

## Cameroon

### Executive Summary

UNICEF Cameroon is operating within a national framework marked by reduction of ODA, consolidation of national economic growth, increasing social demands sustained by a strong demographic growth, persisting humanitarian crises, security threats and adoption of the Sustainable Development Goals (SDGs). A MTR was done in 2015 as the ongoing country programme is in its second year and half. In addition to performance assessment, the review served the purpose of adjustment and strategic shifts informed by UNICEF's comparative advantages in the country context and the organization's strategic plan 2014-2017. The MTR led to strategic shift of both programme positioning and implementing structure. A first strategic shift was strengthening the upstream work in order to influence national and sectoral policies and thus, increase the allocation of government resources to social sectors. The second shift was the result-focus programming; the sectors are now aligned to the seven key areas of the SP and have 3 to 4 priorities selected based on the situation analysis and UNICEF comparative advantage. The third shift is the focus on demand side. It was found that the existing services are not fully utilized. For instance, many vulnerable children are not immunized though living close to health facilities offering free of charge immunization. The fourth strategic shift was the focus on holistic community based approaches for children. Evidences will enable to have a better view of key factors that are debilitating progress in children rights especially in the areas where the situation is lagging behind the national trends.

UNICEF Cameroon is also working to capitalize on gains obtained from response to polio outbreak (polio legacy). In this regard, UNICEF Cameroon has supported the local governments (Governors) to set-up multi-actors forums aimed at strengthening the demand and effective utilization of routine vaccination and improving accountability. In addition to involving a large range of stakeholders to boost demand; UNICEF Cameroon is working on understanding the bottlenecks and barriers in the demand side, especially socio-cultural norms that hamper the progress in reaching the most vulnerable.

The most significant achievements of UNICEF Cameroon during the reporting period are:

- End of circulation of polio virus in Cameroon; the last polio case was notified in July 2014.
- Basic needs of refugees and IDPs met through an integrated humanitarian assistance.
- WASH sector better coordinated bringing together key stakeholders.
- Multi-sectoral approach to nutrition addressed through the support to the inter-ministerial committee in the Prime minister office.
- Participatory and timely completion of MTR with adjustment of HR structure to the challenges and the scope of the programme.

The main shortfalls are listed below.

- the integrated approach for interventions in favor of youth and adolescents has not been elaborated as planned
  - The socio-anthropological study that would have provided evidences on root causes/explanations on children rights deprivations has not been completed.
- Country Office has improved its collaboration with other UN Agencies (UNFPA, UNWOMEN,

WHO) involved in the implementation of the H4+ project in five health pilot districts in the Far-North region. The results of this partnership have influenced the national strategy on maternal, neonatal and child health. In the HIV, UNICEF CO has played a key role in the initiative All-in; this broad partnership in highlighting the adolescence period and is informing our engagement in this domain.

As result of high level advocacy, the Government's commitment in malnutrition reduction is growing with an inter-ministerial committee in place under the PMO and with 9 ministries. Dialogue with private sector actors is also making consistent steps toward engaging them in developing child friendly businesses. Country Office has also maintained good relations with existing donors while succeeding in bringing in new ones (USAID, IsDB, KFW). Standards have been set-up to ensure results focused communication with donors and continuous improvement of the quality of donor reports.

In 2015, security threats have significantly increased restricting humanitarian space especially in the areas where Cameroon's share borders with Nigeria and Central African Republic. This is the main barrier to delivering results in the field in addition the insufficiency of implementing partners. To maintain a reasonable capacity to address demand at grassroots levels, the Country Programme established collaboration agreements with Non-Governmental Organizations (NGO) and other Community Based Organizations (CBO) and is investing in developing their capacities to address children's issues.

## Humanitarian Assistance

In 2015, UNICEF Cameroon supported the Government to respond to both manmade and natural crises. Cameroon hosts more than 324,000 refugees from Central African Republic and Nigeria as well as more than 158,000 internal displaced persons. Cameroon also faces high rates of acute malnutrition and regular outbreaks of measles and cholera. This resulted in 2015 in a complex emergency situation mainly in the four regions close to Nigeria and CAR: Adamoua, North, East and Far North. In the Far North, insecurity due to the conflict with Boko Haram significantly reduced the humanitarian space and capacities to deliver humanitarian assistance to populations in need; a L2 designation was done for the Nigeria+ crisis.

In response to the humanitarian needs, UNICEF procured a vital and integrated assistance to refugees, internal displaced persons and host populations. In the field of child protection, UNICEF provided psychosocial support to 61,305 refugee and displaced children (89 per cent and 224 per cent of the CAR and Nigeria + targets) through social workers managing 16 child friendly spaces and assisted the reunification or placement in alternative care of 3,284 children separated from their families. UNICEF provided technical assistance to enable social workers reunite 84 children - arrested by security forces during man-hunting operations against terrorist activists of Boko Haram - with their families. In the field of education, UNICEF provided teaching and learning supplies to 112,340 refugees (105 per cent and 71 per cent of the CAR and Nigeria + targets) and displaced children. Tacking these children back to school protected them against exploitation and several forms of abuses while enabling quick recovery from psychosocial traumas. In the field of WASH, UNICEF contributed to procure safe water and access to sanitation to 13,500 (27 per cent of the target) and 6,700 refugees and host populations. In the field of health and HIV, UNICEF supported the immunization of 302,615 children 6 months to 15 years against measles (80.4 per cent of the target); 59,980 Long Lasted Insecticide treated Nets (LLINs) were distributed to 31,575 refugees and host community households. More than 80 per cent of pregnant women did voluntary testing after counseling; 2,547 women (5.1 per cent) were tested positive and 1623 (63.7 per cent) received ARVs.

UNICEF also contributed to treat 4,306 children (33 per cent and 136 per cent of the CAR and Nigeria + targets) suffering from severe acute malnutrition (SAM).

In regards to the nutrition crisis, UNICEF supported the integrated management of acute malnutrition and delivered therapeutic products and drugs to treat complications linked to other childhood illnesses (e.g. diarrheal diseases) that have a direct impact on the nutrition status of children. UNICEF, in collaboration with the Government and humanitarian partners, contributed to screen and treat more than 50,809 children under 5 (87 per cent of the target) suffering from SAM in 690 nutrition centres. In addition, 1,240,000 children were supplemented with Vitamin A tablets and 1,096,000 were dewormed. In order to reduce the prevalence of the acute malnutrition and to support the treatment, UNICEF implemented the WASH in Nut strategy which resulted in the distribution of WASH kits and promotion of key hygiene messages to 11,655 mother-children (40 per cent of the target) affected by SAM; the protection in Nut with the stimulation of 364 refugee malnourished children; the HIV in Nut with testing of about 2,782 (34 per cent) children admitted in CNA/CNTI – 136 HIV positive were referred for proper care and treatment.

In response to the cholera outbreak, roughly 400,000 people including refugees, IDP, and host communities have improved their sanitation and hygienic practices through improved access to WASH services (construction/rehabilitation of 202 boreholes, 1,134 emergency latrines and 98 institutional latrines, the distribution and repositioning of 118,626 WASH kits). Persisting sensitization done resulted to end of open air defecation in 124 out of 613 villages. UNICEF supported governmental counterparts and NGOs to contain and stop the spread of the disease through WASH and C4D interventions. These responses and risk reduction activities related to water borne diseases have contributed to the reduction of cholera from 3,355 cases and 184 deaths registered in 2014 to 110 cases and 6 deaths in 2015.

UNICEF supported the strengthening/operationalization of the humanitarian coordination groups in WASH, Education, Nutrition and Child Protection both at the central and regional levels. In 2015, UNICEF reinforced its field presence in Maroua and Bertoua to better provide technical assistance as well as to reinforce its capacities to deliver and monitor humanitarian assistance. Lack of funding (70 per cent of the UNICEF humanitarian annual requirements) and difficulties to access population in need because of insecurity and lack of implementing partners were two major constraints to fully deliver humanitarian assistance and achieve planned targets.

### **Mid-term Review of the Strategic Plan**

Because the ongoing Country Programme (2013-2017) was designed before the adoption of the new Strategic Plan (SP), the alignment took place in 2014. This was done through a thorough exercise of theory of change based on the data available and participatory discussions with partners. The seven areas of the strategic plan were analyzed in light of the national context. The main lesson was that it was important to analyze separately the three components of child survival – health, nutrition and WASH. This has helped to highlight the importance of nutrition and WASH in the national context and broaden the partnerships.

A MTR was done this year and it led to strategic shift of both programme positioning and implementing structure. A first strategic shift was strengthening the upstream work in order to influence national and sectoral policies and thus, increase the allocation of government resources to social sectors. The second shift was the result-focus programming; the sectors are now aligned to the seven key areas of the SP and have 3 to 4 priorities selected based on the situation analysis and UNICEF comparative advantage. The third shift is the focus on demand

side. It was found that the existing services are not fully utilized. For instance, many vulnerable children are not immunized though living close to health facilities offering free of charge immunization. The fourth strategic shift was the focus on holistic community based approaches for children. Evidences will enable to have a better view of key factors that are debilitating progress in children rights especially in the areas where the situation is lagging behind the national trends.

For instance, in WASH, UNICEF supported the development of a water strategic paper. At operational level, the country programme developed technical capacity of community actors in management of water points and in piloting all technical and managerial steps of CLTS. For nutrition, strong advocacy has led to the creation of an inter-ministerial committee with 9 ministries in the prime ministry office. Other stakeholders have rallied the fight against malnutrition: civil society organizations, members of parliament with their network “Racines de vie”; private sector with the nutrition business forum; media through their network for promotion of child rights. UNICEF has been able to include nutrition indicators within the performance-based financing scheme supported by the World Bank; as results a rapid scale up of direct nutrition interventions within the health sector.

Another change was the stronger linkage between humanitarian assistance and development as the country is facing a complex emergency situation for the last few years.

Lastly, social norms were highlighted as bottlenecks for sectoral interventions. Communication for Development has become an entire programme area following the identification of behavioral changes as one of the key factors limiting progress for children. Prior to the full deployment of UNICEF Cameroon’s vision for C4D, knowledge gaps are to be filled. Evidence generation actions are focused on girls’ marriages. These marriages are the corner stone of several other violations of children rights.

The new SP also enabled the CP to better shape its engagement for children in Cameroon and support to the national Government and both strategic and operational levels.

## Summary Notes and Acronyms

AAEDC : Association des Animateurs et Encadreurs en Développement Communautaire  
AAH : Action against Hunger  
ACEEN : Association Camerounaise pour l’Education Environnementale  
AFDB : African Development Bank  
ADRA : Adventist Development and Relief Agency  
AIDER : Association des Ingénieurs pour l’Assistance au Développement Rural  
AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome  
ALDEPA : Action Locale Pour un développement participatif et autogéré  
ALVF : Association de Lutte contre les Violences faites aux Femmes  
ANC : Antenatal Care  
APRESS : Association pour la Préservation de l’Environnement et le Progrès Social  
ARV : Antiretroviral  
ASOL : Afrique Solidarité  
ASSEJA : Association Enfants, Jeunes et Avenir  
BCP : Business Continuity Plan  
C4D : Communication for Development  
CAR : Central African Republic  
CBO : Community Based Organization

CD4 : Lymphocyte T 4  
 CHD : Child health days  
 CHW : Community health workers  
 CLTS : Community Led Total Sanitation  
 CMT : Country Office Management Team  
 CNA : Centre Nutritionnel Ambulatoire  
 CNTI : Centre Nutritionnel Thérapeutique en Interne  
 CODAS : Comité Diocésain de Développement des Activités Sociales  
 CSD : Child Survival and Development  
 DCT : Direct Cash Transfer  
 DLMEP : Direction de la Lutte Contre la Maladie, les Endémies et Pandémies  
 EID : Early Infant Diagnostic  
 EMT : Emergency Management Team  
 EMTCT : Elimination of Mother To Child Transmission  
 ETAPES : Etapes Temporaires d'Apprentissage et de Protection des Enfants  
 ERT : Emergency Technical Team  
 FBM : Fondation Bethleem de Mouda  
 GAP : Gender Action Plan  
 HAC : Humanitarian Action for Children  
 HD : Health district  
 HF : Home fortification  
 HIV : Human Immunodeficiency Virus  
 HPM : Humanitarian Performance Monitoring  
 ICRC : International  
 IDPs : Internally Displaced Populations  
 IMAM : Integrated Management of Acute Malnutrition  
 IMC : International Medical Corps  
 IRCF : International Red Cross Federation  
 IYCF : Infant and Young Child Feeding  
 LLITN : Long Lasting Insecticide Treated Nets  
 MCH : Maternal and Child Health  
 MINPROFF: Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille (Ministry of Women Empowerment and  
 MINSANTE: Ministère de la Santé Publique (Ministry of Public Health)  
 MNCH : Maternal, New-born and Child Health  
 MNP : Micronutrients powder  
 MUTECARE: Mutuelle des Anciens Personnel de Care Cameroun  
 NFI : Non Food Items  
 NGO : Non-Governmental Organization  
 OADES : Organisation d'Appui au Développement Social  
 ODA : Official Development Aid  
 OR : Other Resources  
 ORE : Other Resources for Emergency  
 PBF : Performance Based financing  
 PCT : Paediatric Care and Treatment  
 PMTCT : Prevention Mother to Child Transmission  
 POC : Point Of Care  
 PRIME : Planning for Research Impact Monitoring & Evaluation  
 RR : Regular Resources  
 SAM : Severe and Acute Malnutrition  
 SMART : Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions

SOP : Standard Operating Procedures  
SP : Strategic Plan  
SUN : Scaling Up Nutrition  
UN : United Nations  
UNDSS : United Nations Department of Safety and Security  
UNFPA : United Nations Population Fund  
UNHCR : United Nations' High Commissioner for Refugees  
UNICEF : United Nations Children's Fund  
UNV : United Nation Volunteers  
WASH : Water Sanitation and Hygiene  
WB : World Bank

## Capacity Development

The theory of change exercise done in 2014 and revisited in 2015 has led to the strengthening of the community approaches and capacity development are important in order to create an enabling environment. The bottlenecks identified were in the demand side. For instance, in the field of PMTCT and HIV pediatric care and treatment services; 1,277 community workers were technically equipped for community mobilization and 900 health providers on national norms for qualitative services provision. In addition, decentralized monitoring was conducted in 5 priority districts where a pool of 150 staffs were equipped with technics on bottleneck analysis to tackle disparities in access, coverage and quality of MNCH & PMTCT interventions. In the field of WASH; pump breakdown was found to be one of the key problems impeding access to water. To tackle this issue, 250 water points' management committees were set-up, 26 sets of water pumps toolkits acquired and 128 water pump repairer artisans trained.

In all sectors, community resource persons were trained to ensure communication on key family practices; monitoring of community-based activities and active case finding ( more than 10,000 social mobilizers and volunteers were trained on CLTS, cholera prevention and response, polio, routine immunization, nutrition and child protection). The fight against poliomyelitis since end of 2013 has given a strong legacy on stakeholders' engagement and social mobilization. As results, a coordination platform with local administrative authorities, religious and traditional leaders, women's associations and mayors was set up in 5 regions (Far North, West, Centre, Littoral and East). A mapping of the resources at community level and the use of the data from qualitative research on immunization, infant feeding practices and quantitative survey such as SMART and after campaign independent monitoring have helped to improve the work of community-based resource persons.

## Evidence Generation, Policy Dialogue and Advocacy

Undernutrition in Cameroon has not been recognized as a problem; this explains why the prevalence of stunting has not changed over the last 3 decades. UNICEF CO has used the evidence generated by DHS/MICS and SMART surveys to show the widespread of stunting; to show also that it is not only a food issue as the country does not suffer from severe food insecurity. The advocacy reached out many stakeholders through media, members of parliament, field visits, nutrition magazine, videos, articles in national newspapers etc. The major result has been the acceptance of the reality of malnutrition in the country and the development of strategic documents notably the nutrition policy.

Though its prevalence rate is reducing nationwide, HIV rate is still high among youths and adolescents. Operational research and bottlenecks analysis have shown that this vulnerable target does not have access to friendly services. Since May 2015, Cameroon is engaged in the

All In end adolescents AIDS initiative. A rapid appraisal and evaluation of national HIV programmes for adolescents was conducted. Key findings from the rapid assessment nourished advocacy for the Scaling up prevention, treatment and care services for adolescents. These evidences fed the elaboration of eMTCT operational plan and a PCT operational for 2016-2017.

A multisectoral education focused baseline survey of the Baka and Bororo ethnic minorities was carried out in the East and Adamawa regions. Data were collected from 12,848 Baka's and 5,540 Bororo's. Baseline data for education, health, nutrition, hygiene and sanitation and protection were produced. A pilot project to address major bottlenecks hampering education of these minorities has been formulated and will lead to models and subsequent upscaling by the Government.

In emergency, with the support of MapAction team, data was collected to generate maps. HPM indicators are reported through the monthly situation reports.

## Partnerships

The Scaling Up nutrition platform is tracking local SUN engagements through (i) technical assistance to Government platform, (ii) engagement of private sector, (iii) collaboration with academia to support capacity assessment for human nutrition, (iv) support to parliamentarians (training, supporting "life roots" network, field visits) and (v) donors: catalyzing efforts of donors for integrating nutrition. By these, UNICEF is striving to bring more actors in the fight against malnutrition.

Beyond SUN scope, an agreement has been signed by World Bank, UNFPA, UNICEF and Ministry of Public Health for integrating nutrition in the package of Performance Based financing in the health sector. This new partnership has leveraged other opportunities for scaling up nutrition, convincing financial institutions in investing in nutrition.

UNICEF partnered with Cameroon society of Pediatricians and Gynecologists to develop the new-born health policy. The policy provides practical guidelines for services provider for a more efficient management of new health issues.

In its capacity of sector lead, UNICEF has initiated and facilitated the establishment of the Group of technical and financial partners of the WASH sector and facilitated monthly emergency sector meetings at national and regional levels. Coordinating these actors increased the efficiency of national WASH response to crisis such as cholera outbreak, CAR and Nigeria. In the later, collaboration with national and international NGOs and promotion of public, private partnership had also been instrumental in providing response to these two crisis.

UNICEF CO has engaged a dialogue with the private sector through a study on the knowledge, gaps and needs of private sector CSR. A workshop on CRBPI was attended by more than 30 major enterprises. This has led to a fruitful dialogue on children's rights between UNICEF and the private sector.

## External Communication and Public Advocacy

UNICEF CO has strengthened its communication and public advocacy strategy in order to reach more people and engage in strategic partnership. One of the compelling storytelling example is nutrition. In order to raise and maintain awareness and commitment of all actors around nutrition, UNICEF produced a customized fiction that portrayed child feeding and nutrition common practices interwoven with local cultural beliefs. Local humor codes and characters

were chosen to reduce risks of cultural and behavioral conflicts with the message transmitted. In the fiction, key community actors acknowledge malnutrition as an issue and appeal for conscience.

In the engagement component, the fight against polio has been a real success story. For long years, vaccination has been considered as an exclusive health issue. This standalone health approach greatly played against effectiveness of both routine and outreach immunization activities. Seizing the opportunity offered by polio response, UNICEF CO launched an initiative called “Governors’ forum” in order to engage with stakeholders and strengthen advocacy and accountability for polio eradication and routine immunization. To date, these fora took place in four regions (Far-North, Littoral, West, and Centre) and gathered 650 regional, local decision’s makers, civil society stakeholders and community leaders. Since it was launched, this coordination mechanisms established a permanent dialogue has been re-established between communities and health services workers. Building on this experience, the UNICEF CO is already reflecting on how to widen Governors’ commitment to other children rights related issues.

Through the use of multimedia (newsletters, Facebook, Twitter) and the goodwill ambassadors such as Roger Milla (S4D) or X-Maleya (a well-known boyband); UNICEF CO has been able to highlight issues of deprived population (i.e. refugees) or HIV in youth and adolescence. High level missions in the field of humanitarian assistance have helped to highlight the complex emergency in Cameroon and yield additional resources and donors.

### **South-South Cooperation and Triangular Cooperation**

UNICEF CO has established strong relations with members of parliament in its advocacy to reinforce national commitment for malnutrition reduction. A network of Members of Parliament (MP) for nutrition has been created, named “Racines de vie”. UNICEF CO supported the network in organizing a regional workshop that gathered 36 MPs from 8 countries and media professionals. During this gathering, MPs shared experiences, ways and approaches that parliament can use to take the lead to advocate and mobilize domestic resources for nutrition. Throughout this international workshop, UNICEF experts made presentation, led discussion sessions and suggested action points. UNICEF also provided key evidences on how malnutrition can jeopardize country development achievement.

The second example is about CRVS. Cameroon’s birth registration and archiving has remained at the helm of many controversies. Many births are not registered in accordance with provisions of the law. A national reform has been decided and is progressing unevenly. Because of these discrepancies, many children are denied the right to citizenship with consequences in accessing basic social services notably education. The ongoing national reform is not fully in line with African Union and Civil Registration Vital System (CRVS) recommendations. By hosting the African francophone countries conference jointly organized by UNICEF, UNECA, AFDB, Cameroon’s decisions makers have been exposed to the recommendation and perceived the importance of aligning with the recommendation of APAI/CRVS. Since then, Cameroon’s Government stakeholder in charge of civil status are now ready to implement the complementary evaluation of the national civil registration reform.

### **Identification and Promotion of Innovation**

Identification and promotion of innovations are handled by Innovation Lab set-up for Country Office. This team works hand-in-hand with sections to explore opportunities of increasing Country Programme’s capacity to achieve better results for children and women. Accountability



regarding equity gives priority to initiatives that can yield good and measurable results for the underserved and the most vulnerable children and women.

During the reporting period, the main achievement had been the development of the U-Report, an SMS surveys based technology. Through U-Report, UNICEF is striving to bridge the gap between decision makers and communities. The initiative is led by the lower chamber of the parliament and local councils. In 2015, the emphasis was laid on youth participation to the development process as agents of change and claimants of rights. Information provided by U-Reporters through surveys are compiled reported to programme managers for corrective measures to be taken. By this initiative, it is highly expected that the interest of the general population and specifically youths for development affairs will be strengthened.

First served sectors have been WASH and HIV/AIDS. Successive surveys have provided programme managers with updated information about the situation of supply and demand of services in these two areas. After thorough analysis of survey results, community leaders and local councils' members shared evidences and took corrective measures to address issues. The multiple levels of mapping incorporated in the platform enables a precise geographical location of issues that need to be addressed. After surveys, quick actions were taken in terms of reinforcing advocacy for hand washing, treatment of drinking water and supply of potable water to areas where survey results revealed major concerns about water and sanitation. In the domain of HIV and AIDS, U-Report surveys helped to update the mapping of availability of services offering HIV tests.

### **Support to Integration and cross-sectoral linkages**

Humanitarian assistance has been the area where integration and synergy have worked well. A population-centered (refugees, IDPs, host communities) and holistic well-coordinated inter-sectoral response was found more appropriated to address complex emergency issues. This year, CO combined WASH, Education, Nutrition, HIV testing and treatment as an integrated package. This multi-entry approach made it possible to avoid omissions of children and women that would have been caused by a standalone and vertical approach. In the same way, protection and education have joined forces to set-up protection and learning spaces "ETAPES". These spaces have facilitated functional coordination between child protection and education activities for refugees' children. Teachers were skilled as they received basic psychosocial approach to identify and refer vulnerable children to social workers who manage the spaces after school hours and conduct home visits. They identify at the same time out-of-school children and refer them to the ETAPE learning spaces.

One important lesson learned is that, building cross-sectoral synergies is easier to set-up and implement in an emergency response setting; because it's limited geographically and partners easily perceive additional gains of working together under effective coordination. Under the response to nutrition crisis; WASH, child protection and HIV sectors used the nutrition entry point to provide WASH in nut interventions, psychosocial stimulation and support and HIV counseling and testing.

Under the H4+ initiative, 5 UN agencies joined forces to deliver a holistic package at health services and community level to address child mortality and morbidity in 5 health districts in the Far North. This has influenced the national strategic on MNCH and has leverage additional resources (UN trust fund and GFF).

## Service Delivery

Several surveys proved that more than 30 per cent of children are not fully vaccinated. Results of thorough analysis pointed the cold chain as one of the weakest segments affecting vaccines quality. Advocacy and reinforcement actions initiated by UNICEF and other partners yield some improvement. On the demand side, worth to partnership with local media, women's associations in the lowest performing areas, vaccination refusal by parents has dropped from 7 to less than 4 per cent.

Severe acute malnutrition still affects many children especially in Far-North, North, Adamawa and East regions. A combination of factors (low utilization of health services, repetitive stock-out of inputs/drugs, weaknesses of logistic chain, ignorance) does not encourage caregivers to go to nutrition centres for both screening and care. Outreach events have been organized bringing-in children who would have passed-away because of inappropriate care. Capacity reinforcement of health workers and logistic chain reinforcement boosted the capacity and intake of the system. At October end, 74 per cent (50,228) targeted under five SAM children were admitted into integrated management of acute malnutrition services. By completion date of this report, 86.6 per cent of children admitted in treatment centres were healed and went back home. This performance is above the minimum universal standard of 75 per cent.

UNICEF CO with strategic partners of MoH bearing in mind that ODA is less than 3 per cent of the national budget, has continuously emphasized on the necessity for Government to bear the responsibility of service delivery to citizens, notably children and women. In that regard, exit strategy related to acquisition of vaccines involving UNICEF will be discussed and hopefully agreed with the Government by the end of the current programme cycle.

The L2 designation has helped to deliver new service to most vulnerable children: more than 100,000 children benefited from learning material, 95 per cent of households in vulnerable communities built latrines.

## Human Rights-Based Approach to Cooperation

Since the year 2015 combined both MTR of UNICEF Country Programme and UNDAF, UNICEF Cameroon has strongly advocated that partnership between Government and United Nations Agencies in Cameroon remains focused on human rights and social development although strengthening economic growth is a key concern for the Government. The principles of HRBA have been taken into consideration during the 2015 MTR by focusing on the most disadvantaged including those in humanitarian situations. Capacities analysis of duty bearers and those of rights older to effectively claim their rights were integrated in both supply and demand sides of UNICEF's supported interventions in Cameroon. Based on the limited progresses achieved by Cameroon towards MDG targets, UNICEF has again used the lessons learned from implementation of the first half of the ongoing cycle to emphasize on the accountability of the Government vis-à-vis children for whom resources allocated should be considered as investments rather than mere expenses.

UNICEF provided support for the preparation of third periodic report submitted to the Geneva Committee early this year. This support will continue through the presentation of the report scheduled in October 2016 in Geneva.

In line with efforts mentioned above, UNICEF promoted Cameroon's adherence to optional protocol on the involvement of children in armed conflict signed last year. This support aims at strengthening relevant legislation and mechanisms to protect children victims and/or associated

with armed groups, Boko Haram in particular. This continuous utilization of children by Boko Haram is making family reunification more and more difficult. In that sense, decentralized outreach services were strengthened to provide adequate care to the most marginalized children affected by the humanitarian crises.

Within that context of security crisis, the MTR process has helped to get new partners at national and regional levels. The Child Protection programme has brought-in new actors notably ministry of defense to ensure that children protection agenda is not overshadowed by security imperatives.

## **Gender Mainstreaming and Equality**

UNICEF Cameroon has identified results on all 4 GAP targeted priorities and is working on mainstreaming gender in all sectors. Below are two gender-focused programmatic initiatives.

In the education sector, two studies were conducted for evidence-based gender programming and advocacy. Key findings of bottlenecks analysis conducted in primary and secondary education levels, the main findings showed huge bottlenecks for girls in retention and completion at primary school, and transition from primary to lower secondary school. Specific strategies were discussed among partners in alignment with the national strategy supported by the Global Partnership for Education (GPE) since 2013. The role played by education in gender equality has led the management to appoint one education specialist as CO gender focal person. Though no fully dedicated gender specialist is available in the office, the focal person supports the coordination of gender related issues.

The results of the study conducted on “WASH in school” showed that separate toilets (girls/boys) allowed girls to enjoy their intimacy and to feel more secured in a context of numerous violence and aggression in schools. These results and evidence led to the development of the WASH in school strategy critical for advocating increased Government’s commitment and investment.

Gender aspects were also considered in all WASH interventions from planning to implementation. Both women and men were selected as community animator and sensitization sessions/activities include hygiene aspect related to women (menstrual hygiene). Taking into consideration women’s role at household and community levels in term of access to WASH facilities, at least one woman is member of each water point management committee established. This has helped to better position women in communities very patriarchal.

## **Environmental Sustainability**

In 2015, CO has not been engaged in a sectoral initiative related to environmental sustainability. However, our field interventions were sensitive to environmental concerns. A plan of waste management is developed to manage OPV-t withdraw. Solar fridge were provided in replacement of fuel fridge. CLTS implementation, including various sensitization sessions conducted on environmental sanitation and support provided to communities for latrines’ construction taking into consideration the water table level at different sites including refugees camps led to the prevention of surface/ground water and soil pollution with human excreta. Beneficiary communities were also sensitized on household water management including conservation, treatment and rational usage. All this measures have contributed to environmental sustainability in UNICEF’s supported interventions.

## Effective Leadership

The CMT included in its monthly agenda; the office management indicators, monitoring the annual management priorities, the audit action plan, the staff morale action plan and actions resulting from the 2015 staff retreat recommendations. Poor performance and actions implementation delays have led whenever pointed out by the CMT led to ad hoc meetings to address issues and find solutions. This was the case for the high levels items and value in Supply stock where Head of Sections were invited by the management to visit the store and propose accelerated distribution plans. As part of the assurance activities to monitor achievements of results and proper utilization of funds transferred to partners, the office has conducted programme monitoring visits and spot checks. Budget tracking also led to dedicated meetings where Budget Owners are requested to share with the management their allocations consumption and realistic planning of the balance including expiring PBAs.

EMT and ERT groups were established in order to ensure timely support to humanitarian assistance. This has helped to strengthen understanding of humanitarian principles and improve the response.

After updating and testing the BCP of Yaounde in 2014, Maroua BCP was developed and tested in 2015. Alternative relocation sites have been identified in Yaounde and Maroua, equipment (tool boxes, Lap Top, printers and BGAN prepositioned on relocation sites) and asset recovery resources have been put in place and maintained. The Office risk matrix was used to update the programme management environment during the CPMP review process in 2015.

In addition to efforts made to widen UNICEF's partners, the establishment of LTAs fostered diligent supplies by reducing the risk of stock-outs.

The development and implementation of HACT Insurance Plan was a mitigation pledge of partners financial risk management and achievement of programme outcomes.

## Financial Resources Management

Management indicators including disbursement rates are monitored monthly by the CMT. Regular heads of Sections meetings are held every 2 weeks and specific meetings called whenever necessary to optimize budget utilization. These regular meetings were necessary for the smooth budget management since no staff is hired for budget monitoring. The revised CPMP in 2015 requested the establishment of a budget monitoring position in the office structure.

The financial implementation rates for 2015 budget are 98 per cent, 100 per cent and 100 per cent respectively for RR, OR and ORE.

Electronic bank transfer is used for all payments. The bank reconciliation is therefore easy with very few outstanding items related mostly to bank charges. OTS is being tested by UNICEF Cameroon.

The office is implementing HACT since the first quarter 2015. The CMT monitors the outstanding DCT to keep them under control. Reminder letters are sent to partners when limits thresholds are reached. When the DCT is more than nine months, the reminder letter is sent to the Minister in addition to face-to-face meetings with the Representative. In these cases, any disbursement considered essential for the programme is subject to the prior authorization of the Regional Director. DCT over 6 and 9 months are respectively 12 per cent and 7 per cent.

Internal controls are performed through the statutory committees and the ToA renewed. Vision roles conflicts identified in Approva are well managed too.

The office continues to benefit from the mobile phone fleet of over 400 subscribers (staff and partners) whose communications are charged at zero francs to assist in data collection for nutrition-related information from the field. An agreement is being signed with the mobile phone operator to expand the fleet to all UN staffs in Cameroon and increase the costs savings for UNICEF Cameroon.

## Fund-raising and Donor Relations

UNICEF CO has developed a resource mobilization strategy which focuses on keeping good relationships with main donors. GoJ is our first donor. Field visits and visibility activities have been implemented to ensure that the public is aware of the contribution of GoJ and also to show results achieved in the field. A special newsletter was designed to celebrate the partnership with GoJ; the handing over of schools and WASH works was done in presence of a representative of the Japanese Ambassador. Another strategy was to create relationship with new donors by presenting children's situation in Cameroon and positioning UNICEF as a knowledge broker; two new donors (KFW and USAID) are about to provide substantial resources for nutrition and Ebola.

A third strategy was on leveraging resources; in result, the World Bank will increase support to scale up nutrition interventions; the European Union Delegation will mainstream nutrition into rural development and agricultural priorities and will support birth registration through the 11st European Development funds.

A four strategy is to build partnership with private sector; a Nutrithon and CSR activities were experimented and funds were received from private sector, notably for the home fortification Programme (e.g Orange and Afriland Bank donations) and WASH interventions (Oneo); dialogue is ongoing with other private sector entities.

Therefore, UNICEF Cameroon has been able to raise 90 per cent of the ORR ceiling for the entire cycle in less than 3 years. The ORR amount mobilised in 2015 is almost US\$ 40 million; more than 3 times the level of 2014. For ORE, the situation is less favorable only 30 per cent of the HAC needs were raised.

On the quality of donor reporting: an internal workshop was done to identify bottlenecks; put in place quality assurance and SOPs for donor reporting. The quality and the timeliness of donor reports have improved.

## Evaluation

Under the stewardship of CO's senior management, the 2015 PRIME preparation process was fully participatory. Criteria were set for the selection of activities to be selected. The following factors led the choice of PRIME activities (i) suitability to fill existing data needs and knowledge gaps, (ii) readiness of the requesting section to set-up and manage the follow-up committee, (iii) achievability within the time schedule, and (iv) availability of resources. Once finalized, the draft of the PRIME was shared with the regional advisor for quality assurance. PRIME activities were implemented concomitantly with the rest of Annual Work Plan. The TORs for PRIME activities are reviewed by the PME before publication. Reports are also reviewed by the PME before finalization.

The management response of the evaluation of SAM care is still being implemented. In line with evaluation recommendations, CP has put an emphasis on the logistic segment of the distribution chain. Significant changes were made in the way supplies are transported, stored and dispatched throughout nutrition centres in the field. Country Programme has shifted from dispatching nutrition supplies through a transport operator to self-transportation by health system. In addition to the drastic reduction of episodes of input shortages, investment in logistic capacities is extending benefits to other health interventions/programmes.

In 2015, UNICEF Cameroon planned 2 evaluations focusing on WASH interventions in Cameroon and UNICEF emergency response. Both evaluations could not be completed. Bidding processes failed to identify a competent team of consultants with strong and sound technical and managerial capacity to lead a high quality and independent evaluation. These evaluations are of high priority for Country Office during the first quarter 2016.

### Efficiency Gains and Cost Savings

The office achieved most of its costs savings in the following areas:

- Telephone communications by installing a gateway of 16 SIM cards of all mobile phone operators on the office PABX: the savings are about 60 per cent
- The office established a mobile phone fleet with more than 400 subscribers. The communications are performed at zero francs within the fleet after payment of a minimum rate of US\$ 8 or the line maintenance per month
- UNICEF Cameroon working jointly with other UN agencies will finalize before the year end, an agreement with a mobile phone operator integrating all UN staffs in one fleet. The line maintenance will be US\$ 8 per month. Communications will be made at zero francs within the fleet with a reduction costs estimated at 50 per cent
- Water consumption is still maintained at a low level through the rainwater collection system for office and vehicle cleaning ; the monthly water bill is on average US\$ 100;
- The office has established LTAs for the procurement of office stationary and Wash items; costs savings are estimated at 5 per cent.

### Supply Management

The supply function is implemented in a recurring context of emergencies and a rather weak governmental capacity of the in-country logistics. While UNICEF Cameroon continued to reinforce the partners' capacities in warehousing and logistics means, the office needed to deliver most of the programme supplies in the field.

Due the various campaigns against polio, assistance to refugees from Central African Republic and Nigeria and the intervention against malnutrition in the eastern and northern regions, the volume of programme supplies reached an amount of approximately US\$ 15.9 million. The main categories of supplies were vaccines, essential drugs, therapeutic food and WASH kits. Given the nature of these supplies, offshore purchases were the main source of supply, 77 per cent against 13 per cent for local purchases and 10 per cent for Direct Order. Local purchases were mainly intended for WASH kits, student's supplies, textbooks and printing.

In the same period the government purchased for 23 million US\$ of vaccines (routine programme and co-financing with GAVI).

The office has also spent US\$ 1.4 million in constructions for WASH and Education in response to current emergencies (construction and rehabilitation of boreholes, latrines and classrooms).

US\$ 4,594,002 of goods were distributed from the warehouses (Douala, Yaoundé and Belabo). The current stock level at these warehouse is US\$ 2.3 million.

As in the previous years, CO supported transit of supplies to Chad and CAR offices despite challenges and administrative constrains.

<b>2015 Procurement</b>	<b>Value in US\$</b>
Programme	15,859,738
Operations	3,022,219
Constructions	1,391,689
<b>Total</b>	<b>20,273,646</b>

<b>Programme</b>	<b>SO Budget</b>	<b>Total in US\$</b>
Health	10,594,220.61	5,843,881.15
Nutrition	2,437,499.91	1,769,189.75
WASH	1,131,864.90	836,723.18
Education	1,086,052.58	639,348.00
Protection	392,531.76	323,145.97
HIV-AIDS	131,288.00	35,676.69
Extern. Com	47,294.20	48,030.77
PSP	29,311.00	0.00
C4D	9,675.00	0.00
<b>Total</b>	<b>15,859,737.96</b>	<b>9,495,995.51</b>

### Security for Staff and Premises

Security measures has been tightened to make Yaounde and Maroua premises MOSS compliant. Maroua is a common premise shared with eight other UN agencies. Bertoua office is located in UNHCR compound. The Yaounde office fence has been raised up and equipped with barbed wire to meet MOSS requirements. Staff and visitors are screened before entering the building. A SAS has been created to screen vehicles entering the inner parking. A biometric access control system has been installed and used to control the entries and exits of the building with recording of movements. Staffs and visitors are given ID cards. An SOP has been developed to administer and manage the system.

A CCTV system has been installed in Yaounde office. It helped identify burglars who were later apprehended by the police. The lessons learned from this incident fostered to further strengthen the existing system.

Because of the security risk associated with Boko Haram, the Yaounde office security guards team has been reinforced to ensure better oversight of the site, including the control of all vehicles entering the inner perimeter and the permanent control of visitors' parking which stand-off from the public road is not MOSS compliant.

Reminders for security measures are done to all staff at times of increased security risks. All

staff is equipped with VHF radio. The call tree is also set up to relay information when needed. The VHF radio coverage in Yaounde is not enough and remains a challenge for UNDSS. Some staffs still cannot communicate with their radio. Colleagues from Maroua and Bertoua are authorized to use UNHCR radio network. All office vehicles are equipped with radio CODAN and are checked at the departure and arrival of each field mission. Military escorts are still required in the North to secure the missions.

## Human Resources

In order to reinforce the office human resources needs to implement the regular programme and respond to emergencies, the office handled significant recruitment with 59 Temporary staff, 24 consultants, 6 UNV and 3 trainees. That mix staffing (coming from Asia, America, Central Africa, Europe, West Africa, Latin America and East Africa) posted in the 3 offices brought multicultural profile, sensitivity and needed competencies at the right place to fill in the gaps, meet the results and ensure effective humanitarian response. The L2 emergency procedure simplified most of the recruitment process through the use of fast-track which proved to be useful for bringing on board temporary assistance in less than 31 days.

The performance evaluation process is part of the key performance indicators and one of office priorities. It is regularly monitored during CMT, Programme and Operations meetings. Country Office has developed an action plan based on global survey results and with specific action requesting supervisors and supervisees to hold performances discussions at mid and year end. This plan is regularly monitored during the monthly CMTs and quarterly JCC meetings. Concrete actions has been undertaken through training such as team building, stress management, ethics, 100 per cent of staff completed their training in ethics. One to two hours every Friday called "Vendredi de partage" are dedicated to share information and train all staff including sub-offices.

The office is engaged with the UN system providing information and educating staff on Ebola. Ebola Focal Point has been appointed and three information sessions for staff, families and support staff has already been organized. In collaboration with the UN dispensary, a session on first aid was organized for the staff. The CO mobilized enough other resources to cover funded positions on OR. UNICEF Cameroon even requested the increase of OR ceiling for next year.

## Effective Use of Information and Communication Technology

After last year migration to Office 365, emphasis was led this year on popularizing the new tools to users. Personalized sessions were organized to enable staffs to get well accustomed with the new collaboration tools (SharePoint, Lync, and OneDrive). The sub office in Maroua was connected to the UNICEF global network and staffs now have direct and easy access to all the corporate tools. They are able to easily access the SharePoint site constructed in the Yaoundé main office.

The access to the network in Yaounde was improved by implementing the Universal Wifi project as recommended by the regional office and ITSS. The new WIFI network is subdivided into two separate subnetworks that are professional and public. The public subnetwork enables staffs and visitors to connect their private equipment without interfering with the professional network and thus guaranteed security.

Further to the ITSS recommendation, sensitization was done to staff on the Bring Your Own Device Policy and thus a good majority of colleagues now have corporate collaboration tools configured on their personal devices and they can access those even out of the office. Moreover



the critical staffs were equipped with new phone terminals that meets the standards to enable them to be operational and ensure business continuity.

The phone fleet put in place with the Ministry of health, WHO and UNICEF health section has continued to be used for extensive tracking and reporting of health issues such as Wash and Nutrition in the regions of North and Far North by the concerned stakeholders. Also, the office implemented the U-report project that enables Partners including National Assembly and youth to be informed and also collect their view on various development concerns.

## Programme Components from RAM

### ANALYSIS BY OUTCOME AND OUTPUT RESULTS

**OUTCOME 1** D'ici à 2017, le développement et l'opérationnalisation d'un cadre politique, légal et multisectoriel de nutrition pour la coordination/suivi et évaluation est assuré"

#### **Analytical Statement of Progress:**

Le problème de la malnutrition chronique a des conséquences prouvées [1] au-delà de la santé, il réduit le capital humain et conduit ainsi à des pertes économiques - réduction de produit intérieur brut (entre 3-8 per cent) si rien n'est fait. La malnutrition chronique est aussi un problème d'équité car elle est plus présente (4 fois plus) dans la population pauvre et vulnérable. Malheureusement il demeure un problème important au Cameroun avec 32 per cent des enfants malnutris chroniques et une situation de stagnation depuis 2006. Ajouté à cela, des incohérences entre ministères sont restées persistantes dans l'action gouvernementale (ciblage, nature, couverture, etc. Les actions pour prévenir ce problème nécessitent des efforts solides et des engagements politiques traduits en action et vers la mise à échelle des interventions coûts/efficacité du secteur mais aussi des secteurs sensibles. A ce titre, un Comité interministériel de lutte contre la malnutrition logé dans les Services du Premier Ministre a été créé et a fonctionné en 2015, adoptant une note d'orientation stratégique pour la lutte contre la malnutrition dans les quatre régions les plus affectées. Le plaidoyer auprès du secteur privé a suscité un intérêt pour de financements innovants. L'implication des medias et le plaidoyer auprès des parlementaires a permis la création d'un réseau de parlementaires qui ont interpellé des responsables de la santé et le Premier Ministre sur les inactions observées. Il est attendu que la coopération de l'UNICEF avec les ministères et l'unité leader de la coordination en nutrition devrait contribuer à la durabilité des actions à travers l'organisation coordonnée des capacités institutionnelles des secteurs et à l'élaboration du cadre juridique de coordination interinstitutionnel, et l'appui à la structure formelle et informelle de la nutrition.

A travers l'appui technique, le plaidoyer, la communication, les renforcements des capacités et l'intégration de la nutrition dans les autres secteurs, celle-ci devra être définie comme une priorité organisationnelle au sein du Gouvernement et se traduire en priorité pour le développement au Cameroun dans le DSCE révisé.

**OUTPUT 1** D'ici 2017, les ministères des secteurs concernés ont intégré et budgetisé des interventions en faveur de la nutrition dans leur politique, strategies et plans d'action

#### **Analytical Statement of Progress:**

L'atteinte de ce produit nécessite la finalisation du plan d'action stratégique pour la nutrition au sein du comité Interministériel de lutte contre la malnutrition. En ce qui concerne les documents ou stratégies élaborés pour la lutte contre la malnutrition : (i) la feuille de route multisectorielle

pour la réduction de la malnutrition chronique avait été faite en 2013 et demeure toujours d'actualité, (ii) la stratégie sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants qui donne des indications sur les objectifs et procédés pour améliorer l'alimentation infantile, (iii) et la politique nationale de nutrition qui a été finalisée et pré-validée techniquement par un groupe multisectoriel et multidisciplinaire, mais qui devrait être adoptée par le Premier Ministre, étant donnée qu'elle a une visée fédératrice des actions des différents départements ministériels et acteurs. Son adoption demeure un défi étant donné que le processus de décision pour la nutrition n'est pas institutionnalisé et parce que la politique propose un modèle organisationnel de la nutrition. Le plan d'action opérationnel et budgétisé pour la mise à l'échelle des interventions en nutrition va suivre en 2016 et ainsi que l'appui pour assurer le leadership fédérateur du gouvernement.

Enfin, en matière d'analyse de la situation nutritionnelle : L'enquête nutritionnelle SMART annuelle dans les 4 régions a été réalisée en 2015, ainsi qu'une enquête dans les neuf arrondissements de la région l'Est qui accueillent des réfugiés venant de la République centrafricaine. Ces enquêtes ont permis de confirmer/montrer la situation d'urgence nutritionnelle dans la région de l'Extrême Nord et assurer les discussions pour la prise de décision pour la réponse d'urgence.

**OUTPUT 2** D'ici 2017, l'augmentation du financement des interventions en faveur de la nutrition dans les différents secteurs conformément aux plans d'action est effective.

#### **Analytical Statement of Progress:**

L'axe stratégique principal pour l'augmentation des financements est basé sur :

1. Informer les responsables des décisions: Edition du profile et un document de plaidoyer a été produit, et largement diffusé. De nouveaux outils de plaidoyer sont en cours d'élaboration et seront diffusés en 2016 (basés sur les nouvelles données de situation-MICS 2014),
2. Assurer l'engagement des partenaires: Des échanges sur la situation nutritionnelle et des actions à mener de la part du secteur privé ont été fait lors de l'atelier sur les droits des enfants et la responsabilité sociétale des entreprises. En 2016 des efforts pour la consolidation de ce groupe sont à faire. La mobilisation des ressources à travers le secteur privé est encouragée aussi afin d'augmenter les ressources domestiques pour la nutrition.
3. Renforcer les acteurs clés pour pouvoir plaider pour la nutrition et de placer la nutrition au cœur des priorités de développement à tous les niveaux- Les parlementaires à travers leurs réseaux on définit un plan d'action pour la sensibilisation, le monitoring du gouvernement et le plaidoyer pour l'augmentation des ressources allouées à la nutrition
4. Se préparer à une communication plus large auprès du grand public qui est crédible, efficace et durable- Le film fiction sur la malnutrition a été diffusé sous forme de cinéma numérique ambulant dans des localités des 4 régions et ont suivi des débats et discussions dans les villages. Une bande dessinée pour tous les publics est prévue pour 2016.
- 5- Mobilisation des ressources : pas d'évènement spécial avec le secteur privé. Une étude a été faite dans le cadre du SUN, par le Gouvernement, l'UNICEF et HKI, sur les allocations budgétaires en nutrition de la part du gouvernement basée sur la loi de finances de 2015 et il a été relevé que le gouvernement n'a alloué aucune ressources pour des interventions spécifiques en nutrition en 2015 et 4 per cent du budget est destiné pour des interventions sensibles à la nutrition (agriculture, éducation, sante). Les actions de nutrition dans le pays sont dépendantes à 100 per cent de l'appui des partenaires techniques et financières externes. Pour cela, la collaboration de nutrition pour le renforcement de la coordination doit être importante.

**OUTPUT 3** D'ici 2016, Les curricula des secteurs santé, agriculture, éducation et social intègrent la nutrition humaine et sont effectivement enseignés dans les différents cursus.

**Analytical Statement of Progress:**

Le rapport sur l'état des lieux de l'enseignement en nutrition des secteurs santé, agriculture, éducation et social, première étape (Yaounde, Douala, Buea) a été diffusé. La deuxième phase de l'état de lieux sur les capacités en nutrition a été faite et a couvert les villes de Maroua, Ngaoundéré Bamenda - un total de 13 établissements ont été visités et enquêtés par une équipe de UNICEF, Ministère de la Santé Publique et le Ministère de l'Enseignement Supérieur. Un rapport consolidé a été élaboré et pré-validé par le Ministère de l'Enseignement Supérieur. Malheureusement ce processus a pris trop de temps, par manque de temps du Ministère concerné et la publication du rapport de l'étude et la restitution avec le corps des institutions et personnes ressources qui ont participé n'a pas été fait. Ceci devra être fait en début de 2016 et à la suite la révision des curricula devra démarrer afin d'intégrer des éléments de nutrition et combler les lacunes et faiblesses relevés dans l'étude. Au total, 5 programmes de formation dont 4 de premier cycle et un de Masters en Science ont été identifiés. Deux autres formations de type Master of Science étaient sur le point d'être lancées au moment de la collecte des données. En général, ces programmes manquaient de clarté au sujet des compétences, savoirs, attitudes et aptitudes clés que les étudiants devraient acquérir tout au long de la formation pour leur future carrière. Dans la plupart des cas, lesdits programmes étaient essentiellement orientés vers la science alimentaire et ne correspondaient pas assez avec les priorités nutritionnelles nationales. Peu d'attention était accordée à la nutrition de santé publique. Ainsi les cours de nutrition dans les écoles d'agriculture et de santé étaient limités en termes de quota horaire et d'envergure. En résumé, nos données ont souligné le besoin urgent d'améliorer l'orientation actuelle de la formation en nutrition et d'introduire un programme de formation uniforme pour chaque niveau de formation au Cameroun. Les programmes de formation doivent être revus pour permettre aux étudiants de mieux appréhender les principes de base de la nutrition humaine ainsi que leur application dans les domaines cliniques et de la santé publique. Un ensemble plus large de savoirs, d'aptitudes et de compétences doivent être introduits dans les programmes existants. Il est aussi vital de créer les conditions d'une formation continue en nutrition destinée aux professionnels de la santé dans le pays.

**OUTCOME 2** Les systèmes de santé intègrent et assurent la prestation d'un paquet d'interventions de nutrition auprès des enfants et des femmes y compris en situation d'urgence"

**Analytical Statement of Progress:**

En 2015, une assistance a été apportée au secteur dans la prise en charge des cas de malnutrition et la mise sur pied des stratégies pour garantir l'alimentation infantile adéquate en période de crises, notamment dans la crise des réfugiés de Centrafrique, de Nigeria et les déplacés internes dans la région de l'Extrême Nord. Un accord avec l'ONG Action contre la Faim a permis de répondre aux besoins des réfugiés et d'améliorer l'alimentation infantile et l'appui psychologique aux familles. Les formations nécessaires ont été dispensées aux partenaires pour assurer une prise en charge efficace des cas.

100 per cent des intrants pour la prise en charge de la malnutrition, pour la fortification à domicile et pour la supplémentation en vitamine A sont assurées par l'UNICEF qui assiste également le gouvernement dans la distribution secondaire de ces intrants afin de les rendre disponibles et renforcer la chaîne logistique à travers l'appui direct, l'amélioration des capacités de stockage et de transport et distribution. Ceci demeure malgré tout un défi surtout pour les zones de mauvais accès et d'insécurité. Le renforcement des capacités de personnel de santé et au niveau de la communauté pour assurer la qualité de ces services a été fait, ces actions combinées avec le monitoring et la supervision vont assurer la mise à l'échelle

progressive et avoir un meilleur impact des actions. La distribution des poudres de micronutriments et les démonstrations culinaires ont été des piliers pour accroître l'intérêt pour la nutrition au niveau de la communauté dans les 4 districts sanitaires de la région du nord.

Les campagnes de supplémentation en vitamine A et déparasitage ont été réalisées et ont été intégrées aux campagnes de vaccination contre la poliomyélite. Ce sont des actions qui assurent une couverture d'enfants de moins de 5 ans acceptable. La supplémentation est très importante étant donné la vulnérabilité des enfants qui sont affectés par les crises afin de renforcer leur système immunitaire et prévenir des décès. Un progrès important en 2015 a été l'intégration des indicateurs de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans le projet de la Banque Mondiale et du ministère de la Santé sur le renforcement du système de santé à travers le financement basé sur la performance. Ceci a commencé dans les districts sanitaires de la région de l'Est et verra son extension au niveau de la communauté dans les régions du nord à partir de fin 2016.

**OUTPUT 1** D'ici 2017, la disponibilité et l'accès aux intrants, aux services, aux ressources humaines qualifiées et aux systèmes de prestation de nutrition au niveau national et décentralisé et particulièrement dans les zones d'intervention y compris en situation d'urgence, sont assurés

**Analytical Statement of Progress:**

Durant la période sous revue, le système d'approvisionnement n'a pas connu de ruptures de stock tant au niveau central qu'au niveau régional. Les capacités de stockage ont été renforcées au niveau des zones d'urgence. Les capacités des personnels des délégations régionales ont été renforcées sur l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des plans de distribution.

La disponibilité d'intrant et l'accès aux services ont été améliorés. Le suivi en cours permettra d'apprécier les effets en termes d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

**OUTCOME 3** D'ici 2017, la population accède et adhère à des interventions en faveur de la nutrition au niveau de la communauté à travers tous les secteurs "

**Analytical Statement of Progress:**

L'analyse des déterminants de la demande de soins et des services de nutrition est extrêmement importante pour la formulation de politiques et de stratégies afin d'assurer une utilisation effective des services en particulier par les pauvres et d'améliorer la qualité des services. Il est connu que de manière générale les principaux déterminants ou barrières sont (i) financières (coût des consultations, hospitalisation, coût de transport, coût d'opportunité), (ii) géographiques (distances) et (iii) socio- culturelles (normes sociales). Prendre soin d'un enfant, c'est le nourrir, l'éduquer, le guider (alimentation, protection- santé et soutien émotionnel et stimulation cognitive). Cette charge incombe à l'ensemble de la famille, et à la communauté et leur participation est indispensable. Cet outcome a pour objectif d'accentuer la demande de services de la part des communautés et populations vulnérables. Ainsi la disponibilité des interventions au niveau communautaire (tous secteurs) est indispensable et les services de nutrition devraient être intégrés dans ces secteurs (promotion de la femme, développement rural, éducation, chefs traditionnels etc.). Le passage à l'échelle des interventions de nutrition devait inclure les systèmes et approches communautaires de tous les secteurs.

Afin d'atteindre ce résultat le programme nutrition s'est engagé à travers un programme de fortification alimentaire à domicile couple à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui a démarré dans quatre districts de santé de la région du Nord, il inclut également l'identification

des acteurs et le développement d'un mapping des interventions de sante et des autres secteurs. Au niveau des régions une cartographie des acteurs communautaires des secteurs apparentés (MINADER, MINPROFF, Affaires sociales, etc.) est en cours d'élaboration dans les régions de l'Est, de l'Adamaoua et du Nord en vue mettre en commun sur pied un projet pour la réduction de la malnutrition chronique.

Un partenariat avec le Centre de recherche en alimentation et nutrition pour le développement d'un aliment de complément, les partenaires de la sécurité alimentaires ont été approchés, notamment le Programme National de Sécurité Alimentaire afin d'explorer des pistes de solution.

Le cœur du problème dans le contexte actuel de nutrition demeure l'absence d'outil pour mesurer la demande de service au niveau individuel. Le premier constat qui peut être fait est que la demande est plutôt opportuniste (par exemple la disponibilité des ATPE fait utiliser les services de santé, pendant les campagnes de vaccination, les mères recherchent les vaccinateurs pour que leur enfant reçoive « le remède des vers »). Toutefois des prémices de demandes pourraient être observées chez certains leaders et chefs traditionnels suite à la caravane des leaders qui avait porté leur attention sur différentes problématiques liées de près ou de loin à l'état nutritionnel. On peut ainsi dire que pour les activités communautaires, si les programmes sont bien encadrés, les prémices seront là pour permettre une réussite dans l'amélioration de la demande de services.

Les principales entraves actuelles a la mise en œuvre optimale des interventions de ce résultat sont : (i) Le faible financement de cet outcome (22 per cent du montant planifié). (ii) Ce projet devait voir une forte participation de l'unité de communication pour le changement de comportement, mais ceci n'a pas pu se faire car la mobilisation des acteurs, le manque de clarté sur la production d'un modèle de nutrition et participation communautaire et le focus réalisé sur la réponse aux urgences dans les régions de l'Extrême Nord de l'Est et de l'Adamaoua n'ont pas permis de mobiliser suffisamment de temps ni des ressources techniques et financières pour la conception et développement des modèles. L'augmentation des financements pourra permettre de se rapprocher du résultat visé d'ici la fin du cycle.

**OUTPUT 1** D'ici 2017, un modèle multisectoriel de prévention à base communautaire de la malnutrition chronique est développé et diffusé.

**Analytical Statement of Progress:**

Ce produit vise à développer un modèle unique basé sur toutes les interventions des différents secteurs ayant un impact sur la malnutrition chronique et qui pourront être développés grâce à l'appui de l'UNICEF et se focalisant dans les 1,000 jours. Une des conditions de réussite de ce modèle est le travail opérationnel en synergie avec la WASH, santé, éducation, la protection sociale et même l'agriculture. Les modalités pratiques de la mise en place des interventions seront conditionnées par le choix de la zone d'intervention et la capacité des acteurs et la disponibilité potentielle des interventions sensibles à la nutrition. Une recherche est nécessaire afin mesurer l'efficacité et l'impact du modèle. L'atteinte de ce produit sera effective en 2016 une fois reçus des financements conséquents. Il est aussi important de capitaliser le travail de tous les acteurs sur le terrain dans les zones d'intervention. Une condition aussi de réussite sera l'implication de tous les secteurs de l'UNICEF.

**OUTPUT 2** D'ici 2017, des formulations d'aliments de complément à base de produits locaux sont disponibles, vulgarisés et utilisés

**Analytical Statement of Progress:**

L'alimentation de complément se pratique de l'âge de six à vingt-quatre mois et c'est une période très sensible. C'est à ce moment que les problèmes de malnutrition commencent. Les indicateurs sur l'apport minimal acceptable par région au Cameroun sont très faibles (accès limité à des aliments appropriés et introduction précoce au plat familial). Ce manque de qualité de l'alimentation de complément s'est révélé plus sensible dans les familles pauvres, du fait notamment du manque d'accès à des produits importés qui sont disponibles au Cameroun. Aider à la production locale d'un aliment de complément utilisant les produits locaux correspondant aux normes internationales et qui pourront être enrichis en micronutriments, pourra favoriser le changement de pratiques non appropriés en matière d'alimentation et contribuer à la génération des revenus pour les femmes (et allègement des tâches) à travers le développement des unités locales de production et des groupes de sensibilisation. L'atteinte de ce produit est prévue pour 2016. Une recherche pour un aliment thérapeutique est en cours avec le CRAN. Le MINADER s'y trouve engagé avec la collaboration du secteur privé. D'autres partenaires s'y intéressent tels que ONUDI et GAIN.

**OUTCOME 4** D'ici 2017, les enfants et les femmes enceintes infectés par le VIH utilisent les services de prise en charge dans les zones d'intervention.

**Analytical Statement of Progress:**

Pendant le cycle en cours, le programme s'est donné comme cible de porter les messages de prévention du VIH/SIDA/IST à 1.775.083 adolescents et jeunes dans les 15 départements prioritaires. En plus, le Programme devait permettre à 30 per cent adolescents et jeunes de connaître leur statut sérologique.

Pour mieux cibler ses interventions, le Programme a fait usage de la cartographie des risques et vulnérabilité liées au IST/VIH/Sida combinées à l'analyse comportementale et la paire éducation. En plus d'identifier les comportements et zones à risques, cette approche a laissé parler les jeunes et accroître leur implication dans la mobilisation de leurs pairs. En plus de la mobilisation des jeunes, les structures de prestation des services ont été remises à niveau pour la prestation des services conviviaux aux jeunes.

Ces services sociaux sanitaires (CIEE, CMS, IMS) ont reçu des kits d'équipements standards pour l'offre de services SR/IST/VIH. Les Organisations de la Société Civile ont été associées pour l'accompagnement des différentes interventions et plus particulièrement la sensibilisation pour le dépistage volontaire (Horizon jeune, DELICE, Choose Life Generation, KIDAIDS, etc). L'offre du conseil et dépistage a combiné la stratégie fixe et avancée en partenariat avec les structures de soins et les équipes mobiles. Les activités de plaidoyer, de suivi-évaluation et de renforcement des capacités des acteurs clés ont été faites sous le leadership de la coordination du CNLS et du MINIJEC. L'équipe conjointe du Système des NU sur le VIH SIDA a été mise à contribution à travers la mise en œuvre du plan conjoint 2015.

Au terme de l'année 2015, malgré les contraintes, des progrès faits vers l'atteinte de ce résultat sont significatifs. Le niveau de mobilisation des adolescents et jeunes est passé de 12 per cent (2013) à 19 per cent (2014) et se situe actuellement à 30.5 per cent (2015) pour un total 541.962 jeunes et adolescents de 10 à 24 ans sur les 1775083 ciblés au terme du cycle. Le progrès a même connu une accélération en 2015 avec 34.713 jeunes des zones d'interventions prioritaires qui connaissent leur statut sérologique.

Les faiblesses observées dans le système de coordination ne permettent pas une prise en compte adéquate des préoccupations des adolescents et des jeunes dans les documents de

politique publique (nationaux et locaux). Il s'en suit des difficultés dans la mobilisation effective des ressources (humaines, financières et matérielles) allouées à la prévention du VIH chez les adolescents et les jeunes. En outre les services sociaux sanitaires adaptés aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes, tels CMS, IMS, CIEE, CLS, CMPJ, CPFF, etc. facilement accessibles et leur offrant une gamme appropriée et intégrée de prestations en SR/IST/VIH et Sida sont insuffisants et inégalement répartis géographiquement.

**OUTPUT 1** D'ici 2017, tous les CIEE, CMS et IMS dans les zones du programme ont au moins un prestataire de service apte à l'offre de service SR/IST/VIH selon les normes de convivialité

**Analytical Statement of Progress:**

Le manque/insuffisance de capacités techniques et autres attitudes en situation de travail ont été identifiés comme goulot d'étranglement majeur à l'amélioration de la qualité des services offerts aux jeunes dans les institutions appropriées. Le Programme s'est ainsi fixé l'objectif de renforcer les capacités techniques de 300 prestataires en poste dans les CIEE, CMS et IMS. Sous la coordination du MINJEC, les curricula de formation de prestataires de services et autres documents normatifs ont été produits et validés. Au terme de l'année 2015, 227/300 (76 per cent) ont déjà été formés. Ces personnels ont effectivement offert des services SR/IST/VIH à 61649 jeunes, soit 61.6 per cent de la cible visée pour la fin du cycle.

**OUTPUT 2** D'ici 2017, au moins 50 per cent des CIEE, CMS, IMS dans les zones du programme disposent de Kits d'équipements standards pour l'offre de services conviviaux SR/IST/VIH

**Analytical Statement of Progress:**

Durant les deux dernières années, vingt structures ont été dotées de kits d'équipements standards (matériel audiovisuel, informatique et divers outils et matériel de communication) portant à 30 le nombre total de structures équipées à l'offre des services conviviaux SR/IST/VIH aux jeunes. Les 61.649 jeunes qui ont fréquenté ces services ont pu bénéficier d'un environnement propice à l'accès aux informations, au dialogue et aux services limitant la vulnérabilité des jeunes à l'infection au VIH. A rappeler que les 15 Départements appuyés par UNICEF comptent 50 structures. Le programme en avait ciblé 30 pour les 5 années du cycle. Néanmoins, l'insuffisante coordination des partenaires qui appuient les structures des jeunes engendrent la duplication des efforts et une mauvaise utilisation des ressources. En collaboration avec le MINJEC, l'UNICEF et l'équipe conjointe du SNU sur le VIH/SIDA s'attèlent à la mise en place de plateformes de coordination pour maximiser les ressources disponibles pour ces structures.

**OUTPUT 3** D'ici 2017, au moins 60 per cent des jeunes et adolescents dans les zones d'intervention ont des compétences de vie courante (Life skills) pour se protéger du VIH/sida

**Analytical Statement of Progress:**

L'éducation basée sur les compétences de la vie courante (life skills) donne aux jeunes les moyens de faire face aux différents défis et risques qui encourent quotidiennement. Durant les cinq années du cycle en cours, le Programme a prévu de faire passer le nombre de jeunes aptes à se protéger de l'infection à VIH/SIDA de 5.390 à 25.000. En fin 2015, 19.489/25000 sont déjà aptes à se protéger. Ceci est confirmé par la tendance baissière des nouvelles infections.

Un réseau de superviseurs de pairs éducateurs et de jeunes pairs éducateurs formés sur les life skills mobilisent d'autres adolescents et jeunes pour qu'ils puissent changer de

comportements et contribuer à la réduction de l'exposition aux facteurs de risque identifiés dans leurs communautés respectives. La cible n'est certes pas très ambitieuse mais pour le moment le résultat escompté à la fin du cycle a été atteint à 80 per cent.

Comme souligné par les résultats de l'analyse de la situation rapide sur les adolescents dans le cadre de l'initiative « All In », les adolescents et plus particulièrement les adolescentes continuent d'être vulnérables au VIH en raison du bas taux d'utilisation des préservatifs, des pratiques sexuelles à risque et l'exposition aux violences sexuelles et physiques. Au cours des deux prochaines années la communication innovante (IEC/CCC/C4D/T4D), la promotion de l'usage correct et systématique des préservatifs, en particulier chez les adolescentes sexuellement actives seront privilégiées.

**OUTPUT 4** D'ici 2017, au moins 30 per cent des adolescents et des jeunes des zones d'intervention du programme connaissent leur statut sérologique

**Analytical Statement of Progress:**

Le résultat ciblé à la fin du cycle en cours pour les 15 départements prioritaire appuyés par l'UNICEF est de porter le nombre d'adolescents et jeunes qui connaissent leur statut sérologique de 6.786 à 28.000.

Les campagnes de sensibilisation au dépistage volontaire menées par le réseau des jeunes pairs éducateurs au niveau communautaire au moyen des micro-plans de communication. Les événements spéciaux tels que la semaine nationale de lutte contre le SIDA et la campagne vacances sans SIDA ont permis d'offrir les services de conseil et test à beaucoup de jeunes. La cible des 28.000 a été largement dépassée durant ces deux dernières années avec 34.713 ayant connaissance de leur statut sérologique.

Malgré les progrès observés, les besoins restent énormes et beaucoup de jeunes désirant connaître leur statut sérologiques n'ont pas toujours accès à ce service. Dans le cadre de l'initiative « All In ! », l'UNICEF en collaboration avec les autres partenaires mettra un accent particulier sur l'accès au test de dépistage et la mise sous traitement des adolescents pendant le restant du cycle.

**OUTPUT 5** D'ici 2017, au moins 90 per cent des adolescents et jeunes dépistés positifs au VIH bénéficient d'une prise en charge globale

**Analytical Statement of Progress:**

Le CPAP prévoyait de porter de 54 per cent à 75 per cent la proportion d'adolescents et de jeunes de 10 à 24ans testés positif au VIH qui bénéficie d'une prise en charge globale. Les interventions prévues dans ce cadre ont été réalisées grâce à la collaboration entre les structures de prévention et celles chargées de la prise en charge (CTA/UPEC). Un guide de prise en charge des adolescents vivant avec le VIH a été développé. Les structures de prise en charge des adolescents et jeunes vivant avec le VIH ont bénéficié d'un soutien pour l'appui psychosocial, organisation de classes thérapeutiques, l'appui nutritionnel et scolaire etc. Pour renforcer la lutte contre la stigmatisation et la marginalisation, trente adolescents vivant avec le VIH ont reçu une formation sur le leadership, la vie associative et sur comment vivre positivement sa séropositivité afin qu'ils puissent encadrer leurs pairs.

Durant les deux dernières années, 77 per cent des adolescents et jeunes testés positifs ont été mis sous traitement dans les 15 départements soutenus par l'UNICEF. Au niveau national, l'efficacité de la mise sous traitement reste fortement entravée par les dysfonctionnements de la



chaîne de référence et contre référence des adolescents et jeunes devant bénéficier de la prise en charge n'est pas bien structurée. Les conclusions de l'analyse de la situation faite durant la première phase de l'initiative « All In » montrent que moins de 2 adolescents sur 10 éligibles aux ARV sont sous traitement. Ceci peut être l'une des explications du taux élevé de mortalité lié au VIH/SIDA au niveau national. Cependant, les 77 per cent représentant la proportion d'adolescents testés VIH+ dans la zone d'intervention UNICEF sont mis sous traitement. Les différents partenaires impliqués dans l'initiative « All In ! » vont conjuguer les efforts pour un meilleur suivi et le maintien dans le continuum de soins des adolescents et jeunes séropositifs.

**OUTPUT 6** D'ici 2017, les cadres de coordination et de concertation de la prévention primaire aux niveaux central et régional sont fonctionnels

**Analytical Statement of Progress:**

La coordination des interventions de la prévention primaire demeure très faible et ne permet pas une bonne remontée des données désagrégées par les systèmes nationaux d'information sanitaire limitant notre capacité de générer les données spécifiques aux adolescents et monitorer les progrès.

Le plaidoyer fait à divers niveaux avec les conclusions de l'analyse de la situation des adolescents au commence à donner ses fruits. Les partenaires clés s'attèlent à améliorer l'environnement politique et institutionnel, particulièrement l'analyse situationnelle, la consultation multisectorielle et le Suivi-Evaluation.

**OUTCOME 5** D'ici 2017, les enfants et les femmes enceintes infectés par le VIH utilisent les services de prise en charge dans les zones d'intervention.

**Analytical Statement of Progress:**

Les résultats clés attendus du programme de coopération entre le Gouvernement du Cameroun et l'UNICEF pour la PTME et la PECP s'inscrivent dans le cadre de la campagne globale de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Selon le rapport GAPR 2014, le nombre de sites PTME a augmenté considérablement passant de 2.067 à 3.499 entre 2010 et 2014 sur un total de 3.990 formations sanitaires (FOSA) que compte le pays. Tous les districts sanitaires ont désormais au moins un site PTME. Après trois années de mise en œuvre, la PTME a connu des avancées même si beaucoup reste à faire notamment la mise à échelle de l'option B+ et la rétention du couple mère enfant dans le continuum de soins. Dans les 15 Districts de Santé appuyés par l'UNICEF, 438/476 formations sanitaires offrent des services de PTME. L'option B+ est effective dans 117 formations sanitaires de ces 15 Districts. La proportion de femmes enceintes séropositives vues ayant accès aux ARV est passée de 64 per cent à 80 per cent entre 2013 et 2014 et se situe à 93.14 per cent en 2015.

Malgré les avancées de la PTME et la prise en charge du VIH/Sida chez les adultes et les adolescents dans l'ensemble du pays, la situation du VIH chez les enfants demeure préoccupante. Au niveau national, en 2015, seuls 6,5 per cent (6.099) des enfants vivant avec le VIH sont sous traitement ARV, soit 4,2 per cent du nombre total de personnes infectés par le VIH sous TARV (145.038).

Dans les DS appuyés par l'UNICEF, 86 per cent des enfants exposés vus au niveau des structures de soins (soit 23.63 per cent de la couverture populationnelle) ont bénéficié du

diagnostic précoce dans la zone d'intervention et 50.78 per cent des enfants infectés au VIH vus ont reçu les ARV. L'intégration du VIH dans la réponse nutritionnelle dans les zones d'urgence a permis d'identifier les enfants séropositifs et la mise rapide le traitement ARV. Cette intégration du VIH en contexte de malnutrition va faciliter le dépistage du VIH pédiatrique au niveau des différentes portes d'entrée.

Après trois années de mise en œuvre, le pays a jugé nécessaire de procéder à la revue du plan e-TME, sous le leadership du Ministère de la Santé (DROS et DSF en collaboration avec le GTC/CNLS). L'UNICEF a fourni l'appui technique et financier pour cette revue ainsi que pour l'élaboration du plan opérationnel d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et du plan opérationnel de la prise en charge pédiatrique pour une durée de deux ans 2016-2017.

La mise en œuvre de ces deux plans devrait contribuer de lever les principaux goulots et permettre l'atteinte des des résultats escomptés.

**OUTPUT 1** D'ici 2017, toutes les formations sanitaires des 15 districts d'intervention du programme PTME disposent des intrants nécessaires pour l'offre de service intégrés de SMNI/PTME/PECP

#### **Analytical Statement of Progress:**

La sous composante a planifié d'endiguer le problème de la rupture des stocks d'intrants dans les 15 DS. Ce résultat est atteint. Les responsables attestent qu'aucun des 15 districts prioritaires n'a connu de rupture d'intrants imputable à la gestion des stocks. Cette performance résulte de la disponibilité accrue des intrants dans le pays avec l'appui de partenaires tels que le Fonds Mondial, PEPFAR, la Présidence de la République et par les appuis de l'UNICEF au développement des plans d'approvisionnement par les DS sous la supervision des responsables régionaux. La facilitation du transport des intrants vers les FOSA en soutien à la correspondance administrative du Ministre de la Santé publique actualisant le circuit d'approvisionnement des intrants PTME. Mais, la rupture dans l'approvisionnement en DBS (qui suivant la répartition initiale des tâches n'incombait pas à l'UNICEF) dans le pays a créé des difficultés dans les 10 régions. Tirant leçon de ce qui précède, le CNLS a sollicité l'appui de l'UNICEF pour l'approvisionnement en intrants DBS et une commande a été passée. La livraison est annoncée pour début 2016. Cette livraison permettra de juguler la rupture en attendant le financement du FM. Des appuis ont été mis en place pour valider au niveau des districts les données sur la PTME/PECP et sur la gestion des intrants dans les différents sites. Le programme a fourni des ARV pour l'option B+ pour 155 femmes enceintes pour une durée de un an et 15.000 tests de dépistage. Les livraisons en cours concernent 25.000 tests de DBS. Un lot de 34.000 tests de dépistage du VIH est en cours de distribution.

Le système informatique de gestion des intrants PTME/PECP initié sur le terrain par la Direction de la Pharmacie du Médicament et des Laboratoires (DPML) avec l'appui technique d'ESTHERAIDS (Actuelle EXPERTISE FRANCE), n'a pas encore été évalué pour envisager son passage à échelle. Au terme des analyses menées pendant la Revue à Mi-parcours, il a été décidé de supprimer cette activité, le Ministère de la santé ayant décidé de mettre à l'échelle un système unique de gestion des intrants

**OUTPUT 2** D'ici 2017, toutes les formations sanitaires des 15 DS de la ZIP du programme PTME/PECP ont au moins un prestataire de service apte à offrir le paquet intégré des services SMNI/PTME/PECP selon les normes nationales

**Analytical Statement of Progress:**

La sous composante avait planifié la formation de 280 prestataires en 2015. Au terme de la période couverte par la présente évaluation des progrès, 502 prestataires ont achevé la formation et 398 autres la poursuivent dans les différents districts de santé. Le dépassement de la cible se justifie par les nouvelles orientations visant à accélérer l'opérationnalisation de l'option B+ dans le pays ainsi que la prise en charge pédiatrique du VIH avec un accent sur le dépistage pédiatrique du VIH au niveau des différentes portes d'entrée et surtout de l'accompagnement des prestataires après la formation.

Pour ce qui concerne les femmes enceintes, 89.08 per cent de celles vues en CPN ont été dépistées contre 80 per cent planifié en fin 2015. En 2014, 57.53 per cent de l'ensemble des femmes enceintes attendues en CPN ont été dépistées au VIH dans les zones d'intervention du programme. Bien que l'évolution soit très positive, des efforts restent encore à fournir dans le cadre de l'élimination. Il faudrait pour cela renforcer la disponibilité en tests de dépistage dans les formations sanitaires et la mobilisation communautaire. Dans les 15 districts sanitaires appuyés par l'UNICEF, 93.14 per cent des femmes séropositives identifiées ont été mises sous ARV contre 70 per cent planifiés en 2015 (par rapport à une situation de base de 64 per cent en début 2014). Ce résultat est largement atteint pour ce qui est de la cible programmatique. Il représente 48.7 per cent de l'ensemble des femmes enceintes séropositives attendues mises sous ARV. Le renforcement de la disponibilité des intrants au niveau des formations sanitaires et la mobilisation communautaire en faveur de l'utilisation des services SMNI/PTME/PECP devraient permettre de se rapprocher d'avantage vers les résultats d'élimination.

**OUTPUT 3** D'ici 2017, 90 per cent des enfants nés de mères séropositives sont diagnostiqués entre 6-8 semaines

**Analytical Statement of Progress:**

Au 31 décembre 2015, 86.03 per cent d'enfants exposés vus ont bénéficié du DBS dans les zones d'intervention de l'UNICEF. Ce résultat est au-dessus de la cible fixée de 50 per cent pour 2015. Cependant, si nous comparons ce résultat à l'objectif de l'accès universel, nous constatons que seulement 23.63 per cent d'enfants exposés attendus ont été diagnostiqués. La rupture prolongée de DBS dans le pays explique cette contreperformance. 50.78 per cent des enfants infectés vus ont été mis sous ARV en retrait par rapport à la cible de 65 per cent fixée pour la fin 2015. Des efforts doivent dans le sens de l'innovation sont nécessaires pour réduire les délais de remise de résultats. Ceci facilitera la recherche des perdus de vue dans les communautés. L'approche programmatique centrée sur la famille en cours d'initiation dans 3 DS et le dépistage des TS en cours dans la ville de Douala devraient permettre d'apporter un appui sanitaire à des dizaines d'OEV c'est à dire à une échelle réduite.

**OUTPUT 4** D'ici 2017, tous les cadres de coordinations et de concertation de PTME/PECP au niveau central et régionale sont fonctionnels

**Analytical Statement of Progress:**

Par rapport à la cible de 2017, 1.360 agents de santé communautaires dont 842 en 2015 et 518 en 2014 ont été formés à l'accompagnement des personnes infectées. La formation des 435 autres se poursuit après les retards causés par les conflits de calendrier. En raison du grand nombre de réseaux qu'il coordonne, le Ministère en charge de la Promotion de la Femme et de la Famille a été intégré comme partenaire de poids à la mise en œuvre des interventions du Programme. Les interventions menées par ces réseaux de femmes dans les zones de grande vulnérabilité (Yaoundé, Douala, Bertoua, Mokolo) ont permis de porter la bonne information sur le VIH et le SIDA à au moins 356.000 personnes. Les séances de causeries

éducatives organisées par les Délégations régionales de la promotion de la femme et de la famille du sud et de l'Ouest ont permis à 1.250 femmes à risque de recevoir la bonne information sur la protection contre le VIH et le SIDA sont. D'autres activités de mobilisation communautaire sont en cours. A la faveur de leurs ramifications dans les communautés, ces réseaux ont démontré leur efficacité dans la lutte contre la stigmatisation et la recherche des perdues de vue.

**OUTPUT 5** D'ici 2017, tous les cadres de coordinations et de concertation de PTME/PECP au niveau central et régionale sont fonctionnels

**Analytical Statement of Progress:**

Au cours des 3 premières années de mise en œuvre du cycle en cours, 5 réunions de planification regroupant les PF régionaux, les responsables des DS et ceux du MINPROF a été tenues. Ces réunions ont permis de faire le point sur les données de la gestion des intrants PTME/PECP, la quantification des intrants et la planification des activités au niveau opérationnel. Une réunion de validation des données de PTME/PECP a été organisée dans chaque DS avec l'appui de l'UNICEF et une réunion de validation des données nationales pour les 9 premiers mois de 2015 a eu lieu à Edéa avec l'appui de l'UNICEF au cours de ce mois de décembre 2015. Une réunion de validation des résultats des 15 DS pour les 12 derniers mois en en cours de préparation.

Une mission de supervision intégrée incluant les niveaux central, régional et district a été réalisée en 2015 dans les DS de la Cité-Verte, Efulan et Ebolowa deux autres sont prévues pour les DS de la Mifi et Dschang. 5 missions conjointes de suivi du programme ont été réalisées en 3 ans et d'autres sont en cours. Ces réunions de coordination facilitent le dialogue entre différents niveaux de la pyramide sanitaire.

L'analyse des goulots d'étranglement de la SMNI-PTME faite dans le cadre du processus de revue du plan national d'élimination a mis en exergue la faiblesse de la coordination au niveau central. Suite au plaidoyer de l'UNICEF auprès du Secrétariat général du MINSANTE en collaboration avec les autres partenaires de l'équipe conjointe du SNU sur le VIH et la mission JURTA la concertation et collaboration entre les différentes Directions impliquées dans la PTME/PEC s'améliorent progressivement. Les réunions mensuelles de la plateforme PTME/PECP se tiennent régulièrement. Les interventions appuyées sont mieux coordonnées et les synergies fonctionnelles se mettent progressivement en place. L'UNICEF participe aux réunions mensuelles du groupe technique de travail sur la PTME et PECP qui sont régulières.

**OUTCOME 6** D'ici 2017, les populations vulnérables et des DS cibles ont un accès accru et durable à l'eau potable et à l'assainissement de base

**Analytical Statement of Progress:**

Les résultats de la dernière enquête MICS révèlent que la situation de l'accès aux services d'eau et d'assainissement de base n'a pas changé de manière importante. L'accès des ménages à l'eau potable est ainsi passé de 71 per cent en 2011 à 72 per cent en 2014. Pendant la même période, le taux d'accès des ménages aux services d'assainissement de base stagne autour de 35 per cent. L'accès des populations aux services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement de base et d'hygiène contribue à améliorer le cadre de vie et la santé des populations et a un effet sur la scolarité des enfants et leur état nutritionnel. Pour ce faire le programme a engagé des actions visant à contribuer à accroître l'accès des populations aux services d'eau potable et d'assainissement de base essentiellement en zone rurale (dans les écoles, communautés et centres de santé) ou les plus faibles taux sont enregistrés en

comparaison du milieu urbain. Ceci passe par la réalisation d'ouvrage d'approvisionnement en eau potable, la construction des latrines et la promotion des approches et stratégies (assainissement Total piloté par la communauté) définies par le gouvernement pour l'amélioration de la situation de l'assainissement de base. A cela s'ajoute des interventions visant l'amélioration du cadre stratégique et normatif dans le secteur de l'eau et de l'assainissement par l'appui à l'élaboration des stratégies et politiques.

Pour ce faire, le programme a noué des accords avec des entreprises privées pour la construction d'ouvrage d'approvisionnement en eau (forage) et d'assainissement de base (latrines dans les écoles et centres de santé). Au travers des partenariats avec les Organisations non Gouvernementales, l'objectif visait l'amélioration de l'assainissement de base, l'appropriation et la gestion durable des différents ouvrages par les différentes communautés bénéficiaires. Le programme a également fait appel à de l'expertise nationale et internationale pour l'atteinte de ces résultats au travers des consultants. L'expertise nationale a été sollicitée pour appuyer le programme dans le suivi des travaux de construction des différents ouvrages aux côtés du gouvernement. L'expertise externe a été mobilisée pour accompagner la sous composante dans l'élaboration de la stratégie nationale de l'assainissement totale pilotée par la communauté (ATPC). La collaboration avec les autres secteurs notamment éducation a été renforcée tant sur le plan opérationnel (construction des forages et latrines) que stratégique (élaboration stratégie WASH in School). Durant cette période près de 61 000 personnes incluant femmes et enfants, ont eu accès aux services d'eau potable et au total, 98 institutions (écoles, centre de santé) se sont vu doter de latrines. En cette année, le document de stratégie nationale de l'ATPC piloté par le programme et la stratégie « wash in school » ont été validés techniquement.

Toutefois, les difficultés enregistrées n'ont pas permis d'obtenir des changements plus importants. Les faibles capacités des entreprises dans la construction des ouvrages ont occasionné de nombreux retards dans l'exécution et la mise en service des différentes infrastructures. La sélection des entreprises, le suivi rapproche travaux et l'appui technique fournis dans les travaux permettent de réduire les retards et améliorer la qualité des ouvrages réalisés.

**OUTPUT 1** D'ici 2017, les populations vulnérables des DS cibles et celles en situation d'urgence ont un accès amélioré à l'eau potable

**Analytical Statement of Progress:**

Les résultats de la dernière enquête MICS révèle que la situation de l'accès aux services d'eau potable a connu une légère progression passant de 71 per cent en 2011 à 72 per cent en 2014. En milieu rural cette situation reste faible avec seulement 54 per cent des ménages.

Cette situation est encore moins reluisante dans les écoles et centre de santé. Pour y remédier, les interventions du programme visent à accroître l'accès des populations à une source améliorée d'eau. Ceci par la construction des forages et l'implication des communautés et bénéficiaires dans la gestion et la maintenance de ces ouvrages.

Pour ce faire, le programme a noué des accords avec des entreprises privées pour la construction d'ouvrage d'approvisionnement en eau (forage) et des Organisations non Gouvernementale et entreprises privées pour le renforcement des capacités des communautés dans la gestion des ouvrages à travers la mise en place des comite de gestion. L'expertise nationale a été sollicitée pour appuyer le programme dans le suivi des travaux de construction des forages.

Durant cette période près de 61 000 personnes incluant femmes et enfants, ont eu accès aux services d'eau potable par la construction de 202 forages dans les communautés, les écoles et les centres de santé y compris celle abritant les déplacés internes et les réfugiés. Toutefois, les faibles capacités des entreprises dans la construction des ouvrages ont occasionné de nombreux retards dans l'exécution et la mise en service des différentes infrastructures. La sélection des entreprises, le suivi rapproché des travaux et l'appui technique fournis aux entreprises de construction ont permis de réduire les retards et améliorer la qualité des ouvrages réalisés.

Au regard du nombre d'ouvrage réalisé, des objectifs fixés, des leçons tirées dans la réalisation des ouvrages et des perspectives en terme de mobilisation de ressources, les résultats attendus au terme du programme et relatif à l'accès à l'eau seront atteints.

**OUTPUT 2** D'ici 2017, les populations des 2 communes modèles ont un accès universel à l'eau potable

**Analytical Statement of Progress:**

La nouvelle stratégie adoptée dans la mise en œuvre du programme n'a pas permis de poursuivre le développement des communes modèles

**OUTPUT 3** D'ici 2017, les FS et les populations des DS cibles ou en situation d'urgence disposent de latrines équipées de lave mains

**Analytical Statement of Progress:**

En situation d'urgence, l'accès aux services d'eau et d'assainissement de base constitue des interventions "life saving" au bénéfice des populations affectées. La crise liée au conflit avec Boko Haram a entraîné depuis 2013 la mise en place d'un camp de réfugiés à l'Extrême-Nord (Minawao) et le déplacement de nombreux camerounais à l'intérieur du pays. Sur un tout autre front, le pays abrite 5 camps de réfugiés dans les régions de l'Est et de l'Adamaoua. En conformité avec la nouvelle stratégie d'intervention de la sous composante et au regard de la situation actuelle, priorité est donnée aux interventions hors sites/camps de déplacés. Toutefois, 1134 latrines d'urgence construites dans les sites/camp abritant les réfugiés avec l'appui de l'UNICEF ont été réceptionnées au cours de cette année. A cela s'ajoute 98 latrines équipées de lave-mains ont été construites dans les écoles et, centre de santé/nutritionnel accueillant les réfugiés.

Un accent est mis dans la coordination de la réponse et le suivi des indicateurs sectoriels. Tout comme les travaux de construction des forages mais dans une moindre mesure, les faibles capacités des entreprises dans la construction des latrines institutionnelles occasionnent de nombreux retards dans l'exécution des travaux et la mise en service des différentes infrastructures. La sélection des entreprises sur la base des capacités et expérience, le suivi rapproché des travaux et l'appui technique fournis à ces entreprises de construction permet de réduire les retards et améliorer la qualité des ouvrages réalisés.

Une mobilisation accrue des ressources permettra d'atteindre les objectifs fixés.

**OUTPUT 4** D'ici à 2017, les politiques, stratégies, plan d'actions et normes du secteur sensibles à l'équité et à la durabilité sont développés / validés et disséminés.

**Analytical Statement of Progress:**

Le secteur de l'eau et de l'assainissement souffre d'une insuffisance d'outils stratégiques, politiques et normatifs dans le secteur permettant une meilleure coordination des interventions et gestion efficiente des ressources. De ce fait le programme s'est engagé à appuyer l'élaboration de documents. Cette année, l'accent a été mis sur le l'élaboration de la stratégie ATPC, l'appui à l'élaboration de la stratégie WASH in school. Une expertise externe a été mobilisée pour accompagner la sous composante dans l'élaboration chacun des documents stratégiques (Stratégie ATPC et stratégie WASH in School). A ce jour les deux documents ont été techniquement validés.

En plus de ces deux documents, les consultations et travaux préliminaires ont été entamés au travers des voyages d'échanges pour l'élaboration d'une Politique nationale de l'eau et d'une politique d'hygiène au Cameroun.

La principale contrainte réside dans les insuffisances relevées auprès des partenaires pour accompagner efficacement l'élaboration de ces documents de politiques et stratégiques. D'où l'inclusion des aspects de renforcement de capacité des acteurs dans le processus d'élaboration de ces outils.

Au rythme actuel d'évolution, il est planifié que les résultats seront atteints et pourront être dépassé avant la fin de programme. Il est toutefois nécessaire de s'assurer de la bonne appropriation et mise en œuvre de ces documents par les acteurs étatiques.

**OUTPUT 5** D'ici 2017, la préparation et la coordination des urgences sont efficacement assurées

**Analytical Statement of Progress:**

Le Cameroun est affecté par de nombreuses crises humanitaires notamment les épidémies (cholera, polio, rougeole), les déplacements de populations avec les refugies Nigériens et centrafricains et les déplacés Internes de l'Extrême-Nord.

Toutes ces crises nécessitent une meilleure coordination de la réponse WASH. L'UNICEF en qualité d'agence lead dans ce secteur se devait d'assurer une meilleure coordination de la réponse WASH. Dans le secteur de l'urgence, les termes de références des groupes sectoriels eau, hygiène et assainissement au niveau national et régional ont été validés et facilitent l'animation de ces groupes.

Ainsi au niveau national et dans les régions affectées par des crises humanitaires notamment les régions de l'Adamaoua, Est, Extrême-Nord et Nord, les groupes sectoriels WASH restent fonctionnels et tiennent périodiquement des rencontres.

En plus de ces plateformes régionales, des concertations inter-régionales thématiques sont organisés telles les coordinations sur la réponse WASH a la crise des refugies centrafricains tenues en collaboration avec les UNHCR qui couvrent trois régions (Adamaoua, est et Nord). La principale difficulté réside dans la mobilisation des acteurs et leur insuffisance (qualité et quantité) impliqués dans la réponse aux différentes crises.

En maintenant les acquis, les résultats actuels permettront au terme de la durée du programme l'atteinte les résultats planifiés.

**OUTPUT 6** D'ici 2017, les évidences sont produites, disséminées et utilisées

**Analytical Statement of Progress:**

Le secteur de l'eau et de l'assainissement souffre d'une insuffisance d'outils stratégiques, politiques et normatifs dans le secteur permettant une meilleure coordination des interventions et gestion efficiente des ressources. Ceci inclut les outils de gestion permettant d'avoir un état de lieux précis de la situation actuelle et des gaps dans le secteur. De ce fait le programme s'est engagé à appuyer le Gouvernement au travers du Ministère de l'Eau et de l'Energie (MINEE) dans la production de documents et d'évidence.

Cette année, des efforts ont été fournis à la faveur de projets mis en œuvre afin d'avoir une situation des services d'eau et d'assainissement dans 24 communes de trois départements (Diamare, Mayo Kani et Mayo Danay) de la région de l'Extrême-Nord à travers la cartographie et l'inventaire des ouvrages d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement. Les difficultés actuelles résident dans l'intégration de cette base de donnée complémentaires avec les bases existantes auprès des autres structures et la mobilisation des fonds pouvant permettre de couvrir l'ensemble des zones ciblées.

A cet effet, des échanges et discussions ont été menées à la faveur de la mise en place de la plateforme des partenaires techniques et financiers pour une mobilisation et des investissements accru dans ce domaine.

Au rythme actuel d'évolution et du retard accusé, il est nécessaire d'intensifier les actions de documentation et de production des évidences. Les opportunités existent au regards des interventions effectuées notamment, la réponse au cholera y compris les interventions transfrontalières, la réponse WASH in Nut, la mise en œuvre de l'ATPC et la construction de 132 forages dans des délais optimum entre autres constituent des bases importantes pour la production des évidences et documentations pouvant soutenir le plaidoyer et la mobilisation des acteurs/ressources pour le respect du droit à l'eau et à l'assainissement des populations en général et enfants en particulier.

**OUTPUT 7** D'ici 2017, les Ecoles des DS cibles disposent de latrines genres équipés de lave mains

**Analytical Statement of Progress:**

Les résultats de la dernière enquête MICS révèle l'accès aux services d'eau d'assainissement de base stagne autour de 35 per cent depuis 2011. Une estimation faite de l'accès aux services d'assainissement de base (latrines) les écoles des zones d'interventions révèlent qu'un pourcentage similaire d'écoles (environ 37 per cent) dispose d'une latrines au sein de l'établissement.

Ainsi, les interventions du programme visent à améliorer l'environnement et le cadre d'apprentissage des élèves au travers de la construction des latrines genres sensibles dans les écoles primaires en milieu rural en priorité.

Pour ce faire, le programme a signé des contrats de prestations avec des entreprises privées pour la construction de latrines dans les écoles. Une expertise nationale a été sollicitée pour appuyer le programme dans le suivi des travaux de construction de ces latrines en addition du suivi/contrôle fait par les responsables gouvernementaux.

Durant cette période, 13 écoles abritant environ 11 000 élèves y compris les refuges ont bénéficié de 46 latrines. Toutefois, les faibles capacités des entreprises dans la construction



des ouvrages ont occasionné des retards dans l'exécution et la mise en service des différentes infrastructures. La sélection des entreprises, le suivi rapproché des travaux et l'appui technique fournis aux entreprises de construction ont permis de réduire ces retards et améliorer la qualité des ouvrages réalisés.

Au regard du nombre d'ouvrage réalisé, des leçons tirées dans la réalisation des ouvrages, de l'importance accordée aux aspects WASH in School par le gouvernement marqué par la validation de la stratégie WASH in School, les résultats attendus au terme du programme et relatif à l'accès à l'eau devraient être atteints.

**OUTCOME 7** D'ici 2017, les populations vulnérables et des DS cibles utilisent convenablement les services et intrants WASH

**Analytical Statement of Progress:**

Les maladies dues aux mauvaises pratiques liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement demeurent parmi les trois principales causes de morbidité chez les enfants avec 20 per cent des enfants affectées (MICS 2014). Les récurrentes épidémies (rougeole, polio, cholera) témoignent de cette situation. Ainsi le Cameroun connaît de récurrentes épidémies de choléra. En 2015, le pays a rapporté 123 cas et 06 décès. Pour améliorer la situation et réduire l'impact de celle-ci sur la vie des populations en général et des enfants en particulier, le programme s'est engagé à accroître la demande et l'utilisation des services d'eau potable, d'hygiène et d'assainissement. Ceci se faisant au travers du renforcement des capacités des structures locales et des bénéficiaires, la promotion de l'adoption des bonnes pratiques dans le secteur de l'eau, l'hygiène et l'assainissement et la fourniture de service et intrants.

Pour y parvenir, le programme s'est appuyé sur des accords de partenariats avec les Organisations de la société civile (ONG, FICR) pour la promotion des bonnes pratiques en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement au niveau communautaire, la surveillance communautaire et la fourniture de services. Les ONG ont été les principales chevilles ouvrières dans la mise en œuvre de l'assainissement total piloté par la communauté. Elle s'est appuyée sur l'expertise technique des acteurs de la composante et des structures privées pour le renforcement des capacités des acteurs (gouvernementaux et ONG) et la fourniture d'intrants. L'effet cumulé des actions d'amélioration de l'offre de service WASH (construction forages et latrines) couplée à l'augmentation de la demande (adoption des bonnes pratiques) et la qualité de service ont contribué aux changements observés dans la zone d'intervention. Ainsi, la situation de choléra a régressé passant de 3355 cas et 184 décès enregistrés en 2014 à 123 cas et 6 décès rapportés en 2015. Toutefois, le taux de létalité reste stagnant autour de 5 per cent et l'essentiel des personnes touchées (95 per cent des cas et 83 per cent des décès) demeurent dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord.

Les faibles capacités logistiques des partenaires dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions ont constitué des contraintes majeures dans l'atteinte des résultats. Pour ce faire, le programme a soutenu les aspects logistiques des partenaires.

Le faible accès de certaines zones du fait des conflits avec Boko Haram ont également atténué la portée des actions prises. L'appui des acteurs locaux a permis de réduire les effets de cette difficulté.

Au regard de l'évolution de la situation, des actions entreprises et des capacités des acteurs, les résultats attendus seront atteints si la situation sécuritaire ne se dégrade pas.

**OUTPUT 1** D'ici 2017, les capacités des populations des DS cibles sont renforcées

**Analytical Statement of Progress:**

Le secteur de l'eau, l'hygiène et l'assainissement fait face à de nombreux défis dus aux faibles capacités des acteurs. Ceci se manifeste par le nombre élevé d'ouvrages d'approvisionnement en panne, les mauvaises pratiques liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement qui résultent à des maladies (diarrhée, choléra,). Pour ce faire le programme en s'appuyant sur l'ensemble des ressources disponible (partenaires gouvernementaux, expertise nationale, entreprises privées) s'est engagé à assurer le renforcement des capacités des acteurs pour une meilleure appropriation des ouvrages et un respect de bonnes pratiques.

Ainsi en 2015, 250 comités de gestion des points d'eau ont été mises en place et assurent la gestion et la maintenance des ouvrages construits ou réhabilités avec l'appui des 128 artisans réparateurs formés. Un total de 102 animateurs des ONG dont 30 femmes et 1899 animateurs/volontaires communautaires dont 473 femmes) des comités locaux de suivis ont été outillés sur la promotion de l'hygiène et de l'assainissement et assurent le suivi de la mise en œuvre de l'ATPC dans 613 communautés. Pour la lutte contre les épidémies dans les zones touchées par le choléra, 402 volontaires communautaires formés assurent la mise en œuvre des interventions de préventions contre le choléra (sensibilisation, désinfection, surveillance communautaire,..). Pour une meilleure coordination et réponse aux crises humanitaires, 47 responsables gouvernementaux et des ONG ont été formés sur la réponse WASH en situation d'urgence.

Toutes ces interventions ont été menées avec l'appui des partenaires gouvernementaux (Ministère de l'Eau et de l'Energie et Ministère de la Santé), des ONG (AIDER, AAEDC, ADRA, ACEEN, APREPS, MUTCARE) et des cabinets d'études (La Colombe et DT Construct). Les difficultés notées incluent la motivation des volontaires et la stabilité des volontaires et acteurs formés. Pour atténuer ces difficultés, critères d'identification des acteurs intègrent ces paramètres.

Au regard de l'évolution de la situation, des actions entreprises et des capacités des acteurs, les résultats attendus seront atteints si la situation sécuritaire ne se dégrade pas et que les interventions communautaires s'intègrent aux approches à base communautaires en cours de développement/mise en œuvre par les autres acteurs.

**OUTPUT 2** D'ici 2017, les populations des DS cibles vivent dans des communautés FDAL

**Analytical Statement of Progress:**

Les résultats de la dernière enquête MICS révèle que le taux d'accès des ménages aux services d'assainissement de base stagne autour de 35 per cent de même la pratique de la défécation à l'air libre reste stagnant en pourcentage relatif. L'augmentation de la population traduit toutefois une augmentation absolue du nombre de personnes pratiquant la défécation à l'air libre.

Pour renverser cette tendance le programme appuie depuis 2009 le gouvernement dans ce secteur par la mise en œuvre de l'ATPC au Cameroun inscrite dans le Document de stratégie pour la Croissance et l'Emploi. Pour ce faire, sur le plan stratégique, le programme a appuyé l'élaboration d'une stratégie nationale de l'ATPC accompagnée d'un guide de mise en œuvre. Au niveau opérationnel, l'ATPC a été déclenché avec l'appui des ONG ADRA, ACEEN, APREPS, ASOL et MUTCARE dans 613 communautés couvrant une population d'environ 336 000 personnes (64 000 ménages) dans les régions de l'Extrême-Nord, de l'Est et de

l'Adamaoua. Les évaluations rapides à cette date révèlent que près de 67 per cent des villages (409) ont déjà atteint le statut de fin de défécation à l'air libre.

Les actions de plaidoyer engagées auprès des communes et autorités locale bénéficiaires contribueront au suivi Post FDAL qui reste la principale contrainte dans la durabilité des résultats des résultats produits. Considérant les résultats atteints cette année, l'adoption d'une stratégie nationale et d'un guide de mise en œuvre de l'ATPC, et tenant compte des perspectives en matière de diffusion de cette stratégie et guide, le programme devrait attendre les objectifs fixés dans ce domaine en fin de programme.

**OUTPUT 3** D'ici 2017, les populations en situation d'urgence utilisent convenablement des kits WASH

**Analytical Statement of Progress:**

Les épidémies récurrente de choléra et les diarrhées enregistrés auprès des enfants découlent non seulement des mauvaises pratiques en matière d'hygiène et d'assainissement mais aussi du fait de l'indisponibilité des intrants au niveau communautaire et familial. Ceci constitue non seulement une des causes des diarrhées mais aussi de la malnutrition. Le paquet d'interventions pour l'adoption des bonnes pratiques intègre ainsi les sensibilisations au travers des différents canaux mais aussi la fourniture d'intrants facilitant l'adoption des bonnes pratiques au sein des familles vulnérables. Les bénéficiaires de ces intrants comprennent : les enfants malnutris aigus sévères, les personnes déplacées, les personnes affectées par les épidémies notamment le choléra, les centres de santé et les écoles. Au total près de 118 000 kits ont été acquis et mis à dispositions de bénéficiaires individuels ou institutionnels avec l'appui des partenaires gouvernementaux ou des entreprises de logistiques et transport. Cela inclut 595 centre de santé/nutritionnel, plus de 50 écoles, 12 551 enfants malnutris aigus sévères et 8 825 familles dans les zones accueillant les déplacées internes.

Les faibles capacités logistiques des partenaires dans la mise en œuvre, le suivi et la gestion des intrants constituent la contrainte majeure dans l'atteinte des résultats. Pour ce faire, le programme a fournis un appui logistique dans la gestion et le suivi de ces intrants. La situation humanitaire dans le pays marqué par la persistance de certaines crises (Réfugiés, déplacées, malnutrition) et le risque élevée d'autres (choléra) et les interventions de réponse planifiés permettront d'atteindre les résultats attendus.

**OUTCOME 8** D'ici 2017, la capacité des institutions a offrir une meilleure protection des enfants victimes d'exploitation, d'abus et de négligence est renforcée

**Analytical Statement of Progress:**

La réalisation des droits de l'enfant au Cameroun continue à être tributaire des insuffisances dans l'environnement protecteur notamment le cadre juridique et politique et la capacité technique des institutions nationales à assumer leurs rôles et missions en matière de protection de l'enfance.

Pour contribuer à améliorer l'environnement protecteur des enfants, le programme, moyennant ses avantages comparatifs s'est focalisé sur le renforcement du cadre législatif et politique ainsi que la capacité des institutions sociales, juridiques et de l'état civil à offrir de meilleurs services de protection aux enfants. Le programme doit ainsi contribuer à l'élaboration de cinq documents de politique et textes de lois et développer les capacités des institutions nationales. Au terme de la période sous revue, seule l'élaboration d'un document a été amorcée, en l'occurrence, le document de politique de protection de l'enfant. Avec la validation du rapport de

l'étude sur la cartographie et l'analyse du système de protection de l'enfant en 2014, et l'élaboration d'une feuille de route en 2015 qui inclut le renforcement de la coordination du secteur et règle les questions de leaderships qui avaient plombés jusqu'alors l'avancement du processus. Bien que le code de protection de l'enfant et le code des personnes et de la famille ne soient toujours pas adoptés, le plaidoyer continu a remis la discussion de ces textes sur l'agenda national. Ils sont actuellement en cours de fusion dans le code civil en révision. Au niveau de l'état civil un plaidoyer mené par l'UNICEF a permis l'arrimage du Cameroun à l'initiative africaine CRVS/APAIV. Ceci permettra dans les prochains mois de mener l'évaluation complémentaire du système de l'état civil camerounais et d'accélérer le processus de réforme de l'état civil.

Le développement continu de la capacité des institutions nationales à assumer leurs rôles et missions dans le domaine de la protection de l'enfance permet d'améliorer l'effectivité et la qualité des services fournis aux enfants y compris ceux en situation d'urgence humanitaire. Dans le domaine de la justice pour enfants, le Programme a contribué à la résorption de l'insuffisance des personnels qualifiés à la gestion des affaires impliquant les enfants. L'accent a été mis sur l'introduction de modules sur les droits de l'enfant dans les curricula des officiers de police judiciaire dans les écoles de police et de gendarmerie. Dans l'intervalle, les aptitudes des intervenants de première ligne dans les régions touchées par l'urgence sont également renforcées en prise en charge psychosociale.

Cette amélioration est axée dans un premier temps sur la qualité des services offerts aux enfants vulnérables, principalement dans les zones touchées par les urgences qui sont également les zones de concentration des interventions du programme. Relativement aux urgences, la réponse est mieux coordonnée et assurée, et des ajustements permettent de faire face aux problématiques émergentes telles que la gestion des enfants présumés associés aux groupes armés.

La justification tardive des avances reçues par les partenaires a entravé la mise en œuvre des interventions planifiées pendant l'année 2015.

Dans l'ensemble, le niveau de progrès de ce résultat n'est pas satisfaisant. Les processus d'élaboration des documents de politique, lois ou textes tarde à atteindre le rythme de croisière. En dehors de la politique de protection de l'enfant, rien ne laisse présumer que les autres documents prévus seront élaborés d'ici la fin du programme. Les avancées récentes dans le domaine de l'état civil et de la justice pour enfant laissent présager des améliorations significatives du cadre stratégique global de la protection de l'enfant.

**OUTPUT 1** D'ici 2017, le Cameroun dispose d'un document de politique nationale de protection de l'enfant assorti d'une stratégie de mise en œuvre opérationnelle, et la législation nationale est rendue conforme aux normes internationales ratifiées.

#### **Analytical Statement of Progress:**

Le cadre politique et stratégique de protection de l'enfant souffre de l'absence d'un document de politique et des stratégies de protection de l'enfant. Des documents de politiques sectorielles existent mais ne peuvent servir pleinement à cause de l'absence d'un cadre stratégique fédérateur basé sur une vision partagée de la protection de l'enfant. Au niveau de la coordination du secteur, des mécanismes de coordination existent mais avec une dimension sectorielle. Tout ceci contribue à renforcer le caractère parcellaire, désarticulé et fragmenté des interventions de protection des enfants.

Après l'analyse et la cartographie du système de protection de l'enfant validée en 2014, le programme a travaillé en 2015 à l'élaboration d'une feuille de route précisant les étapes clés pour l'élaboration du document de politique tout en continuant le plaidoyer pour clarifier les questions de leadership et relancer la coordination, le mandat étant réparti entre deux administrations sectorielles. A la suite du plaidoyer effectué, la coordination du secteur va être relancée en 2016 et un consensus a été obtenu des principaux ministères sur le leadership du processus. Le MINAS s'est engagé à élaborer en 2016 un document de politique de protection de l'enfant.

Il importe de signaler que le Cameroun dispose déjà de plusieurs documents de politique et de stratégies dans différents secteurs de la protection de l'enfance. Le document final de politique prendra en compte l'ensemble des gaps existants. Les résultats de la modélisation d'un système de protection de l'enfant enrichiront également ce document de politique.

A propos de la législation, le plaidoyer s'est poursuivi sur l'harmonisation de l'âge légal du mariage à 18 ans pour les filles et les garçons l'adoption du code de protection de l'enfant et du code des personnes et de la famille. A la suite de l'adoption par le Cameroun en 2014 d'une loi sur le terrorisme, il devient urgent d'amender cette dernière pour inclure des précisions sur la gestion des cas des enfants supposés associés à des actes terroristes.

**OUTPUT 2** D'ici 2017, les institutions et les acteurs de la justice pour mineurs ont les compétences clés pour la prise en charge adéquate des enfants en conflit avec la loi, victimes et témoins de crimes

**Analytical Statement of Progress:**

L'absence de structures conformes aux exigences internationales en matière de protection des enfants en conflit avec la loi, des enfants victimes ou témoins d'infractions constitue un gap important dans l'offre de service actuelle dans le secteur de la justice juvénile. Le système judiciaire ne dispose des personnels (magistrats, officiers de police judiciaire) spécialisés ou désignés pour traiter des cas des mineurs. Les différents intervenants, du fait d'un manque de synergie et d'une insuffisance de capacités ne jouent pas efficacement leur rôle dans la chaîne de justice juvénile.

Pour remédier à cette situation, le programme a opté pour le développement des capacités des intervenants et le renforcement de la collaboration intersectorielle. En attendant la formalisation de l'intégration des modules sur les droits des enfants dans la formation initiale des magistrats, les actions de formation continue se sont poursuivies. Elles visent notamment de renforcer la collaboration intersectorielle dans la région de l'Extrême-Nord. Grâce au Programme, 52 acteurs de la justice juvénile de la région de l'Extrême-Nord sont aptes à faire efficacement recours aux alternatives à la détention provisoire existantes. Une plateforme départementale de coordination des acteurs de la justice pour enfants est opérationnelle dans la région de l'Extrême-Nord. Ces plateformes, en renforçant la collaboration intersectorielle entre les acteurs permettront à terme de disposer d'un mécanisme de gestion rapide des cas des affaires impliquant les enfants, particulièrement ceux affectés par la situation sécuritaire et les urgences qui sont en nette augmentation dans toute la région. Dans le même ordre d'idées, 94 policiers et gendarmes en service dans la région de l'Extrême-Nord ont été capacités à la prise en charge adéquate des enfants en contact avec la loi. Les modules de formation pour l'école de magistrature prévus pour être développés au cours de l'année 2015 ne l'ont pas été. Le focus ayant été mis sur le suivi de l'intégration effective des modules sur les droits de l'enfant dans les écoles de police et de gendarmerie.

**OUTPUT 3** D'ici 2017, les centres d'état civil et formations sanitaires du Nord et de l'Extrême-nord disposent des capacités et outils et assurent l'enregistrement à la naissance dans les délais légaux.

**Analytical Statement of Progress:**

Le taux national d'enregistrement à la naissance des enfants de moins de cinq ans en baisse continue depuis 20 ans a augmenté légèrement depuis 2011 pour atteindre 66.1 per cent en 2014. Cette faible évolution démontre que malgré le rallongement des délais légaux, la situation de l'enregistrement des naissances demeure critique et nécessite une plus grande attention. Le programme a donc opté pour accompagner la réforme initiée par le Gouvernement à l'arrimage de système d'état civil national aux standards africains. Ceci se fera concomitamment aux projets démonstratifs dans les régions ayant les taux d'enregistrement des enfants à la naissance les plus bas.

Le plaidoyer continu auprès du Gouvernement permet un arrimage progressif à l'initiative de l'Union Africaine sur l'état civil. Après avoir pris part à la 3<sup>ème</sup> conférence des ministres africains en charge de cette question, le comité de pilotage de l'état civil a été mis en place et le Bureau National de l'état civil opérationnalisé. Le Cameroun a d'ailleurs abrité la 3<sup>ème</sup> formation des experts africains francophones sur l'état civil. L'évaluation complémentaire du système de l'état civil requise par le comité africain d'experts sera menée début 2016, la requête officielle du Gouvernement étant déjà transmise à l'Union africaine.

Le plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers engagés dans le cadre de l'appui à la réforme de l'état civil conduit par le Gouvernement a permis d'accroître l'intérêt pour le financement de cette réforme. Les partenaires intervenant dans l'enregistrement des naissances ont convenu de coaliser leurs efforts pour accompagner le Gouvernement dans la mise en place d'un système d'état civil viable. Toutefois, le défi demeure dans la coordination des financements qui pourraient être mis à disposition.

Au niveau opérationnel, les capacités de 10 communes ont été renforcées par la fourniture de registres d'état civil et 35 acteurs clés de ces communes (maires, autorités traditionnelles et religieuses) disposent de compétences clés sur le processus d'enregistrement des naissances. Grâce à ces appuis, 590 enfants dont les naissances n'ont pas été déclarées dans les délais ont eu leurs actes de naissance établis par jugement supplétif.

Si un pas important vient d'être franchi au niveau stratégique, le programme a pris un retard certain pour la mise en œuvre de projets démonstratifs visant à renforcer aussi bien l'offre que la demande des services d'état civil. Ce retard dû à la justification tardive des avances faites au Gouvernement. Dans le cadre de la mise en œuvre de la HACT, le renforcement des capacités en gestion financière permettra de juguler le problème de justificative tardive des fonds et les bocages qui s'en suivent.

**OUTPUT 4** D'ici 2017, les institutions compétentes ont la capacité d'offrir une prise en charge holistique aux enfants les plus vulnérables dans 4 zones ciblées (EN, ES, LT, ND), y compris celles affectées par l'urgence.

**Analytical Statement of Progress:**

Les urgences ont entraîné une croissance exponentielle de l'effectif des enfants ayant des besoins spécifiques de protection. Il est ainsi devenu impérieux de booster les capacités de réponse du secteur de la protection pour tenir les engagements vis-à-vis des enfants en situation d'urgence. Ainsi, le programme a renforcé les capacités des intervenants sociaux à la

prise en charge psychosociale de ces enfants. Ces renforcements de capacités ciblées ont permis aux bénéficiaires d'assurer une prise en charge psychosociale à 23,384 enfants réfugiés, déplacés internes et issus des communautés hôtes à LOLO, GADO, Borghop et Minawao. Les enfants souffrant de malnutrition dans les régions de l'Est, de l'Adamaoua et de l'Extrême-Nord ont également bénéficié de la stimulation émotionnelle.

A l'Est, 67 enfants non-accompagnés et 332 enfants séparés ont été identifiés et pris en charge par les partenaires de mise en œuvre. Ils ont été orientés vers les services de réunification familiale ou placé en famille d'accueil. 364 enfants malnutris âgés de moins de 5 ans accueillis dans les centres de prise en charge de la malnutrition ont bénéficié de soutien psychosocial à travers des activités d'éveil co-organisées par 2 animateurs et les relais communautaires du programme nutrition. 500 adolescents (filles et garçons) prennent part aux programmes de formation des jeunes sur les compétences de vies courantes dans les ETAPES mise en place dans les camps des réfugiés.

A l'Extrême-Nord, 180 enfants non-accompagnés et séparés ont été identifiés. 166 ont été placés en familles d'accueils. 8195 enfants ont bénéficiés d'un soutien psychosocial à travers les activités de développement du jeune enfant, récréatives, ludiques et sportives menées par les animateurs formés, dans les Espaces de protection de l'enfant ; à travers les visites à domiciles réalisées par les travailleurs sociaux formes de manières continues. Les 84 enfants qui avaient été placés à l'Institut Camerounais de l'Enfance (ICE) à Maroua ont été réunifiés avec leur famille et un suivi individuel est en train de se faire par les travailleurs sociaux avec l'appui de l'UNICEF. 42 enfants ont été gardés au poste de la gendarmerie (33 enfants talibés, 9 enfants de la rue) puis pris en charge par le partenaire UNICEF, ALDEPA pour conduire le processus de réunification des enfants.

Compte tenu des fortes contraintes sécuritaires dans la région de l'Extrême-Nord suite aux récents évènements tragiques, l'implémentation des interventions hors sites (populations déplacés, population hôtes vulnérables) reste un défi. La coordination des acteurs et des actions de renforcement des capacités des membres du sous-groupe protection (Gouvernement, société civile, ONG) de l'enfant a permis d'améliorer la qualité des interventions de protection menées en faveur de l'enfant en situation d'urgence à l'urgence à l'Est, dans l'Adamaoua et à l'Extrême-Nord.

**OUTCOME 9** D'ici 2017, l'environnement protecteur de l'enfant au niveau familial et communautaire est renforcé.

#### **Analytical Statement of Progress:**

L'analyse de la situation des enfants révèle que cette catégorie sociale continue à subir des violences sexuelles, physiques, morales et psychologiques. Selon la MICS 2014, la prévalence de la violence sexuelle envers les filles âgées entre 15 à 19 ans est de 22 per cent, ce qui est alarmant.

Ces violences, discriminations et abus sont perpétrés aussi bien au sein de la famille, de la communauté qu'en milieu scolaire. Elles constituent des pratiques néfastes, dont certaines sont tirent leur fondements sur la tradition, la religion, la superstition, les us et coutumes.

Pourtant, ces pratiques, même lorsqu'elles sont connues, font rarement l'objet de dénonciation quand elles ne sont simplement pas considérées comme normales, au nom de la culture. Bien que ces pratiques soient néfastes, les parents, les familles et les communautés n'ont pas toujours la latitude de prendre la décision de les abandonner. Les filles sont les groupes les plus

affectées par ces pratiques. Par ailleurs, les insuffisances du système de prise en charge aussi bien au niveau du référencement que des services ne permettent pas aux enfants victimes de bénéficier de la prise en charge appropriée.

Dans le but d'apporter les solutions appropriées, le programme s'est engagé à renforcer la production d'évidences sur ces questions par le renforcement du système d'information sur les enfants vulnérables, afin de disposer de données spécifiques et désagrégées et à réaliser des études.

Si la production des données a connu des contraintes, un travail considérable a été fait au niveau communautaire qui nécessite toute de même une structuration.

**OUTPUT 1** D'ici 2017, les données fiables sur la situation des Enfants Vulnérables sont régulièrement produites.

**Analytical Statement of Progress:**

Compte tenu de l'accroissement de la demande en protection des enfants, le Programme a entamé le processus de mise en place d'un mécanisme de collecte des données sur l'offre des services. Dans ce cadre, des outils de collecte des données sur les enfants vulnérables ont été élaborés avec la participation de l'ensemble des acteurs offrant des prestations de protection aux enfants. Ce mécanisme n'est pas encore pleinement opérationnel à cause des contraintes administratives liées notamment à la non-justification ou justification tardive de certaines avances faites au gouvernement.

Par ailleurs, l'UNICEF a fourni un appui technique et financier à l'élaboration des rapports de mise en œuvre de la CDE et de la CADBEE. Mais les principales études planifiées pour produire les évidences n'ont pas pu être menées à cause des urgences.

En 2016, la composante programme va poursuivre la production des évidences et l'appui au plein fonctionnement du système de collecte et de dissémination des informations pour la prise de décision.

**OUTPUT 2** D'ici 2017, les familles et communautés de 4 régions ciblées (EN, NO, ES, NW) s'engagent dans un diagnostic participatif sur les normes et pratiques culturelles en lien avec la protection des enfants.

**Analytical Statement of Progress:**

Bien que la loi fixe l'âge du mariage à 15 ans pour les filles et 18 ans pour les garçons, 11,4 per cent des femmes et 1 per cent des hommes sont en union avant 15 ans. A cela s'ajoute d'autres pratiques traditionnelles néfastes qui entravent le développement des enfants. Bien que l'étude prévue sur les normes sociales défavorables à l'enfant n'ait pas pu produire les évidences attendues, un dialogue participatif a été engagé dans les communautés ciblées autour des pratiques sociales et culturelles défavorables à l'enfant. Le Programme a également renforcé l'implication des acteurs communautaires afin qu'ils puissent agir comme des agents de changement des normes néfastes et promouvoir des pratiques positives. Ainsi, 40.000 personnes (parents et enfants) ont été sensibilisées sur les pratiques familiales positives à travers les actions de communication interpersonnelle et de masse conduites avec l'implication de ces acteurs communautaires. Des micros programmes audio ont été produits et diffusés par les radios de proximité de la région de l'Extrême-Nord. Un accent particulier a été mis sur le mariage des filles très souvent perçues comme faisant partie du processus d'éducation sociale de la fille.



**OUTPUT 3** D'ici 2017, les mécanismes communautaires de signalement, référencement et contre référencement sont fonctionnels dans 4 régions ciblées (EN, NO, ES, NW).

**Analytical Statement of Progress:**

Dans les zones ciblées, les enfants continuent à être victimes de violence, d'abus et de discrimination. Alors que les services disponibles n'atteignent pas toujours le niveau communautaire, les capacités des familles à prévenir et à répondre aux violences, aux abus et à la discrimination demeurent faibles. Les mécanismes d'assistance et de réponse à la violence sont limités et inégalement répartis, et insuffisamment connus des populations et des autres professionnels. De plus, il n'existe pas de système formel d'alerte rapide des cas d'abus, de violence et de discrimination à l'égard des femmes et des enfants ; les mécanismes de référencement et de contre référencement des cas d'abus, de violence et de discrimination font défaut.

Le programme a donc opté pour le renforcement des capacités des familles et des communautés à prévenir et à répondre à la violence ainsi que pour le renforcement des mécanismes communautaires de protection de l'enfant. A la suite des actions de renforcement des capacités, 1.338 personnes (leaders communautaires et religieux, matrones, animateurs communautaires) ont acquis des aptitudes pour promouvoir les pratiques familiales positives et réduire l'exposition des enfants à la violence et à la malnutrition. Des groupes de soutien aux familles affectées par la malnutrition ont été mis en place. Des comités communautaires de protection de l'enfant dans les zones d'intervention jouent un rôle clé de prévention des violences et des mécanismes d'adaptation négatifs à travers des sensibilisations sur la traite, le travail des enfants, les abus sexuels, le mariage précoce. Grâce à eux, 12.806 enfants et adolescents et 33.918 parents ont été sensibilisés. Les mécanismes de détection et de référencement en place au niveau communautaire permettent de dénoncer les cas d'abus, et de référer les enfants vers les services compétents.

Cette action devrait se poursuivre en 2016, avec une emphase sur les services de réponse. Les problèmes sécuritaires auxquelles font face ces régions exigent une adaptation des stratégies et des approches. Certaines zones deviennent difficiles d'accès pour des questions sécuritaires

**OUTCOME 10** D'ici à 2017, la gestion du secteur (notamment le déploiement des ressources) est plus efficiente et contribue à la réduction des disparités

**Analytical Statement of Progress:**

L'allocation des ressources publiques au secteur de l'éducation, aux niveaux central et déconcentré, est mesurée à travers (1) l'évolution du budget de l'éducation de 2012 à 2015, (2) l'évolution du pourcentage de budget de l'éducation par rapport au budget total de 2012 à 2015, (3) la part du budget de l'éducation dans le PIB de 2012 à 2015. Ces éléments confirment la tendance d'une augmentation constante en valeur absolue (de 427 498 000 CFA en 2012 à 521 058 000 en 2015) mais une baisse en termes de part du budget allouée au secteur. Cette part est passée de 15,27 per cent en 2012 à 13,91 per cent en 2015. Par ailleurs, lorsqu'on s'intéresse uniquement au budget de fonctionnement (hors PIB), on constate également une baisse régulière, puisque l'on passe de 18,16 per cent en 2010 à 16,87 per cent en 2015. Cela est non seulement insuffisant par rapport aux prévisions et aux engagements internationaux (Rapport de la mise en œuvre de la Stratégie du Secteur de l'Éducation et de la Formation – SSEF-, 2015: p. 50) mais montre également que l'effort budgétaire en faveur de l'éducation en général demeure limité et déséquilibré au détriment de l'éducation de base.

En matière de réduction des disparités, l'analyse situationnelle sur les goulots d'étranglement à

la scolarisation des filles dans les zones d'éducation prioritaire (ZEP) des régions Adamaoua, Est, Extrême-Nord et Nord, celle sur les données de base collectées et analysées sur les populations baka et bororo des régions de l'Est et de l'Adamaoua ainsi que les données de la carte scolaire du Ministère de l'Education de Base (MINEDUB) ont permis de mesurer les progrès réalisés. Ces documents offrent au secteur une bonne perspective d'analyse de la scolarisation des enfants issus de ces groupes vulnérables et constituent une contribution importante de l'UNICEF à la mise en œuvre de la Stratégie du Secteur de l'Education et de la Formation pour la période de 2013-2020.

En effet, la moyenne nationale de l'indice de parité filles/garçons se résorbe au fil du temps. Il est passé de 0.86 en 2008 à 0.91 en 2014 pour le taux brut de scolarisation (TBS). La rétention à l'école n'est pas significativement différente entre les garçons (64 per cent) et les filles (65 per cent). Les garçons (13 per cent) redoublent autant que les filles (12 per cent). Par contre, les indicateurs des régions de la ZEP restent en dessous de la moyenne nationale avec seulement 53 per cent des garçons contre 44 per cent des filles qui sont maintenus à l'école. Dans les ZEP, le phénomène du redoublement touche 19 per cent de garçons et 16 per cent de filles.

Concernant le Système d'Information de Gestion de l'Education (SIGE), des progrès mineurs ont été réalisés. La task-force UNESCO-UNICEF-MINEDUB mise en place dans le cadre du Local Education Group a produit des éléments pour alimenter le plaidoyer auprès du Gouvernement (MINEDUB) et des partenaires au développement. Des variables de mesure de la dimension équité ont été intégrées dans le SIGE national en construction. Le secteur est donc outillé pour produire les données requises à la prise de décision en faveur de la réduction des iniquités, spécifiquement pour les filles, les enfants des minorités et des populations vulnérables.

Le programme a soutenu le développement de la stratégie WASH IN SCHOOL (WIS) qui donne les grandes lignes d'action pour la promotion de l'accès à l'eau potable, à l'hygiène et l'assainissement en milieu scolaire ainsi que la production des instruments de sa mise en application. Le processus d'élaboration de la stratégie a permis de disposer (i) de l'analyse situationnelle de l'accès à l'eau potable, aux infrastructures d'assainissement et à l'hygiène dans les écoles primaires publiques au niveau national et plus spécifiquement au niveau des ZEP a été effectuée, (ii) des orientations stratégiques assorties de grandes lignes d'action ont été proposées et validées, (iii) une hiérarchisation des priorités des besoins en eau potable, infrastructures d'assainissement et hygiène dans les écoles primaires publiques a été produite, (iv) une proposition des plans d'action, d'investissement, de gestion des infrastructures et de suivi-évaluation a été développée et (v) une ébauche de stratégie de mobilisation des ressources a été proposée.

Il importe de relever l'étroite collaboration technique qui a prévalu entre les secteurs de l'éducation et du WASH à toutes les phases de développement de cette stratégie. C'est dans cette dynamique que les deux secteurs ont organisé conjointement l'atelier de validation de valider la stratégie WIS et celle sur l'ATPC (Assainissement Total piloté par les Communautés) dont les objectifs sont complémentaires.

Le document de Politique nationale de l'éducation du préscolaire et de Stratégie de mise en œuvre du préscolaire à base communautaire développé en 2014 avec l'appui technique du Bureau Régional de l'Afrique de l'Ouest et du Centre a été signé par le Premier Ministre, Chef du gouvernement. La signature du document s'inscrit dans la réponse à la demande d'éducation préscolaire pour les communautés rurales où l'offre actuelle reste principalement urbaine et onéreuse pour les ménages les plus moins nantis.

Les indicateurs définis ne facilitent pas la mesure des progrès vers l'atteinte de ce résultat. A cela il faut ajouter le difficile accès aux données budgétaires indispensables pour l'analyse de l'efficacité de la gestion d'un secteur qui compte plusieurs ministères. Le programme a profité de la revue à mi-parcours pour aligner les effets aux priorités nationales telles que clairement définies dans le Document de Stratégie du Secteur de l'Education (DSSE) 2013-2020 et développer des indicateurs y relatifs

**OUTPUT 1** D'ici 2017, le secteur est plus résilient et mieux préparé aux urgences humanitaires

**Analytical Statement of Progress:**

L'accès des enfants à une scolarisation de qualité a été assuré dans le cadre de la réponse aux urgences à l'Est et l'Extrême Nord.

94.263 dont 51.313 enfants réfugiés et 42.950 enfants hôtes ont bénéficié régulièrement des interventions d'éducation dans les Espaces Temporaire d'Apprentissage et de Protection des Enfants (ETAPE), le camp et dans les écoles hôtes. Parmi eux, 8.519 jeunes enfants dont 4.161 filles ont bénéficié des activités ECD et de préparation à l'entrée à l'école et 15.709 autres, dont 6.028 filles, des interventions du niveau d'étude primaire. Par ailleurs dans les communautés hôtes, 13.686 enfants réfugiés, dont 5.797 filles, et 34.527 autres, dont 13.457 filles, des villages hôtes ont bénéficié des appuis à travers 74 écoles primaires.

De plus, 22.109 enfants, dont 13.686 réfugiés et 8.423 déplacés internes ont reçu des matériels d'apprentissage. Dans le souci de coordination des interventions et pour éviter des duplications, les membres du groupe sectoriel ont tenu 12 réunions interrégionales Est-Adamaoua, 8 autres pour l'Extrême Nord et un atelier national pour définir la stratégie de la réponse. Cette plateforme a également permis de clarifier la répartition des responsabilités entre les intervenants dont les plus importants ont été le MINEDUB, l'UNHCR et l'UNICEF. En partenariat avec PLAN International Cameroun et le MINEDUB, le programme a soutenu la mise à niveau technique et pédagogique des 314 enseignants des écoles hôtes et de 171 enseignants des ETAPES dans les sites et camps des réfugiés sur l'éducation en situations d'urgence, la promotion de la paix à travers l'éducation, l'appui psycho social et compétences de vie courante, les cours accélérés et de remédiation, la pédagogie centrée sur l'enfant, etc. Ces enseignants sont venus de 11 départements vulnérables des régions de l'Est, Adamaoua, Nord et Extrême Nord.

En parallèle à ces interventions, le programme a continué à assurer la synergie avec la Protection de l'Enfant en vue de maintenir la cohérence et l'harmonisation des interventions relatives à l'appui psychosocial et à l'ECD.

La gestion de l'information et les mécanismes de gestion ont été également suffisamment renforcés et soutenus dans le cadre des urgences. Elle a d'ailleurs permis la mise à jour continue des données ayant facilitées les actions correctives telles que les cours de rattrapage pour les enfants ayant abandonné l'école et qui y sont retournés.

**OUTCOME 11** D'ici 2017, les communautés des ZI sont engagés dans la gestion de leur école (planification, mise en oeuvre et suivi)

**Analytical Statement of Progress:**

Dans le cadre de la réponse aux urgences liées aux effets de la crise centrafricaine à l'Est, l'UNICEF, en partenariat avec PLAN International Cameroun, a soutenu le développement d'une stratégie de sensibilisation et de mobilisation des communautés en vue d'amener les

parents à scolariser plus d'enfants dans les ETAPES construits dans les 6 sites de réfugiés et les écoles des communautés accueillant les réfugiés. Il est à noter que seulement 12 per cent d'enfants arrivés de la RCA avaient déjà été scolarisés. Ainsi, grâce à la sensibilisation 16.025 (56 per cent) enfants réfugiés résidant dans les 6 sites d'accueil sont actuellement scolarisés dans les 87 ETAPES des sites et communautés hôtes voisines, soit 56 per cent de l'ensemble des enfants.

Cependant, la rétention de ces enfants à l'école jusqu'à la fin de l'année scolaire s'est heurtée aux obstacles tels que : la compétition avec l'école coranique, la participation des enfants aux tâches ménagères et aux activités génératrices de revenus, les pesanteurs culturelles particulièrement défavorables à la scolarisation des filles. Pour atténuer les effets de ces contraintes, la stratégie de sensibilisation a été réorientée en mettant l'accent sur la participation de tous les acteurs de l'éducation y compris les leaders communautaires et les parents d'élèves.

En se recentrant sur les leaders communautaires, la gestion des ETAPES a été entièrement placée sous la responsabilité des COGESE (Comités de Gestion des ETAPE) composés des 20 membres chacun. Installés dans chaque site, ces comités étaient composés des parents et respectaient la configuration sociologique et religieuse des communautés présentes ainsi que leur situation géographique dans les sites. Ils ont pour rôle de veiller à la présence des enseignants à travers un système de pointage quotidien, la conservation du matériel d'enseignements et d'apprentissage, la mise à la disposition des enseignants selon que les enfants sont inscrits, la sécurité et la propreté dans les ETAPES. A travers leur organisation, l'aménagement des cours des ETAPES a été souvent fait par le COGESE. Ils ont en outre permis d'identifier 120 animateurs communautaires qui ont été capacités à la sensibilisation porte à porte. Ils ont été particulièrement efficaces dans la lutte contre les abandons scolaires massifs par les enfants réfugiés.

La participation des enfants à travers les gouvernements des enfants, organe institutionnalisé en 2009 et reconnu par le ministère de l'éducation a fonctionné dans tous les établissements scolaires.

Cependant, la signature des textes organiques et l'adoption des outils de formation restent toujours attendue. L'absence de ces instruments et la non-délimitation de la zone d'intervention du programme a fortement entravé la mise en œuvre des interventions prévues dans les communautés, la production des évidences de leur participation aux activités scolaires et à soutenir le développement d'une stratégie conséquente. Le programme s'était engagé dans un processus de cartographie des structures de gestion participative de l'école et des associations à base communautaire. En l'absence de la délimitation de la zone d'intervention, la réflexion sur le paquet minimum d'interventions n'a pu être menée jusqu'au bout malgré la finalisation des outils de collecte des données.

**OUTPUT 1.** D'ici à 2017, les communautés des ZI sont convaincues de l'importance de l'éducation (particulièrement celle des filles) et adoptent une attitude positive à l'égard de l'école

#### **Analytical Statement of Progress:**

En l'absence d'une zone d'intervention du programme bien déterminée et d'un paquet d'interventions dont la mise en œuvre devrait concourir à l'atteinte du résultat planifié, le programme a seulement entamé le processus de cartographie des structures de gestion participative de l'école et des associations à base communautaire à travers le développement des outils de collecte des données devant servir à les recenser et à identifier leurs liens et rôles vis-à-vis de l'école.

Par ailleurs, l'engagement des COGESE dans les activités de sensibilisation a été remarquable dans le cadre de la réponse aux urgences à l'est. Les leaders de Six (6) villages (Borgop, Ngam, Gado, Mbille, Lolo et Timangolo) abritant les sites des réfugiés dans l'Est et l'Adamaoua ont été sensibilisés et mobilisés

Grace aux animateurs identifiés par les COGESE, les leaders des communautés où les parents s'étaient montrés résistants à l'inscription des enfants ont été mobilisés. Cette mobilisation visait à faire face à la désertion des ETAPES et écoles de Timangolo par beaucoup d'enfants au profit de l'orpaillage artisanal dans la mine d'or découverte dans la localité.

En outre, le COGESE a mené plusieurs actions de sensibilisation auprès des leaders religieux et traditionnels pour obtenir l'adaptation des horaires de l'apprentissage du coran aux heures des classes. Le COGESE a également réussi à faire engager des maîtres coraniques dans l'équipe des animateurs de sensibilisation. Ceci a permis de comprendre la complémentarité entre l'école formelle et les enseignements religieux.

La conservation et la mise à disposition quotidienne du matériel d'apprentissage et d'enseignement par le COGESE dans les ETAPES, le contrôle de présence des enseignants efficacement effectué, l'entretien et la sécurité des espaces d'apprentissage sont des preuves d'amorce de changement d'attitude des parents envers l'école formelle. La perspective de la réplication de cette expérience dans la zone d'intervention du programme, une fois définie, est désormais envisagée.

**OUTPUT 2** D'ici à 2017, les écoles des ZI mettent en oeuvre des Plan de développement avec la participation active des communautés

**Analytical Statement of Progress:**

Faute d'avoir démontré une viabilité probante, les interventions menées en 2014 dans quelques villages n'ont pas pu être poursuivies en l'état. Cependant, dans le cadre de la réponse aux urgences centrafricaines, 6 conseils d'écoles ont été redynamisés et formés sur leurs responsabilités dans le fonctionnement de l'école et l'élaboration des Plan d'Amélioration de l'Ecole(PAE).

Grace à ce soutien, chacune des 5 écoles hôtes et voisines des sites a élaboré son plan d'amélioration dont la mise en œuvre a suivie. Cependant, l'utilisation de cet outil par le Conseil d'écoles n'est pas encore aisée, ce qui justifie le nombre très limité d'écoles qui se sont lancées dans l'exercice.

**OUTCOME 12** D'ici à 2017, un le cadre normatif favorable au passage à échelle des interventions de santé à haut impact est mis en place.

**Analytical Statement of Progress:**

Les résultats de la MICS5 montrent une amélioration de la santé de l'enfant âgé de 0-59 mois. En effet le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 122 ‰ (EDS MICS 2011) à 103 ‰ naissances vivantes. la mortalité Infantile quant à elle est passée de 72 ‰ (EDSMICS2011) à 60 ‰ naissances vivantes. On note néanmoins dans de cette tranche d'âge que la réduction de mortalité néonatale est beaucoup plus lente. Elle est passée de 31 (EDS 2011) à 28 ‰ naissances vivantes entre 2011 et 2014. Ce qui représente 27 per cent des décès des moins de cinq ans et presque la moitié, 47 per cent des décès chez les moins d'un an. Ceci explique la priorité qui est accordée à la santé du nouveau-né depuis 2013.

En 2015 un guide de prise en charge complet et un plan opérationnel sur la santé du nouveau-né 2015-2016 ont été élaborés pour la première fois sur la base des orientations du niveau global découlant de l'Every New Born Action Plan (ENAP). L'évaluation et l'élaboration de la nouvelle stratégie sectorielle de la santé 2016-2027 permet au pays d'être arrimé aux ODD avec un focus sur la multi-sectorialité. En outre, la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant constituent une priorité majeure. Au niveau de la santé communautaire, la politique nationale est en cours d'élaboration ainsi que l'harmonisation des outils de formation des agents de santé communautaire entre autres. Ceci facilitera l'accélération de la mise à échelle des interventions sous directives communautaires à travers le nouveau mécanisme de financement du Fonds Mondial.

Dans le cadre de « End Game » polio, le vaccin polio injectable (VPI) a été introduit dans la vaccination de routine au Cameroun depuis le 15 Juillet 2015. Le processus de remplacement de VPOt en VPOb a commencé depuis le dernier trimestre 2015 par l'élaboration du plan national et les inventaires des vaccins. Le processus de l'élaboration de l' « Investment case » a commencé afin d'établir les acquis de la polio pour renforcer la vaccination de routine et les autres programmes de coopération.

Dans le cadre de « polio legacy », il a été répertorié les acteurs et structures de communication au niveau opérationnel dont la liste des 12899 mobilisateurs sociaux (complétude de 89 per cent) et des autres partenaires : 3199 leaders religieux, 3752 chefs traditionnels, 1241 élus locaux et 2186 associations (complétude de 40 per cent) aux fins de capitalisation des acquis en 2016.

Le cadre normatif comprend un certain nombre des documents des normes, des politiques, des stratégies et d financement : 1 Plan stratégique SRMNI 2014-2020. 2 Plan stratégique de maintien du statut d'élimination TMN 2014-2020, 3 Plan stratégique de communication du PEV 2014-2020, 4 l'élaboration de la nouvelle SSS intégrant les priorités de la SRMNI ,5. Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2014-2018, 6.Plan Pluriannuel Complet du PEV 2015-2020, 7 document de mise en œuvre de la CPS, 9 plan de communication Sida/H4+ 2014-2016,

10 modules de formation des interventions Sous-Directives Communautaires et Prise en charge du nouveau-né au niveau communautaire (PCIME communauté),

11 modules de formation PCIME et Prise en charge du nouveau-né au niveau clinique,

12 Plan Opérationnel 2015-2016 sur la santé nouveau – né et de l'aide-mémoire sur la santé du nouveau – né, 13Manuel de mise en œuvre de la chimio prévention saisonnière (CPS) du Paludisme, 14 Guide des interventions sous directives communautaires, 15. contribution à l'élaboration du plan stratégique de communication pour la lutte contre le paludisme

**OUTPUT 1** D'ici à 2017, la gestion et la coordination des interventions de santé à haut impact sont renforcées

#### **Analytical Statement of Progress:**

Un appui technique a été apporté au Ministère de la santé Publique dans le cadre de réalisation des documents des normes des stratégies et des politiques. Plusieurs documents ont été élaborés et adoptés. Il reste à produire et à disséminer. Ces documents balisent le cadre normatif et rend l'environnement favorables pour le passage à échelles des interventions a haut impact pour la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant ainsi que de l'adolescent. En dehors de ce cadre normatif, un apport financier conséquent est nécessaire pour un

environnement favorable.

Comme le Cameroun est bilingue tous ces documents seront traduits en Anglais. Les documents déjà validés sont les suivants : 1 Plan stratégique SRMNI 2014-2020. 2 Plan stratégique de maintien du statut d'élimination TMN 2014-2020, 3 Plan stratégique de communication du PEV 2014-2020, 4 l'élaboration de la nouvelle SSS intégrant les priorités de la SRMNI, 5. Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2014-2018, 6. Plan Pluriannuel Complet du PEV 2015-2020, 7 plan de communication Sida/H4+ 2014-2016, 8 modules de formation des interventions Sous-Directives Communautaires et Prise en charge du nouveau-né au niveau communautaire (PCIME communauté), 9 modules de formation PCIME et Prise en charge du nouveau-né au niveau clinique, 10 Plan Opérationnel 2015-2016 sur la santé nouveau – né et de l'aide-mémoire sur la santé du nouveau – né, 11 Manuel de mise en œuvre de la chimio prévention saisonnière (CPS) du Paludisme, 12 Guide des interventions sous directives communautaires, 13. contribution à l'élaboration du plan stratégique de communication pour la lutte contre le paludisme. Seul le document 11 se trouve en draft avance et sera valide d'ici peu.

**OUTPUT 2** D'ici à 2017, les évidences en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant sont documentées pour la prise de décision

**Analytical Statement of Progress:**

Les recherches opérationnelles planifiées sur les thématiques suivantes : PEV, Activités à Base Communautaires, Paludisme et nouveau-né sont enclenchées et des enquêtes post couvertures vaccinales ont été menées pour 7 campagnes au VPO, celle de la campagne RR est en cours de préparation. Les conflits de calendrier n'ont pas permis de mener l'enquête sur la santé du nouveau-né. Par ailleurs la documentation en cours de « L'Héritage Polio » va faciliter la capitalisation des acquis/ leçons apprises de la lutte contre la Polio pour le PEV de routine et la santé en générale.

**OUTPUT 3** D'ici à 2017, la gestion et la coordination des interventions de santé à haut impact sont renforcées

**Analytical Statement of Progress:**

Un appui technique a été apporté au Ministère de la santé Publique dans le cadre du fonctionnement des comités de coordination (Comité de coordination Inter-agence du Programme Elargi de Vaccination, comité de coordination de la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et Infanto-juvénile, Sous-groupe de travail de la santé du nouveau-né, Comité de coordination du programme national de lutte contre le paludisme, Comité de coordination de la chimio-prévention saisonnière du paludisme, Comité de coordination d'activités de préparation à la réponse contre l'épidémie de la maladie à virus Ebola en synergie avec d'autres agences du système de nations unis). De même, au niveau des Délégations régionales de la Santé Publique de l'Est, de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord la tenue des réunions de coordination a été appuyée. Ce qui a permis un meilleur suivi et coordination dans la mise en œuvre des activités.

Dans le cadre la coordination des actions en faveur de la communication pour le développement au ministère de la santé, une Task Force Nationale de coordination des actions de communication et de mobilisation sociale pour la santé a été mise en place à la direction de la promotion de la Santé du MINSANTE.

Des partenariats avec le Ministère de la Communication, le Ministère de Promotion de la

Femme et la Famille et le Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation ont permis la collaboration avec 177 radios de proximité, 67 Groupes de femmes et la tenue des forums des Gouverneurs dans le cadre de la lutte contre la polio. Une coordination et collaboration transfrontalière avec le Gabon, la Guinée équatoriale dans les efforts pour l'arrêt de la circulation du polio virus sauvage ont permis de maintenir le statut.

Au niveau opérationnel, sur 68 districts de santé des 4 régions prioritaires, 21 ont élaboré des micros plans intégrés en 2015. Les régions du Nord et Extrême-Nord ont élaboré les micros plans de mise en œuvre de la chimio-prophylaxie saisonnière du paludisme pour les enfants âgés de 3 à 59 mois. La mise en œuvre du monitoring décentralisé initié dans 9 districts de santé pilotes de la région du Nord et Extrême-Nord permettra d'identifier les gaps en termes de privation des droits de l'enfant et de pouvoir affiner la planification intégrée avec un focus sur l'équité, le genre et les droits humains.

L'UNICEF a assuré la coordination des activités mises en œuvre dans le cadre du programme H4+ avec les autres agences que sont WHO, UNFPA, UNAIDS, World Bank et ONUFEMMES. En outre, l'UNICEF en synergie avec l'OMS et l'UNFPA appuient la mise en œuvre du programme RMNCH Trust Funds dans les Régions du Nord, de l'Est et du Centre

**OUTCOME 13** D'ici à 2017, les interventions de santé en faveur des femmes, nouveau-nés et enfants sont disponibles et accessibles à tous les niveaux y compris dans les zones d'urgence

#### **Analytical Statement of Progress:**

Le programme visait en 2015 à offrir aux enfants de 0-59 mois un paquet d'interventions intégré à haut impact sur la réduction de la morbidité et de la mortalité au niveau des formations sanitaires et des communautés des zones d'intervention y compris les zones d'urgences. A cet effet, deux Semaines d'Actions de Santé Nutrition Infantile et Maternelle (SASNIM) ont été organisées dans tous les districts de santé. Elles ont été intégrées avec les deux Journées Nationales de Vaccination contre la poliomyélite avec l'antigène VPO. Des couvertures administratives satisfaisantes (100 per cent) ont été obtenues. En plus, la supplémentation en vitamine A, l'administration du Mebendazole aux enfants de moins de 5 ans et l'administration du traitement préventif Intermittent et Vitamine A chez les femmes enceintes et mères ont permis d'atteindre les cibles vulnérables dans les zones les plus reculées.

Concernant la santé du nouveau-né, sur les 9 interventions clés permettant de réduire significativement la mortalité néonatale, 6 interventions (Soins essentiels du nouveau-né, les corticostéroïdes anténatales pour la prématurité, les soins Kangourou, la réanimation du nouveau-né) ont été retenues dans le plan opérationnel pour une mise à échelle rapide dans 6 régions (Adamaoua, Nord, Extrême-Nord, Centre Sud-Ouest et Est).

La couverture en pentavalent 3 est de 78 per cent, rougeole de 73 per cent pour la vaccination des enfants de 0-11 mois et de 57 per cent pour le VAT2+ pour la vaccination des femmes enceintes pour la période de Janvier à novembre 2015 avec une complétude de 96 per cent. Des nouveaux vaccins ont été introduits pour renforcer la protection des enfants contre les maladies évitables par la vaccination, notamment le Vaccin Polio Inactivé (VPI), le Vaccin Rubéole-Rougeole (RR). Une campagne nationale contre la RR menée ciblant 9.440.692 enfants âgés de 9mois à 14 ans a permis d'atteindre 9.106.068 soit une couverture de 97 per cent.

Dans le cadre de la mise en œuvre des interventions sous directives communautaires deux



nouveaux districts de santé ont été enrôlés dans la région de l'Extrême-Nord (Guidiguis et Moulvoudaye) en plus des districts de santé de la région du Nord (Lagdo, Pitoa), portant le nombre d'ASC de 329 en 2014 à 430 en 2015, soit une augmentation absolue de 101 ASC. Pour ce qui est de la prise en charge des maladies de l'enfant au niveau communautaire par les Agents de santé communautaires, 16 675 enfants de moins de cinq ans ont été traités dont 11.101 (66,6 per cent) contre le paludisme simple, 3.800 (22,8 per cent) pour IRA et 1.774 (10,6 per cent) pour Diarrhée pour la période de janvier à novembre 2015. Pour la même période, 2.013 cas de paludisme sévère, 812 cas d'infection Respiratoire grave et 584 cas de diarrhée sévère ont été référés vers le niveau supérieur.

La deuxième campagne nationale de distribution des MILDA, commencé en Septembre 2015 a permis de distribuer 2.489 990 MILDA dans les régions du Nord-Ouest (956.246), Est (551.452) , Sud(410.410) et Sud-Ouest (571.882) avec couverture moyenne de 80 per cent de ménages ayant reçu au moins une MILDA. L'UNICEF a comblé un gap de 46.980 MILDA pour couvrir entièrement la demande exprimée dans la région de L'Est.

Quant à la réponse à la crise humanitaire, il s'agit de la vaccination systématique aux portes d'entrée, dans les camps de refugies, les campagnes préventives et réactives contre la rougeole, la méningite et la fièvre jaune. En outre la prévention et prise en charge des nouveaux cas de choléra ont été assurées.

La prise en charge des réfugiés y compris les populations déplacées internes (PDI) s'est faite dans les régions de l'Est, de l'Adamaoua avec les réfugiés centrafricains et l'Extrême-Nord avec les réfugiés nigériens. Dans le cadre de la crise des réfugiés centrafricains, l'UNICEF a mis à disposition des médicaments et des consommables pour des maladies courantes dans 30 formations sanitaires. Ceci a contribué à la prise en charge de 185.475 réfugiés dont 37.000 enfants de moins de 5 ans et 2.861 nouveau-nés. Pour protéger les réfugiés contre le paludisme, 14.500 MILDA ont été distribuées dans les sites de réfugiés, soit 8.085 ménages ayant reçu au moins 2 MILDA. Pour ce qui concerne les réfugiés nigériens, l'UNICEF a mis à disposition des médicaments et des consommables pour la prise en charge des maladies courantes. Aussi, 16.400 enfants âgés de 6 mois à 15 ans ont-ils été vaccinés contre la rougeole lors des campagnes et 5 448 de la même tranche d'âge nouvellement arrivés dans le camp. En plus, 27 986 personnes âgés de 12 mois à 29 ans ont été vaccinées contre la méningite à méningocoque A et 94.833 enfants réfugiés âgés de 6 mois à 15 ans (95 per cent des 99.000 enfants attendus) ont été immunisés contre la rougeole.

**OUTPUT 1** D'ici à 2017, la gestion et la coordination des interventions de santé à haut impact sont renforcées

#### **Analytical Statement of Progress:**

Dans le cadre du renforcement des capacités des prestataires, 30 ont été formés en PCIME clinique totalisant 212/261 (81 per cent) dans les 7 districts de santé H4+ dans 91 formations sanitaires de la région de l'extrêmes-Nord. En outre, 30 / 120 prestataires ont été formés et suivis en soins du nouveau-né dans ces mêmes districts. Les sessions de formations seront complétées en 2016. Dans la région de l'est, 124 /151 planifiés ont été formés en soins du nouveau-né dont pool de 25 formateurs. L'extension des interventions sous directives communautaires a permis de former 101 ASC du DS de Moulvoudaye dans la région de l'Extrême-Nord.

Durant l'année 2015, les acteurs de communication à tous les niveaux ont reçus de briefings à chaque campagne. Les gestionnaires des données, les Points focaux communication et 14

districts de santé des régions du Littoral, l'Ouest, le Sud-Ouest et le Nord-ouest ont reçus la formation sur le traitement, l'analyse et l'utilisation des données. Une formation est prévue pour les Points focaux communication et les gestionnaires des données des régions du Centre, Extrême Nord, Adamaoua, Nord, Est et le Sud en février 2016.

Dans le cadre du partenariat avec le MINPROFF, 69 associations sur les 67 ont été formées et outillées sur la sensibilisation communautaire en matière de vaccination, de recherche des perdus de vue et de zéro doses pour les 16 districts prioritaires identifiés dans les régions du centre et littoral.

En terme de plaidoyer, il a été tenu pendant l'année 2015 les fora des Gouverneurs dans l'objectif de renforcer la place et le rôle des Gouverneurs dans leurs régions respectives pour l'éradication de la maladie et le soutien à la vaccination de routine.

Un atelier de synthèse a été organisée en Novembre 2015 afin de procéder à une analyse des plans d'actions issus des engagements pris par l'ensemble des décideurs régionaux afin d'apprécier le niveau de mise en œuvre des interventions, dégager les leçons apprises et renforcer le cadre de redevabilité ; une des préoccupations du « Endgame Strategy 2013-2018 ».

Dans la mise en œuvre de la chimio prévention du paludisme saisonnier : 30 cadres du ministère et partenaires ainsi que tous les responsables régionaux et des districts sanitaires de l'Extrême Nord et du Nord (120) ont formes sur le concept de la chimio-prévention saisonnier du paludisme.

**OUTPUT 2** D'ici à 2017 les capacités des acteurs de santé des zones d'intervention sont renforcées en SRMNI

#### **Analytical Statement of Progress:**

Dans le cadre du renforcement de la vaccination de routine à travers les stratégies avancées, des motocyclettes ont été octroyés dans les districts de santé du pays.

L'approvisionnement en vaccins de routine a été assuré à travers le système d'assistance d'achat de l'UNICEF, assurant une disponibilité permanente tout au long de l'année au niveau central. A travers des financements GAVI, la chaîne de froid du PEV a été renforcée tant au niveau central qu'au niveau des régions. Ainsi, les 02 Chambres froides du niveau central (positive de 40m<sup>3</sup> et négative de 20m<sup>3</sup> ont été acquises et mises en service. Au vu des besoins du niveau central, une troisième chambre froide de 30m<sup>3</sup> (initialement destinée à la région du Littoral) lui a été attribuée. La chambre froide de la région du Nord-Ouest, Bamenda, d'une capacité de 30m<sup>3</sup>, les 40 réfrigérateurs solaires acquis sont disponibles sur les sites et sont en attente d'installation. Par ailleurs, le camion frigorifique commandé sera réceptionné en Février 2016.

La contribution à l'amélioration de la qualité de l'offre de services et soins de santé dans les formations sanitaire s'est faite à travers l'approvisionnement effectif des médicaments, des consommables médicaux pour la prise en charge des maladies courantes de l'enfant, la prévention du paludisme et de l'anémie pour les femmes enceintes. Ces médicaments ont été mis à la disposition des 20 districts de santé à forte concentration des interventions de l'UNICEF dont 10 districts de santé de la région de l'Extrême-Nord, 5 du Nord et 5 de l'Adamaoua.

Des réactifs (HIV, Hépatite virale b et C, Syphilis) pour assurer la sécurité transfusionnelle chez

les femmes enceintes y compris les ARV pour la prise en charge pédiatrique ont été aussi mis à disposition.

**OUTPUT 3** D'ici à 2017, les formations sanitaires disposent des intrants, équipements et de la logistique de base pour la santé de la mère et de l'enfant, y compris dans les zones d'urgence

**Analytical Statement of Progress:**

La contribution à l'amélioration de la qualité de la demande de services et soins de santé au niveau communautaire s'est faite à travers l'approvisionnement effectif des agents de santé communautaire en médicaments pour la prise en charge des cas simples de paludisme, de diarrhée et de pneumonie chez les enfants âgés de moins de 5 ans. Les ASC ont également été approvisionnées en Fer Acide Folique pour la prévention de l'anémie et en sulfadoxine pyrimétamine pour la prévention du paludisme chez la femme enceinte, ainsi qu'en vitamine A pour les enfants âgés de 6 à 59 mois et les femmes allaitantes. Ces agents de santé ont aussi reçu chacun un vélo pour faciliter les déplacements dans les communautés et un First Aid bag pour conserver les outils de gestion et les médicaments des activités à base communautaire.

**OUTPUT 4** D'ici à 2017, les communautés disposent des intrants et de la logistique de base pour la santé de la mère, du nouveau-né, et de l'enfant, y compris en situation d'urgence

**Analytical Statement of Progress:**

Des efforts considérables sont faits en matière de production des évidences (VOIR Output 1.2: D'ici à 2017, les évidences en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant sont documentées pour la prise de décision). Toutefois l'utilisation de ces évidences devrait se faire à travers le système d'information sanitaire global encore en construction chez le sectoriel. Néanmoins le programme a expérimenté dans 09 districts de santé le monitoring décentralisé pour action pour éclairer la prise de décision par les acteurs. Il s'agira donc en 2016 de renforcer ce modèle pour une mise à échelle.

**OUTCOME 14** D'ici à 2017, les politiques sectorielles et locales prennent en compte l'équité et la protection sociale en faveur des enfants et des femmes

**Analytical Statement of Progress:**

Le Gouvernement du Cameroun s'est doté du Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi depuis 2010. Ce cadre de référence vise en priorité la diversification des sources et la consolidation de la croissance économique. Cette orientation du pilotage du développement national a à ce jour eu comme implication majeure une allocation des ressources budgétaires plus favorable aux secteurs productifs notamment celui des projets structurants. A contrario, les ressources allouées aux départements ministériels du secteur social sont restées largement en deçà du niveau des besoins notamment de protection sociale. A l'échelle du pays, les politiques du secteur social souffrent d'un manque d'évidences. Le Programme s'est ainsi fixé pour objectif de combler une partie du déficit des données statistiques nécessaires à la production des évidences indispensables pour influencer les politiques publiques, l'allocation et la consommation des ressources budgétaires.

Outre la production des données statistiques, le Programme œuvre pour booster leur prise en compte dans l'élaboration des politiques de développement au niveau national et sectoriel. D'où, l'investissement dans le développement des bases de données.

Pendant la période sous revue, le Programme s'est attelé à la finalisation de l'enquête MICS5 commencée en 2014. Les données de cette enquête ont déjà servi à plusieurs fins notamment

l'évaluation finale des progrès accomplis par le pays vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Ces données ont également servi à l'élaboration des politiques nationales dans le domaine de la santé, de la lutte contre le VIH&SIDA.

En vue de susciter une plus grande prise de conscience par les acteurs gouvernementaux en charge du développement social, l'UNICEF a mené un plaidoyer pour que le lancement se tienne sous le leadership du Premier Ministre Chef du Gouvernement. Ce faisant, le Chef du Gouvernement pourra initier des actions en faveur des couches les plus défavorisées.

A l'effet d'assurer une large utilisation des données par tous les publics cibles, le Programme a procédé à la mise à jour de la base de données sociodémographique (CamSED) développée à l'aide de la technologie DevInfo. Avec la mise à disposition des données en ligne, cette base de données assure une utilisation par un plus grand nombre des données. Les investissements consentis dans la réalisation de cette enquête sont ainsi mieux rentabilisés.

A l'aide du partenariat avec le réseau des journalistes amis des enfants (REJAE), le Programme va assurer une large diffusion des résultats pour susciter la prise de conscience de l'ensemble des couches de la population quant à la nécessité d'agir en faveur des droits des enfants et des femmes notamment les plus vulnérables.

Dans le but d'influencer les politiques et les stratégies de développement, l'UNICEF a noué des partenariats avec d'autres agences du Système des Nations Unies. Ce cadre de travail permettra une analyse plus approfondie des données de la MICS5 pour mieux déterminer les principaux goulots d'étranglement qui empêchent l'amélioration de la situation des enfants et des femmes. Les résultats de cette exploitation approfondie des données permettront aux décideurs de mieux cibler les politiques/stratégies en cours d'élaboration et d'ajuster celles en cours de mise en œuvre.

**OUTPUT 1** D'ici 2016, les capacités techniques et institutionnelles des ministères sociaux et de 120 acteurs de la protection sociale sont renforcées en transferts sociaux

#### **Analytical Statement of Progress:**

Les difficultés structurelles qui affectent la collecte, le traitement et la remontée des données administratives persistent malgré les efforts menés par le Programme dans le domaine du monitoring décentralisé. Le système pilote mis en place dans sept Districts de Santé des régions du Nord et de l'Extrême-Nord tarde à décoller effectivement. Par contre, le mécanisme de remontée des données administratives en rapport aux interventions du Projet H4+ a permis de produire des informations et alimenter la prise de décision pour l'amélioration de l'offre, la demande et de la qualité des services en faveur des femmes et des enfants.

Les données administratives ayant servi au suivi du Programme ont essentiellement été remontées par le canal des partenaires gouvernementaux et de la société civile qui mènent des interventions dans les domaines de la lutte contre le choléra, la PTME, le WASH, la protection pour les réfugiés et la réponse à la crise nutritionnelle. Malgré la persistance des problèmes de complétude et de promptitude, les données remontées ont permis d'éclairer la prise de décision pour la gestion des interventions du Programme et de rendre compte aux donateurs.

Tout au long de la période sous revue, le Programme a ainsi capté les besoins de ses cibles, planifier les interventions et déployer la réponse en faveur des populations réfugiées installées dans les camps de recasement ainsi que ceux des déplacés internes. Les données de suivi de

la mise en œuvre du plan de réponse à l'urgence ont ainsi permis de renseigner le SitRep. La fonctionnalité de ce mécanisme sera renforcée à l'aide de l'opérationnalisation du nouvel organigramme du bureau issu de la RMP 2015.

La priorité sera accordée au renforcement de la fonctionnalité des mécanismes sectoriels de collecte et de remontée des dossiers dans les régions d'intervention prioritaires du Programme.

**OUTPUT 2** D'ici 2017, les droits des enfants sont intégrés dans les plans de développement de 20 communes de la région de l'Extrême-Nord

**Analytical Statement of Progress:**

Après le bouclage des opérations de terrain, le traitement des données de la MICS5 a débouché sur les principaux indicateurs des OMD. Ces données ont effectivement permis de produire le rapport d'évaluation finale des progrès accomplis par le Cameroun à l'échéance de l'agenda des OMD. Les résultats de cette enquête ont commencé et continueront d'alimenter le ciblage, la planification et le suivi/évaluation des politiques visant l'amélioration de la situation des droits des enfants et des femmes notamment l'UNDAF et le Programme Pays de l'UNICEF. Avec l'appui technique des équipes UNICEF de la région et du siège, l'équipe pays conjointe INS-UNICEF a finalisé le rapport principal de la MICS5. En ligne avec le plan de dissémination des résultats, des outils appropriés ont été élaborés pour passer les messages clés qui découlent des résultats de la MICS5. Contrairement aux éditions précédentes qui limitaient la diffusion des résultats de la MICS au niveau central, le Programme entend aller jusqu'au niveau le plus déconcentré pour toucher tous les acteurs chacun suivant sa position et son niveau de responsabilité dans la chaîne d'action en faveur des droits des enfants et des femmes.

**OUTPUT 3** D'ici 2017, les évidences basées sur l'équité sont produites et prises en compte dans la révision du DSCE

**Analytical Statement of Progress:**

Le processus d'élaboration de la SitAn a commencé en 2014 avec les échanges avec le bureau régional est rentré dans la phase opérationnelle. Le processus est facilité par un consultant recruté par le bureau à cet effet. En ligne avec l'approche participative adoptée, les premières conclusions de la SitAn ont été partagées avec l'ensemble des staffs du Programme. Ces conclusions se focalisent essentiellement sur les manifestations des principaux problèmes qui empêchent les femmes et les enfants de jouir pleinement de leurs droits au Cameroun. L'emphase est mise sur les disparités géographiques et socioéconomiques des enfants et des femmes vis-à-vis des problèmes identifiés.

La deuxième partie en cours d'élaboration se focalisera sur les analyses causales et les propositions de politiques et de stratégies pour accélérer les progrès dans les domaines retenus. Le rapport final de la SitAn sera validé en janvier 2016.

**OUTPUT 4** D'ici 2017, le Fonds documentaire des politiques sociales est mis à jour deux fois

**Analytical Statement of Progress:**

La mise à disposition des données de la MICS 2014 a permis d'enclencher le processus de mise à jour de la Cameroon Socio-Economic Data base (CamSED). Les nouvelles compétences acquises par l'Expert National DevInfo vont permettre d'associer les opérations de mise à jour à l'amélioration l'interface et à la migrer de la CamSED vers DevInfo 7. Ce staff assurera aussi la capacitation des administrateurs sectoriels de la base de données. Il est

également prévu que les opérations de mise à jour innovent avec la mise en place d'une application utilisation sur smartphone. Le nombre d'utilisateur ayant accès aux données s'accroîtra considérablement. Cette nouvelle facilité permettra une plus grande utilisation des données rentabilisant ainsi les investissements consacrés à la production des données.

**OUTCOME 15** D'ici 2017, les données statistiques nécessaires au suivi des performances du Programme et de la situation des enfants et des femmes sont produites et disséminées

**Analytical Statement of Progress:**

Le Gouvernement du Cameroun s'est doté du Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi depuis 2010. Ce cadre de référence vise en priorité la diversification des sources et la consolidation de la croissance économique. Cette orientation du pilotage du développement national a à ce jour eu comme implication majeure une allocation des ressources budgétaires plus favorable aux secteurs productifs notamment celui des projets structurants. A contrario, les ressources allouées aux départements ministériels du secteur social sont restées largement en deçà du niveau des besoins notamment de protection sociale. A l'échelle du pays, les politiques du secteur social souffrent d'un manque d'évidences. Le Programme s'est ainsi fixé pour objectif de combler une partie du déficit des données statistiques nécessaires à la production des évidences indispensables pour influencer les politiques publiques, l'allocation et la consommation des ressources budgétaires.

Outre la production des données statistiques, le Programme œuvre pour booster leur prise en compte dans l'élaboration des politiques de développement au niveau national et sectoriel. D'où, l'investissement dans le développement des bases de données.

Pendant la période sous revue, le Programme s'est attelé à la finalisation de l'enquête MICS5 commencée en 2014. Les données de cette enquête ont déjà servi à plusieurs fins notamment l'évaluation finale des progrès accomplis par le pays vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Ces données ont également servi à l'élaboration des politiques nationales dans le domaine de la santé, de la lutte contre le VIH&SIDA.

En vue de susciter une plus grande prise de conscience par les acteurs gouvernementaux en charge du développement social, l'UNICEF a mené un plaidoyer pour que le lancement se tienne sous le leadership du Premier Ministre Chef du Gouvernement. Ce faisant, le Chef du Gouvernement pourra initier des actions en faveur des couches les plus défavorisées.

A l'effet d'assurer une large utilisation des données par tous les publics cibles, le Programme a procédé à la mise à jour de la base de données sociodémographique (CamSED) développée à l'aide de la technologie DevInfo. Avec la mise à disposition des données en ligne, cette base de données assure une utilisation par un plus grand nombre des données. Les investissements consentis dans la réalisation de cette enquête sont ainsi mieux rentabilisés.

A l'aide du partenariat avec le réseau des journalistes amis des enfants (REJAE), le Programme va assurer une large diffusion des résultats pour susciter la prise de conscience de l'ensemble des couches de la population quant à la nécessité d'agir en faveur des droits des enfants et des femmes notamment les plus vulnérables.

Dans le but d'influencer les politiques et les stratégies de développement, l'UNICEF a noué des partenariats avec d'autres agences du Système des Nations Unies. Ce cadre de travail permettra une analyse plus approfondie des données de la MICS5 pour mieux déterminer les principaux goulots d'étranglement qui empêchent l'amélioration de la situation des enfants et des femmes. Les résultats de cette exploitation approfondie des données permettront aux

décideurs de mieux cibler les politiques/stratégies en cours d'élaboration et d'ajuster celles en cours de mise en œuvre.

**OUTPUT 1** D'ici 2017, les statistiques de sources administratives sont produites pour suivre les performances du Programmes

**Analytical Statement of Progress:**

Les difficultés structurelles qui affectent la collecte, le traitement et la remontée des données administratives persistent malgré les efforts menés par le Programme dans le domaine du monitoring décentralisé. Le système pilote mis en place dans sept Districts de Santé des régions du Nord et de l'Extrême-Nord tarde à décoller effectivement. Par contre, le mécanisme de remontée des données administratives en rapport aux interventions du Projet H4+ a permis de produire des informations et alimenter la prise de décision pour l'amélioration de l'offre, la demande et de la qualité des services en faveur des femmes et des enfants.

Les données administratives ayant servi au suivi du Programme ont essentiellement été remontées par le canal des partenaires gouvernementaux et de la société civile qui mènent des interventions dans les domaines de la lutte contre le choléra, la PTME, le WASH, la protection pour les réfugiés et la réponse à la crise nutritionnelle. Malgré la persistance des problèmes de complétude et de promptitude, les données remontées ont permis d'éclairer la prise de décision pour la gestion des interventions du Programme et de rendre compte aux donateurs.

Tout au long de la période sous revue, le Programme a ainsi capté les besoins de ses cibles, planifier les interventions et déployer la réponse en faveur des populations réfugiées installées dans les camps de recasement ainsi que ceux des déplacés internes. Les données de suivi de la mise en œuvre du plan de réponse à l'urgence ont ainsi permis de renseigner le SitRep. La fonctionnalité de ce mécanisme sera renforcée à l'aide de l'opérationnalisation du nouvel organigramme du bureau issu de la RMP 2015.

La priorité sera accordée au renforcement de la fonctionnalité des mécanismes sectoriels de collecte et de remontée des dossiers dans les régions d'intervention prioritaires du Programme.

**OUTPUT 2** D'ici 2017, deux enquêtes spécifiques sur les enfants et les femmes sont réalisées et les résultats disséminés

**Analytical Statement of Progress:**

Après le bouclage des opérations de terrain, le traitement des données de la MICS5 a débouché sur les principaux indicateurs des OMD. Ces données ont effectivement permis de produire le rapport d'évaluation finale des progrès accomplis par le Cameroun à l'échéance de l'agenda des OMD. Les résultats de cette enquête ont commencé et continueront d'alimenter le ciblage, la planification et le suivi/évaluation des politiques visant l'amélioration de la situation des droits des enfants et des femmes notamment l'UNDAF et le Programme Pays de l'UNICEF. Avec l'appui technique des équipes UNICEF de la région et du siège, l'équipe pays conjointe INS-UNICEF a finalisé le rapport principal de la MICS5. En ligne avec le plan de dissémination des résultats, des outils appropriés ont été élaborés pour passer les messages clés qui découlent des résultats de la MICS5. Contrairement aux éditions précédentes qui limitaient la diffusion des résultats de la MICS au niveau central, le Programme entend aller jusqu'au niveau le plus déconcentré pour toucher tous les acteurs chacun suivant sa position et son niveau de responsabilité dans la chaîne d'action en faveur des droits des enfants et des femmes.

**OUTPUT 3** D'ici 2017, deux SitAn focalisées sur l'équité sont produites

**Analytical Statement of Progress:**

Le processus d'élaboration de la SitAn a commencé en 2014 avec les échanges avec le bureau régional est rentré dans la phase opérationnelle. Le processus est facilité par un consultant recruté par le bureau à cet effet. En ligne avec l'approche participative adoptée, les premières conclusions de la SitAn ont été partagées avec l'ensemble des staffs du Programme. Ces conclusions se focalisent essentiellement sur les manifestations des principaux problèmes qui empêchent les femmes et les enfants de jouir pleinement de leurs droits au Cameroun. L'emphase est mise sur les disparités géographiques et socioéconomiques des enfants et des femmes vis-à-vis des problèmes identifiés.

La deuxième partie en cours d'élaboration se focalisera sur les analyses causales et les propositions de politiques et de stratégies pour accélérer les progrès dans les domaines retenus. Le rapport final de la SitAn sera validé en janvier 2016.

**OUTPUT 4** D'ici 2017, deux mises à jour de la CamSED sont réalisées

**Analytical Statement of Progress:**

La mise à disposition des données de la MICS 2014 a permis d'enclencher le processus de mise à jour de la Cameroon Socio-Economic Data base (CamSED). Les nouvelles compétences acquises par l'Expert National DevInfo vont permettre d'associer les opérations de mise à jour à l'amélioration l'interface et à la migrer de la CamSED vers DevInfo 7. Ce staff assurera aussi la capacitation des administrateurs sectoriels de la base de données. Il est également prévu que les opérations de mise à jour innovent avec la mise en place d'une application utilisation sur smartphone. Le nombre d'utilisateur ayant accès aux données s'accroîtra considérablement. Cette nouvelle facilité permettra une plus grande utilisation des données rentabilisant ainsi les investissements consacrés à la production des données.

**Document Center**

**Evaluation and Research**

Title	Sequence Number	Type of Report
Qualitative survey on the perceptions of communities on vaccination for the introduction of the inactivated polio vaccine (IPV) in routine immunization in Cameroon Study Report	2015/001	Survey

**Other Publication**

Title
Case study on the introduction of IPV in Cameroon
Tous les Enfants sont des princes
Collaboration H4+ pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile au Cameroun
SIDA-H4+Extrême-Nord : Investir pour la santé de la mère et de l'enfant
Protéger l'avenir des enfants par une éducation de qualité
12 months without polio in Littoral (13 minutes)
12 months without polio in North-West region (13 minutes)



12 months without polio in Centre region (13 minutes)
12 months without polio in Cameroon (26 minutes)
12 months without polio in East region (13 minutes)
12 months without polio in Adamaoua region (13 minutes)
12 months without polio in West region (13 minutes)
A polio free Cameroun : words from the Civil Society
A polio free Cameroun : Traditional rulers speak
A polio free Cameroun : religious leaders speak (Video)
UNICEF Magazine 002
Polio News : Communication and Social Mobilisation N°005
Polio News : Communication and Social Mobilisation N°004
Polio News : Communication and Social Mobilisation N°003
Polio News : Communication and Social Mobilisation N°002

### Lessons Learned

Document Type/Category	Title
Lesson Learned	Governors' Forum "Let's vaccinate all our children for a polio free Cameroon".