

**REPUBLIQUE DU CAMEROUN**  
**Paix – Travail – Patrie**

**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**SECRETARIAT GENERAL**

**DIRECTION DE LA SANTE FAMILIALE**



**REPUBLIC OF CAMEROON**  
**Peace - Work - Fatherland**

**MINISTRY OF PUBLIC HEALTH**

**GENERAL SECRETARIAT**

**DEPARTMENT OF FAMILY HEALTH**

## **BULLETIN TRIMESTRIEL SANTE DE REPRODUCTION MATERNELLE, NEONATALE, INFANTO-JUVENILE ET DE L'ADOLESCENT**

**T1  
2025**

*Bulletin SRMNIA N° 001, janvier – mars 2025  
Contact : dsfstat365@gmail.com*



### **1. EDITORIAL**

La Direction de la Santé Familiale (DSF), dans ses missions à la charge d'élaborer, de suivre la mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière de santé de reproduction et des programmes de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et infanto-juvénile. Ce bulletin trimestriel met en exergue la surveillance de la Santé de Reproduction Maternelle Néonatale Infanto-juvénile et de l'Adolescent (SRMNIA) à travers l'analyse de données issues du DHIS2 (District Health Information Software), dans l'optique de contribuer à l'atteinte des objectifs programmatiques définis dans le Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030.

Ce bulletin fournit des informations précises pour la prise de décision éclairée en matière de santé de reproduction et sert d'outil de plaidoyer auprès des décideurs politiques, aux professionnels de la santé et aux partenaires techniques et financiers.

Cette publication en accord avec l'agenda de transformation du système de santé au Cameroun situe nos lecteurs sur les activités menées par la DSF dans le cadre de la lutte pour la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infantile à l'ère de la Couverture Santé Universelle (CSU).

**Le Directeur de la Santé Familiale**

## TABLE DES MATIERES

1. EDITORIAL.....	1
2. RESUME EXECUTIF .....	2
3. COMPLETITUDE ET PROMPTITUDE DES RAPPORTS MENSUELS D'ACTIVITES.....	3
4. SANTE MATERNELLE .....	3
4.1. <i>Mortalité maternelle</i> .....	3
4.2. <i>Consultation prénatale</i> .....	4
4.3. <i>Planification familiale</i> .....	5
4.4. <i>Césarienne et accouchements assistés par un personnel qualifié</i> .....	5
4.5. <i>Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant</i> .....	6
5. SANTE NEONATALE .....	6
5.1. <i>Mortalité néonatale et mortinatalité</i> .....	6
5.2. <i>Prise en charge du nouveau-né</i> .....	7
6. SANTE INFANTILE.....	8
6.1. <i>Prise en charge intégré de l'enfant</i> .....	8
7. SANTE DE L'ADOLESCNT ET AUTRES GROUPES CIBLES.....	8
7.1. <i>Grossesse chez adolescente</i> .....	8
7.2. <i>Infections Sexuellement Transmissible (IST) chez l'adolescent</i> .....	9
7.3. <i>Violences Basées sur le Genre (VBG)</i> .....	9
8. ACTIVITES MENEES AU PREMIER TRIMESTRE 2025.....	9
9. RECOMMANDATIONS .....	10
9.1. <i>Santé Maternelle</i> .....	10
9.2. <i>Santé Néonatale</i> .....	10
9.3. <i>Santé infanto-juvénile et de l'adolescent</i> .....	10
9.4. <i>Systèmes de collecte de données et validation</i> .....	10
10. Equipe de rédaction .....	11

## 2. RESUME EXECUTIF

Au premier trimestre 2025, le Cameroun a enregistré des progrès notables en SRMNIA, avec une complétude des rapports de 99 %, une baisse du ratio de mortalité maternelle de 180 à 138 pour 100 000 naissances vivantes et une meilleure prise en charge néonatale (81 % des nouveau-nés asphyxiés réanimés, 45 % bénéficiaires de la méthode Kangourou). Toutefois, d'importants défis persistent : démarrage tardif et faible rétention des consultations prénatales, près de la moitié des femmes accouchant sans assistance qualifiée, taux de césariennes en dessous du seuil OMS sauf excès au Nord-Ouest et Sud-Ouest, hausse de la mortalité néonatale (6/1000), grossesses adolescentes élevées, IST et violences basées sur le genre préoccupantes, et gaps persistants dans la cascade PTME (22 % de femmes VIH+ enceintes non mises sous ARV). Des interventions majeures ont été entreprises, notamment la validation du Plan Stratégique National SRMNIA 2024–2030, l'équipement de 60 unités de soins obstétricaux et néonatals, et le renforcement de la chaîne d'approvisionnement en intrants via la CENAME. Ces résultats traduisent à la fois des acquis encourageants et la nécessité de renforcer les efforts pour réduire durablement la mortalité maternelle, néonatale et infantile au Cameroun.

### 3. COMPLETITUDE ET PROMPTITUDE DES RAPPORTS MENSUELS D'ACTIVITES

Au premier trimestre 2025, la complétude des rapports mensuels a atteint 100 % au niveau national, ce qui traduit une mobilisation satisfaisante des formations sanitaires et des équipes régionales dans la remontée des données. La promptitude, bien qu'en nette amélioration par rapport à 2024 (90 % au T1-2025 contre 52 % au T1-2024), reste insuffisante dans certaines régions. Cette augmentation considérable s'explique par la disponibilité tardive des formulaires RMA au premier trimestre 2024. Le Nord-Ouest (81%), le Sud-Ouest (80%), le Centre (89%) et l'Adamaoua (88 %) n'atteignent pas la cible de 90 %. Les défis relevés incluent l'instabilité sécuritaire, des difficultés de transmission électronique des rapports via le portail DHIS2.

Tableau 1 : Complétude et promptitude de la transmission des rapports mensuels au premier trimestre 2025

Région	Complétude		Promptitude	
	T1 2024	T1 2025	T1 2024	T1 2025
Nord	100%	100%	63%	99%
Extrême-Nord	97%	98%	58%	93%
Sud	99%	100%	54%	92%
Littoral	95%	98%	51%	92%
Est	99%	99%	55%	91%
Ouest	99%	99%	56%	91%
Centre	99%	99%	51%	89%
Adamaoua	99%	100%	49%	88%
Nord-Ouest	96%	94%	42%	81%
Sud-Ouest	94%	97%	45%	80%
National	98%	99%	52%	90%

Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

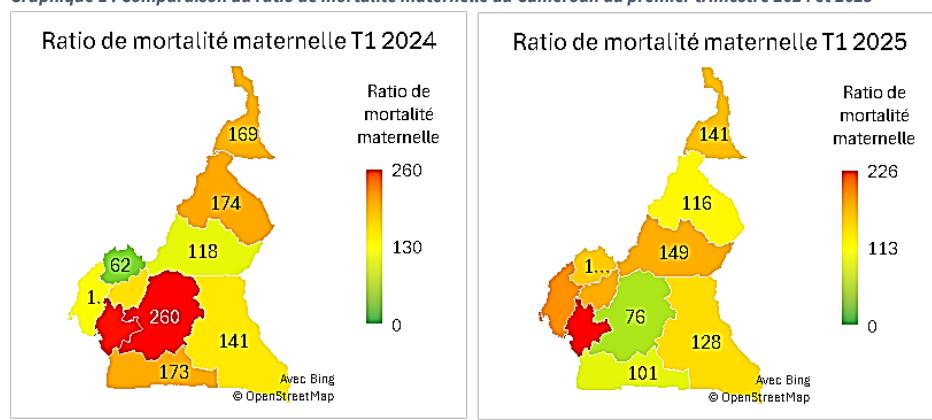
#### Légende

■ <50% ■ [80 ; 90[ ■ [50 ; 80[ ■ [90 ; 100]

### 4. SANTE MATERNELLE

#### 4.1. Mortalité maternelle

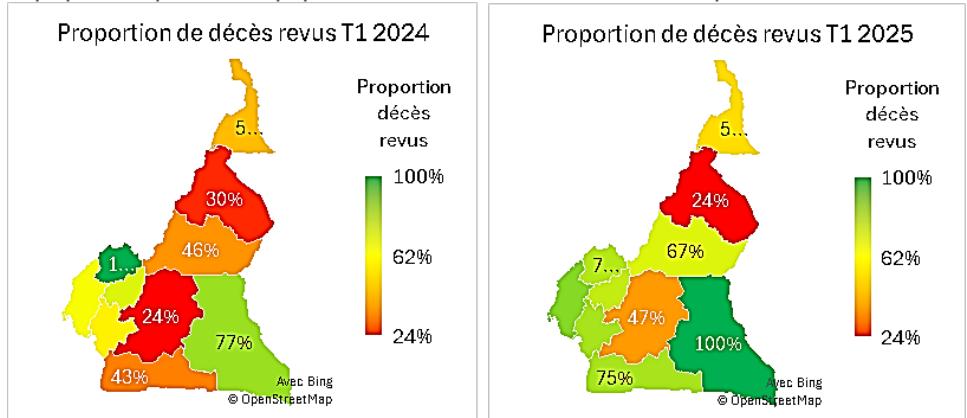
Graphique 1 : Comparaison du ratio de mortalité maternelle au Cameroun au premier trimestre 2024 et 2025



Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

Au niveau national, le ratio de mortalité maternelle national a diminué de 180 à 138 décès pour 100 000 naissances vivantes (**Graphique 1**). Cependant, l'Adamaoua (+31 points), le Nord-Ouest (+74 points), l'Ouest (+2 points) et le Sud-Ouest (+27 points) enregistrent une hausse, tandis que le Centre chute de 260 à 76.

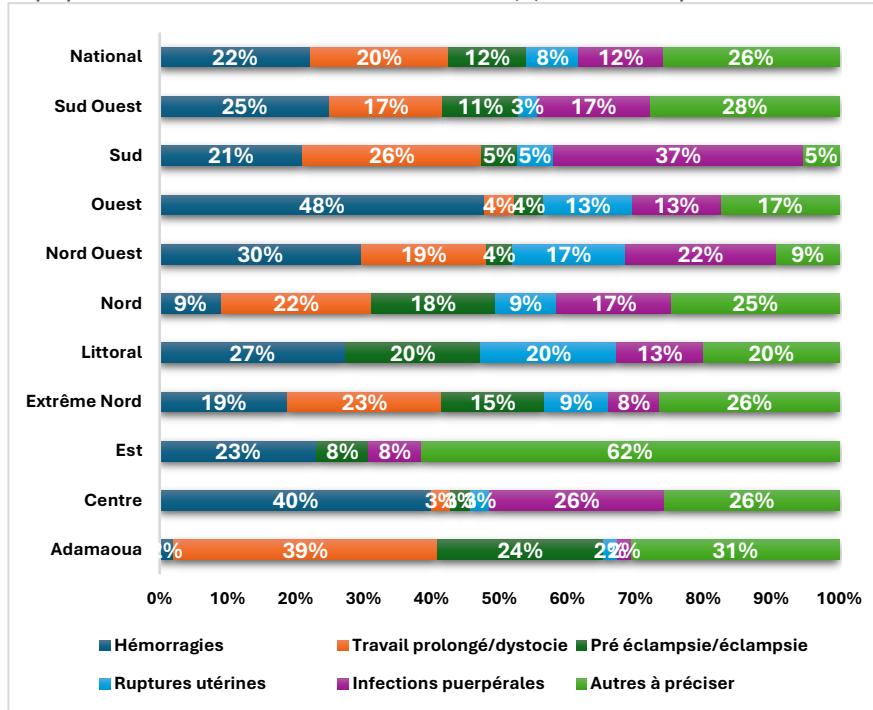
Graphique 2 : Comparaison de la proportion de décès maternels revus au Cameroun au premier trimestre 2024 et 2025



Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

Dans le cadre de la riposte dans la surveillance des décès maternels, la proportion de décès maternels revus était en augmentation au niveau national (48% à T1 2024 contre 64% à T1 2025) (**Tableau 2**). Toutefois, la tenue des revues de décès maternels reste faible dans le Nord (24 %) et le Centre (47 %), ce qui empêche l'analyse approfondie des causes et la mise en place d'actions correctrices.

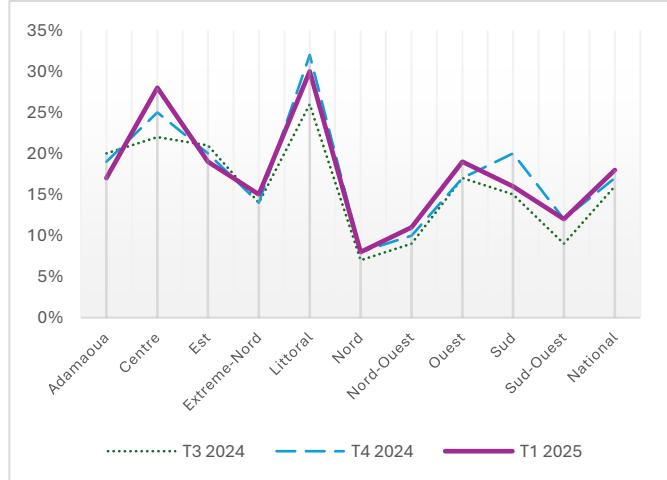
Les principaux défis sont la faible disponibilité de comités de revue fonctionnels, l'absence de personnel formé, et des difficultés logistiques pour organiser les sessions.

**Graphique 3 : Contribution causes aux décès maternels en 2025 (%) au Cameroun au premier trimestre 2025**

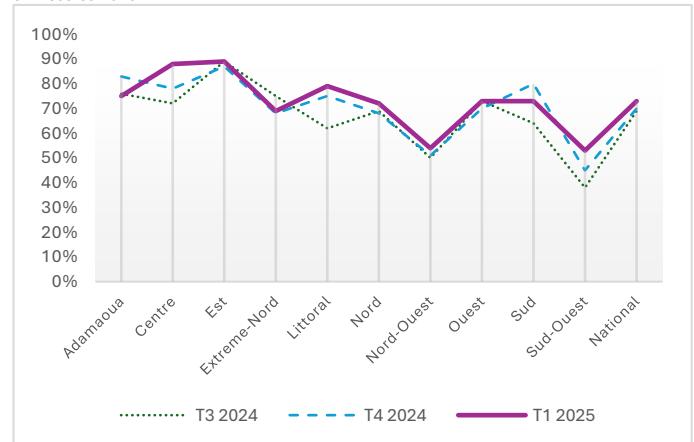
Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

#### 4.2. Consultation prénatale

Dans l'ensemble, la couverture nationale des consultations prénatales demeure en dessous de la cible de 80 % pour la plupart des indicateurs. La proportion de femmes effectuant une première CPN (<16 semaines) reste très faible, traduisant un démarrage tardif du suivi prénatal (**Graphique 3**). Bien que la couverture de la CPN1 (au moins une consultation) ait progressé, plusieurs régions, notamment l'Adamaoua, le Nord, l'Extrême-Nord, le Nord-Ouest et le Sud-Ouest, restent en retard. Enfin, l'indicateur le plus préoccupant demeure la CPN5+, qui révèle une forte déperdition entre la première consultation et l'achèvement du cycle recommandé de suivi, signe d'une insuffisante des femmes dans le continuum de soins. Seule la région du Centre a enregistré des progrès sur chacun des trois indicateurs de CPN au cours des trois trimestres.

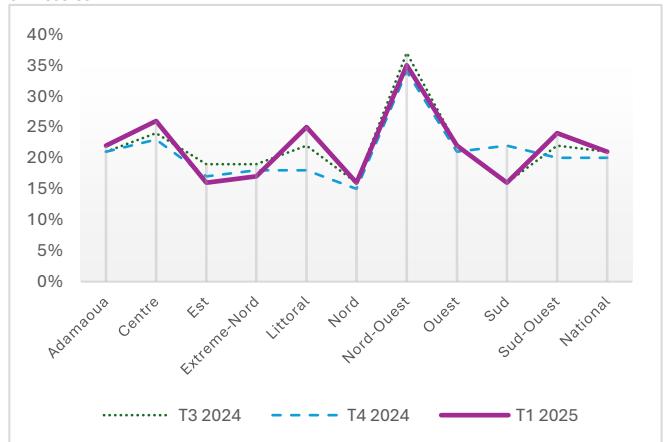
**Graphique 4 : Evolution de la couverture en CPN1 avant les 16 semaines au Cameroun au cours des 3 derniers trimestres**

Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

**Graphique 5 : Evolution de la couverture en CPN1 (1<sup>er</sup> contact) au cours des 3 derniers trimestres 2025**

Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

Les principales causes de décès maternels identifiées au premier trimestre 2025 sont les hémorragies (22 %), le travail prolongé/dystocie (20 %), la pré-éclampsie/éclampsie (11 %) et les infections puerpérales (12 %) (**Graphique 2**). Ces causes ne sont pas uniformes : les hémorragies prédominent en Nord-Ouest, la dystocie en Adamaoua, et la pré-éclampsie/éclampsie dans le Littoral. Cette hétérogénéité régionale interpelle à décliner nos interventions en fonction du profil épidémiologique de chaque région. Toutefois, il est important de souligner que ces causes ne sont pas classifiées selon la Classification Internationale des Maladies, 11e révision (CIM-11), comme le recommande le ministère de la Santé. Cette absence de standardisation limite la comparabilité des données, la précision des analyses épidémiologiques et la formulation de politiques ciblées.

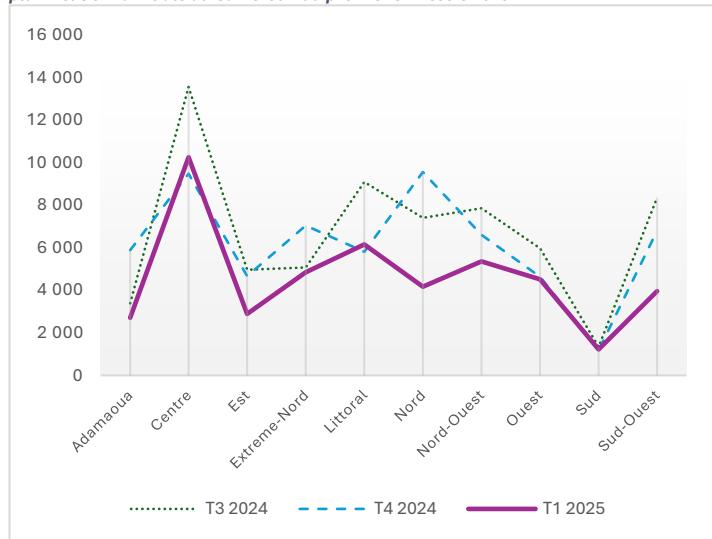
**Graphique 6 : Evolution de la couverture en CPN5+ au cours des 3 derniers trimestres**

Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

#### 4.3. Planification familiale

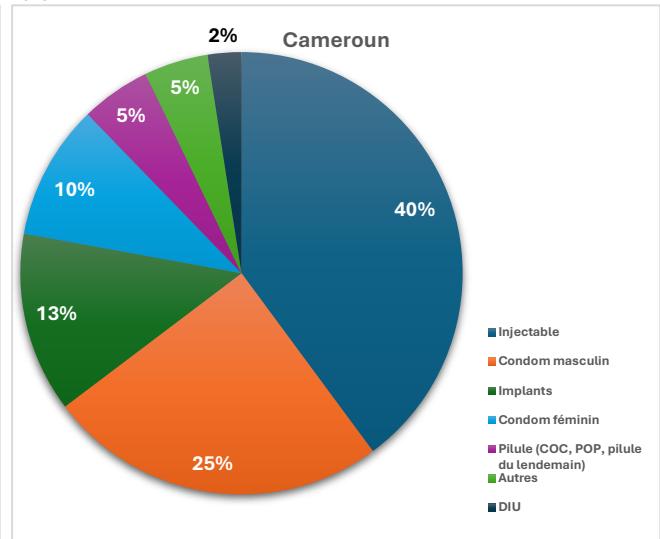
Dans l'ensemble, le nombre de nouvelles acceptatrices est en baisse au cours des deux trimestres précédents celui de T1 2025. Elle s'explique par des ruptures de stock, un ralentissement des activités de sensibilisation, des obstacles liés au contexte socio-économique ou sécuritaire. Au premier trimestre 2025, l'utilisation des méthodes contraceptives a été dominée par les injectables (40%), suivis des préservatifs masculins (25%) et du implants (13%).

**Graphique 7 : Nombre de nouvelles acceptatrices des méthodes modernes de planification familiale au Cameroun au premier trimestre 2025**



Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

**Graphique 8 : Utilisation des méthodes contraceptives (%) au premier trimestre 2025**

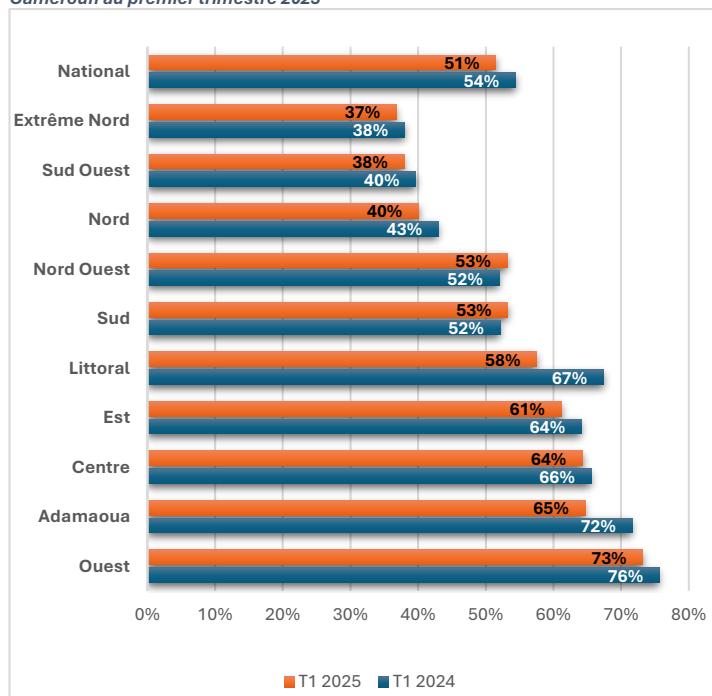


Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

#### 4.4. Césarienne et accouchements assistés par un personnel qualifié

La proportion d'accouchements assistés au Cameroun a globalement régressé entre T1 2024 et T1 2025 de 54% à 51%. A l'exception des régions du Nord-Ouest et du Sud, on observe une baisse généralisée des accouchements assistés, avec un pic notable dans la région du Littoral. Ceci indique un recul préoccupant de l'accès ou de la qualité des soins obstétriques.

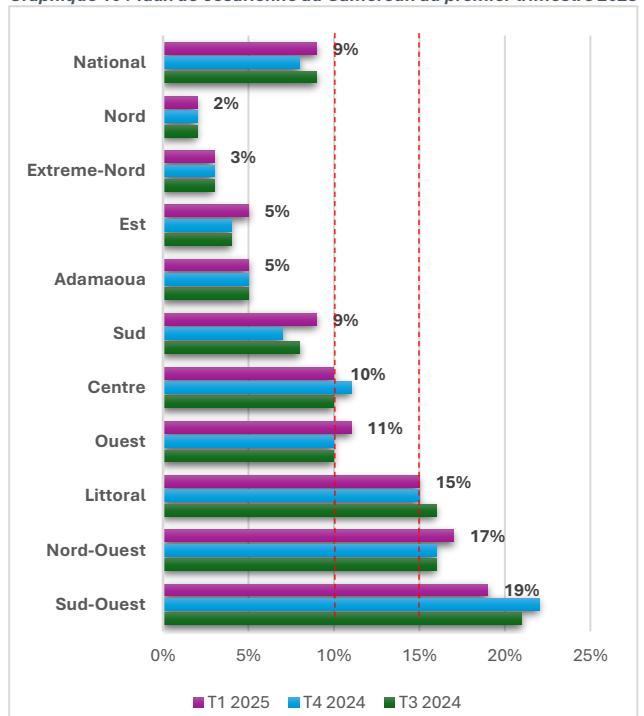
**Graphique 9 : Proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié au Cameroun au premier trimestre 2025**



Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

Le taux de césarienne reste globalement inférieur au « taux idéal » de l'OMS (10–15 %). Les régions du Nord-Ouest et Sud-Ouest enregistrent des taux supérieurs à 15 % à T1 2025 (**Graphique 9**).

**Graphique 10 : Taux de césarienne au Cameroun au premier trimestre 2025**

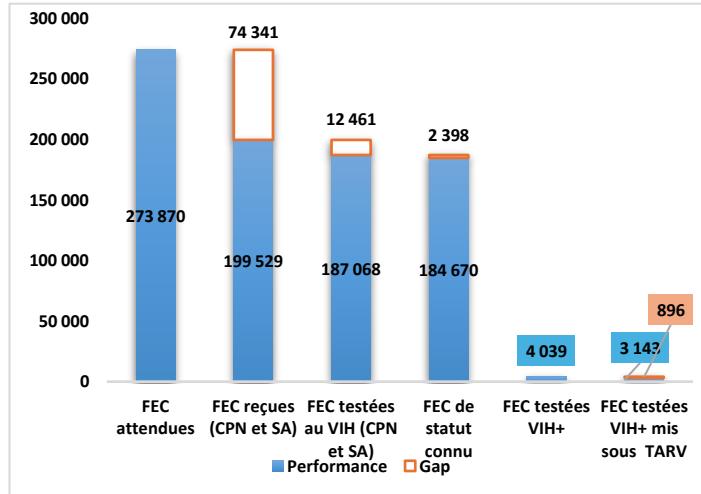


Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

#### 4.5. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME), on observe un écart important entre les femmes enceintes attendues (**273 870**) et celles effectivement reçues en consultation prénatale (**199 529**), soit **27 %** non atteintes. Parmi les femmes enceintes séropositives attendues (**4 039**), seules **3 143** ont été mises sous traitement antirétroviral, laissant **896** femmes sans prise en charge. La couverture nationale en ARV chez les femmes enceintes VIH+ est de **77,8 %**. Le Centre (48,0 %) est particulièrement préoccupant, bien qu'il concentre un grand nombre de cas positifs. Le Sud-Ouest (83,1 %) reste aussi en dessous de la cible de 95 %.

Graphique 11 : Cascade PTME Mère au Cameroun au premier trimestre 2025



Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

Tableau 2 : Couverture en ARV des femmes enceintes testées positives au VIH au Cameroun au premier trimestre 2025

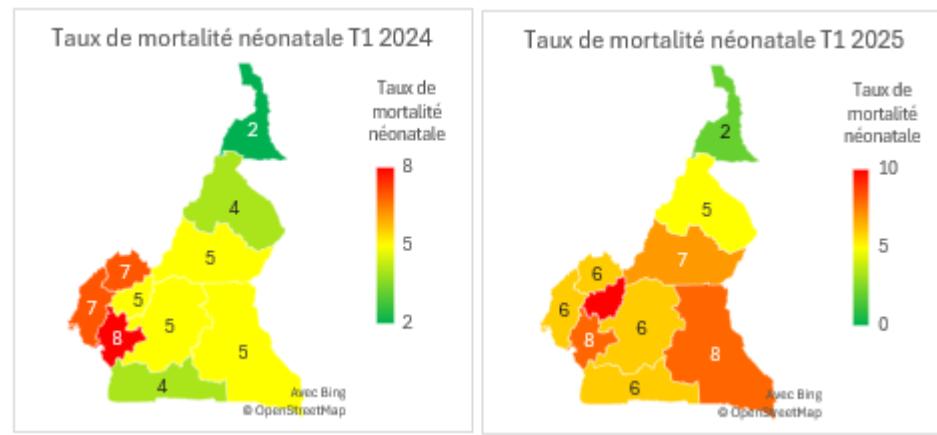
Région	Nombre de FEC testées VIH+	Nombre de FEC testées VIH+ mis sous TARV	Couverture en ARV des femmes enceintes VIH+
Sud	222	220	99,1%
Est	415	408	98,3%
Ouest	248	241	97,2%
Littoral	632	601	95,1%
Nord-Ouest	249	236	94,8%
Nord	202	191	94,6%
Adamaoua	249	233	93,6%
Extrême Nord	132	121	91,7%
Sud-Ouest	231	192	83,1%
Centre	1 459	700	48,0%
National	4 039	3 143	77,8%

Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

## 5. SANTE NEONATALE

### 5.1. Mortalité néonatale et mortinatalité

Graphique 12 : Taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes au Cameroun au premier trimestre 2025

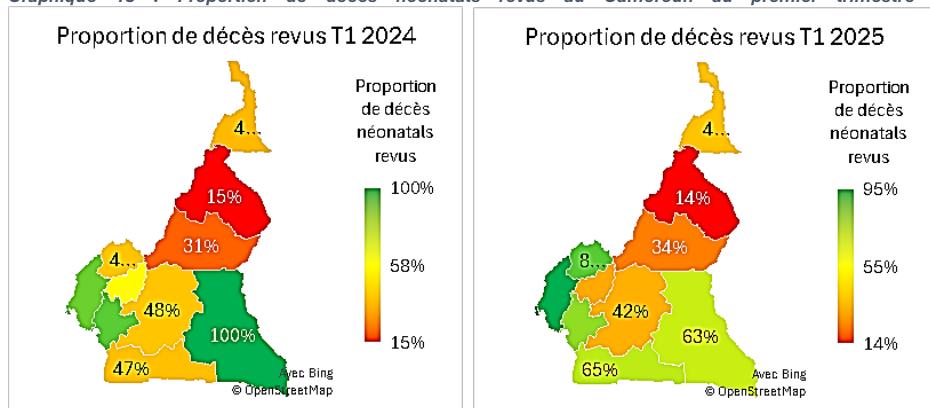


Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

Le taux de mortalité néonatale est passé de 5 à 6 pour 1 000 naissances vivantes respectivement à T1 2024 et T1 2025 (Graphique 11). Cette hausse est observable dans presque toutes les régions sauf les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest dont le scénario est inverse. A T1 2025, les régions de l'Ouest, Littoral et l'Est sont celles où les nouveau-nés sont le plus à risque de décéder dans 28 premiers jours de vie.

La proportion de décès néonatals revus a baissé dans l'ensemble sauf dans les régions de l'Adamaoua, Nord-Ouest, Sud et Sud-Ouest. Comme pour les décès maternels la région du Nord (14 %) affiche la plus faible performance à T1 2025.

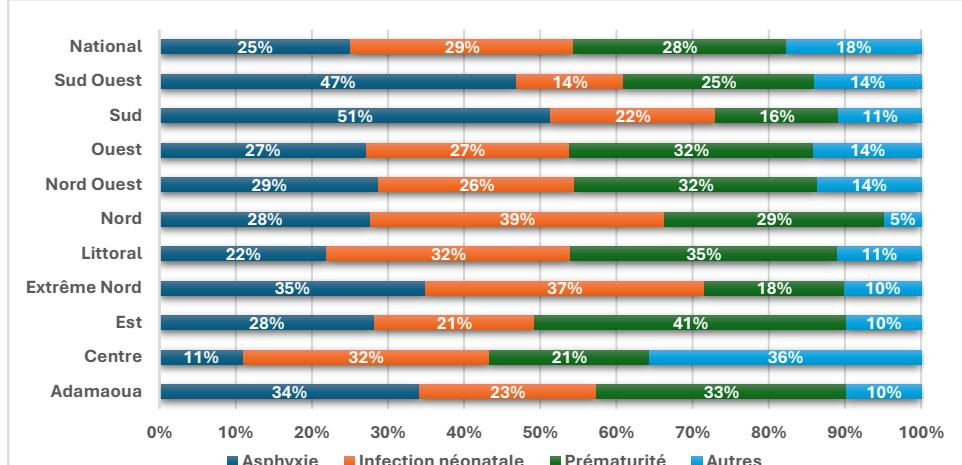
Graphique 13 : Proportion de décès néonatals revus au Cameroun au premier trimestre 2025



Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

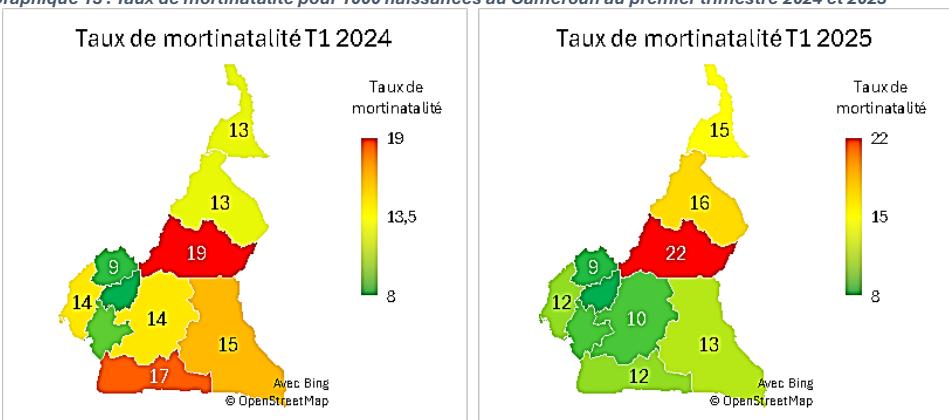
Par ailleurs, Les infections (29 %), la prématérilité (28 %) et l'asphyxie (25 %) ont été les causes principales de décès du nouveau-né. De même que pour les causes de décès maternels, ces causes ne sont pas classifiées selon la CIM-11, ce qui constitue une faiblesse majeure dans le système d'information sanitaire.

Graphique 14 : Contribution causes aux décès néonatals (%) au Cameroun au premier trimestre 2025



Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

Graphique 15 : Taux de mortalité pour 1000 naissances au Cameroun au premier trimestre 2024 et 2025



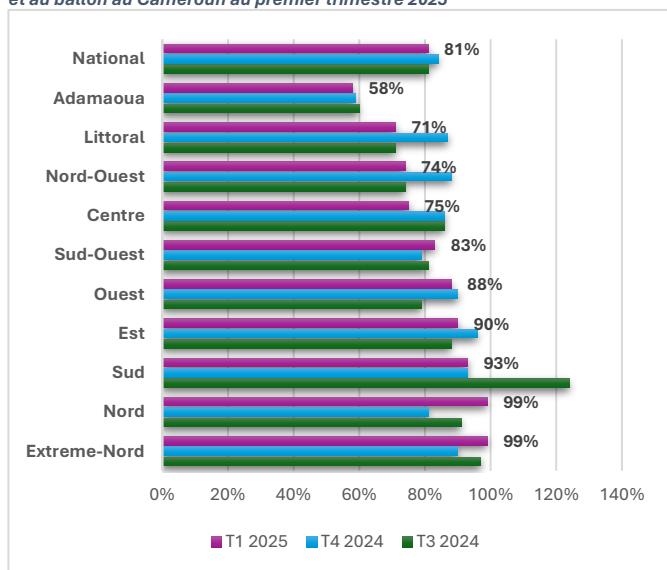
Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

La mortalité est restée stagnante avec un taux à hauteur de 13 décès de fœtus pour 1000 naissances. La région de l'Adamaoua est celle avec le risque le plus accru de mortinassance.

## 5.2. Prise en charge du nouveau-né

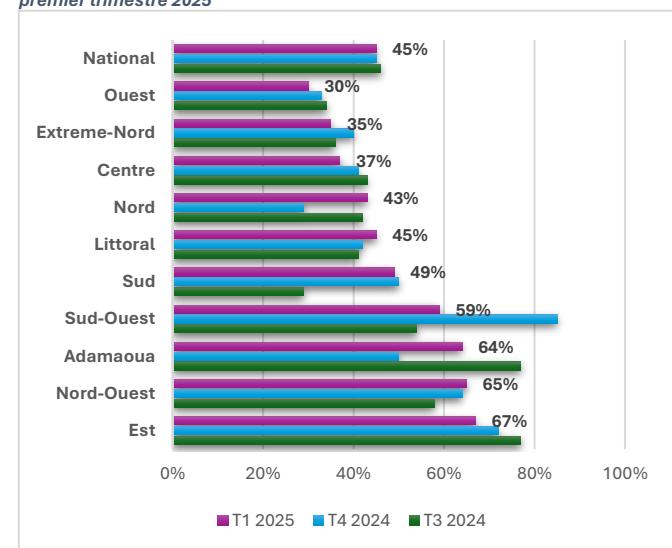
La prise en charge KMC concerne 45 % des nouveau-nés vulnérables au premier trimestre 2025, mais le Centre (37 %) et l'Extrême-Nord (35 %) restent à des proportions assez basses (**Graphique 15**). Par ailleurs, 81 % des nouveau-nés asphyxiés sont réanimés au masque et au ballon à T1 2025 au niveau national. La proportion irréaliste observée à T3 2024 dans la région du Sud est liée à la qualité des données rapportées.

Graphique 16 : Proportion de nouveau-nés asphyxiés et réanimés au masque et au ballon au Cameroun au premier trimestre 2025



Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

Graphique 17 : Proportion de nouveau-nés prématurés et/ou de petits poids de naissance pris en charge par ma méthode Mère Kangourou au Cameroun au premier trimestre 2025



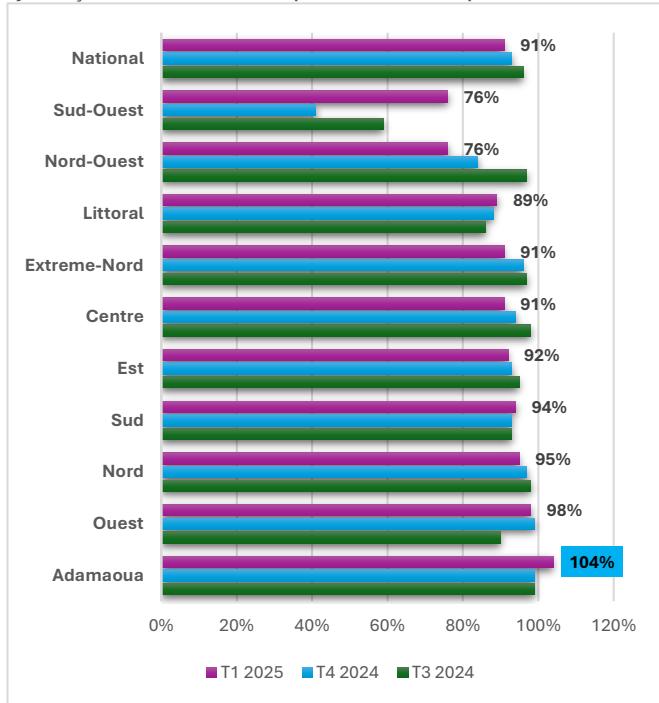
Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

## 6. SANTE INFANTILE

### 6.1. Prise en charge intégrée de l'enfant

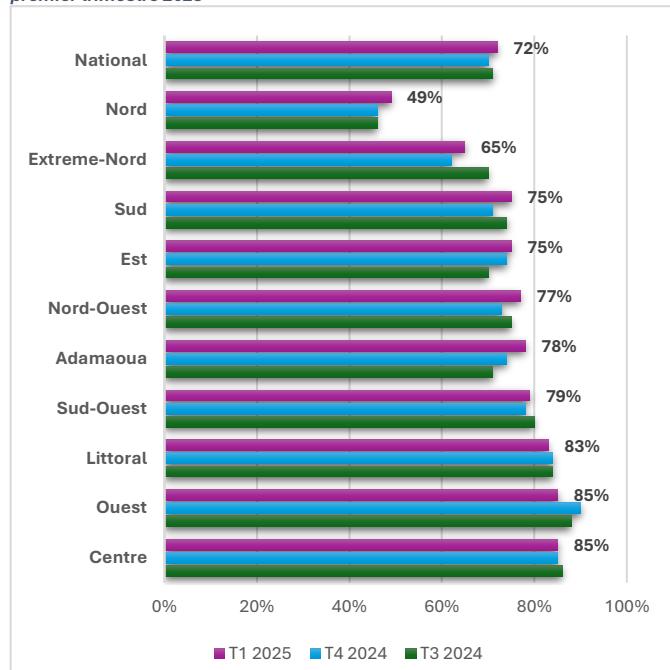
La prise en charge de la pneumonie reste globalement satisfaisante avec un taux national supérieur à 90 %. Dans le Sud-Ouest du Cameroun, la prise en charge de la pneumonie a été gravement affectée par les conflits sociopolitiques qui a entraîné des fermetures d'hôpitaux et limitant l'accès aux soins. Concernant la diarrhée, l'utilisation du SRO + Zinc est stable à 72 %, mais reste faible dans la région du Nord (49 %) au premier trimestre 2025 dû au faible gestion et approvisionnement en stock Kit SRO + zinc.

**Graphique 18 : Proportion d'enfants de 0 à 59 mois souffrant d'une pneumonie ayant reçu un traitement antibiotique au Cameroun au premier trimestre 2025**



Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

**Graphique 19 : Proportion d'enfants de 0 à 59 mois ayant reçu une thérapie SRO + ZINC (sels de réhydratation orale et Zinc) contre la diarrhée au Cameroun au premier trimestre 2025**



Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

## 7. SANTE DE L'ADOLESCENT ET AUTRES GROUPES CIBLES

### 7.1. Grossesse chez adolescente

Au premier trimestre 2025, les grossesses chez adolescentes demeurent un problème majeur de santé publique au Cameroun. Le tableau révèle un nombre élevé de grossesse une charge importante dans les régions de l'Extrême-Nord (9915), du Nord (4988), du Centre (4704), de l'Est (3885), de l'Ouest (3203) et de l'Adamaoua (3136). L'analyse par tranche d'âge montre que les grossesses chez les 10-14 ans, bien que moins nombreuses que dans le groupe 15-19 ans, représentent une situation alarmante : elles concernent des adolescentes encore en pleine croissance, exposées à un risque accru de complications obstétricales graves (fistules obstétricales, éclampsie, mortalité maternelle et néonatale). Les régions de l'Est et du Nord-Ouest apparaissent particulièrement concernées par ce phénomène.

**Tableau 3 : Nombre de grossesses chez l'adolescente au Cameroun premier trimestre 2025**

Région	10-14 ans	15-19 ans	10-19 ans
Est	140	3 745	3 885
Nord-Ouest	128	1 231	1 359
Centre	70	4 634	4 704
Nord	61	4 927	4 988
Littoral	55	1 674	1 729
Sud	48	1 275	1 323
Sud-Ouest	38	1 130	1 168
Adamaoua	22	3 114	3 136
Ouest	15	3 188	3 203
Extrême-Nord	5	9 910	9 915
National	582	34 828	35 410

Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

## 7.2. Infections Sexuellement Transmissible (IST) chez l'adolescent

Au premier trimestre 2025, un nombre significatif d'adolescents ont été reçus pour une infection sexuellement transmissible (IST) dans les formations sanitaires. Ce constat traduit à la fois l'existence d'une vie sexuelle active chez les adolescents, entretenant parfois des rapports sexuels non protégés, et la persistance d'un risque élevé d'IST/VIH dans cette tranche d'âge. L'ampleur du phénomène est préoccupante dans certaines régions, notamment le Centre, l'Est, le Littoral, l'Extrême-Nord et le Nord, où l'afflux d'adolescents pour IST est particulièrement élevé. En ce qui concerne la prise en charge selon les normes, la couverture nationale se situe à 87 %, ce qui reflète un effort global à encourager. Toutefois, des disparités importantes persistent : certaines régions présentent de bonnes performances (>90 %), tandis que d'autres comme le Nord (129 %) affiche une incohérence statistique, traduisant probablement une anomalie dans la saisie des données. Ces écarts indiquent à la fois un besoin de renforcement de la qualité des données dans la région du Nord.

Tableau 4: Infections Sexuellement Transmissible (IST) chez l'adolescent au Cameroun au premier trimestre 2025

Région	Nombre d'adolescents reçus en FOSA pour IST	Nombre d'adolescents reçus en FOSA pour IST et pris en charge selon les normes	Proportion d'adolescents reçus en FOSA pour IST et pris en charge selon les normes
Centre	4 157	3 167	76%
Littoral	2 128	1 780	84%
Nord-Ouest	1 165	980	84%
Sud-Ouest	154	130	84%
Adamaoua	811	696	86%
Est	2 999	2 577	86%
Ouest	1 394	1 227	88%
Extrême-Nord	1 615	1 470	91%
Sud	630	587	93%
Nord	1 321	1 706	129%
<b>National</b>	<b>16 374</b>	<b>14 320</b>	<b>87%</b>

Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

## 7.3. Violences Basées sur le Genre (VBG)

Au premier trimestre 2025, 482 cas de viol ont été notifiés au niveau national, dont une très forte majorité concerne les femmes (442 sur 482). Les régions du Centre (95 cas), du Littoral (81 cas), du Nord-Ouest (72 cas) et de l'Ouest (71 cas) concentrent le plus grand nombre de cas rapportés, mais il est probable que de nombreux cas restent non déclarés.

Tableau 5 : Nombre de cas de viols enregistrés dans les formations sanitaires au Cameroun au premier trimestre 2025

Région / Sexe	Masculin	Féminin	Ensemble
Centre	6	89	95
Littoral	4	77	81
Nord-Ouest	7	65	72
Ouest	4	67	71
Est	0	47	47
Sud-Ouest	15	32	47
Extrême-Nord	1	44	45
Sud	2	12	14
Nord	1	6	7
Adamaoua	0	3	3
<b>National</b>	<b>40</b>	<b>442</b>	<b>482</b>

Source : DHIS2 Cameroun, consulté le 5 Septembre 2025

## 8. ACTIVITES MENEES AU PREMIER TRIMESTRE 2025

- Validation et lancement et dissémination du Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030 ;
- Validation Plan Opérationnel Planification Familiale 2025-2030 ;
- Equipement de 60 USRA dans les régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'extrême Nord par le financement du projet SWEDD ;
- Dotation de trois (03) camions frigorifiques à la CENAME pour le transport des intrants de Santé Sexuelle et Reproductive ;
- Réunion du Groupe Technique de travail PTME/PECPA du VIH ;
- Missions de supervision multisectorielle intégrée des activités PTME/PECPA dans les régions de l'Est, de l'Ouest et du Sud ;
- Atelier de Validation du Plan Stratégique de la triple élimination VIH, Syphilis et Hépatite virale.

## 9. RECOMMANDATIONS

### 9.1. Santé Maternelle

- **Problème : Forts taux d'accouchements par césarienne dans les régions du Sud-Ouest et du Nord-Ouest.**
  - Action recommandée : Mener une enquête pour déterminer les raisons explicatives.
  - Résultat souhaité : Identification des facteurs influençant le recours à la césarienne.
- **Problème : Insuffisance des consultations prénatales.**
  - Action recommandée : Lancer des campagnes de sensibilisation pour l'utilisation des services de CPN, en ciblant les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest.
  - Résultat souhaité : Augmentation du taux de consultations prénatales et réduction de la mortalité maternelle.

### 9.2. Santé Néonatale

- **Problème : Prise en charge insuffisante des nouveau-nés.**
  - Action recommandée : Accélérer l'implémentation de la PCIMNE et de la Méthode Kangourou dans les FOSA de la région de l'Ouest, Littoral, Centre et Est.
  - Résultat souhaité : Amélioration de la prise en charge néonatale et réduction de la mortalité néonatale.
- **Problème : Incohérences dans la prise en charge des complications néonatales.**
  - Action recommandée : Encourager une approche différenciée pour la prise en charge des complications néonatales selon les spécificités régionales.
  - Résultat souhaité : Interventions plus adaptées et efficaces en fonction des besoins locaux.

### 9.3. Santé infanto-juvénile et de l'adolescent

- **Problème : Taux élevé de grossesses non planifiées et d'IST chez les adolescents.**
  - Action recommandée : Stimuler la demande en planification familiale, en mettant l'accent sur les méthodes injectables.
  - Résultat souhaité : Réduction du nombre de grossesses non planifiées et amélioration de la santé reproductive des adolescents.
- **Problème : Manque de sensibilisation sur les grossesses précoces, les IST et les VBG.**
  - Action recommandée : Accentuer la sensibilisation sur les risques liés aux grossesses précoces, aux IST et aux VBG.
  - Résultat souhaité : Éducation accrue des jeunes sur les comportements sains et réduction des cas de grossesses précoces et d'IST.

### 9.4. Systèmes de collecte de données et validation

- **Problème : Qualité insuffisante des données de santé.**
  - Action recommandée : Réviser et harmoniser les outils de collecte de données pour intégrer la certification médicale des causes de décès et codification selon la CIM-11.
  - Résultat souhaité : Amélioration de la qualité et de la comparabilité des données sanitaires.
- **Problème : Faible validation des données dans la région du Nord.**
  - Action recommandée : Sensibiliser les districts de la région du Nord sur l'importance des mécanismes de validation des données dans les rapports mensuels d'activités, avec implication des de l'équipe de Santé de Reproduction (SR).
  - Résultat souhaité : Fiabilité accrue des données et meilleur suivi des indicateurs de santé.

## 10. Equipe de rédaction

### **Coordination générale**

Dr Manaouda Malachie, Ministre de la Santé Publique

### **Supervision générale**

Pr Njock Louis Richard, Secrétaire Général

### **Coordination technique**

Dr Ebongo Zacheus Nanje, Directeur de la Santé Familiale

### **Rédaction en chef**

Dr Njefi Yves, Sous-Directeur de la Santé de Reproduction

### **Equipe de rédaction**

- Dr Mandeng Gilles
  - Mme Ina Flore Biakol
  - Mme Kouotou Aminatou
  - M. Sazang Georges
  - Dr Mbe Anastasie
  - Mme Bangomb Teclaire
  - M. Jugnia Bertin
  - Mme Amina Ngamtiate
  - M. Ntamack Theodore
  - M. Tala Salvador
  - M. Haiwa Boris (DRSP Adamaoua)
  - M. Jemia Gordon (DRSP Centre)
  - M. Kiven Emile(DRSP Est)
  - Mme Mairamou Souaibou (DRSP Extrême-Nord)
  - M. Tawambe Patrick (DRSP Littoral)
  - Mme Aissatou Gamdji (DRSP Nord)
  - Mme Lum Brunhilda (DRSP Nord-Ouest)
  - M. Fofou Edmond (DRSP Ouest)
  - M. Embolo Rene (DRSP Sud)
  - M. Keka Fred (DRSP Sud-Ouest)
- Direction de la Santé Familiale/  
Sous-Direction de la Santé de Reproduction (DSF/SDSR)
- Programme National de Lutte contre la Mortalité  
Maternelle Néonatale et Infanto Juvénile (PLMI)
- Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et  
les Pandémies (DLMEP)
- Cellule des Informations Sanitaires (CIS)
- Délégations Régionale de la Santé Publique (DRSP)