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord où elle est actuellement de 50%, 45,2%, 37,8% et 46,8% respectivement (MICS 2014).	Le N° de femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 dernières années ayant précédé l'enquête et qui ont bénéficié de la CPN4 fournie par un personnel qualifié / Le N° de femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 dernières années ayant précédé enquêtées X 100	AD	50,00 %	70,00 %	EDS/MICS	CIS/INS/ DSF/PLMI	Quinquennale	Enquête communautaire		
		E	45,20 %	70,00 %						
		EN	37,80 %	70,00 %						
		N	46,80 %	70,00 %						
1.3. La proportion des femmes enceintes qui font leur première visite au cours du premier trimestre augmente d'au moins 30% dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le	Le N° de femmes enceintes qui font leurs premières visites au cours du premier trimestre / No. de femmes enceinte enquêtées X 100	AD	36,6%	47,58 %	EDS/MICS	CIS/INS/ DSF/PLMI	Quinquennale	Enquête communautaire		
		E	34,0%	44,20 %						
		EN	23,90 %	31,07 %						
		N	20,70 %	26,91 %						



NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
Nord où les valeurs de base sont de 36,6%, 34%, 23,9% et 20,7%% respectivement										
1.4. La proportion des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante dans les deux années précédant l'enquête et qui ont reçu au moins 3 doses de traitement préventif intermittent (Sulfadoxine-pyrimethamine) contre le paludisme au cours des consultations prénatales, est d'au moins 80 % dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord, d'ici à fin 2020 (MICS5 2014)	Le N° de femmes enquêtées qui ont accouché au cours des 5 dernières années et qui ont reçu le traitement préventif intermittent du paludisme conformément aux directives nationales lors de la dernière grossesse/ Le N° de femmes enquêtées qui ont accouché au cours des 5 dernières années X 100	AD	46,70 %	80%	EDS/MICS	CIS/INS/ DSF/PLMI	Quinquennale	Enquête communautaire		
		E	19,10 %	80%						
		EN	23,50 %	80%						
		N	29,2	80%						
1.5. La proportion des femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi	Le N° de femmes enceintes qui ont dormi sous la moustiquaire	AD	46,00 %	85%	EDS-MICS	CIS/INS/ PNL/ PLMI	Quinquennale	Enquête communautaire		
		E	46,20 %	85%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
sous la moustiquaire imprégnée la nuit précèdent l'enquête , est d'au moins 85% d'ici à fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord où elle est actuellement de <b>46,0%, 46,2%, 43.3% et 72,0%</b> respectivement (MICS 2014).	imprégnée/N° de femmes enceintes enquêtées X 100	EN	<b>43,30 %</b>	85%						
		N	<b>72,00 %</b>	85%						
1.6. La proportion des femmes ayant été enceintes au cours des 5 dernières années et qui ont reçu du fer/acide folique pendant au moins 90 jours durant leur dernière grossesse augmente d'au moins 50% d'ici à fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord où il est de 55,9%, 36,2%, 28,1% et 28,6%	Le N° de femmes ayant été enceintes au cours des 5 dernières années et qui ont reçu du fer/acide folique pendant au moins 90 jours durant leur dernière grossesse / Le N° de femmes ayant été enceintes au cours des 5 dernières années enquêtées X 100	AD	55,90 %	<b>83,85 %</b>	Rapport d'activités (ANJE) EDS/MICS Données de routine Rapports des ASC	DRSP CIS/DSF/ DPS/PLMI	Annuelle	Enquête communautaire	les familles et la communauté s'approprient l'approche	Les familles et les communautés sont sensibilisées sur la CPN, Les informations sont disponibles dans les registres
		E	36,20 %	<b>54,30 %</b>						
		EN	28,10 %	<b>42,15 %</b>						
		N	28,60 %	<b>42,90 %</b>						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
respectivement (EDS 2011)										
1.7. La proportion des femmes enceintes testées VIH+ mises sous traitement ARV conformément aux directives nationales est d'au moins 95 % d'ici 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord le Nord, le Centre, le Littoral, le Nord-Ouest, l'Ouest, le Sud et le Sud-Ouest où les proportions actuelles sont respectivement de 87,4%, 68,4%, 62,2% 78,7%, 92%, 87%, 93%, 84%, 74,6% et 88%. (RAPPORT DE PROGRES PTME N°10 2015)	Le N° de femmes VIH+ enquêtées qui ont été enceintes au cours des 5 dernières années et qui ont été mises sous traitement ARV conformément aux directives nationales lors de la dernière grossesse/ Le N° de femmes VIH+ enquêtées qui ont été enceintes au cours des 5 dernières années X 100	AD	87.4%	95%	Rapport des programmes	FOSA District DRSP DSF/CNLS /PLMI	Mensuelle	Revue documentaire	Les femmes adhèrent au traitement  Les médicaments sont disponibles	
		E	68,40 %	95%						
		EN	62,20 %	95%						
		N	78,70 %	95%						
		CE	92%	95%						
		LT	87%	95%						
		NW	93%	95%						
		OU	84%	95%						
		SU	75%	95%						
	SW	88%	95%							
1.8. La proportion des femmes enceintes attendues au cours de l'année	Le N° de femmes enceintes dans les villages couverts par les	AD	VB-AD	60%	Rapport d'activités de routine	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Annuelle	Revue documentaire		
		E	VB-AD	60%						
		EN	VB-AD	60%						
		N	VB-AD	60%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
précédant l'enquête dans les aires de santé couverts par les ASC qui sont suivies jusqu'à l'accouchement par ces ASC est d'au moins 60%	ASC qui sont suivies jusqu'à l'accouchement par ces ASC/ le N° de femmes enceintes attendues dans les villages couverts par les ASC au cours de l'année précédant l'enquête X 100									
<b>UTILISATION DES SERVICES DE MATERNITE ET CPoN PAR LES MERES</b>										
1.9. La proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié augmente de 20% d'ici à fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord dont les taux actuels sont respectivement de 53%, 57%, 29% et 36% (MICS 2014)	Le N° de femmes qui ont été enceintes au cours des 5 dernières années et dont le dernier l'accouchement a été assisté par un personnel qualifié /Le N° de femmes enquêtées qui ont accouché au	AD	53,00 %	63,60 %	EDS/MICS	DRSP DSF/PLMI	Quinquennale	Enquête communautaire	La barrière culturelle décourageant l'assistance des femmes pendant l'accouchement par le personnel masculin dans certaines régions est atténuée	Il y a assez de personnel
		E	56,70 %	68,04 %						
		EN	28,90 %	34,68 %						
		N	35,6%	42,7%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
	cours des 5 dernières années X 100								qualifié dans les FOSA	
1.10. Le taux de césarienne passe à au moins 5% d'ici à fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, Extrême Nord et Nord où les taux actuels sont respectivement de 1,6%, 3%, 0,6% et 0,4% (Etude SONU 2015)	Le N° de césariennes faites/ N° de grossesses attendues X 100	AD	1,60%	5,0%	Rapport des FOSA Données de routine	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Quinquennale	Revue documentaire	Le personnel qualifié et compétent en césarienne est dans chaque hôpital de district Le plateau technique est adéquat Le système de référence évacuation est fonctionnel	
		E	3,00%	5%						
		EN	0,60%	5%						
		N	0,40%	5%						
1.11. Le pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 dernières années précédant l'enquête et dont le	Le N° d'accouchées enquêtées ayant bénéficié d'une consultation post-natale 48 heures après leur dernier	AD	6,90%	30%	EDS/MICS	CIS/INS/ DSF/PLMI	Quinquennale	Enquête communautaire	Les accouchées respectent leur RDV Les ASC et les AT réfèrent les femmes	
		E	6,20%	30%						
		EN	3,80%	30%						
		N	3,40%	30%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
dernier accouchement a bénéficié d'une consultation post-natale pour la mère dans les 48 heures post-partum augmente à au moins 30% d'ici à fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord où il est respectivement de 6,9%, 6,2%, 3,8, et 3,4% (MICS 2014)	accouchement / Le N° d'accouchées enquêtées X 100								ayant accouché à domicile vers les FOSA	
<b>UTILISATION DES SOINS NEONATAUX ET DE LA CPoN PAR LES NOUVEAU-NES</b>										
1.12. Le pourcentage des nouveaux nés asphyxiés ayant bénéficié d'une réanimation au masque et au ballon selon les normes est d'au moins 90% d'ici à fin 2020	Le N° de nouveaux nés asphyxiés enquêtés ayant bénéficié d'une réanimation au masque et au ballon / Le N° de nouveaux nés asphyxiés enquêtés X 100	AD	VB-AD	90%	Rapport des FOSA Données de routine	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Mensuelle	Revue documentaire	Registres bien tenus, renseignés et protégés Les intrants sont disponibles	
		E	VB-AD	90%						
		EN	VB-AD	90%						
		N	VB-AD	90%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
1.13. La proportion d'infections néonatales reçue dans les FOSA qui sont prises en charge par antibiothérapie selon les normes est de 90% au moins en 2020 (Base line à déterminer)	Le N° de nouveaux nés diagnostiqué avec infection enquêtés ayant bénéficié d'une antibiothérapie/ Le N° de nouveaux nés diagnostiqué avec infection enquêtés X 100	AD	VB-AD	90%	Rapport des FOSA, Données de routine	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Mensuelle	Revue documentaire	Registres bien tenus, renseignés et protégés Les intrants sont disponibles	
		E	VB-AD	90%						
		EN	VB-AD	90%						
		N	VB-AD	90%						
1.14. La proportion de cas de prématurité/petit poids enregistré qui sont pris en charge selon les normes, y compris avec la couveuse et/ou la méthode Kangourou est d'au moins 80% dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord	Le N° de cas de prématurité enregistré enquêtés qui sont pris en charge selon les normes / Le N° de cas de prématurité enregistré enquêtés X 100	AD	VB-AD	80%	Rapport des FOSA Données de routine	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Mensuelle	Revue documentaire	Registres bien tenus, renseignés et protégés	Le personnel de santé, les ASC, les familles et la communauté ont-ils acquis les compétences nécessaires?
		E	VB-AD	80%						
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						
1.15. La proportion des <b>nouveau</b> -nés de mères dépistées VIH+, qui sont mis	Le N° des nouveau-nés enquêtés, qui sont nés des	AD	33%	80%	Rapport de progrès PTME N°10 2015	FOSA District DRSP DSF/CNLS			Registres bien tenus, renseignés	
		E	46%	80%						
		EN	30%	80%						
		N	34%	80%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
sous traitement ARV conformément aux directives nationales est d'au moins 80.6% d'ici à fin 2020 dans l'Adamaoua, le Centre, l'Est, l'Extrême Nord, le Littoral, le Nord, le Nord-Ouest, l'Ouest, le Sud et le Sud-Ouest où les proportions actuelles sont de 33%, 41%, 46%, 30%, 57%, 34%,71%, 39% 40%, et 77% respectivement	mères dépistées VIH+, qui sont mis sous traitement ARV conformément aux directives nationales / Le N° des nouveau-nés enquêtés, qui sont nés des mères dépistées VIH+ X 100	CE	41%	80%		/PLMI			et protégés	
		LT	57%	80%						
		NW	71%	80%						
		OU	39%	80%						
		SU	40%	80%						
	SW	77%	80%							
1.16. Le pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 dernières années précédant l'enquête et dont la dernière naissance a bénéficié d'une consultation post-natale pour le bébé dans les 48 heures	Le N° des accouchées enquêtées ayant bénéficié d'une consultation post-natale pour l'enfant 48 heures après leur dernier accouchement /Le N° des accouchées enquêtées X 100	AD	10,60 %	30%	EDS/MICS	CIS/INS/ DSF/PLMI	Quinquennale	Enquête communautaire	Les accouchées respectent leur RDV Les ASC et les AT réfèrent les femmes ayant accouché à domicile vers les FOSA	
		E	9,70%	30%						
		EN	4,90%	30%						
		N	9,60%	30%						



NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
après l'accouchement augmente à au moins 30% d'ici à fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord où il est respectivement de 9,6%, 6,7%, 4,9%, et 9,6% (MICS 2014)										
<b>UTILISATION DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DES MALADIES DE L'ENFANT (clinique et communautaire)</b>										
1.17. La proportion des cas d'infection respiratoire aigüe chez les enfants de moins de 5 ans pris en charge dans les FOSA selon les normes nationales (traitement par antibiothérapie) augmente d'au moins 40% d'ici à fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord où les taux	Le N° de cas d'infection respiratoire aigüe enquêtées pris en charge dans les FOSA selon les normes nationales chez les enfants de moins de 5 ans / Le N° de cas d'infection respiratoire aigüe reçu dans les FOSA X 100	AD	62%	87%	Rapport d'activités des FOSA, Données de routine	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Mensuelle Annuelle	Revue documentaire	Registres bien tenus, renseignés et protégés	Les intrants sont disponibles
		E	52,40 %	73,00 %						
		EN	34,60 %	48,00 %						
		N	VB-AD	C-AD						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
actuels sont de 62%, 52,4%,34,6% et X% respectivement, (Valeur de base du Nord à déterminer) (MICS 2014)										
1.18. La proportion de cas de paludisme pris en charge selon les normes nationales (ACT le même jour ou le jour d'après) chez les enfants de moins de 5 ans est d'au moins 40% d'ici à fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, Extrême Nord et Nord où les taux actuels sont de 7,0%, 3,9%,0,3% et 5,6%) respectivement	Le N° de cas de paludisme pris en charge selon les normes nationales chez les enfants de moins de 5 ans /Le N° d'enfants de moins de 5 ans avec le paludisme enquêtés X 100	AD	7%	40%	EDS MICS Rapport d'évaluation des FOSA, Données de routine	CIS/INS/DSF/ PLMI FOSA District DRSP	Quinquennale Mensuelle Annuelle	Enquête communautaire	Registres bien tenus, renseignés et protégés  Les intrants sont disponibles	
		E	3,9%	40%						
		EN	0,3%	40%						
		N	5,6%	40%						
1.19. La proportion de cas de diarrhée pris en charge selon les normes nationales (SRO –Zinc avec poursuite de l'alimentation) chez les enfants de moins	Le N° d'enfants de moins de 5 ans avec la diarrhée enquêtés pris en charge selon les normes nationales /Le N°	AD	47,6%	71,4%	Rapport d'évaluation des FOSA, Données de routine EDS/MICS	FOSA District DRSP CIS/INS/ DSF/ PLMI	Mensuelle, annuelle, quinquennale	Revue documentaire	Registres bien tenus, renseignés et protégés  Les intrants sont disponibles	
		E	47,70 %	71,55 %						
		EN	33,00 %	49,50 %						
		N	33,20 %	49,80 %						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
de 5 ans augmente d'au moins 50% d'ici à fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord où les taux actuels sont de 47,6%, 47,7%,33,0% et <b>33,2%</b> respectivement (MICS 2014)	d'enfants de moins de 5 ans avec la diarrhée enquêtés X 100									
1.20. La proportion des cas de paludisme, IRA et diarrhée simples traités par les ASC selon les directives nationales dans les villages couverts / Le N° de cas de paludisme, IRA et diarrhée simples traités par les ASC dans les villages couverts X 100		AD	VB-AD	60%	Rapports des activités sous directives communautaires Données de routine	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Mensuelle Annuelle	Revue documentaire		
		E	VB-AD	60%						
		EN	VB-AD	60%						
		N	VB-AD	60%						
<b>UTILISATION DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DE LA</b>										

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
<b>MALNUTRITION PAR LES FEMMES ENCEINTES ET LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS</b>										
1.21. La proportion des enfants de 0 à 11 mois qui ont reçu le PENTA3 augmente à au moins 95% d'ici à fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, l'Est l'Extrême Nord et le Nord où les taux actuels sont respectivement de 92%, 107% (prise en compte des réfugiés), 90%, et 87% selon (Données PEV de routine 2015)	Le N° d'enfants de 0 à 11 mois qui ont reçu la PENTA 3 / Le N° d'enfants de 0 à 11 mois enquêtés X 100	AD	92%	95%	Base des données du PEV Données de routine y compris celles des ASC	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Mensuelle, Annuelle,	Revue documentaire	Les intrants sont disponibles	
		E	107%	95%						
		EN	90%	95%						
		N	87%	95%						
1.22. La proportion des enfants de 0 à 11 mois qui ont reçu le VARR augmente à au moins 95% d'ici à fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua l'Est l'Extrême Nord et le	Le N° d'enfants de 0 à 11 mois qui ont reçu le VARR/ Le N° d'enfants de 0 à 11 mois enquêtés X 100	AD	80%	95%	Bases données du programme PEV Rapport d'activités programme Données de	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Mensuelle	Revue documentaire	Vaccins et autres intrants sont disponibles	
		E	95%	95%						
		EN	84%	95%						
		N	82%	95%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
Nord où les taux actuels sont respectivement de 80%, 99% (prise en compte des réfugiés), 84%, et 82% selon (Données PEV de routine 2015)					routine y compris celles des ASC					
1.23. Le taux d'allaitement maternel exclusif chez les enfants de 0 à 6 mois augmente d'au moins 50% d'ici à fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, l'Est l'Extrême Nord et le Nord où les taux actuels sont respectivement de 36.4%, 41,7%, 12,7%, et 11,3% (MICS 2014)	Le N° d'enfants de 0 à 6 mois qui sont allaités exclusivement au lait maternel / Le N° d'enfants de 0 à 6 mois enquêtés X 100	AD	36,40 %	<b>54,60 %</b>	Rapport d'activités ANJE EDS/MICS Données de routine, rapports des ASC	DRSP CIS/INS/ DSF/ PLMI	Annuelle,	Enquête communautaire	Les familles et la communauté adhèrent à l'approche	Les familles et communautés sensibilisées sur l'allaitement maternel exclusif et optimal Les informations sont disponibles dans les registres
		E	41,70 %	<b>62,55 %</b>						
		EN	12,70 %	<b>19,05 %</b>						
		N	11,30 %	<b>16,95 %</b>						
1.24. La proportion des cas de malnutrition aiguë attendue chez les enfants de moins de 5 ans qui sont identifiés	Le N° de cas de malnutrition aiguë sévère pris en charge chez les enfants de moins de 5 ans	AD	VB-AD	75%	Base de données PCIMA	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Mensuelle Annuelle	Revue documentaire	Les familles s'approprient l'approche	Sensibilisation, éducation et formation des parents, communautés, ASC,
		E	VB-AD	75%						
		EN	VB-AD	75%						
		N	VB-AD	75%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
et pris en charge selon les normes est supérieure ou égal à 75% d'ici à fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, l'Est l'Extrême Nord et le Nord	dans les services selon les normes / Le N° de cas de malnutrition aigüe sévère attendus X 100								aliments et autres intrants sont disponibles	personnel de santé sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)
1.25. Le pourcentage des enfants de 6 à 23 mois qui ont reçu les aliments solides, semi solides ou mous, le nombre minimum de fois acceptable ou plus le jour précédent l'enquête augmente d'au moins 25% d'ici à fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord où il est <b>62.6%</b> , <b>59,7%</b> , <b>71,6%</b> et <b>65,5%</b> respectivement (MICS 2014)	Le N° d'enfants de 6 à 23 mois ayant reçu les aliments solides, semi solides ou mous, le nombre minimum de fois acceptable ou plus le jour précédent l'enquête / Le N° d'enfants de 6 à 23 mois attendus X 100	AD	62,60 %	78,25 %	EDS/MICS	DRSP DSF PLMI	Annuelle Quinquennale	Enquête communautaire	les familles s'approprient l'approche	Sensibilisation, éducation et formation des parents communauté, ASC, personnel de santé sur la diversification alimentaire tout et la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 24 mois et plus
		E	59,70 %	74,63 %						
		EN	71,60 %	89,50 %						
		N	65,50 %	81,88 %						
1.26. La proportion des enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux	Le N° d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux	AD	VB-AD	95%	Rapport d'activités	FOSA District DRSP	Mensuelle Annuelle	Revue documentaire	Les intrants sont disponibles	
		E	VB-AD	95%						
		EN	VB-AD	95%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
doses de supplément en vitamine A est d'au moins 95% d'ici à fin 2020	doses de supplément en vitamine A / Le N° d'enfants de 6 à 59 mois attendus X 100	N	VB-AD	95%		DSF/PLMI				
1.27. La proportion des enfants de 12 à 59 mois ayant été déparasités deux fois l'an est d'au moins 95% d'ici à fin 2020	Le N° d'enfants de 12 à 59 mois ayant été déparasités 2 fois l'an / Le N° d'enfants de 12 à 59 mois attendus X 100	AD	VB-AD	95%	Rapport d'activités	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Mensuelle Annuelle	Revue documentaire	Les intrants sont disponibles	
		E	VB-AD	95%						
		EN	VB-AD	95%						
		N	VB-AD	95%						
1.28. La proportion des femmes ayant été enceintes au cours des 5 dernières années qui ont reçu des suppléments nutritifs en dehors du fer durant leur dernière grossesse est d'au moins 50% d'ici à fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord (valeur de base à déterminer)	Le N° de femmes ayant été enceintes au cours des 5 dernières années qui ont reçu des suppléments nutritifs en dehors du fer durant leur dernière grossesse / Le N° de femmes enquêté X 100	AD	VB-AD	50%	Rapport d'activités	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Mensuelle Annuelle	Revue documentaire	Les intrants sont disponibles	
		E	VB-AD	50%						
		EN	VB-AD	50%						
		N	VB-AD	50%						
<b>L'UTILISATION DE</b>										

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
<b>SERVICES SR PAR LES ADOLESCENTS/JEUNES EN CLINIQUE???</b>										
1.29. La prévalence contraceptive moderne augmente d'au moins 50% chez les filles sexuellement actives de 10 à 14 ans et de 15-19 ans et de 20-24 ans d'ici à fin 2020. (Baseline à déterminer)	Le N° des filles sexuellement actives de 10 à 14ans, de 15-19 ans et de 20-24 ans enquêtées qui sont sous contraception moderne / Le N° des filles sexuellement actives de 10-14ans, 15-19 ans et de 20-24 ans enquêtées X 100	AD E EN N	VB-AD VB-AD VB-AD VB-AD	C-AD C-AD C-AD C-AD	EDS/MICS	DRSP DSF PLMI	Annuelle	Enquête communautaire	Les prestataires de services sont plus accueillants envers les jeunes pour l'utilisation des services SR/PF par ces jeunes	Les adolescents/jeunes sont-ils reçus dans un cadre offrant des services conviviaux ?
1.30. Pourcentage des filles enceintes attendues de 10-14 ans et de 15-19 ans qui ont bénéficié de la consultation prénatale auprès d'un personnel qualifié augmente d'au moins 30% d'ici à fin 2020. (Baseline à déterminer)	Le N° de filles enceintes de 10 à 14ans et de 15-19 ans enquêtées qui ont bénéficié de la consultation prénatale auprès d'un personnel qualifié / Le N° de filles enceintes de 10-14ans et	AD E EN N	VB-AD VB-AD VB-AD VB-AD	30% 30% 30% 30%	EDS/MICS	DRSP DSF PLMI	Quinquennale	Enquête communautaire (EDS- LITE)	Le personnel qualifié est disponible dans les FOSA Les FOSA offrent des soins adaptés	—



NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
	de 15-19 ans enquêtées X 100									
1.31. Le pourcentage des filles enceintes attendues de 10-14 et de 15-19 ans dont l'accouchement a été conduit par un personnel qualifié est d'au moins 60% d'ici à fin 2020. (Baseline à déterminer)	Le N° de filles ayant accouché de 15-19 ans enquêtées dont le dernier accouchement a été conduit par un personnel qualifié / Le N° de filles ayant accouché de 15-19 ans enquêtées X 100	AD	VB-AD	60%	EDS/MICS	CIS/INS/DSF/PLMI	Quinquennale	Enquête communautaire	Le personnel qualifié est disponible dans les FOSA Les FOSA offrent des soins adaptés	-
		E	VB-AD	60%						
		EN	VB-AD	60%						
		N	VB-AD	60%						
1.32. La proportion des adolescents/jeunes reçus pour les IST/VIH qui sont prise en charge selon les normes dans les FOSA de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord est d'au moins 80% d'ici à fin 2020	Le N° d'adolescents-jeunes reçus dans les FOSA pour une IST/VIH qui sont pris en charge selon les normes / Le N° d'adolescents-jeunes reçus dans les FOSA pour une IST/VIH enquêtées X 100	AD	VB-AD	80%	Rapport des enquêtes des FOSA Rapport d'activités de routine	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Mensuelle Annuelle	Revue documentaire	Les jeunes acceptent de se rendre dans les services et de les utiliser effectivement	Les adolescents/jeunes sont-ils reçus dans un cadre offrant des services conviviaux?
		E	VB-AD	80%						
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						
1.33. Le nombre des adolescents/jeunes	Comptage du N° d'adolescents-	AD	VB-AD	C-AD	Rapport d'activités	CMPJ CPFF	Annuelle	Revue documentaire		
		E	VB-AD	C-AD						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
(de 10 à 19 ans) ayant bénéficié d'une formation sur les compétences à la vie augmente d'au moins 30% d'ici à fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, l'Est l'Extrême-Nord et le Nord	jeunes (de 10 à 19 ans) ayant bénéficié d'une formation sur les compétences à la vie	EN	VB-AD	C-AD	de routine					
		N	VB-AD	C-AD						
1.34. Le nombre des adolescents/jeunes filles (de 10 à 19 ans) qui ont bénéficié d'un soutien multisectoriel pour leur autonomisation (financière, éducation sexuelle intégrée et compétences de vie « life skills ») est d'au moins 2500 d'ici à fin 2020 dans les régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et le Nord	Comptage du N° de adolescents-jeunes (de 10 à 19 ans) qui ont bénéficié de soutien multisectoriel pour leur autonomisation	AD	VB-AD	500	Rapport d'activités de routine	CMPJ CPFF	Annuelle	Revue documentaire		
		E	VB-AD	350						
		EN	VB-AD	1000						
		N	VB-AD	650						
1.35. Le pourcentage de	Le N° de filles enregistré à l'entrée de l'école	AD	56,10 %	44,88 %	EDS/MICS Rapport d'enquêtes	INS Établissements	Annuelle	Revue documentaire		
		E	41,40	33,12						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
déperdition scolaire des filles entre les niveaux primaire et secondaire est réduit d'au moins 20% d'ici à fin 2020, dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord où il est respectivement de 56,1%, 41,4%, 44,3% et 52,3% (MICS 2014)	secondaire - Le N° de filles enregistré à sortie /Le N° Des filles enregistré à l'entrée de l'école secondaire X 100		%	%	des écoles Rapport d'activités de routine	scolaires Délégation départementale et régionale MINEDUB et MINESEC				
		EN	44,30 %	35,44 %						
		N	52,30 %	41,84 %						
1.36. La proportion des jeunes/adolescents qui déclare être satisfait de la qualité des services SRA est de 80% au moins d'ici à fin 2020	Le N° des jeunes/adolescents qui déclare la satisfaction avec la qualité des services SRA /Le N° des jeunes/adolescents enquêtés X 100	AD	VB-AD	80%	Rapport des enquêtes auprès des clients	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Annuelle	Interview des clients	Les moyens pour la conduite des activités sont disponibles	
		E	VB-AD	80%						
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						
UTILISATION DES MECANISMES DE PROTECTION FINANCIERE PAR LA POPULATION EN VUE D'AUGMENTER LA										

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
<b>DEMANDE</b>										
1.37. La proportion des utilisateurs des services CPN et accouchement qui bénéficient d'un mécanisme de protection financière notamment le chèque santé, est d'au moins 30% d'ici à fin 2020.	Le N° d'utilisateurs des services CPN et accouchement enquêtés qui bénéficient du chèque santé / Le N° d'utilisateurs des services CPN et accouchement enquêtés X 100	AD	VB-AD	25%	Rapport d'enquêtes des FOSA Rapport d'activités de routine	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Annuelle	Revue documentaire	Les mécanismes sont disponibles et accessibles à tous, surtout les plus pauvres.	Les mécanismes ciblent-elles particulièrement les plus pauvres?
		E	VB-AD	25%						
		EN	VB-AD	25%						
		N	VB-AD	25%						
<b>2. Objectif spécifique 2 : Renforcer la disponibilité des soins continus de qualité (PCIME, SONEU, PF, nutrition/ supplémentation, PEC &amp; PREV IST/VIH, Transfusion, Etc...) pour les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, les enfants de 0 à 5 ans, et les adolescents dans les régions prioritaires d'ici à fin 2020</b>										
<b>LA PRESTATION DES SOINS (INTERVENTIONS A HAUT IMPACT)</b>										
<b>DISPONIBILITE DES SONUC ET SONUB</b>										
2.1. Le pourcentage des hôpitaux de districts et assimilés qui offre les SONUC est d'au moins 80% d'ici à fin 2020 dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord où il est de 37,5%, 22,2%, 3,1% et	Le N° d'hôpitaux de districts et assimilé enquêté qui offre les SONUC / Le N° d'hôpitaux de districts et assimilé enquêté x 100	AD	37,50 %	80,00 %	Rapport d'activités des FOSA Rapports de suivi/supervision Enquête SONU	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Mensuelle Annuelle Biannuelle	Revue documentaire	Les infrastructures, l'équipement, les médicaments et consommables et le personnel formé sont	L'organisation des services permet-elle la disponibilité continue des services
		E	22,20 %	80,00 %						
		EN	3,10%	80,00 %						
		N	7,10%	80,00 %						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
7,1% respectivement; (Etude SONU 2015)									disponibles	
2.2. Le pourcentage des FOSA (CSI, CMA et assimilé) qui offre les SONUB augmente à au moins 60% d'ici à fin 2020 dans toutes les régions prioritaires (Valeurs de base à déterminer)	Le N° de CSI, CMA et assimilé enquêté qui offre les SONUB / Le N° de CSI, CMA et assimilé enquêté x 100	AD	12,60 %	60,00 %	Rapport d'activités des FOSA Rapports de suivi/supervision Rapport d'enquête SONU	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Mensuelle Annuelle Biannuelle	Revue documentaire		
		E	12,60 %	60,00 %						
		EN	12,60 %	60,00 %						
		N	12,60 %	60,00 %						
<b>DISPONIBILITE DES SOINS POUR NOUVEAU-NES ET NOURISSONS</b>										
2.3. 100% des 3466 sites PTME actuelles offre l'Option B+ selon les normes (qui prend en compte également la mère) d'ici à fin 2020 sur le plan national	Le N° de FOSA PTME enquêté qui offre l'option B+ / Le N° de FOSA PTME enquêté x 100	AD	VB-AD	100%	Rapport d'évaluation des FOSA, Données de routine Rapport de suivi/supervision,	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Annuelle	Revue documentaire Observation directe	Il faut une stabilité du personnel formé au poste  Les intrants sont disponibles	L'organisation des services permet-elle la disponibilité continue des services
		E	VB-AD	100%						
		EN	VB-AD	100%						
		N	VB-AD	100%						
		CE	VB-AD	100%						
		LT	VB-AD	100%						
		NW	VB-AD	100%						
		OU	VB-AD	100%						
		SU	VB-AD	100%						
SW	VB-AD	100%								
2.4. La proportion des FOSA offrant la CPoN selon les normes est d'au	Le N° de CSI, CMA et assimilé enquêté qui offre les CPoN / Le N°	AD	VB-AD	80%	Rapport des FOSA, Données de routine	District DRSP DSF/PLMI	Annuelle	Revue documentaire	Il faut une stabilité du personnel formé au	L'organisation des services
		E	VB-AD	80%						
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
moins 80% d'ici à fin 2020	de CSI, CMA et assimilé enquêté x 100				Rapport de suivi/supervision,				poste Les intrants sont disponibles en permanence.	permet-elle la disponibilité continue des services
2.5. La proportion des FOSA offrant la méthode mère Kangourou selon les normes est de 25% d'ici à fin 2020	Le N° de CSI, CMA et assimilé enquêté qui offre la méthode mère Kangourou / Le N° de CSI, CMA et assimilé enquêté x 100	AD	VB-AD	25%	Rapport des FOSA, Données de routine Rapport de suivi/supervision	District DRSP DSF/PLMI	Annuelle	Revue documentaire Observation directe	Les infrastructures sont adéquates, Il faut une stabilité du personnel formé au poste	Le personnels de santé ont-ils acquis les compétences nécessaires?
		E	VB-AD	25%						
		EN	VB-AD	25%						
		N	VB-AD	25%						
<b>DISPONIBILITE DES SERVICES PCIME POUR LES ENFANTS</b>										
2.6. La proportion des FOSA offrant les services de vaccination selon les normes est d'au moins 80% d'ici à fin 2020	Le N° de CSI, CMA et assimilé enquêté qui offre les services de vaccination selon les normes / Le N° de CSI, CMA et assimilé enquêté x 100	AD	VB-AD	80%	Rapport des FOSA, Données de routine Rapport de suivi/supervision	District DRSP DSF/PLMI	Annuelle	Revue documentaire	Les infrastructures sont adéquates, Il faut une stabilité du personnel formé au poste	Le personnel de santé a-t-il acquis les compétences nécessaires?
		E	VB-AD	80%						
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						
2.7. La proportion	Le N° de CSI,	AD	VB-AD	80%	Rapport des	District	Annuelle	Revue	Les	Le personnel

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
des FOSA offrant les services de PCIME selon les normes est d'au moins 80% d'ici à fin 2020	CMA et assimilé enquêté qui offre services de PCIME selon les normes / Le N° de CSI, CMA et assimilé enquêté x 100	E	VB-AD	80%	FOSA, Données de routine Rapport de suivi/supervision	DRSP DSF/PLMI		documentaire Observation directe	infrastructures sont adéquates, Il faut une stabilité du personnel formé au poste	de santé a-t-il acquis les compétences nécessaires
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						
<b>DISPONIBILITE DES SERVICES INTEGRES A BASE COMMUNAUTAIRE</b>										
2.8. Le pourcentage des Aires de santé identifiée comme nécessitant l'approche communautaire qui offre des interventions sous directives communautaires en faveur de la santé mère enfant et adolescent selon les normes est d'au moins 50% d'ici à fin 2020	Le N° d'Aires de Santé enquêtées qui offrent des interventions sous directives communautaires en faveur de la lutte contre la MMNIA / Le N° d'Aires de santé enquêtées x 100	AD	VB-AD	50%	Rapport des FOSA Rapport d'activités de routine des ASC	District DRSP DSF/ DOSTS/ PLMI	Trimestriel	Revue documentaire Interview des informateurs clés	Assez de fonds mobilisé pour assurer les activités	Existe-t-il un lien fonctionnel entre les acteurs et le personnel de santé?
		E	VB-AD	50%						
		EN	VB-AD	50%						
		N	VB-AD	50%						
2.9. Le	Le N° d'Aires de	AD	VB-AD	50%	Rapport des	District	Annuelle	Revue	Il faut une	L'e personnel

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
pourcentage des Aires de santé identifiée comme nécessitant l'approche communautaire qui offre les activités essentielles de nutrition à base communautaire selon les directives nationales, est d'au moins 50% d'ici à fin 2020, dans l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord	santé enquêtées qui mettent en œuvre les activités essentielles de nutrition à base communautaire / Le N° d'Aires de santé enquêtées x 100	E	VB-AD	50%	FOSA, Rapports de suivi/supervision	DRSP DPS/PLMI		documentaire Observation directe	stabilité du personnel formé au poste	est-il formé ? Les intrants sont-ils disponibles
		EN	VB-AD	50%						
		N	VB-AD	50%						
<b>DISPONIBILITE DES SERVICES POUR ADOLESCENTS/JEUNES</b>										
2.10. La proportion des districts de santé avec au moins une FOSA offrant des services de SR adaptés aux adolescents/jeunes (services conviviaux) selon les directives	Le N° de district de santé enquêtés avec au moins une FOSA offrant des services de SR conviviaux/ Le N° de districts de santé enquêtés x	AD	VB-AD	80%	Rapport des FOSA rapports de suivi/supervision,	DRSP DSF/PLMI	Annuelle	Revue documentaire Observation directe	Il faut une stabilité du personnel formé au poste	L'organisation des services permet-elle la disponibilité continue des services
		E	VB-AD	80%						
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						



NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
nationales est d'au moins 80% d'ici à fin 2020 dans les 4 régions prioritaires	100									
2.11. La proportion des districts de santé qui ont au moins une structure d'encadrement des jeunes, offrant des services de SRA (CMPJ, Centre médico- social, CPFF, infirmeries scolaires) adaptés aux adolescents/jeunes est d'au moins 50% d'ici à fin 2020 dans les 4 régions prioritaires nationales	Le N° de district de santé enquêtés avec au moins une structure d'encadrement des jeunes, offrant des services de SRA adaptés aux adolescents/jeunes /Le N° de district de santé enquêtés x 100	AD	VB-AD	50%	Informateurs clés	CMPJ CPFF CMS	Annuelle	Revue documentaire Observation directe Interview des informateurs clés	Les ministères chargés de ces structures mettent le paquet pour les rendre opérationnelles	
		E	VB-AD	50%						
		EN	VB-AD	50%						
		N	VB-AD	50%						
2.12. La proportion des communes impliquées dans un mécanisme multi-partenarial pour le maintien des jeunes filles à l'école (ex. transfert conditionnel de fonds) est d'au moins 25% d'ici à fin	Le N° de Communes enquêtées qui sont impliquées dans un mécanisme multi-partenariale pour le maintien des jeunes filles à	AD	VB-AD	25%	Rapport des enquêtes Rapport d'activités de MINESEC MINEDUB et Communes Informateurs clés	Communes MINEDUB MINESEC	Annuelle	Revue documentaire	Les Communes adhérent-elles à cette approche?	-
		E	VB-AD	25%						
		EN	VB-AD	25%						
		N	VB-AD	25%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
2020 dans les 4 régions prioritaires	l'école /Le N° de Communes enquêtées x 100									
2.13. La proportion des communes qui ont au moins une initiative opérationnelle d'autonomisation des jeunes filles est d'au moins 25% d'ici à fin 2020 dans les 4 régions prioritaires	Le N° de Communes enquêtées qui ont au moins une initiative opérationnelle d'autonomisation des jeunes filles /Le N° de Communes enquêtées x 100	AD	VB-AD	25%	Rapport des enquêtes communautaires Rapport d'activités de routine Informateurs clés	Communes MINJEC	Annuelle	Revue documentaire Observation directe Interview des informateurs clés	Les Communes, adhérent-elles à cette approche?	
		E	VB-AD	25%						
		EN	VB-AD	25%						
		N	VB-AD	25%						
2.14. La proportion d'établissements scolaires primaires et secondaires dispensant les modules d'éducation sexuelle intégrée est d'au moins 50% (SITUATION DE BASE A DETERMINER)	Le N° d'établissements scolaires primaires et secondaires enquêtés qui dispensent des modules d'éducation sexuelle intégrées/ Le N° d'établissements scolaires enquêtés x 100	AD	VB-AD	50%	Rapport des écoles Rapport d'activités de routine	MINEDUB MINESEC	Semestrielle Annuelle	Revue documentaire Observation directe Interview des informateurs clés	-	
		E	VB-AD	50%						
		EN	VB-AD	50%						
		N	VB-AD	50%						
2.15. La proportion des districts de santé	Le N° de district de santé	AD	VB-AD	50%	Rapport d'activités	CMPJ CPFF	Annuelle	Revue documentaire	-	Les structures
		E	VB-AD	50%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
avec au moins une structure d'encadrement des jeunes (extrascolaire) offrant des formations sur les compétences de vie (life-skills) aux adolescents/jeunes selon les directives nationales est d'au moins 50% d'ici à fin 2020 dans les 4 régions prioritaires	enquêtés avec au moins une structure d'encadrement des jeunes (extrascolaire) offrant des formations sur les compétence de vie (life-skills) aux adolescents/jeunes / Le N° de district de santé enquêtés x 100	EN	VB-AD	50%	de routine					sont-elles équipées et le personnel est-il formé ?
		N	VB-AD	50%						
<b>DISPONIBILITE DES SERVICES DE COMMUNICATION POUR LA SANTÉ</b>										
2.16. Le pourcentage des 4 régions d'intervention mettant en œuvre un plan de communication intégré (PCI) ciblant les jeunes, les femmes, les hommes, les leaders d'opinions et des associations	Le N° de régions d'intervention enquêtées qui mettent en œuvre un plan de communication intégré / Le N° de régions enquêtées	AD	VB-AD	100%	Plan d'action Rapport d'activités de routine	DRSP DPS/DSF/ PLMI	Annuelle	Revue documentaire Interview des informateurs clés	Assez de fonds mobilisés pour assurer les activités	Quelle est la régularité de la diffusion des messages ?  La langue de diffusion et les canaux sont-ils appropriés
		E	VB-AD	100%						
		EN	VB-AD	100%						
		N	VB-AD	100%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
/ONG dans toutes les communautés est de 100%d'ici à fin 2020.										pour les cibles?
<b>DISPONIBILITE DES SERVICES POUR LA TRANSFUSION SANGUINE</b>										
2.17. La proportion des besoins en sang qui est mobilisée pour les banques de sang dans les 10 régions est d'au moins 20% d'ici à fin 2020	Le N° de poches de sang collecté dans les banques de sang/Besoin estimé en poche de sang X 100	AD	VB-AD	20%	Rapports d'activités de routine	District DRSP PNTS			Les donateurs bénévoles de sang sont disponibles et bien sensibilisés	
		E	VB-AD	20%						
		EN	VB-AD	20%						
		N	VB-AD	20%						
<b>DISPONIBILITE DES SERVICES REFERENCE/CONTRE-REFERENCE</b>										
2.18. La proportion des districts de santé avec un système de référence/contre référence fonctionnel selon les directives nationales entre les différents niveaux de FOSA est d'au moins 80% d'ici à fin 2020 dans les 4 régions	Le N° de districts de santé enquêtés ayant un système de référence/contre références fonctionnel / Le N° de districts de santé enquêtés X 100	AD	VB-AD	80%	Rapport des supervisions Rapport d'activités de routine	DRSP DOSTS/ DSF/ PLMI	Annuelle	Revue documentaire	Les intrants pour un bon système (moyen de transport et les outils sont disponibles Un personnel	
		E	VB-AD	80%						
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
prioritaires									qualifié est responsable des activités.	
3. Objectif spécifique 3 : Renforcer la capacité des services à fournir les soins continus de qualité (PCIME, SONEU, PF, nutrition/ supplémentation, PEC & PREV IST/VIH, Transfusion, Etc...) pour les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, les enfants de 0 à 5 ans, et les adolescents dans les régions prioritaires d'ici à fin 2020										
LE RENFORCEMENT DES INTRANTS, NÉCESSAIRES POUR FOURNIR LES INTERVENTIONS A HAUT - IMPACT, (LE RENFORCEMENT DES RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET ÉQUIPEMENT, LE RENFORCEMENT DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT ET LA RENOVATION										
INFRASTRUCTURE/EQUIPEMENT & MATERIEL/ LOGISTIQUE										
3.1. La proportion de FOSA programmé dans le plan de	le N° de FOSA enquêtées avec équipement	AD E EN	VB-AD VB-AD VB-AD	50% 50% 50%	Rapport des enquêtes des FOSA	FOSA District DRSP	Annuelle	Revue documentaire	Les fonds sont disponibles Les infrastructures	Quel est le niveau d'équité

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
développement des infrastructures qui ont des équipements /matériels et infrastructures adéquats selon les normes pour la mise en œuvre des interventions à haut impact pour la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et pour la santé de reproduction des adolescents, (PEV EPI, prise en charge paludisme/ IRA/diarrhée/prématurité, SONEU, SENN, PF, nutrition, PEC & PREV. IST/VIH, PTME, transfusion sanguine) est de 50 % au moins d'ici à fin 2020 dans les 4 régions prioritaires.	adéquat, selon les normes, pour la mise en œuvre des interventions à haut impact sur la SRMNEA/N° de FOSA enquêtées x 100	N	VB-AD	50%	Plan de distribution des équipements	DEP/ DOSTS/ DSF/PLMI			sont adéquates L'incompétence des responsables chargés de l'expression des besoins Maintenance assurée	dans l'allocation des équipements par niveau de FOSA? Le taux d'utilisation des équipements justifie-t-il l'allocation faite? (Ratio entre la population couverte et l'équipement alloué) Est-ce que le paquet minimum d'équipement respecte les spécifications techniques ?
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>										
3.2. La proportion	Le N° de FOSA	AD	VB-AD	80%	Rapport	FOSA	Annuelle	Revue	Il y a assez	Le personnel

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
des FOSA qui ont au moins un personnel formé sur chacune des interventions à haut impact sur la santé maternelle, néonatale, infantile et la santé de reproduction des adolescents selon les normes en vue de la prestation des soins SRMNEA est de 80 % au moins d'ici à fin 2020 dans les 4 régions prioritaires	enquêtées avec au moins un personnel formé sur chacune des interventions à haut impact / N° de FOSA enquêtées x 100	E	VB-AD	80%	d'activités des FOSA Rapports de suivi/supervision	District DRSP DSF/PLMI		documentaire	de personnel qualifié dans les FOSA (selon les normes)	formé occupe-t-il des postes où les compétences acquises sont exploitées ?
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
									dans les postes d'affectation	
3.3. La proportion d'aires de santé identifiées comme ayant besoin de l'approche communautaire qui a au moins deux ASC polyvalents par 1000 habitants offrant un paquet minimum de services intégré est d'au moins 50% dans chacun des districts de santé d'ici à 2020 dans les 4 régions prioritaires	N° d'aires de santé ayant au moins deux ASC polyvalents/Le N° d'aires de santé enquêté X 100	AD	VB-AD	50%	Rapport d'enquêtes Rapport d'activités de routine	District DRSP DSF/PLMI	Trimestrielle	Revue documentaire Enquête du terrain	Toutes les parties prenantes acceptent de jouer leur rôle L'amélioration du statut et des conditions du travail des ASC (exclure la notion de bénévolat),	Y a-t-il une intégration effective des activités des différents secteurs au niveau des ASC?
		E	VB-AD	50%						
		EN	VB-AD	50%						
		N	VB-AD	50%						
<b>RENFORCEMENT DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ POUR LA CONTRIBUTION NATIONALE (GOUVERNEMENTALE &amp; NON-GOUVERNEMENTALE)</b>										
3.4. La proportion du budget de l'État	Le montant actuel du budget	AD	VB-AD	15%	Loi des Finances	DRFP DSF/PLMI	Annuelle	Revue documentaire	La situation économique	
		E	VB-AD	15%						



NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
alloué au financement de la fonction (MINSANTÉ et autres ministères partenaires) santé a augmenté à au moins 10% d'ici à fin 2020	du gouvernement alloué à la Santé/ Le montant du budget du gouvernement x 100	EN	VB-AD	15%	Comptes nationaux de la santé Loi des règlements			Interview des informateurs clés	e est stable ou s'améliore	
		N	VB-AD	15%						
3.5. Le montant des dépenses nationales de la santé par habitant financé par les ressources locales (publique et privé) augmente d'au moins 25% d'ici à fin 2020	Le montant des dépenses nationales de santé par habitant en 2020 financé par les ressources locales - Le montant des dépenses nationales de santé par habitant en 2016 financé par les ressources locales/ Le montant des dépenses nationales de santé par habitant 2016 financé par les ressources	AD	VB-AD	VB+ 25% de VB	Loi des Finances Comptes nationaux de la santé	DRFP DSF/PLMI		Revue documentaire Interview des informateurs clés	La situation économique est stable ou s'améliore	
		E	VB-AD	VB+ 25% de VB						
		EN	VB-AD	VB+ 25% de VB						
		N	VB-AD	VB+ 25% de VB						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
	locales x 100									
3.6. Le taux d'augmentation du montant du financement local des activités de lutte contre la MMNI et pour la SR des adolescents par le secteur privé lucratif est d'au moins 10% d'ici à fin 2020	Le montant du financement local du privé lucratif pour la lutte contre la MMNIA et pour la SRA en 2020 - Le montant du financement local du privé lucratif pour la lutte contre la MMNIA et pour la SRA en 2016/ Le montant du financement local du privé lucratif pour la lutte contre la MMNIA et pour la SRA en 2016 x 100	AD	VB-AD	VB+10 %	Revue des dépenses publiques Comptes nationaux de santé Budget de l'État/Loi des finances Informateurs clés	DRFP DSF/PLMI	Annuelle	Revue documentaire	La conjoncture économique s'y prête	
		E	VB-AD	VB+10 %						
		EN	VB-AD	VB+10 %						
		N	VB-AD	VB+10 %						
3.7. Le taux de mise à disponibilité des fonds de contrepartie alloués dans le cadre des conventions avec les partenaires financiers	Le montant du fonds de contrepartie mobilisé par le gouvernement pour la lutte contre la MMNIA	AD	VB-AD	85%	Revue des dépenses publiques Comptes nationaux de santé Budget de	DRFP DSF/PLMI	Annuelle	Revue documentaire	La conjoncture économique s'y prête	Les fonds de contrepartie sont-ils mobilisés à temps pour les activités
		E	VB-AD	85%						
		EN	VB-AD	85%						
		N	VB-AD	85%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
par le gouvernement pour les services SRMNEA dans les régions prioritaires est de 85% au moins d'ici à fin 2020.	et pour la SRA dans les régions prioritaires /Le montant du financement de contrepartie prévu dans les conventions pour la lutte contre la MMNIA et pour SRA dans la régions x 100				l'État/Loi des finances Informateurs clés					
3.8. Le taux d'exécution du budget de l'État pour la santé dans les régions prioritaires est de 90% au moins d'ici à fin 2020.	Le montant du budget de l'État utilisé pour la santé dans les régions/Le montant du budget alloué par l'État pour la santé dans les régions X 100	AD	VB-AD	90%	Revue des dépenses publiques Comptes nationaux de santé Budget de l'État/Loi des finances Informateurs clés	DRSP, DRFP/DSF /PLMI	Annuelle	Revue documentaire Interview des informateurs clés	La conjoncture économique s'y prête	
		E	VB-AD	90%						
		EN	VB-AD	90%						
		N	VB-AD	90%						
3.9. Le ratio d'augmentation du financement de la SRMNEA d'origine local sur l'augmentation du financement de la	Le ratio d'augmentation du financement de la SRMNEA d'origine local / Le ratio d'augmentation	Nive au Central	VB-AD	1 et plus	Revue des dépenses publiques Comptes nationaux de santé Budget de	DRFP DSF/PLMI	Annuelle	Revue documentaire	La conjoncture économique s'y prête	

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
SRMNEA d'origine extérieure est supérieur à 1	du financement de la SRMNEA d'origine extérieure				l'État/Loi des finances Informateurs clés					
<b>POUR LA CONTRIBUTION DES PARTENAIRES</b>										
3.10. Le taux de mise à disponibilité des fonds alloués par les partenaires techniques et financiers pour les services SRMNEA est de 85% au moins d'ici à fin 2020	Montant mobilisé par les partenaires pour la lutte contre la MMNIA/ Montant promis X 100	AD	VB-AD	85%	Rapport financier des partenaires Conventions et Mémoire d'entente avec le gouvernement	Partenaires DCOOP/D RFP DSF/PLMI	Annuelle	Revue documentaire et interview des informateurs clés	Les partenaires mobilisent suffisamment de financement	
		E	VB-AD	85%						
		EN	VB-AD	85%						
		N	VB-AD	85%						
3.11. Le pourcentage des donateurs/bailleurs finançant la lutte contre la MMNIA qui dédie leurs financements aux priorités identifiées dans le dossier d'investissement est d'au moins 85% d'ici à	Le nombre des partenaires finançant la lutte contre la MMNIA qui dédie leurs financements aux priorités identifiées dans le dossier d'investissement / Le nombre des	AD	VB-AD	85%	Rapport financier des partenaires Conventions et Mémoire d'entente avec le gouvernement	Partenaires DSF/PLMI	Annuelle	Revue documentaires et interview des informateurs clés	Les partenaires s'alignent au dossier d'investissement	
		E	VB-AD	85%						
		EN	VB-AD	85%						
		N	VB-AD	85%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
fin 2020	partenaires finançant la lutte contre la MMNIA X 100									
<b>L'AMELIORATION DE L'ALLOCATION DU BUDGET DE LA SANTÉ</b>										
3.12. La proportion des districts de santé ayant reçu au moins 75% des ressources financières allouées est de 80% au moins d'ici à fin 2020	Le N° des districts de santé enquêtés ayant reçu au moins 75% des ressources financières allouées/ Le N° des districts de santé enquêtés x 100	AD	VB-AD	80%	Rapport des districts	District DRSP DRFP/DSF /PLMI	Annuelle	Revue documentaire Interview des informateurs clés	Il y a transparence dans la communication des informations	
		E	VB-AD	80%						
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						
3.13. Le taux d'augmentation du montant du financement par le gouvernement des activités de lutte contre la MMNIA et pour la SR des adolescents est de 25% d'ici à fin 2020	Le montant du budget 2020 du gouvernement alloué aux activités de lutte contre la MMNIA - Le montant du budget 2016 du gouvernement alloué aux activités de lutte contre la	AD	VB-AD	VB+25 %	Revue des dépenses publiques Comptes nationaux de santé Budget de l'État/Loi des finances Informateurs clés	District DRSP DRFP DSF/PLMI	Annuelle	Revue documentaire Interview des informateurs clés	-	La distribution des fonds par niveau de la pyramide sanitaire est-elle rationnelle?
		E	VB-AD	VB+25 %						
		EN	VB-AD	VB+25 %						
		N	VB-AD	VB+25 %						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
	MMNIA/ Le montant du budget 2016 du gouvernement alloué aux activités de lutte contre la MMNIA x 100									
3.14. La proportion du budget du Gouvernement allouée aux activités de lutte contre la malnutrition augmente de 50% d'ici à fin 2020	Le montant du budget 2020 du gouvernement alloué à la lutte contre la malnutrition - le montant du budget 2016 du gouvernement alloué à la lutte contre la malnutrition / le montant du budget 2016 du gouvernement alloué à la lutte contre la malnutrition X 100	AD	VB-AD	VB+50 %	Revue des dépenses publiques Comptes nationaux de santé Budget de l'État/Loi des finances Informateurs clés	DRFP DPS/PLMI	Annuelle	Revue documentaire	-	La distribution des fonds par niveau de la pyramide sanitaire est-elle rationnelle?
		E	VB-AD	VB+50 %						
		EN	VB-AD	VB+50 %						
		N	VB-AD	VB+50 %						
3.15. La proportion du budget du MINSANTÉ allouée	Le budget du MINSANTÉ allouée aux	AD	VB-AD	VB+20 %	Revue des dépenses publiques	DRFP DSF/PLMI	Annuelle	Revue documentaire		La distribution
		E	VB-AD	VB+20 %						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
aux activités de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile et adolescents/jeunes dans les régions prioritaires augmente de 20% d'ici à fin 2020	activités de lutte contre la MMNIA dans les régions prioritaires en 2020 - Le budget du MINSANTÉ allouée aux activités de lutte contre la MMNIA dans les régions prioritaires en 2016 / Le budget du MINSANTÉ allouée aux activités de lutte contre la MMNIA dans les régions prioritaires en 2016 x 100	EN	VB-AD	VB+20 %	Comptes nationaux de santé Budget de l'État/Loi des finances Informateurs clés					des fonds par niveau de la pyramide sanitaire est-elle rationnelle?
		N	VB-AD	VB+20 %						
3.16. La proportion des dépenses des ménages pour le financement de la santé diminue en passant de 70,42% (Comptes nationaux de santé 2012) à maximum 55% d'ici à fin 2020	Les dépenses totales des ménages pour le financement de la santé en 2020/ Dépense total nationales pour la santé pour la santé X 100	National	70,42 %	55,00 %	Comptes nationaux de la santé	CIS/PLMI	Annuelle	Revue documentaire		
<b>4. Objectif spécifique 4 : Renforcer la gestion dans au moins 80% des structures de mise en œuvre pour l'exécution efficace des activités relatives</b>										

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
aux interventions à haut impact pour la santé mère enfant et adolescents dans les régions prioritaires d'ici à fin 2020										
RENFORCEMENT DE LA GESTION										
LA GESTION LOGISTIQUE DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET AUTRES INTRANTS										
4.1. La proportion des Hôpitaux de District/CMA/CSI n'ayant pas eu de rupture de stock des Intrants pour les interventions à haut impact (PCIME, SONEU, PF, nutrition/supplémentation, PEC & PREV. IST/VIH, Transfusion, Etc.) essentiels pendant les 3 derniers mois avant l'évaluation augmente de 8.5% (niveau national) à au moins 50%	le N° d'Hôpitaux de District, CMA, CSI enquêtés n'ayant pas eu de rupture de stock des Intrants pour les interventions à haut impact pendant les 3 derniers mois avant l'évaluation / le N° d'Hôpitaux de District, CMA, CSI enquêtés x 100	AD	8,50%	50%	Plan d'approvisionnement Rapport d'activités des structures de distribution des intrants fiche de stocks de la FOSA	DS/DRSP DPML DSF/PLMI	Annuelle	Revue documentaire	Il n'ya pas rupture de stock au niveau supérieur L'utilisation des outils de gestion est assurée La déperdition d'information via des systèmes parallèles d'information logistique La chaîne de froid est disponible et	Est ce que les structures en charge de la distribution des intrants ont des plans de distribution? Les structures en charges de la gestion des intrants disposent d'un organigramme et des programmes de travail?
		E	8,50%	50%						
		EN	8,50%	50%						
		N	8,50%	50%						



NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
									fonctionnelle à tous les niveaux.	
4.2. La proportion de médicaments non conformes à la réglementation, et /ou n'ayant pas été préalablement contrôlés par le LANACOME avant leur dispensions et /ou n'ayant pas la qualité requise au contrôle de qualité sur le terrain est diminuée à moins de 20% d'ici à fin 2020 dans toutes les régions (Baseline à déterminer)	N° de produits contrôlés qui répond aux attentes/ N° de produits contrôlés X100	AD	VB-AD	20%	Rapport d'enquête des points de distribution des produits.	LANACOME DRSP	Annuelle	Revue documentaire Observation directe	Les points de distribution des produits jouent la transparence et coopèrent.	
		E	VB-AD	20%						
		EN	VB-AD	20%						
		N	VB-AD	20%						
4.3. La proportion des districts de santé disposant d'un dépôt de produits sanguins fonctionnel est d'au moins 20% d'ici à fin 2020 dans toutes les régions prioritaires.	Le N° de districts de santé enquêtés disposant d'un dépôt de produits sanguins fonctionnel/ le N° de districts de santé enquêtés x	AD	VB-AD	20%	Rapport des districts de santé	DRSP PNTS DSF/PLMI	Annuelle	Revue documentaire Observation directe	Existence des démembrements régionaux du système national de collecte, qualification biologique, production, stockage et distribution	Existe-t-il des mécanismes permettant la mise à disposition des produits sanguins à temps en cas de besoins?
		E	VB-AD	20%	Rapport d'activités de routine des FOSA disposant des dépôts					
		EN	VB-AD	20%						
		N	VB-AD	20%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
	100				de produits sanguins fonctionnels				des produits sanguins  La chaine de froid est fonctionnelle à tous les niveaux	
<b>SUPERVISION/INSPECTION/CONTRÔLE/AUDIT</b>										
4.4. La proportion des supervisions menées avec production de rapport et plans de résolution des problèmes sur le nombre prévu est de 80% au moins à tous les niveaux d'ici à fin 2020	Le N° d'activités de supervisions mené avec production de rapport et plan de résolution des problèmes/Le N° de supervisions prévu aux niveaux district, régional et central X 100	AD	VB-AD	80%	Rapports de supervision de routine, Plans de résolution des problèmes, Rapports de résolutions des problèmes	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Annuelle	Revue documentaire	Les moyens pour la conduite des activités sont disponibles	Les superviseurs assurent-ils un appui technique aux supervisés entre 2 supervisions ?
		E	VB-AD	80%						
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						
4.5. La proportion des districts ayant eu un quitus (bon résultat d'audit) suite à un audit managérial et financier est de 80% au moins d'ici à fin 2020	Le N° de districts audités ayant eu un quitus suite à un audit managérial et financier / Le N° de districts audités	AD	VB-AD	80%	Rapport d'audit, PV des réunions	DRSP DSF/PLMI	Annuelle	Revue documentaire	-	Y a-t-il des sanctions effectives et appropriées, suite aux audits
		E	VB-AD	80%						
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						
4.6. La	Le N° de districts	AD	VB-AD	80%	Rapports	FOSA	Annuelle	Revue	Les moyens	La prise en

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
proportion des districts avec un mécanisme de contrôle social intégré dans leurs structures de gestion ex. COGEDI (avec représentation de la société civile et les femmes) et qui tient des réunions au moins trimestriellement est de 80% au moins d'ici à fin 2020	enquête ayant un mécanisme de contrôle social intégré dans leur comité de gestion et qui tient des réunions au moins trimestriellement / Le N° de districts enquêtés X 100	E	VB-AD	80%	des activités des districts et des FOSA, rapports des réunions d'interface entre la communauté et les FOSA	District DRSP DSF/PLMI		documentaire Enquête du terrain	pour la conduite des activités sont disponibles	compte des opinions venant de la communauté est-elle effective?
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						
4.7. La proportion des inspections/contrôles menées avec production de rapport sur le nombre prévu à tous les niveaux est de 80% au moins d'ici à fin 2020.	Le N° d'activités d'inspections/contrôles menés avec production de rapport aux niveaux district, régional et central /Le N° de inspections/contrôles prévus aux niveaux district, régional et central x 100	AD	VB-AD	80%	Rapport des inspections /contrôle, PV des réunions de débriefing	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Trimestrielle annuelle	Revue documentaire Enquête du terrain	les moyens pour la conduite des activités sont disponibles	Y a-t-il des sanctions effectives et appropriées, suite aux contrôles/inspections?
		E	VB-AD	80%						
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						
<b>SNIS/SUIVI/EVALUATION</b>										

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
4.8. La proportion des districts de santé ayant un système de gestion des données DHIS2 (y compris celles sur les décès maternels et périnataux) fonctionnel (taux de complétude d'au moins 80%, analyse locale/prise des décisions et 100% d'envoi de rapports vers la région), est de 80% au moins d'ici à fin 2020	Le No. districts de santé enquêtés ayant un système fonctionnel de gestion des données / Le N° de districts de santé enquêtés X 100	AD	VB-AD	80%	Rapports des enquêtes des FOSA Rapport d'activités de routine portail PBF	DRSP CIS DSF/PLMI	Annuelle	Revue documentaire	Existence d'un dispositif de transport numérique des données Un personnel qualifié est responsable des activités.	Quel est le taux de rapports qui est suivi par un feedback?
		E	VB-AD	80%						
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						
4.9. La proportion des aires de santé dans les districts qui assure le suivi évaluation des interventions nutritionnelles à base communautaire est d'au moins 40% d'ici à fin 2020	Le No. d'aires de santé enquêtés qui assure le suivi évaluation des interventions nutritionnelles à base communautaire/Le No. d'aires de santé enquêtés X 100	AD	VB-AD	40%	Rapport des enquêtes des FOSA Rapport d'activité de routine	District DRSP DPS DSF/PLMI	Trimestrielle	Revue documentaire	-	-
		E	VB-AD	40%						
		EN	VB-AD	40%						
		N	VB-AD	40%						
4.10. La proportion des districts de santé	Le N° de districts de santé	AD	VB-AD	80%	Rapport des enquêtes	DRSP DRFP	Trimestrielle	Revue documentaire	Il y a transparenc	-
		E	VB-AD	80%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
ayant un mécanisme de suivi des ressources financières à jour est de 80% au moins d'ici à fin 2020	enquêtés ayant un système de suivi des ressources financières à jour/ Le N° districts de santé enquêtés X 100	EN	VB-AD	80%	des FOSA Rapport d'activité de routine	DSF/PLMI	annuelle, quinquennale		e dans la gestion des ressources financières allouées (par ex. utilisation de l'outil Indice)	
		N	VB-AD	80%						
4.11. La proportion des districts de santé ayant un taux de réalisation de leur plan de SE d'au moins 85% est d'au moins 80% d'ici à fin 2020	Le N° de districts ayant un taux de réalisation de leur plan de SE d'au moins 85%/ N° de district enquêté X 100%	AD	VB-AD	80%	Rapport des enquêtes des FOSA Rapport d'activité de routine	DRSP DSF/PLMI	Trimestrielle Annuelle	Revue documentaire		
		E	VB-AD	80%						
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						
4.12. La proportion des régions & districts de santé ayant un taux de réalisation de 80% de leur plan intégré de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infantile et la morbidité SR des adolescents/jeunes est d'au moins 80%	Le N° de districts ayant un taux de réalisation de leur plan de lutte contre la MMNIA d'au moins 85%/ N° de district enquêté X 100%	AD	VB-AD	80%	Rapport des enquêtes des FOSA Rapport d'activité de routine	DRSP DSF/PLMI	Trimestrielle Annuelle	Revue documentaire		
		E	VB-AD	80%						
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
d'ici à fin 2020										
4.13. Le taux de réalisation des plans d'action de recherche action au niveau central et au niveau régional est d'au moins 60% d'ici à fin 2020	Le N° d'activités de recherche opérationnelle réalisées au niveau district et régional/Le N° de recherches opérationnelles prévu au niveau district et régional X 100	AD	VB-AD	60%	Rapports d'activité des structures du niveau central et régional	DRSP DROS DSF/PLMI	Trimestrielle	Revue documentaire	Les moyens pour la conduite des activités sont disponibles	
		E	VB-AD	60%						
		EN	VB-AD	60%						
		N	VB-AD	60%						
<b>AUDITS DES DECES</b>										
4.14. La proportion des recommandations issues des revues des décès maternels et périnataux mise en œuvre est d'au moins 80% au niveau district régional et national d'ici à fin 2020	Le N° des recommandations issues des revues des décès maternels et périnataux mise en œuvre/ Le N° de recommandations issues des revues des décès maternels et périnataux X 100	AD	VB-AD	90%	Rapport d'activités des FOSA Rapport de revues	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Mensuelle Trimestrielle Annuelle	Revue documentaire	Les décès sont effectivement déclarés	Les comités de revue /audit des DM sont mis en place; les communautés sont sensibilisées
		E	VB-AD	90%						
		EN	VB-AD	90%						
		N	VB-AD	90%						
4.15. La proportion des décès maternels et périnataux déclarés qui font	Le N° de décès maternels et périnataux déclarés qui font	AD	VB-AD	60%	Rapport d'activités des FOSA Rapport de	FOSA District DRSP DSF/PLMI	Mensuelle Trimestrielle Annuelle	Revue documentaire	Les décès sont effectivement déclarés.	
		E	VB-AD	60%						
		EN	VB-AD	60%						
		N	VB-AD	60%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
l'objet d'une revue avec production d'un plan de réponse dans les districts de santé est d'au moins 60% d'ici à fin 2020	l'objet d'une revue avec production d'un plan de réponse dans les districts de santé/Le N° de décès maternels et périnataux déclarées au niveau district et régional X 100				revues					
<b>L'ENREGISTREMENT D'ÉTAT CIVIL</b>										
4.16. La population par centre d'enregistrement d'état civil est de 10000 au trop d'ici à fin 2020	N° de population/ N° de centre d'enregistrement d'état civil	AD	VB-AD	5000	Cartographie de Centres d'État Civil Atlas de l'état civil	BUNEC	Quinquennale avec actualisation annuelle	Enquête du terrain Arrêtés de création des Centres d'état civil	Disponibilité financière	
		E	VB-AD	5000						
		EN	VB-AD	5000						
		N	VB-AD	5000						
4.17. La proportion des centres d'enregistrement d'état civil avec au moins un personnel qualifié est d'au moins 80% d'ici à fin 2020	Centres d'enregistrement d'état civil avec au moins un personnel qualifié/ centres d'enregistrement d'état civil X 100	AD	VB-AD	80%	Rapports d'activités Évaluation du système d'état civil	BUNE,	Annuelle et Quinquennale	Enquête du terrain Revue des documents	Disponibilité financière	
		E	VB-AD	80%						
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						
4.18. Les textes régissant l'état civil	Existence des textes régissant	AD	VB-AD	1	Textes régissant	MINATD et	Annuelle	Revue des documents		
		E	VB-AD	1						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
sont arrimés aux standards internationaux	l'état civil qui sont arrimés aux standards	EN	VB-AD	1	l'état civil	BUNEC				
		N	VB-AD	1						
4.19. La proportion des Centres d'enregistrement d'état civil avec le paquet minimum des registres, et équipements pour archivage (physique et/ou numérique) est d'au moins 80% d'ici à fin 2020	Le N° de centres d'enregistrement d'état civil avec le paquet minimum/ centres d'enregistrement d'état civil X 100	AD	VB-AD	80%	Rapports d'activités Évaluation du système d'état civil	BUNEC	Annuelle	Enquête du terrain Revue des documents	Disponibilité des financements	
		E	VB-AD	80%						
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						
4.20. La proportion des enfants de moins de 5 ans dont la déclaration de naissance et établissement de l'acte de naissance sont faits est de 75% au moins d'ici à fin 2020	Le N° d'enfants de moins de 5 ans dont la déclaration de naissance et établissement des actes de naissance sont faits / N° d'enfants de moins de 5 ans X 100	AD	VB-AD	75%	Rapports d'enquête	BUNEC	Biannuelle	Enquête communautaire	Les parents s'y prêtent	
		E	VB-AD	75%						
		EN	VB-AD	75%						
		N	VB-AD	75%						
4.21. La proportion des décès (intra hospitaliers et communautaires) qui	Le N° de décès enquêtés qui sont enregistrés / N° de décès	AD	VB-AD	50%	Rapports d'enquête Registres des	BUNEC MINSANTÉ	Biannuelle	Enquête communautaire Enquêtes	L'interopérabilité entre les centres	
		E	VB-AD	50%						
		EN	VB-AD	50%						
		N	VB-AD	50%						



NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
ont fait l'objet d'un enregistrement avec cause de décès identifiée augmente à au moins 50%	enquêtés X 100				Formations sanitaires et des Centres d'état civil			des FOSA et des centres d'état civil. Revue documentaire	d'état civil et les FOSA existe. Les parents s'y prêtent	
4.22. La proportion des communes avec une interopérabilité fonctionnelle entre les Centres d'état civil et les services partenaires tel que la santé et la justice est d'au moins 80% d'ici à fin 2020	Le N° de communes dont le mode d'interopérabilité fonctionnelle entre les centres l'état civil et les services partenaires/ N° de communes enquêté X 100	AD	VB-AD	80%	Rapports d'enquête Rapports d'activités	BUNEC	Annuelle	Enquêtes des FOSA et des centres d'état civil. Revue documentaire		
		E	VB-AD	80%						
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						
4.23. La proportion des centres d'enregistrement d'état civil qui mène les activités d'enregistrement d'état civil avec délivrance des certificats appropriés en stratégie fixe et avancée est d'au moins 80% d'ici à fin	Le N° de centres d'enregistrement d'état civil qui mène les activités d'enregistrement d'état civil avec délivrance des certificats appropriés en stratégie fixe et avancée/N° enquêté X 100	AD	VB-AD	80%	Rapports d'enquête Rapports d'activités	BUNEC				
		E	VB-AD	80%						
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
2020										
4.24. Une base de données nationale sur l'état civil sécurisée, fonctionnelle et auto financée est mise en place d'ici à fin 2020	Existence d'une base de données nationale sécurisée, fonctionnelle et auto financée	National	0	1	Rapports d'activités	BUNEC	Annuelle	Observation		
COLLABORATION/ COORDINATION										
4.25. La proportion des structures de mise en œuvre et de suivi qui tiennent un minimum de 75% des réunions de coordination des acteurs multisectoriels de mise en œuvre prévues est d'au moins 80% d'ici à fin 2020	Le N° de structures de mise en œuvre et de suivi qui tiennent un minimum de 75% des réunions de coordination des acteurs multisectoriels de mise en œuvre prévues/ N° de structures de mise en œuvre et de suivi enquêtées X 100	AD	VB-AD	80%	Plans d'actions Rapports des réunions	DS DRSP DSF PLMI	Annuelle	Revue documentaire	Les PV des réunions sont produits systématiquement.	
		E	VB-AD	80%						
		EN	VB-AD	80%						
		N	VB-AD	80%						
4.26. La proportion des structures de mise en œuvre et de suivi dont au moins 90% des résolutions	Le N° de structures de mise en œuvre et de suivi dont au moins 90% des	AD	VB-AD	90%	Rapports des réunions Les registres de	DS DRSP DSF	Annuelle	Revue documentaire	Les registres de suivi des résolutions sont tenus	
		E	VB-AD	90%						
		EN	VB-AD	90%						
		N	VB-AD	90%						

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
prises au cours des réunions de coordination des acteurs multisectoriels sont suivis d'actions appropriées est de 80% au moins d'ici à fin 2020	résolutions prises au cours des réunions de coordination des acteurs multisectoriels sont suivis d'actions appropriées/ N° de structures de mise en œuvre et de suivi enquêtées X 100				suivi des résolutions				régulièrement.	
4.27. La proportion des résolutions prises au cours des réunions de coordination qui sont suivi d'action telle que recommandée, est d'au moins 75% à tous les niveaux d'ici à fin 2020	Le N° de résolutions prises au cours des réunions de coordination qui sont suivi d'action/ Le N° de résolutions prises au cours des réunions de coordination X 100	AD	VB-AD	75%	Rapports des réunions Les registres de suivi des résolutions	DS DRSP DSF	Annuelle	Revue documentaire	Les registres de suivi des résolutions sont tenus régulièrement.	
		E	VB-AD	75%						
		EN	VB-AD	75%						
		N	VB-AD	75%						
<b>LA GESTION DE LA QUALITE DES PRESTATIONS</b>										
4.28. La proportion	Le N° de districts	AD	VB-AD	75%	Plans	DS	Annuelle	Revue		

NIVEAU D'OBJECTIF /OBJECTIFS /INDICATEUR / RESULTATS ATTENDUS	MODE DE CALCUL	LOCALITE	VALEUR DE BASE	VALEUR CIBLE EN 2020	SOURCES DES DONNEES/ INFORMATION	NIVEAUX DE COLLECTE ET EXPLOITATION	FREQUENCE DE MESURE	METHODE DE MESURE	RISQUES ET SUPPOSITIONS	AUTRES QUESTIONS D'ANALYSES DES PERFORMANCES
des districts de santé et de région avec un plan d'assurance de la qualité des prestations exécuté à au moins 50% est de 75% au moins d'ici à fin 2020	de santé et de région avec un plan d'assurance de la qualité des prestations exécuté à au moins 60% / N° de districts de santé et de région X 100	E	VB-AD	75%	d'actions Rapports d'activités Rapports d'enquête des districts	DRSP DSF		documentaire		
		EN	VB-AD	75%						
		N	VB-AD	75%						

## **ANNEXE 3 : PROCESSUS D'ELABORATION DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT**

### **INTRODUCTION**

Suite à l'éligibilité du Cameroun en Juillet 2015 au Mécanisme de Financement Mondial en Soutien à Chaque Femme-Chaque Enfant (GFF), le pays a utilisé cette nouvelle opportunité, pour revoir son approche pour la lutte contre la mortalité maternelle et infanto-juvénile. Dans le cadre de l'élaboration du dossier d'investissement, le Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile (PLMI) qui pilote ce travail, a lancé un processus de consultation et concertation avec un grand nombre de parties prenantes à caractère multisectoriel. Cette approche inclusive visait à élaborer un plan de résolution des problèmes prioritaires de santé axé sur l'équité, plus réaliste et réalisable, qui propose des interventions à haut impact sur la base des données probantes. Partant des ressources disponibles, ce processus vise à mobiliser des ressources supplémentaires afin de réduire les écarts observés. La complémentarité entre les acteurs reste une considération importante et les avantages comparatifs des différentes parties prenantes sont à capitaliser pour le bien commun. Puisque les écarts ont tendance à être particulièrement importants dans les zones défavorisées et difficiles d'accès et contribuent à des inégalités en matière de santé, les populations les plus démunies et celles dans les zones d'accès difficile seront particulièrement visées. C'est dans cette optique que, sous la présidence du Ministre de la Santé Publique, un processus de ralliement de toutes les parties prenantes à l'initiative GFF et à la priorisation des interventions et des zones d'action prioritaires a été mené. L'objectif principal est d'optimiser les chances de résoudre les problèmes liés à la santé de la reproduction parmi les groupes les plus vulnérables que constituent les mères les nouveau-nés, les enfants et les adolescents/jeunes.

### **LA PLATE-FORME NATIONALE DU GFF AU CAMEROUN**

Comme énoncé plus haut, dès le départ, le Cameroun a voulu cette plate-forme la plus inclusive possible et a utilisé les structures nationales existantes pour coordonner la vision globale et l'architecture du processus d'élaboration du dossier d'investissement. A noter qu'une stratégie de financement de la santé est également en cours d'élaboration.

Alors que le PLMI est chargé de suivre l'élaboration du dossier d'investissement, le Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la SSS (CP-SSS) constitue la base de la plateforme nationale GFF avec pour rôle d'assurer la coordination générale du processus. Ce CP-SSS étant déjà multisectoriel, il a été rendu plus inclusif dans ce processus. C'est ainsi que les organismes impliqués dans l'état civil sont également membres de cette plateforme nationale. Par ailleurs, il y a eu l'implication effective dans la plateforme des secteurs publics partenaires, des composantes des Organisation de la Société Civile et du Secteur privé.

## LE PROCESSUS

Le processus d'élaboration du dossier d'investissement peut être décliné en plusieurs étapes principales qui pour des raisons de compréhension sont présentées chronologiquement dans le graphique 45 du dossier d'investissement, mais qui ont été déroulées de façon simultanée pour certaines.

### A) RALLIEMENT DES PARTIES PRENANTES ET LANCEMENT OFFICIEL

Le ralliement des principales parties-prenantes au processus d'élaboration du dossier d'investissement a été marqué par deux grands événements à savoir :

- a. L'atelier de consultation nationale sur le Mécanisme de Financement Mondial en Soutien à Chaque Femme, Chaque Enfant qui s'est tenu les 26 et 27 Octobre 2015, sous la présidence de Monsieur le Ministre de la Santé Publique à l'Hôtel Hilton de Yaoundé, en présence des membres du gouvernement concernés ou leurs représentants, des organismes Internationaux, des partenaires au développement, des administrations partenaires, acteurs du secteur privé et de la société civile œuvrant dans le domaine de la santé, ordres professionnels et sociétés savantes, et les hauts responsables du MINSANTE. Cet atelier a par ailleurs servi de cadre de lancement des activités d'élaboration du « Dossier d'investissement » et de la « Stratégie de financement de la santé ».

Cet atelier avait pour objectifs de :

- o Organiser une consultation nationale sur le GFF en vue de susciter l'engagement des partenaires et du Gouvernement dans l'accroissement des financements pour la santé sexuelle et de reproduction, la santé de la mère et de l'enfant ;
  - o Créer les conditions favorables pour l'alignement et l'harmonisation de l'aide internationale au développement dans le cadre des programmes de santé en faveur de l'initiative « Chaque femme, Chaque enfant » ;
  - o Engager un dialogue de haut niveau pour optimiser les réformes en cours sur la CSU ;
  - o Jeter les bases pour le renforcement des services d'état civil en vue de l'enregistrement régulier des naissances, des décès et des causes de décès touchant les femmes et les enfants.
- b. La réunion technique de suivi de l'avancement des activités y relatives qui s'est tenu le 29 Janvier 2016, dans la Salle des conférences du ministère de la santé publique, sous la présidence du Secrétaire Général dudit ministère, en présence des représentants des services du Premier Ministre, des représentants des ministères partenaires (MINPROFF, MINESEC, MINEPAT, MINFI, et MINEDUB...), des partenaires techniques et financiers y compris ceux du système des Nations Unies etc.), des représentants de la société civile et des sociétés savantes du secteur de la santé, des personnalités ressources, avait pour principal objectif de suivre la mise en œuvre des recommandations de la consultation nationale du 26 et 27 Octobre 2015, notamment, celles relatives à l'élaboration du dossier d'investissement et de la stratégie de financement de la santé. Elle a servi aussi d'occasion de mobilisation de nouvelles parties prenantes.

c. Atelier d'information et de briefing sur le GFF à l'intention des membres des organisations de la société civile œuvrant dans la santé reproductive, maternelle, néonatale, infanto juvénile et de l'adolescent tenu à Yaoundé, au Monastère des Bénédictins, le 03 Février 2016. Cet atelier a connu la participation d'une trentaine d'OSCs issues des dix régions du pays. L'atelier avait pour objectif général d'imprégner les OSCs camerounaises sur le mécanisme GFF et l'importance de leur rôle dans cette initiative. Il s'agissait plus spécifiquement de :

- Présenter la stratégie nationale de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile ;
- Présenter la vision du GFF et la Stratégie Mondiale pour la Santé des Femmes, des Enfants et des Adolescents 2016-2030 ;
- Discuter du rôle et de l'implication des OSCs dans la plateforme nationale GFF ;
- Etablir les critères d'inclusion des OSCs dans la Plateforme nationale du GFF.

Les trois grandes rencontres suscitées, avaient pour objectif principal de solliciter un engagement au plus haut niveau des différentes institutions partenaires. Parallèlement, des consultations bilatérales ont été organisées avec les équipes techniques du Ministère de la Santé Publique, les partenaires au développement, les administrations partenaires, les membres de la société civile, aussi bien au niveau central qu'au niveau périphérique pour faciliter leur appropriation du processus.

## **B) CONSTITUTION DES COMITÉS D'ÉLABORATION ET DE SUIVI DU PROCESSUS**

Le ministre de la santé publique a désigné les membres du comité de rédaction du dossier d'investissement qui ont été repartis en sous-groupes techniques de travail par domaine. Les experts représentant les partenaires techniques et financiers faisaient partie des différents sous-groupes qui ont travaillé sous la coordination du PLMI.

## **C) ANALYSE SITUATIONNELLE (EQUIST)**

L'analyse situationnelle a été faite avec l'outil EQUIST au cours d'un atelier qui a vu la participation des experts venant de tous les secteurs et des partenaires impliqués dans la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile et la santé des adolescents/jeunes. En préparation à cet atelier les consultants ont procédé à une revue documentaire permettant de rassembler certaines données sur les différents indicateurs de morbidité/mortalité et de niveau de couverture des interventions à haut impact. L'analyse a permis de mieux comprendre les problèmes et d'apprécier l'impact des interventions pouvant entraîner la réduction de la mortalité néonatale, infantile, infanto-juvénile et maternelle, par domaine d'intervention. Des scénarii correspondant aux, et combinant les différents domaines d'intervention retenus pour le dossier d'investissement ont été considérés. Pour chaque scénario, seuls les 3-4 principales causes de mortalité/morbidité par domaine ont été incluses dans le modèle. L'outil EQUIST a par la suite proposé des interventions à haut impact pouvant adresser les pathologies. L'outil a également généré les goulots d'étranglement systémiques qui empêchent la bonne couverture des interventions et proposé des solutions aux goulots identifiés. Pour le but de l'analyse, les goulots ont été considérés comme complètement levés une fois les interventions

appropriées mise en œuvre, donnant ainsi la possibilité de pouvoir estimer l'impact des interventions à haut impact sur la mortalité en question. La mesure de l'impact des interventions s'est effectuée par l'estimation du nombre de vies sauvées, mais aussi des implications budgétaires, notamment le coût par habitant.

#### **D) REUNIONS DE PLAIDOYER POUR L'IMPLICATION TECHNIQUE DE TOUS**

Au cours des réunions organisées sous la présidence du Ministre de la Santé publique et/ou du Secrétaire Général pendant les premières étapes du processus, le plaidoyer a été mené en direction des institutions partenaires sollicitant ainsi leur pleine participation, le but étant d'obtenir :

- leur collaboration avec l'équipe de consultants qui devait passer dans leurs bureaux respectifs pour recueillir les données afin d'établir la cartographie des ressources
- la pleine participation de leurs experts SRMNEA dans le processus d'élaboration du document.

Par la suite, l'équipe du PLMI a rencontré les personnes concernées notamment les responsables des directions techniques clés du MINSANTÉ et les partenaires techniques et financiers du MINSANTÉ. Ces rencontres ont permis de mieux préciser les détails des activités où leurs contributions s'avéraient nécessaires, tout en leur rendant compte de l'évolution du processus.

#### **E) ATELIER DE REFLEXION SUR LES PROBLEMES PRIORITAIRES ET SOLUTIONS**

Le processus de priorisation a consisté en une combinaison de considérations techniques basées sur les données probantes issues de l'analyse effectuée avec l'outil EQUIST et l'utilisation des avis éclairés des techniciens. Tout ceci a donné lieu à un examen des alternatives consensuelles proposées par les participants.

Il y a eu trois grandes phases du processus:

- La phase préparatoire
- La phase de priorisation proprement dite en atelier
- La phase post atelier de raffinement des priorités

##### **La phase préparatoire à la priorisation des problèmes et interventions**

Un groupe technique a mené la réflexion sur les critères de priorisation à utiliser (approche multicritère) et la manière de les exploiter. Par exemple, la nécessité d'établir des priorités en tenant compte:

- des questions thématiques (priorités épidémiologiques)
- du plan géographique (par région)
- du niveau d'équité entre les bénéficiaires (par quintiles de pauvreté)

Le consensus sur le processus de priorisation et de ses critères a été fait dans le cadre :

- de groupes de travail technique composés de membres de diverses institutions partenaires



- d'une série de réunions bilatérales avec d'autres partenaires provenant d'autres secteurs, visant à les informer sur le processus en cours/les résultats ; et de solliciter aussi leur soutien/participation pour la suite.

### **La priorisation des problèmes et interventions proprement dits en atelier**

Elle a été réalisée au cours de deux ateliers :

- l'atelier de renforcement des capacités utilisant l'outil EQUIST qui était plus technique et a permis de créer un certain nombre de scénarios avec différentes interventions portant sur diverses entités pathologiques pour voir les résultats possibles, ce qui a abouti à :
  - Définir les populations prioritaires
  - Prioriser les problèmes de santé
  - Prioriser les interventions de santé à haut impact
  - Prioriser les goulots d'étranglement
  - identifier les causes des goulots d'étranglement
  - Sélectionnez les stratégies nécessaires pour dénouer les goulots d'étranglement et
  - Estimer le coût-efficacité de différents scénarios d'interventions et le nombre de vies sauvées.
- un autre atelier de priorisation basé sur les données mais prenant également en compte les expériences des participants. Il visait le développement de consensus autour des résultats des travaux techniques et a impliqué plus de parties prenantes. Sous forme de travaux de groupe par domaine, les participants ont abouti au consensus recherché.

### **Le processus de raffinement des problèmes et interventions prioritaires (post-atelier de priorisation)**

Suite à l'atelier de priorisation, une équipe technique plus restreinte mise en place par le Ministre de la Santé Publique a travaillé sur les orientations issues de cet atelier pour mieux cibler les problèmes et interventions. Pour cela, l'équipe d'experts a recréé à l'aide de l'outil EQUIST, un certain nombre de scénarios avec différentes interventions portant sur diverses entités pathologiques et couvrant les régions sélectionnées. L'équipe a, avec l'aide de cet outil, ré-analysé la situation dans ces régions et domaines définis au cours de l'atelier de priorisation pour :

- préciser les interventions de santé à plus haut impact
- identifier les plus grands goulots d'étranglement à lever en tenant compte du contexte des 4 régions
- préciser les stratégies nécessaires pour dénouer les goulots d'étranglement

Comme dans l'analyse situationnelle décrite plus haut, l'outil EQUIST a été utilisé, et pour chaque domaine, seuls les 3-4 principales causes de mortalité/morbidité ont été incluses dans le modèle.

## **Cartographie de ressources**

Au cours des réunions organisées sous la présidence du Ministre de la Santé Publique ou du Secrétaire Général durant les premières étapes du processus, le plaidoyer a été fait en direction des institutions partenaires sollicitant leur collaboration avec l'équipe de consultants visant à faciliter l'accès aux données. Sur cette base, les consultants, avec la collaboration du personnel technique des différents partenaires, ont conçu un canevas ainsi qu'une méthodologie de collecte d'information/données. Par la suite la majorité des partenaires ont assuré le remplissage des outils, avec le soutien des consultants pour certains. Quelques institutions ont simplement donné leurs plans d'action budgétisés pour exploitation par les consultants en vue d'extraire les informations/données nécessaires.

## **Élaboration des cadres logique et de suivi évaluation des activités opérationnelles, et les modalités de déroulement sur le terrain**

Exploitant les résultats des ateliers susmentionnés, les consultants ont proposé un cadre logique et une matrice de suivi et d'évaluation aux sous-groupes techniques spécifiques au domaine. Alors que le premier document visait à établir la logique verticale et horizontale entre les différents niveaux de résultats, leurs indicateurs et sources de données, le deuxième est allé plus loin pour fixer des orientations permettant le suivi de l'accomplissement des objectifs fixés / résultats tout au long de la mise en œuvre. Ces documents ont été examinés dans les sous-groupes respectifs pour leur pertinence, leur logique interne et le respect des orientations données dans les documents stratégiques nationaux de leurs domaines respectifs. À la suite des apports techniques de ces sous-groupes de travail techniques, les consultants ont procédé à l'élaboration des activités opérationnelles nécessaires à l'accomplissement des résultats retenus. Encore une fois, cette partie du travail a été envoyée aux sous-groupes techniques spécifiques des domaines pour examen et contributions, qui ont ensuite été intégrés par les consultants dans les documents.

## **F) CONSULTATION DES ACTEURS RÉGIONAUX**

Après la prise en compte dans les documents des inputs des uns et des autres au niveau central, le Coordonnateur du PLMI et les Consultants ont entamé une mission dans l'une des régions prioritaires avec pour objectif de passer en revue les orientations retenues pour la mise en œuvre des interventions de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile, avec les acteurs de mise en œuvre dans cette région. Plus spécifiquement, il s'agissait de discuter avec les interlocuteurs les points saillants suivants devant faire partie du dossier d'investissement :

- L'organisation de la lutte contre la mortalité maternelle, infantile et néo-natale sur le terrain : défis et perspectives (Région, District, Aire de santé) ;
- Le PBF : sa mise en œuvre, son ancrage institutionnel, ses points forts, ses défis et points faibles dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile, les perspectives, ... ;

- Le projet chèque santé : sa mise en œuvre, son ancrage institutionnel, ses points forts, ses défis et points faibles dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile, les perspectives, ...
- Le projet filets sociaux : sa mise en œuvre, son ancrage institutionnel, ses points forts, ses défis, les perspectives, ...
- La place de la société civile et des leaders d'opinion dans la lutte contre la mortalité maternelle, infantile et néo-natale ;

L'équipe a ainsi rencontré les acteurs de tous les niveaux (régional, district, points de prestation des soins et communauté y compris les autorités traditionnelles) et secteurs (privé non-lucratif et lucratif, public etc), et a recherché leurs avis sur le projet du dossier d'investissement, permettant ainsi d'enrichir le document sur la base des expériences de terrain.

### **Le séjour s'est déroulé comme suit**

Le premier jour a été consacré à la tenue d'une réunion avec les responsables des services régionaux, les partenaires au développement, les partenaires nationaux et des organisations de la société civile travaillant dans la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile dans la région de l'Extrême-Nord.

Les deux jours suivants ont été consacrés aux entretiens avec des acteurs clés et la visite de deux districts de santé afin de toucher du doigt les expériences du terrain. Le choix des districts de santé s'est fait conjointement et de façon raisonnée avec les responsables régionaux sur l'approche de cas contrastés, prenant en compte un district performant et un district moins performant. Il s'est agi des districts de santé de Guidiguis (district de santé performant) et de Meri (district de santé moins performant).

Le quatrième jour a été essentiellement consacré à une rencontre avec l'autorité traditionnelle et au débriefing avec le DRSP-EN avant le retour à Yaoundé.

### **G) ATELIER DE CONSENSUS SUR LE CADRE LOGIQUE, LE CADRE DE SUIVI EVALUATION, ET LES ACTIVITES**

Après la prise en compte des contributions des différents experts sur les éléments ci-dessus mentionnés, un atelier de consensus a été organisé. Tout en assurant une représentation suffisante des acteurs de tous les niveaux (central, régional, district, points de prestation des soins et communauté), et secteurs (privé non-lucratif et lucratif, public etc), les différents experts de toutes les parties prenantes pouvant contribuer au contenu technique du document y ont été conviés. L'objectif général de l'atelier visait à valider le cadre logique, le cadre de suivi/évaluation, les interventions stratégiques et définir les activités détaillées de mise en œuvre qui en découlent. Plus spécifiquement il s'est agi de :

- Présenter et valider le cadre logique
- Présenter et valider les interventions stratégiques
- Élaborer les activités de mise en œuvre

- Élaborer une feuille de route pour la finalisation et la validation nationale du dossier d'investissement SRMNEA.

Quarante-cinq sur les 62 participants attendus au total ont pris part à cet atelier, dont 13 PTF, 4 OSC, 4 du secteur privé et 41 de diverses administrations publiques.

## H) BUDGETISATION

La budgétisation a été faite à l'aide de l'outil One Health (OHT-One HealthTool). Cet outil exploite, les couvertures de base des populations par les interventions à haut impact et les couvertures souhaitées pour projeter les coûts et les impacts à terme des interventions. Pour le faire, un certain nombre d'hypothèse d'estimation des coûts a été formulé pour prendre en compte le contexte de travail. Il s'agit de :

- **Hypothèse 1** : les couvertures des interventions de base et ciblées produites par EQUIST ont été retenues et transférées dans l'outil One Health pour le scénario 1 ;
- **Hypothèse 2** : les interventions à haut impact retenues dans l'outil EQUIST pour chaque scénario ont été utilisées dans l'outil One Health ;
- **Hypothèse 3** : le ratio de mortalité maternelle est identique dans toutes les régions par manque d'information désagrégée pour cet indicateur ;
- **Hypothèse 4** : les activités d'appui sont identiques pour chaque région ;
- **Hypothèse 5** : les coûts des intrants liés au traitement sont ceux pratiqués au niveau mondial et la posologie par individu est la même pour toutes les régions.

Par la suite, un travail de rattrapage a été effectué avec Excel compte tenu du caractère globalisant et stratégique de l'outil One Health.

## I) REDACTION DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT

Entre les grandes rencontres donnant des orientations à suivre, les travaux techniques pour l'élaboration du dossier d'investissement se sont poursuivis avec la facilitation des consultants, prenant alternativement la forme des ateliers, des travaux en sous-groupes techniques thématiques (groupes de mortalité maternelle, de mortalité des nouveau-nés, groupe nutrition, groupe adolescent et groupe sur l'enregistrement d'état civil et statistiques vitales) et des consultations entre des équipes techniques et les partenaires au développement, les partenaires des secteurs apparentés, les membres de la société civile, aussi bien au niveau central qu'au niveau périphérique.

Après la collecte de tous ces éléments constitutifs du dossier d'investissement, les consultants ont élaboré le document qu'ils ont soumis à l'appréciation des différents sous-groupes thématique pour que les membres s'assurent que tous les points importants concernant leurs domaines respectifs ont été pris en compte. Après cette étape, une réunion du grand groupe de rédaction mise en place par le

Ministre de la Santé Publique a été organisée pour passer en revue tout le document permettant ainsi d'assurer la complémentarité et cohérence entre les différents segments du document. Par la suite, le document a été soumis aux partenaires et au comité de suivi pour contribution technique. Cet exercice a permis aux uns et aux autres de s'assurer que leurs contributions ont été bien prises en compte.

#### **J) RESTITUTION DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT**

Une restitution sur le résultat des travaux par le comité de rédaction – qui a vu la participation de toutes les parties prenantes, partenaires techniques et financiers, ONG, Société civile, représentants des ministères partenaires, ...etc. a été faite au comité de suivi technique au cours d'une réunion présidée par le Secrétaire Général du MINSANTÉ. Une fois de plus des recommandations ont été faites en vue d'améliorer le document surtout en matière de l'alignement du document avec la vision de la stratégie sectorielle de santé.

#### **K) RENCONTRES BILATERAUX DE PLAIDOYER AVEC LES PTF ET LES PARTENAIRES DU SECTEUR PRIVE LUCRATIF**

Suite à la réunion de restitution du dossier d'investissement, l'équipe a pris le soin de rencontrer les partenaires à titre bilatéral pour mieux asseoir leur collaboration et engagement discutés au cours de la réunion précédente. Ces rencontres se sont déroulées notamment dans la ville de Douala, capitale économique du Cameroun. A cette occasion, seuls les aspects du dossier d'investissement qui les concernaient ou qui les intéressaient ont été présentés. Ces rencontres ont été très instrumentales pour asseoir la compréhension des propositions faites dans le document, facilitant ainsi l'adhésion des partenaires rencontrés. Les rencontres visaient à construire des alliances et poursuivre le plaidoyer auprès de ces partenaires, afin de favoriser leurs contributions à la réalisation des résultats et en préparation de la réunion d'adoption officielle du document.

#### **L) RENCONTRE D'ADOPTION DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT**

Un atelier présidé par Monsieur le Ministre de la Santé Publique à Yaoundé a été organisé à l'Hôtel Mont Fébé, le 18 Octobre 2016 en vue de l'adoption du Dossier d'Investissement SRMNEA. Cette réunion a vu la participation des principaux partenaires venant de tous les secteurs. Après une présentation des éléments clés du dossier d'investissement faite par le coordinateur du PLMI, le Ministre a conduit la discussion qui a vu quelques suggestions sur le fond et la forme du document ; ceci a été suivi par son adoption sous réserve de la prise en compte des contributions pertinentes. Il faut noter qu'en préparation de cette réunion, le document a été circulé en version électronique auprès des participants.

#### **M) RENCONTRES BILATERALES D'ASSISTANCE TECHNIQUE**

Après l'adoption du dossier d'investissement, les membres de l'équipe technique ont organisé des séances de travail avec les partenaires privés qui avaient offert d'appuyer la mise en œuvre du dossier d'investissement. Ces réunions visaient davantage à leur fournir une assistance technique pour l'identification et la planification des interventions qu'ils souhaitaient soutenir dans le cadre du partenariat. Ceci a impliqué un travail préparatoire pour identifier les domaines susceptibles d'intéresser les partenaires privés respectifs. Au cours de ces rencontres, les partenaires du secteur privé se sont engagés à soutenir la mise en œuvre du Dossier d'Investissement.

## **N) LES LECONS APPRISES**

- Le partenariat autour du dossier d'investissement doit commencer dès le début du processus
- Le développement dudit partenariat prend du temps et la patience
- Le processus demande une masse critique d'adhérents pour débiter, car la majorité ne suit qu'après beaucoup d'hésitation et à la vue des résultats concrets
- Une fois le bien fondé du dossier d'investissement et sa logique assimilés, les parties prenantes deviennent très actives, impactant le processus de façon positive
- Des rencontres bilatérales sont très instrumentales pour la mobilisation des parties prenantes
- L'implication d'un maximum de parties prenantes aux différentes étapes d'élaboration du document facilite considérablement l'appropriation du contenu et par conséquent son adoption
- Il est important dès le début du processus de faire un travail de fond pour harmoniser les catégories de coûts utilisées aussi bien dans le budget que dans la cartographie des ressources, en anticipation à la génération des gaps de financement
- Pour plus d'efficacité et d'efficience, un consensus doit être obtenu sur le cadre logique et les interventions avant l'entrée en jeu de ceux qui sont chargés de la budgétisation.