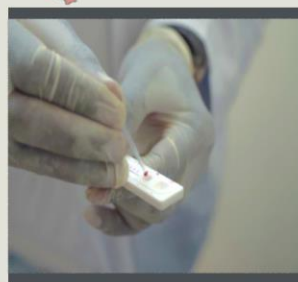
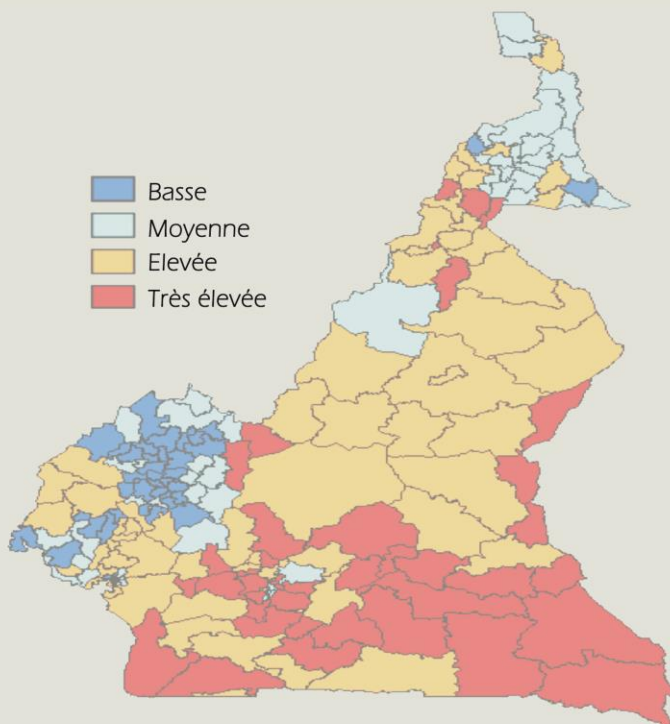




REPUBLIQUE DU CAMEROUN
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

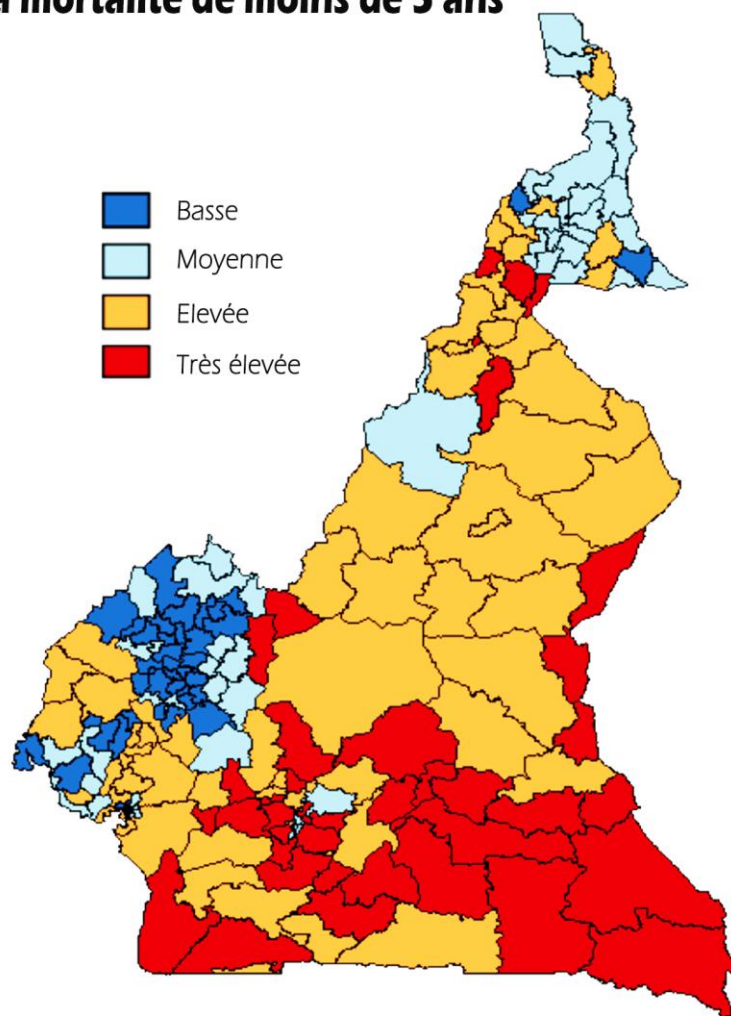


Plan Stratégique National de **Lutte** Contre le **Paludisme** au **Cameroun** 2019–2023

Octobre 2019



La stratification basée sur la prévalence, l'incidence et la mortalité de moins de 5 ans



Plan Stratégique National de Lutte Contre le Paludisme au Cameroun 2019–2023

Octobre 2019

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	v
AVANT-PROPOS	viii
REMERCIEMENTS	ix
RESUME.....	xi
INTRODUCTION	1
1. PROFIL DU PAYS.....	4
1.1. Situation géographique, administrative et politique	4
1.2. Situation démographique et ethnologique.....	5
1.3. Ecosystème, environnement et climat	6
1.4. Situation socio-économique.....	7
1.5. Situation communicationnelle	8
1.6. Analyse du système de santé.....	9
1.6.1. Organisation du système de santé.....	9
1.6.2. La Gouvernance, redevabilité et le partenariat	11
1.6.3. Prestations de soins.....	12
1.6.4. Ressources humaines	13
1.6.5. Financement de la santé	14
1.6.6. Approvisionnement en médicaments et produits de santé.....	15
1.6.7. Système d'information sanitaire	16
2. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME AU CAMEROUN ET REVUE DU PLAN STRATEGIQUE 2014-2018	19
2.1. Analyse des indicateurs épidémiologiques, entomologiques et de la stratification du risque de paludisme au Cameroun.....	19
2.1.1. Épidémiologie du paludisme au Cameroun	19
2.1.2. Distribution des vecteurs, indices de transmission du paludisme.....	19
2.1.3. Résistance des vecteurs aux insecticides	21
2.1.4. Espèces plasmodiales et résistance aux antipaludiques	21
2.1.5. Évolution de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme.....	23
2.2. Analyse des performances du PNLP.....	29
2.2.1. Rappel des objectifs du PNLP 2014-2018.....	29
2.2.2. Revue des politiques et du cadre de mise en œuvre	31
2.2.3. Évaluation des progrès accomplis vis-à-vis des objectifs nationaux, régionaux et mondiaux : analyse du niveau des indicateurs d'impact et de résultats.....	32
2.2.4. Principaux Résultats de l'analyse FFOM et recommandations à mi- parcours du PSNLP 2014-18 et de la revue annuelle du PTA 2017.....	34
2.2.5. Orientations stratégiques recommandées pour le prochain plan stratégique....	37
3. CADRE STRATEGIQUE DU PNLP 201-2023	41
3.1. Vision	41
3.2. Mission et principes directeurs.....	41
3.3. Orientations stratégiques et priorités nationales.....	41
3.4. But et objectifs.....	43
3.4.1. But	43
3.4.2. Objectifs généraux	43
3.4.3. Objectifs spécifiques	43

4. CADRE DE MISE ŒUVRE DU PNL 2019-2023	52
4.1. Le plan de mise en œuvre	52
4.2. Renforcement du dialogue politique du niveau national au niveau communautaire (Pilier 1)	53
4.3. Utilisation de l'information stratégique (Pilier 2).....	55
4.4. Principales politiques et stratégies antipaludiques (Pilier 3)	57
4.4.1. Axe stratégique prévention	57
4.4.2. Axe Stratégique prise en charge des cas.....	64
4.4.3. Axe stratégique formation et recherche	69
4.5. Coordination de la réponse nationale (Pilier 4)	71
4.6. Les modalités d'exécution du plan stratégique	78
4.6.1. Mécanismes de planification et de mise en œuvre	78
4.7. Le budget et le cadre de financement.....	79
4.8. Plan de mobilisation des ressources	85
5. Cadre de suivi et évaluation.....	88
5.1. Le cadre de performance.....	89
5.2. Suivi des progrès.....	99
5.3. Évaluation de l'impact et des résultats	100
5.4. Système de gestion des données de lutte contre le paludisme.....	100
5.4.1. Organisation du système	100
5.4.2. Collecte, analyse des données et utilisation de l'information pour la prise de décision.....	100
5.4.3. Le circuit de l'information.....	100
5.4.4. La gestion de la qualité des données.....	101
5.5. Le mécanisme de coordination de la surveillance, du suivi et évaluation	102
5.5.1. Composante « Surveillance épidémiologique » (SNIS/SIMR)	102
5.5.2. Enquêtes périodiques et enquêtes spécifiques	102
5.5.3. Surveillance sentinelle	102
5.5.4. Supervision, suivi de la mise en œuvre.....	102
5.5.5. Évaluation des effets et impacts du PNL 2019-2023.....	103
5.5.6. Utilisation et dissémination des données	103

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte administrative du Cameroun.....	4
Figure 2 : Intensité de la transmission du paludisme dans différents faciès épidémiologiques du Cameroun.....	20
Figure 3 a, b et c : Distribution géographique de la résistance d' <i>An. gambiae</i> s.l. aux pyréthrinoides.....	22
Figure 4 : Évolution des cas et de la morbidité proportionnelle liée au paludisme entre 2011 et 2017	23
Figure 5 : Évolution de la morbidité proportionnelle par groupe cible de 2011 à 2017	24
Figure 6 : Cartes du district PfPR2-10 en 2018. La carte de 2018 montre les effets des interventions sur la prévalence parasitaire, après ajustement pour les effets des covariables climatiques.....	25
Figure 7 : Cartes du district PfPR2-10 en 2000. La carte de 2000 est une mesure indirecte de la transmission avant intervention.....	25
Figure 8 : Incidence brute du paludisme après ajustement de l'ensemble des données sur les cas de paludisme pour les taux de déclaration et de dépistage dans les formations sanitaires publiques par district en 2017 (l'année avec les données les plus complètes du HMIS)	26
Figure 9 : Évolution des décès et de la mortalité proportionnelle du paludisme entre 2011 et 2017.....	27
Figure 10 : Évolution de la mortalité proportionnelle par groupe cible de 2011 à 2017	27
Figure 11 :	28
Figure 12 : Strates de risque combinant les scores spécifiques de prévalence et d'incidence	29
Figure 13 : Strates de risque combinant la prévalence, l'incidence spécifique et toutes causes confondues sous 5 classifications de taux de mortalité	29
Figure 14 : Cadre conceptuel de l'approche « HBHI » selon RBM/OMS	42
Figure 15 : Répartition des interventions de lutte contre le paludisme en fonction des strates épidémiologiques.....	52
Figure 16 : Stratégie SMC	59
Figure 17 :	60
Figure 18 : Stratégie IPTi.....	60
Figures 19 a et b :	62
Figure 20 a et b :	63
Figure 21 : Résumé du budget par catégorie.....	82
Figure 22 : Répartition du budget en fonction des catégories de coût	84
Figure 23 : Modèle Logique de suivi-évaluation.....	88
Figure 24 : Circuit de l'information du niveau opérationnel au niveau central.....	101

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Effectif estimé des cibles du PNLP au niveau national et proportion de ces cibles par rapport à la population totale du pays de 2019 à 2023	5
Tableau 2 : Répartition projetée par Région de la population camerounaise sur la période 2019-2023.....	6
Tableau 3 : Indice de développement humain en 2017 au Cameroun	8
Tableau 4 : Les différents niveaux du secteur santé	10
Tableau 5 : Répartition des formations sanitaires par région au Cameroun en 2018.....	11
Tableau 6 : Répartition du personnel de santé par effectif.....	14
Tableau 7 : Évolution du budget du MINSANTE de 2014 à 2018 au Cameroun	14
Tableau 8 : Répartition des dépenses de santé (CNS 2015,2016)	15
Tableau 9 : Évolution des indicateurs de santé 2011-2014/17	17
Tableau 10 : Répartition des espèces responsables selon l'aptitude à transmettre le paludisme ...	19
Tableau 11 : Niveau d'atteinte des indicateurs	32
Tableau 12 : Analyse FFOM	34
Tableau 13 : Principales recommandations de la revue du programme	36
Tableau 14 : Cadre stratégique	46
Tableau 15 : Répartition du budget par pilier et par an.....	81
Tableau 16 : Répartition du budget par catégories de coût et par an	83
Tableau 17 : Synthèse de l'analyse des écarts programmatiques.	85
Tableau 18 : Cadre de performance du PSN de lutte contre le Paludisme 2019-2023	90

LISTE DES ABREVIATIONS

ACMS	Association Camerounaise pour le Marketing Social
ACT	Artemisinin-based Combination Therapy
AID	Aspersions Intra-Domiciliaires
ASC	Agent de Santé Communautaire
ANVR	African Network on Vector Resistance
AQ	Amodiaquine
ASAQ	Artesunate+Amodiaquine
SPY	Artesunate+Pyronaridine
BTC	Biotechnology Centre
CAP	Connaissance Attitude et Pratiques
CAPR	Centre d'Approvisionnement des Produits Pharmaceutiques Régional
CCAM:	Cameroon Coalition Against Malaria
MC-CCAM	Malaria Consortium Cameroon Coalition Against Malaria
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CVUC	Communes et Villes Unies du Cameroun
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels et consommables Médicaux
CEPCA	Conseil des Eglises Protestantes du Cameroun
CHUY	Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNRBM	Comité National <i>Roll Back Malaria</i>
COGE	Comité de Gestion
COSA	Comité de Santé de l'Aire de santé
COSADI	Comité de Santé du District de santé
CPN	Consultation Pré-Natale
CTA	Combinaisons Thérapeutique à base d'Artémisinine
CTD	Collectivités Territoriales Décentralisées
DSCE	Document de Stratégie de la Croissance
DSRP	Délégation Régionale de la Santé Publique
DCOOP	Division de la Coopération
DDT	Dichloro-Diphényl-Trichloroéthane
DEP	Division des Etudes et des Projets
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPS	Direction de la Promotion de la Santé
DRH	Direction des Ressources Humaines
DROS	Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
DS	District de Santé
DSCE	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
DSF	Direction de la Santé Familiale
EDS	Enquête démographique et de Santé
FOSA	Formation sanitaire

FMSB	Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales
FS	Formation Sanitaire
GE	Goutte Epaisse
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
GTC	Groupe Technique Central
GIZ	Agence de Coopération Allemande
HBHI	High Burden to High Impact
HCY	Hôpital Central de Yaoundé
IEC	Information Education Communication
IMPM	Institut de Recherche Médicales et d'Etudes des Plantes Médicinales
INS	Institut National de la Statistique
IRESKO	Institut pour la Recherche, le Développement Socio-économique et la Communication
JMLP	Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme
LAL	Lutte Anti-larvaire
LANACOME	Laboratoire National de Contrôle de la qualité des Médicaments et d'Expertise
MINPROFF	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
INAS	Ministère des Affaires Sociales
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MIS	Malaria Indicator Survey
OBC	Organisation à Base Communautaire
OCEAC	Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSC	Organisation de la Société Civile
ONG	Organisation Non Gouvernementale
<i>P. falciparum</i>	<i>Plasmodium falciparum</i>
PECIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PECADOM	Prise en Charge du Paludisme à Domicile
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PLMI	Programme de Lutte contre la Mortalité maternelle et Infantile
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PAP	Plan d'Action Prioritaire
PTA	Plan de Travail Annuel
PID	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PBF	Performance Based Performance
PTME	Prévention de la Transmission Mère et Enfant
PSNLP	Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme

PSE	Plan de Suivi Évaluation
RPP	Revue des Progrès du Programme
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMA	Rapport Mensuel d'Activités
RBM	Roll Back Malaria
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONEU	Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels d'Urgence
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
SASNIM	Semaine d'Action de Sante et de Nutrition Infantile et Maternelle
SSS	Stratégie Sectorielle de Santé
SRO	Sel de Réhydratation Orale
SGIL	Système de Gestion de l'Information Logistique
SYNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Essentiels
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
URLP	Unité Régionale de Lutte contre le Paludisme
VIH/SIDA	Virus d'Immunodéficience Humaine/Syndrome Immunodéficitaire Acquis

AVANT-PROPOS

Les efforts déployés par la Communauté Internationale au cours des vingt dernières années ont eu comme résultat une baisse significative du paludisme dans le monde. Le nombre de décès dus au paludisme est passé de plus de 1 million en 2000 à près de 435 000 en 2017, soit une réduction de près de 60%. Au Cameroun, le paludisme reste l'une des principales causes de maladies même si la morbidité palustre dans la population générale évolue à la baisse depuis l'année 2000, passant de 41% à 26 % en 2018 (Rapports PNLP, 2018). Cette baisse est due aux efforts du Gouvernement pour mobiliser les ressources importantes de lutte contre le paludisme. La prévention et la prise en charge du paludisme constituent les deux stratégies majeures de cette lutte. Cependant, malgré cette évolution positive globale on note une augmentation du fardeau depuis 2016. Selon le rapport mondial sur le paludisme 2018, l'OMS classe le Cameroun au 9^{ème} rang parmi les pays les plus touchés par cette maladie.

A cet effet, le Cameroun s'est approprié la nouvelle initiative de l'OMS « d'un fardeau élevé à un impact élevé » (High Burden to High Impact) qui vise à remettre le pays sur les rails en vue de l'atteinte des objectifs et des cibles en termes de la lutte contre le paludisme.

Ce plan stratégique participe à donner corps à la vision de la politique de santé dans le cadre du Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) 2010-2020 et la vision 2035 et réaffirme l'ambition du Cameroun d'aller à la réduction de la morbidité et de la mortalité palustre à un niveau où l'élimination du paludisme sera possible, en adaptant les interventions de lutte aux différents faciès épidémiologiques, mais aussi, en adoptant des interventions innovantes à haut impact.

L'approche inclusive de l'élaboration de ce document traduit le potentiel des parties prenantes à la mobilisation des ressources nécessaires à son financement afin d'atteindre les objectifs ambitieux que l'Etat du Cameroun s'est fixé. L'engagement des acteurs de mise en œuvre s'en trouvera également renforcé.

Ainsi, j'ai le plaisir d'inviter l'ensemble des acteurs notamment ceux des services publics, de la société civile, du secteur privé et les partenaires techniques et financiers à s'approprier le contenu du présent plan et à inscrire leurs interventions dans les orientations stratégiques retenues pour une meilleure synergie et une efficacité dans l'action.

Je réaffirme aussi le caractère prioritaire de la lutte contre le paludisme dans l'amélioration de la santé des populations pour un Cameroun émergent sans paludisme et pour son développement durable.

Le Ministre de la Santé Publique

Dr Manaouda Malachie

REMERCIEMENTS

A l'aube de la mise en œuvre du nouveau Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2019-2023 et pour s'arrimer aux nouvelles recommandations en matière de lutte contre le paludisme, il était indispensable d'aligner le présent Plan Stratégique aux différents documents normatifs du Gouvernement et aux orientations de l'OMS.

La rédaction de ce Plan Stratégique National s'est faite grâce au travail minutieux et acharné d'une équipe, avec l'appui des partenaires et des experts chevronnés en la matière. Qu'il me soit donc permis d'exprimer ici, au nom de l'ensemble du personnel du Programme National de lutte contre le Paludisme et en mon nom personnel, à l'endroit des personnalités suivantes, notre profonde gratitude.

Il s'agit de :

MINSANTE

Prof. KOULLA SINATA SHIRO, SG/MINSANTE
Dr ZOA NANGA, IGSMP/MISANTE
Dr ETOUNDI MBALLA Alain, DLMEP/MINSANTE
Prof. NKOA Thérèse, CT2/MINSANTE
Dr VANDI Deli, DPML/MINSANTE
Prof. BISSECK Anne, DROS/MINSANTE
M KOMBO Thomas, Coordonnateur/STBP-FM
Dr OLINGA Jean, ancien ST-BP
Dr BAYE Martina, Coordonnatrice / PLMI
Dr MACHE Patrice, Coordonnateur / ST-SSS
Dr SAMBA Frédéric, CENAME
Dr SEIDOU MOLUH / DSF
Dr TJEK Paul, DSF/MINSANTE
Dr ACHU Dorothy, SP/PNLP
Dr ATEBA Joel, SPA/PNLP
Dr FOSSO Jean, CSPSSE/PNLP
Dr EKOYOL EWANE Germaine, CSPEC /PNLP
Dr MEDOU Hortense, CSPE/PNLP
Mme TCHOUNGA Florentine, CSAF/ PNLP
M. NGAMBE OUMAROU, CSIMP /PNLP
Dr NGWAFOR Randolph, CSRF/PNLP
Dr PANNA Sandrine, DLMEP
Dr BEJANGA Margaret, ISMPM
Dr MEDOUANE Caroline, ST/ICN
Dr MOTA Serge, CUGPP / PNLP
Dr TABUE Raymond, CULIV/PNLP
Dr NDONGO Nelly, CUF/SFR
Dr BOMBAH Dominique, GTR/PALU -CE
Dr SOTAKWO KENGNE, CUPEC/SPEC
Mme OLINGA Blandine, CUP/PNLP

UNIVERSITES ET INSITUTS DE RECHERCHE

Prof. SAME EKOBO Albert; CNRBM

Prof. MBACHAM Wilfred, BTC/UNIYAO 1

Prof. KOKI NDOMBO Paul, FMSB /Fondation Chantal BIYA

Prof. CHIABI Andreas, FMSB/HGOPY

Prof. BIGOGA Jude, UNI YAO I/BTC

Dr AWONO Parfait OCEAC

Dr NKONDJIO Antonio, OCEAC

PARTENAIRES

Equipe de l'OMS (Pr. ALONSO, Pr. NOOR, M HABIMANA Phanuel, Dr MARU, Dr SPES, Pr. SECK Ibrahima, M. EMEKA, Dr TOUGORDI Alexis...)

Equipe ALMA (Dr Mélanie RENSHAW, Dr KAREMA Corine)

Dr KANANDA Grégoire, UNICEF

Dr HEDJE Judith, PMI - CDC

Dr CUNA RODRIGUES Margarida, PMI –USAID

Dr KOUAMBENG Celestin, PMI-USAID

Dr FONDJO Etienne, Vectorlink

M DANBE Flaubert, Vectorlink

Dr KAKESA Olivier, MEASURE Evaluation

Dr AWAH Dickson, Impact Malaria

M NKOUMOU Yannick, Breakthrough Action

Dr KWAKE Simon, Plan Cameroon

Dr TALLAH Esther, MC-CCAM

Mme NGUELLA Rachelle, MC-CCAM

Dr MUKAMBA Jean Yves, CRS

Mme BAMBA Louise, Malaria No More

Le Secrétaire Permanent du PNLP

Dr ACHU Dorothy

RESUME

Le paludisme constitue un véritable problème de santé publique au Cameroun. Le Cameroun fait partie des 11 pays qui, à eux seuls, supportent près de 70% du fardeau du paludisme (WMR, 2018). Sur le plan national, le nombre des cas enregistrés dans les formations sanitaires quasiment en stagnation depuis 2011 connaît une tendance à la hausse depuis 2017. Le nombre de décès, après une évolution à la baisse sur plusieurs années, est également en augmentation depuis 2017, nonobstant la mise en œuvre des différentes stratégies de lutte contre le paludisme (Rapport annuel PNLP, 2017). C'est dans ce contexte que ce nouveau Plan Stratégique National 2019-2023 a été élaboré.

Son élaboration qui a été faite de manière participative et inclusive, a tenu compte des recommandations de la revue des performances de l'ancien Plan Stratégique National 2014-18 réalisée en 2018, de l'approche « *High Burden to High Impact* » et, surtout, du ciblage des interventions spécifiques de lutte contre le paludisme, en fonction de la nouvelle stratification épidémiologique.

Son but est de contribuer à l'amélioration de la santé des populations du Cameroun par la réduction du poids de la maladie et du fardeau socioéconomique dû au paludisme.

Il comprend deux objectifs généraux qui sont d'ici à 2023 de (i) réduire d'au moins 60%, la morbidité liée au paludisme par rapport à la situation de 2015 et de (ii) réduire d'au moins 60%, la mortalité liée au paludisme par rapport à la situation de 2015.

Les principaux objectifs du plan stratégique 2019-23 ont été formulés de manière spécifique dans chacun des 4 piliers de l'approche « *HBHI* ».

Le budget total du PSNLP 2019–2023 s'élève à 353 323 870 816 FCFA (trois-cent-soixante-six-milliards, huit-cent-cinq-millions, deux-cent-trente-deux-mille, deux-cent-quarante-et-un FCFA), soit un coût total annuel par habitant de 13 173 FCFA (22 US\$).

L'analyse du budget, en fonction des 4 piliers de l'approche « *HBHI* » montre la répartition suivante : :

- Pilier 1 : « Renforcement du dialogue politique aux niveaux national et communautaire » représente 1% du budget total ;
- Pilier 2 : « Utilisation des informations stratégiques pour l'action » représente 5% du budget ;
- Pilier 3 : « Principales politiques et stratégies de lutte contre le paludisme » représente 86% du budget total ;
- Pilier 4 : « Coordination de la réponse nationale » représente 8% du budget total.

INTRODUCTION

Le paludisme est une maladie parasitaire causée par un parasite du Genre *Plasmodium* et transmise par la piqure d'un moustique femelle, du Genre Anophèle. En Afrique, il existe quatre espèces différentes de *Plasmodium* qui causent le paludisme chez l'homme : *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax* ; *Plasmodium malariae* ; et *Plasmodium ovale*. Parmi elles, l'espèce *P. falciparum* est la plus dangereuse et cause le plus grand nombre de décès.

Le « Rapport sur le Paludisme dans le Monde, 2018 » a estimé à 219 millions le nombre de cas de paludisme survenus dans le monde en 2017 et à 435 000 le nombre de décès liés à ce fléau sur la même période. Le Continent africain compte 10 des 11 pays au Monde les plus touchés par cette maladie et donc l'augmentation absolue du nombre des cas est estimée à plus de 3,5 millions en 2017 par rapport aux années antérieures. Avec un nombre de cas estimé à 7,3 millions et un décompte de 11 566 décès survenus au cours de l'année 2017, le Cameroun est compté parmi ces 10 pays africains qui subissent plus lourdement le fardeau du paludisme.

Le nombre de cas enregistrés dans les formations sanitaires est demeuré quasi-stagnant depuis 2011. Cependant depuis 2017, on note une tendance à la hausse du nombre de cas enregistrés. Le nombre de décès, après une évolution à la baisse sur plusieurs années, connaît une tendance à la hausse depuis l'année 2017 également. En 2017, le paludisme a représenté 24.3% de toutes les consultations enregistrées et 12,8% des causes des décès survenus dans les formations sanitaires du pays (*Rapport annuel PNLP, 2017*).

En réponse à ce fléau, le Gouvernement a fait de la lutte contre le paludisme une priorité nationale bien mentionnée dans les documents de planification stratégique du pays, notamment, la *Stratégie Sectorielle de Santé (SSS), 2016-2027*. Dans ce cadre, quatre générations successives de Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme (PSNLP) ont été développées et mises en œuvre, respectivement pour les périodes 2002-2006, 2007-2010, 2011-2015, 2014-2018. L'État du Cameroun a pris des engagements politiques et mené des actions concrètes en vue de réduire le fardeau du paludisme, parmi lesquelles :

- L'adhésion à l'initiative mondiale « *Faire Reculer le Paludisme* » lancée en 1998 ;
- L'adhésion à la Déclaration du Sommet d'Abuja en Avril 2000 ;
- La réorganisation du Programme National de Lutte contre le Paludisme en 2002 pour en faire un programme prioritaire de santé ;
- L'intégration de la lutte contre le paludisme dans la *Stratégie Sectorielle de Santé (2016–2027)* et dans le *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020* ;
- L'adoption de plusieurs politiques nationales pour l'amélioration de l'accès aux services de qualité pour la prévention et la prise en charge des cas de paludisme : gratuité de la prise en charge du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans ; gratuité du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes ; distribution gratuite des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action à toute la population ; intégration des services de lutte contre le paludisme dans la réforme portant sur la Couverture Sanitaire Universelle en cours de développement, etc.

Par ailleurs, l'engagement politique au plus haut niveau a provoqué la participation effective des autorités administratives, leaders politiques, traditionnels et religieux, mobilisé les opérateurs

économiques, les Organisations de la société civile, les organisations socioprofessionnelles, les partenaires techniques et financiers. Il en est résulté, entre 2013 et 2017 une mobilisation d'environ 14,4 milliards et une meilleure implication des communautés dans la lutte contre cette endémie.

Le présent Plan Stratégique National est dit de « cinquième génération » et couvre la période 2019-2023. Les objectifs et interventions sont basés sur les recommandations de la revue du précédent Plan Stratégique National 2014-2018, celles de la *Stratégie Technique Mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030* et sur celles de *l'Approche « High Burden to High Impact » 2019*. Son élaboration s'est faite suivant un processus participatif, avec une forte implication des partenaires au développement.

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2019-2023 s'inscrit dans la dynamique de l'action gouvernementale, qui prône la bonne gouvernance et la gestion axée sur les résultats.

CHAPITRE 1 : PROFIL DU PAYS

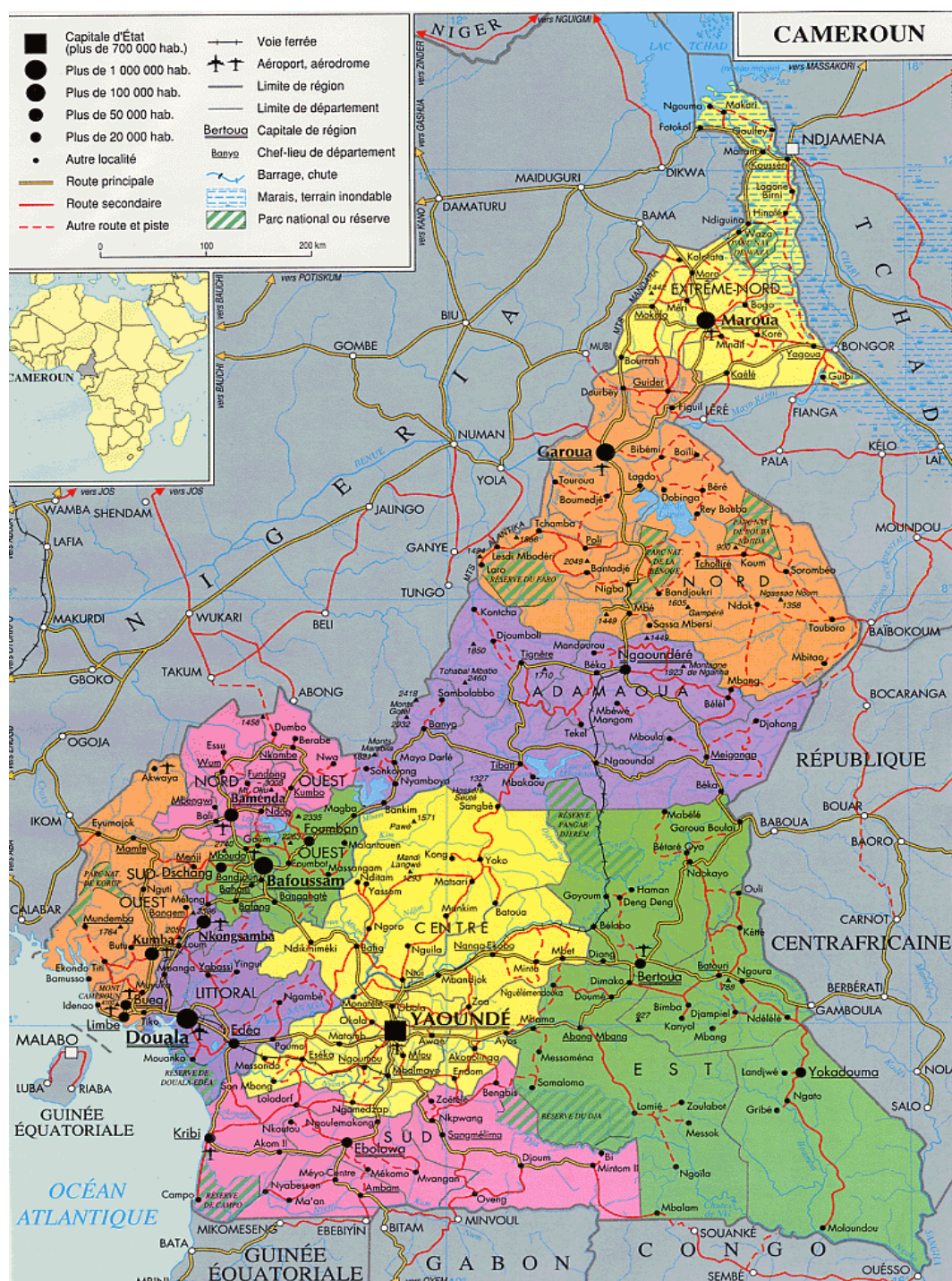
- Situation géographique, administrative et politique
- Situation démographique et ethnologique
- Ecosystème, environnement et climat
- Situation socio-économique
- Situation communicationnelle
- Analyse du système de santé

1. PROFIL DU PAYS

1.1. Situation géographique, administrative et politique

Pays d'Afrique Centrale situé au fond du Golfe de Guinée entre les 2° et 13° degrés de latitude Nord et les 9° et 16° degrés de longitude Est, le Cameroun couvre une superficie de 475 650 Km². Il est limité à l'Ouest par le Nigeria, au Nord-Est par le Tchad, à l'Est par la République Centrafricaine et au Sud par le Congo-Brazzaville, le Gabon et la Guinée Équatoriale.

Figure 1 : Carte administrative du Cameroun



Sur le plan administratif, le pays est divisé en 10 Régions administratives, 58 Départements, 360 Arrondissements et 374 Collectivités Territoriales Décentralisées (Communes et Communautés Urbaines).

Sur le plan politique, depuis les lois 2004/018 et 2004/019 du 22 juillet 2004, les Collectivités Territoriales Décentralisées disposent de prérogatives leur conférant autorité en matière de : i) Création, équipement, gestion et entretien des Centres de Santé d'Intérêt Communal ou Régional ; ii) Gestion de l'assistance au profit des nécessiteux et les impliquant dans l'organisation et la gestion de l'approvisionnement des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels en conformité avec la Politique Nationale de Santé ; et iii) Lutte contre l'insalubrité, les pollutions et les nuisances (Réf : Loi décentralisation du Cameroun, 2004).

1.2. Situation démographique et ethnologique

D'après les projections démographiques et estimations des cibles prioritaires des programmes de santé (MINSANTE, 2016) à partir des données du 3^e Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH, 2010), la population du Cameroun est estimée au 1^{er} janvier 2019 à environ 25 492 353 habitants et devrait atteindre 28 088 845 habitants en 2023, soit un taux d'accroissement de 2,5%. Les femmes représentent environ 50,6 % de la population totale et les hommes 49,4 % soit un *sex-ratio* de 1,05 en faveur des femmes. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) constituent 24,3 %.

Toute la population camerounaise est exposée au risque de paludisme, avec une vulnérabilité accrue pour les enfants âgés de 0 à 59 mois et les femmes enceintes. Dans la période 2019-2023, le pourcentage des enfants âgés de 0 à 59 mois variera de 15,5% à 15,2% tandis que celui des femmes enceintes variera de 3,7 à 3,6% (tableau 1).

Tableau 1 : Effectif estimé des cibles du PNLP au niveau national et proportion de ces cibles par rapport à la population totale du pays de 2019 à 2023

Année	Population cible totale	Enfants 0-59 mois		Femmes enceintes attendues	
		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
2019	25 492 353	3 951 283	15,5	933 071	3,7
2020	26 133 035	4 028 776	15,4	938 566	3,6
2021	26 765 522	4 110 877	15,4	964 219	3,6
2022	27 419 137	4 187 861	15,3	980 986	3,6
2023	28 088 845	4 265 114	15,2	998 295	3,6

Source : Projections démographiques et estimations des cibles prioritaires des Programmes et Interventions de Santé, MINSANTE, juin 2016 (tableau 51, page 53).

La population est caractérisée par son extrême jeunesse. L'âge médian de la population est de 17,7 ans (3^e RGPH, vol 3 tome 3). L'âge moyen se situe à 22,1 ans. La population ayant moins de 15 ans représente 43,6% de la population totale tandis que celle de moins de 25 ans représente 64,2% et celle âgée de plus de 60 ans représente 5,0%.

Elle est répartie de manière inégale dans les 10 régions administratives du pays et sur la période 2019-2023 (tableau 2).

La majorité de la population (52%) réside en milieu urbain (3^e RGPH, BUCREP). En 2015, on note une forte concentration à Douala (2 768 436 habitants) et Yaoundé (2 765 568 habitants).

Tableau 2 : Répartition projetée par Région de la population camerounaise sur la période 2019-2023

Région	Population totale 2019	Population totale 2020	Population totale 2021	Population totale 2022	Population totale 2023
Adamaoua	1 309 666	1 345 934	1 381 714	1 420 545	1 460 928
Centre	4 723 372	4 846 002	4 967 833	5 095 147	5 225 915
Est	1 120 567	1 146 981	1 172 028	1 198 736	1 226 797
Extrême Nord	4 595 669	4 734 875	4 874 303	5 023 545	5 178 810
Littoral	3 887 698	3 987 222	4 085 142	4 188 368	4 291 250
Nord	2 856 872	2 964 768	3 074 326	3 173 916	3 276 891
Nord-Ouest	2 246 302	2 278 503	2 307 319	2 338 843	2 369 058
Ouest	2 089 297	2 113 367	2 136 430	2 160 133	2 184 726
Sud	805 741	818 190	830 612	844 135	857 642
Sud-Ouest	1 857 169	1 897 193	1 935 815	1 975 769	2 016 828
CAMEROUN	25 492 353	26 133 035	26 765 522	27 419 137	28 088 845

Source : Projections démographiques et estimation des cibles prioritaires des Programmes et Interventions de Santé, MINSANTE, juin 2016

Les valeurs de quelques indicateurs démographiques essentiels du pays se présentent comme suit :

- Taux brut de natalité : 39,6‰ ;
- Taux brut de mortalité : 10,8‰ dont 10,1‰ chez les femmes et 11,5‰ chez les hommes (EDS-MICS, 2011) ;
- Taux de mortalité infantile : 60 ‰ (MICS, 2014) ;
- Taux de mortalité infanto-juvénile : 103 ‰ (MICS, 2014) ;
- Espérance de vie à la naissance : 52,1 ans (Rapport sur le Développement Humain, PNUD, 2013) ;
- Indice synthétique de fécondité : 5,2 enfants par femme au niveau national. Cet indice était de 6,4 pour les femmes rurales et 4,2 pour les urbaines en 2005 ;
- Taux global d'alphabétisation (chez les personnes de 15 ans et plus) : 70,4% dont 76,5% chez les hommes et 64,7% chez les femmes en 2005 (3^e RGPH, 2010).

Du point de vue ethnologique, le Cameroun est un État démocratique avec un pluralisme politique et des libertés individuelles et collectives. Il est bilingue, l'anglais et le français sont parlés respectivement par 30% et 70% des citoyens. C'est un pays laïc où 40% de la population pratique le christianisme, 40% l'animisme et 20 % l'islam. La population camerounaise est une mosaïque de plus de 250 groupes ethniques aux coutumes et traditions diverses qui influencent leurs participations aux actions de santé.

1.3. Ecosystème, environnement et climat

Le Cameroun a un milieu naturel et un relief très diversifié avec de multiples écosystèmes favorables au développement du vecteur du paludisme :

- Le **sud forestier** comprend les Régions du Centre, de l'Est, du Littoral, du Sud et du Sud-Ouest et est situé dans les zones maritime et équatoriale. Il se caractérise par une végétation de forêt dense, un vaste réseau hydrographique et un climat chaud et humide aux précipitations abondantes ;

- La **plaine** côtière du fond du Golfe de Guinée est une région de très faible altitude. Elle est traversée par une chaîne montagneuse où le Mont Cameroun culmine à près de 4100 mètres ;
- Les **hauts plateaux** de l'Ouest comprenant les Régions de l'Ouest et du Nord-Ouest, dont l'altitude moyenne est supérieure à 1 100 m, forment une région riche en terres volcaniques, favorables à l'agriculture (café, cultures maraîchères, etc.). La végétation y est moins dense que dans le sud forestier ;
- Le **nord soudano sahélien** constitué par les Régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord, est une région de savanes et de steppes. En dehors du plateau de l'Adamaoua où le climat est de type plutôt tempéré avec des savanes arbustives et des forêts-galeries, le reste de cette région est caractérisé par un climat tropical chaud et sec, aux précipitations de plus en plus limitées au fur et à mesure que l'on se rapproche du lac Tchad.
- On distingue trois grandes zones climatiques au Cameroun :
- Le **climat équatorial** (4° et 6° degrés de latitude nord) avec deux nuances climatiques : le *type guinéen* du Sud Cameroun à 4 saisons ; 2 saisons sèches (juillet à août, puis décembre à février) et 2 saisons des pluies (mars à juin, puis septembre à novembre), caractérisé par une pluviométrie abondante (plus de 1500 mm/an) et le *type caméronien* dans la Région du Sud-Ouest et des Hauts Plateaux de l'Ouest, avec une longue période de pluies (9 mois) et une saison sèche courte (3 mois).
- Le **climat tropical soudanien** (du 6° au 10° parallèle Nord) avec une saison de pluies (mars à octobre) et une saison sèche (novembre à février).
- Le **climat tropical sahélien** au Nord du 10° parallèle, où la durée de la saison des pluies est réduite, variant entre 3 et 5 mois (juin à octobre). Les pluies se raréfient au fur et à mesure qu'on avance vers le lac Tchad.

En matière d'hydrographie, le Cameroun est doté de nombreux fleuves, rivières et lacs dans 4 bassins principaux : le bassin de l'Atlantique (Sanaga, Nyong, Wouri, Ntem), celui du Congo (Kadéï, Ngoko), celui du Niger (Bénoué) et celui du Tchad (Logone).

1.4. Situation socio-économique

En 2017, le PIB du Cameroun a atteint 34 923 milliards de dollars US, soit 1 446,7 dollars US par habitant (*World Development Indicators, 2017*). Cette situation classe le Cameroun parmi les pays à revenus intermédiaires de la tranche inférieure. Par ailleurs, selon la 4^e *Enquête Camerounaise auprès des Ménages* (ECAM IV, 2014), 37,5% de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté estimé à 339 715 F CFA par adulte et par an. Toutefois, d'importantes disparités régionales sont observées pour cet indicateur (ex : 21,6% au Centre contre 65,9% à l'Extrême Nord). Cette situation économique des ménages est aggravée par l'importante part du paiement direct des ménages dans le financement des soins de santé, notamment ceux liés à la prise en charge du paludisme. Ce qui fait du paludisme une maladie qui augmente les dépenses catastrophiques.

Son indice de développement humain (0,556) en 2017 classe le Cameroun au 189^e rang sur 228 pays.

Tableau 3 : Indice de développement humain en 2017 au Cameroun

Indice de Développement Humain (IDH)	Espérance de vie à la naissance	Revenu national brut par habitant	IDH ajusté aux inégalités	Durée moyenne de scolarisation (en années)	Durée attendue de scolarisation (en années)	Indice des inégalités de genre	IDH non monétaire
0,556	52,1	2114	0,330	5,9	10,9	0,628	0,520

Source : <https://fr.countryeconomy.com/demographie/idh/cameroun>

Sur le plan de l'habitat, près de 59,2% de ménages dans le pays sont propriétaires de leur maison d'habitation. Les proportions sont de 36% en milieu urbain et 71,9% en milieu rural (*Rapport d'étape DSRP, 2005*). Une proportion de 50% des locataires se trouvent dans le milieu urbain qui ne compte que 34% de l'ensemble des ménages du pays.

En milieu rural, 47,5% des ménages possèdent un poste radio contre 67,4% à Douala/Yaoundé et 62,4% dans les autres villes (*EDS-MICS, 2011*). En milieu rural, 17,3% des ménages possèdent un téléviseur contre 87,8% à Douala/Yaoundé et 62,5 % dans les autres villes (*EDS-MICS, 2011*).

S'agissant de l'eau, de l'électricité et de l'assainissement, en 2010, 77% de la population a accès à l'eau potable dont 52% en milieu rural contre 95% en milieu urbain (*World Development Indicators 2012*).

Malgré leur forte représentativité dans la population générale, les femmes sont confrontées à un certain nombre de problèmes dont l'analphabétisme (31% des femmes de 15-49 ans [*EDS-MICS, 2011*]) et leur faible représentativité dans les postes d'encadrement et de direction (10,1%). Ce qui pose dans une certaine mesure le problème de la prise en compte de l'*Approche Genre* au Cameroun.

Le réseau de transport routier reste encore largement limité au Cameroun. Il est composé de routes nationales revêtues (5 200 km) et non revêtues (12 799 km), de pistes rurales et chemins (232 001 km) soit un total de 250 000 km avec une densité de 52,58 km/100 km² (*www.mintp.cm/*). En effet, seulement 2,08 % des routes étaient bitumées en 2013. Le réseau ferroviaire est vétuste et comprend 1 168 km de voie ferrée reliant Nkongsamba, Kumba, Douala, Mbalmayo, Yaoundé et Ngaoundéré (*Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015, 2009*). Le réseau fluvial de la Bénoué n'est navigable que trois mois par an. Le pays dispose de trois ports maritimes (Douala, Limbé et Kribi) dont celui de Kribi est en eaux profondes. Le pays dispose de trois aéroports internationaux (Douala, Yaoundé et Garoua) et cinq aérodromes (Bafoussam, Bamenda, Bertoua, Maroua et Ngaoundéré).

1.5. Situation communicationnelle

Le paysage médiatique est en pleine mutation du fait de la libéralisation intervenue dans le secteur. Quatre types de média domine le secteur :

- Type audio : 160 chaînes de radios commerciales, 90 chaînes de radios communautaires ;
- Type audiovisuel : une chaîne de télévision nationale bilingue, 50 chaînes de télévision privées et 300 chaînes de câblodistributeurs ;
- Type écrit : 700 journaux à parution régulière (quotidienne, trihebdomadaire, bihebdomadaire, mensuelle et trimestrielle ;

- Type cybernétique : La presse cybernétique est aussi en plein essor et compte 15 journaux en ligne. Seulement 4 % des populations avaient accès à une connexion internet en 2011 (*ANTIC, 2011*), dont le réseau se concentre essentiellement dans les grandes agglomérations.

En matière de téléphonie, le Cameroun a une capacité de 8 millions de lignes téléphoniques, avec un opérateur de téléphone fixe (*CAMTEL*) et 4 opérateurs de téléphonie mobile (*CAMTEL, MTN, Orange, NEXTEL*). Toutefois, seulement 34,2 % de la population était connecté au réseau mobile en 2006 (*MICS II, 2006-couverture CAMTEL, MTN, Orange, NEXTEL*) avec un taux de pénétration de l'internet de 35,64%, en 2017, soit une progression de 2,39% par rapport à l'année précédente.

D'autres moyens de communication et d'expression sont d'usage au Cameroun. Il en est du théâtre populaire ou communautaire, contes, saynètes, jeux de rôles, diapo-langage, photolangage, communication interpersonnelle, publicité et de marketing social, réseaux associatifs, agents de santé communautaire, crieurs publics, griots, joueurs d'instruments traditionnels et les réseaux sociaux, qui prennent de plus en plus d'ampleur et dont l'influence grandissante dans notre société.

1.6. Analyse du système de santé

1.6.1. Organisation du système de santé

Le système de santé est organisé suivant une structure pyramidale à trois niveaux selon le scénario à trois phases de Lusaka : central, intermédiaire, et périphérique (**Tableau 4**).

Au **niveau central**, on retrouve les services centraux du Ministère de la santé Publique et assimilés, les établissements publics et administratifs des hôpitaux généraux et centraux. Ce premier niveau est administratif, de direction politique, d'élaboration des concepts, des politiques et des stratégies. Il comprend aussi les structures de soins de référence telles que les 05 hôpitaux généraux de référence, le Centre hospitalier et universitaire, les 07 hôpitaux centraux et la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels (CENAME), de même que leurs conseils d'administration ou comités de gestion.

Le **niveau intermédiaire** comprend les 10 délégations régionales de santé publique qui ont un rôle d'appui technique aux districts sanitaires et aux programmes, les hôpitaux régionaux et assimilés au nombre de 14, de même que les Fonds Spéciaux Régionaux pour la promotion de la santé ;

Le **niveau opérationnel** ou périphérique où l'on retrouve les Services de Santé de districts (200) en charge de la mise en œuvre des programmes de santé et services de soins en rapport avec les bénéficiaires et les communautés. On y retrouve aussi 234 Hôpitaux de District et assimilés, 1384 Centres Médicaux d'Arrondissement, 2016 Centres de Santé Intégrés et assimilés et leurs structures de dialogue et de participation communautaire, 2506 Centres de Santé Ambulatoire et assimilés, et 1298 structures de Dialogues et de Participation Communautaire (COSADI, COGEDI, COGE COSA). Ces structures comprennent celles du secteur public et celles du secteur privé.

Tableau 4 : Les différents niveaux du secteur santé

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de soins	Structures de dialogue
Central	Cabinet du Ministre, Secrétariat Général, Directions et Structures assimilées	Direction politique, Élaboration des concepts, de la politique et des stratégies	Hôpitaux Généraux de référence, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux, CENAME	Conseils d'Administration ou Comités de gestion
Intermédiaire	Délégations Régionales de la Santé Publique	Appui technique aux districts et aux programmes	Hôpitaux Régionaux et assimilés,	Fonds spéciaux Régionaux pour la promotion de la santé
Périphérique	Services de santé de Districts	Mise en œuvre des programmes et des services de santé en relation avec les communautés bénéficiaires	Hôpitaux de District, Centres Médicaux d'Arrondissement, Centres de Santé Intégré	COSADI COGEDI COGE COSA

Source : Cadre conceptuel du D.S viable (MINSANTE)

Les formations sanitaires sont organisées en six catégories :

- **Formation sanitaire de catégorie 6** : Centre de Santé Intégré et assimilés. C'est la FOSA la plus périphérique implantée au niveau de la commune. Elle est dirigée par un Infirmier (Chef de centre).
- **Formation sanitaire de catégorie 5** : Centre Médical d'Arrondissement et assimilés. Cette FOSA a un plateau technique dirigé par un Médecin Chef.
- **Formation sanitaire de catégorie 4** : Hôpitaux de District et assimilés. C'est le troisième maillon de la chaîne et constituent le recours pour les Centres de Santé Intégrés et les Centres Médicaux d'Arrondissement. Ce sont des établissements publics ou confessionnels localisés au chef-lieu du District de Santé. La norme nationale de couverture est d'un hôpital pour 150 000 habitants
- **Formation sanitaire de catégorie 3** : Hôpitaux Régionaux et assimilés. Ils constituent le recours pour l'Hôpital de District. Ce sont des établissements publics localisés au chef-lieu de la Région ou au sein d'un département.
- **Formation sanitaire de catégorie 2** : Hôpitaux Centraux et assimilés. Ils constituent le recours pour les Hôpitaux Régionaux et sont localisés dans les deux principales capitales et dans les grandes villes du pays.
- **Formation sanitaire de catégorie 1** : Hôpitaux Généraux, Hôpitaux de référence et assimilés. Ils constituent le recours des Hôpitaux Centraux et sont localisés dans les villes de Douala et Yaoundé.

Le tableau ci-dessous montre la répartition des différents types de formations sanitaires par Région au Cameroun.

Tableau 5 : Répartition des formations sanitaires par région au Cameroun en 2018

Région	Population 2018	CSI & CMA (Catégorie 5,6)	HD & Assimilés	HR	HC & HG	Total général
Adamaoua	1 239 730	170	11	1	0	182
Centre	4 483 381	1 270	46	1	6	1 323
Est	1 070 381	230	21	1	0	252
Extrême Nord	4 332 529	415	32	3	0	450
Littoral	3 693 824	864	40	2	4	910
Nord	2 652 841	269	16	1	0	286
Nord-Ouest	2 180 309	401	28	1	0	430
Ouest	2 040 266	740	35	1	0	776
Sud	782 431	291	12	1	1	305
Sud-Ouest	1 778 065	281	30	2	0	313
Total général	1 239 730	4 931	271	14	11	5 227

Source : Cellule des Informations Sanitaires (CIS) 2018

Par ailleurs, l'organisation et le fonctionnement des formations sanitaires et Services de Santé du Cameroun ne permettent pas d'optimiser l'utilisation des ressources mobilisées pour le secteur de la santé. Cette situation est due à plusieurs facteurs, notamment :

- L'insuffisance d'actualisation et de dissémination des normes ;
- L'insuffisance de collaboration entre secteurs privé et public de la santé ;
- L'insuffisance d'un système de contrôle de qualité des soins et services de santé ;
- La faible opérationnalité du système de supervision à différents niveaux des services de santé et formations sanitaires ;
- L'insuffisance de *monitoring* et évaluation des activités à différents niveaux des services de santé et formations sanitaires ;
- La faible régulation de la santé par l'Etat.

1.6.2. La Gouvernance, redevabilité et le partenariat

Dans le secteur de la santé, le dispositif de veille stratégique est organisé autour de l'Observatoire National de la Santé Publique (ONSP) créé en 2010.

Par ailleurs, la planification stratégique a pour cadre de référence : la Vision Cameroun 2035 et le Document de stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE).

La *Stratégie Sectorielle de Santé* (SSS) 2016-2030 connaît une faible utilisation comme cadre de référence pour la planification à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Malgré l'existence d'un Comité de Pilotage et de Suivi de la Mise en Œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé, le secteur santé reste caractérisé par une multiplicité et une diversité d'autres instances de coordination.

Un comité interne de gestion de la chaîne Planification, Programmation, Budgétisation et Suivi-Évaluation (PPBS) a été mis en place en 2009 et est responsable du suivi de l'élaboration et de la consolidation du Budget du MINSANTE.

Le partenariat est un puissant levier de dynamisation et d'optimisation des actions dans le secteur de la santé. Dans ce cadre, le MINSANTE a procédé à une réforme stratégique matérialisée par des outils administratifs et juridiques, laquelle a abouti en 2007 à l'adoption de la Stratégie Partenariale (révisée en 2011) qui vise les objectifs ci-après :

- Promouvoir et rendre opérationnelle la complémentarité entre tous les acteurs de santé, qu'ils soient des services nationaux publics ou privés de santé, ou des partenaires internationaux au développement ;
- Renforcer la décentralisation du système national de santé afin d'assurer une gestion par objectifs du niveau périphérique.

1.6.3. Prestations de soins

Au Cameroun, les principales prestations de soins délivrées au niveau des structures de soins sont : les soins promotionnels, les soins préventifs, les soins curatifs et les soins réadaptatifs. Ces différentes prestations sont définies en paquets de soins dispensés selon le niveau de la structure sanitaire au sein de la pyramide sanitaire.

De fait, on distingue 3 paquets de soins au sein de la pyramide sanitaire, répartis autour des 6 catégories de formations sanitaires :

- Formations sanitaires de catégorie 6 : Centres de Santé Intégrés et assimilés. Ils dispensent le paquet de soins minimum d'activités.
- Formations sanitaires de catégorie 5 : Centres Médicaux d'Arrondissement et assimilés. Ils dispensent aussi un paquet minimum d'activités complémentaires du niveau 6.
- Formations sanitaires de catégorie 4 : Hôpitaux de District et assimilés). Ils dispensent un paquet de soins complémentaires : ex. soins en médecine interne, obstétrique, gynécologie, pédiatrie, chirurgie et parfois d'autres spécialités chirurgicales ou médicales.
- Formations sanitaires de catégorie 3 : Hôpitaux régionaux et assimilés. Ils dispensent un paquet de soins complémentaire : ex. soins en médecine interne, obstétrique, gynécologie, pédiatrie, chirurgie et parfois d'autres spécialités chirurgicales ou médicales.
- Formations sanitaires de catégorie 2 : Hôpitaux Centraux et assimilés. Ils dispensent un paquet de soins complémentaires : ex. soins en médecine interne, obstétrique, gynécologie, pédiatrie, chirurgie et parfois d'autres spécialités chirurgicales ou médicales.
- Formations sanitaires de catégorie 1 : Hôpitaux Généraux, Hôpitaux de référence et assimilés. Ils dispensent des soins spécialisés : ex. soins en médecine interne, obstétrique, gynécologie, pédiatrie, chirurgie et parfois d'autres spécialités chirurgicales ou médicales.

En 2011, l'utilisation des services de soins préventifs par la population cible était encore non satisfaisante. En effet, le taux de couverture vaccinale (*Penta 3*) des enfants âgés de 12-23 mois n'était que de 53,2%, le taux de CPN4 de 62,2 % et le taux d'accouchement assisté par le personnel formé, de 63,6 %. (*EDS-MICS, 2011*).

Les principales raisons de la faible fréquentation des formations sanitaires par les femmes en âge de procréer tant en milieu rural qu'en milieu urbain sont :

- Le manque d'autonomie décisionnelle ;
- L'inaccessibilité géographique ;
- L'inaccessibilité financière ;
- L'automédication ;
- Le recours aux tradipraticiens ;

- La mauvaise qualité du service (mauvais accueil, négligence, ruptures de stocks de médicaments) ;
- Les pratiques socioculturelles (faible perception de la gravité de certaines maladies, etc.) ;
- L'ignorance de l'offre des soins de santé disponibles.

1.6.4. Ressources humaines

En 2010, on compte 1,07 médecins et infirmiers pour 1000 habitants, ce qui est en deçà de la densité minimale définie par l'OMS, soit 2,3 personnels de santé¹ pour 1000 habitants nécessaires pour une offre de services et de soins de santé appropriée (OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2006*). L'effectif du personnel de santé par catégorie est détaillé au tableau 6. Les données de ce tableau voilent de fortes disparités dans la répartition des ressources humaines entre les différentes Régions d'une part et, au sein d'une Région, entre la zone rurale et la zone urbaine d'autre part. Ces disparités sont encore plus évidentes entre les grands hôpitaux (Généraux, Centraux, et Régionaux) et les Hôpitaux de Districts de Santé.

Les principaux problèmes liés à la gestion des ressources humaines sont :

- a. Une gestion peu rationnelle du personnel pour les raisons suivantes :
 - Missions et profils de poste non clairement définis ;
 - Inégale répartition du personnel ;
 - Mauvaise évaluation des performances du personnel ;
 - Non harmonisation et non prise en compte des nouvelles directives dans les *curricula* de formation du personnel de santé ;
 - Non reconnaissance du diplôme de certaines catégories de personnel de santé dans le système LMD.
- b. Une faible productivité causée par :
 - La démotivation du personnel, à la suite des baisses drastiques des salaires ;
 - La non-généralisation de la valorisation de la performance ;
 - La discrimination du personnel des Formations Sanitaires Privées dans les actions de renforcement des capacités ;
 - Les mauvaises conditions de travail (équipements obsolètes et/ou inexistantes, etc.) ;
 - Le développement de l'informel dans le secteur ;
 - L'absence d'un système performant d'évaluation du personnel.
- c. Un déficit quantitatif et qualitatif ayant pour causes entre autres :
 - Le gel du recrutement du personnel de 1987 à 2010 dans le secteur Santé ;
 - Les départs volontaires et/ou obligatoires sans remplacements ;
 - La fuite des cerveaux ;
 - Le *turn-over* important du personnel médical.

¹ Médecins, infirmiers, sages-femmes

Tableau 6 : Répartition du personnel de santé par effectif

N°	Corps de métier et Professionnels de la santé	Effectif
1	Administration de la Santé Publique	194
2	Chirurgiens-dentistes	60
3	Enseignant au Supérieur (Assistants, Enseignants d'université, Professeurs agrégés, etc.)	45
4	Professionnels du Génie sanitaire	156
5	Aides-soignants	4 638
6	Infirmiers	5 092
7	Pharmaciens	149
8	Techniques biomédicales	60
9	Technique Médico Sanitaire	2 017
	Effectif total du personnel de la Santé	15 509
	Effectif total incluant les autres catégories de personnel paramédical	17 169

Source : DRH MINSANTE, 2018

1.6.5. Financement de la santé

Le financement de la santé se fait à travers les fonds de l'État, des Collectivités Territoriales Décentralisées, du secteur privé et des partenaires techniques bilatéraux et multilatéraux (Tableau 7).

Tableau 7 : Évolution du budget du MINSANTE de 2014 à 2018 au Cameroun

Financement	2014	2015	2016	2017	2018
Budget de l'État (milliards de FCFA)	3 312,0	3 746,6	4 234,7	4 374,0	4 514,0
Budget de l'État alloué au MINSANTE (milliards de FCFA)	165,9	207,1	236 167,0	208,0	171 234,0
Proportion du budget du MINSANTE par rapport au budget national (%)	5%	6%	6%	5%	4%
Accroissement annuel de la proportion du budget du MINSANTE par rapport au budget national (%)	2%	25%	14%	-12%	-18%

Source : Extrait des lois de finances du Cameroun de 2014 à 2018

D'après l'engagement pris à Abuja d'allouer au moins 15% du budget national à la santé, le Cameroun ne satisfait pas à cette exigence puisqu'en 2013, il n'a alloué que 5,02% du budget national au Ministère de la Santé. Cependant la proportion du budget de l'État attribué à la santé dans les ministères apparentés est difficile à capter.

Les statistiques de l'OMS en 2013 révèlent qu'en 2010, les dépenses totales en santé du Cameroun représentaient 5,1% du PIB. Ces dépenses totales en santé étaient constituées à 29,6% des dépenses des administrations publiques pour la santé, et à 70,4% des dépenses privés pour la santé (Tableau 8).

Tableau 8 : Répartition des dépenses de santé (CNS 2015,2016)

Dépenses totales sur la santé par habitant	Proportions (%)
Dépenses privées de santé en % des dépenses totales	70,37
Ressources extérieures pour la santé (% des dépenses totales)	13,18
Dépenses publiques de santé (hors ressources extérieures et % des dépenses totales)	16,45
Part des paiements directs des ménages dans les dépenses privées	94,48
Prépaiement dans les dépenses privées (Mutuelles de santé, Assurances privées, Tontines)	5,52

Source : WDI, 2012

Au stade actuel, malgré les efforts du Gouvernement camerounais et de ses partenaires, l'accessibilité des plus pauvres aux soins de santé reste à améliorer. Ainsi, près de 60% des camerounais n'arrivent pas à faire face à leurs dépenses de santé (*PNDS, 2011-2015*). Environ 70% des dépenses de santé provient des paiements directs par les ménages. Seulement 5,52% de la population bénéficient d'une Assurance Maladie ou appartient à un système de mutualisation des ressources. Ainsi, l'achat des prestations est direct par les ménages avec un risque d'occasionner des dépenses catastrophiques et un appauvrissement des ménages.

Il existe néanmoins quelques initiatives de subvention ou de gratuité des soins notamment pour les enfants et femmes enceintes, dans le cadre de la lutte contre le paludisme (MILDA, TPI, CPS, etc.). Toutefois, le paiement à l'acte reste le principal mécanisme d'achat des prestations au sein des formations sanitaires.

1.6.6. Approvisionnement en médicaments et produits de santé

Créée par Décret N°2005/252 du 30 Juin 2005 portant création, organisation et fonctionnement de la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels (CENAME) est chargée d'assurer la disponibilité, la permanence et l'accessibilité des médicaments et dispositifs médicaux et de garantir la qualité des médicaments et dispositifs médicaux essentiels.

En pratique et conformément au Contrat de prestation de services liant cette structure au PNLP, la CENAME assure le stockage, la disponibilité et l'acquisition des médicaments et dispositifs médicaux par des appels d'offres nationaux/internationaux. La CENAME livre : les 10 Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé (FRPS) en fonction des commandes exprimées ou des plans de répartition issus du Programme ; les Centrales d'achat des Confessionnels ; les Hôpitaux Généraux et Centraux.

Toutefois, ces derniers peuvent être autorisés à recourir à d'autres fournisseurs en cas de carence de la CENAME. Depuis 2015, les 10 CAPR ont été transformés en Groupement d'Intérêt Public (GIP) dénommés Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé en application de la loi N° 2010/023 du 21 décembre 2010 [131].

Certaines administrations autres que le MINSANTE santé disposent de réseaux de formations sanitaires, clientes de la CENAME mais dont les approvisionnements en médicaments ne sont pas toujours maîtrisés par l'Autorité Nationale de Règlementation Pharmaceutique (ANRP). Il existe un vaste réseau d'approvisionnement illicite qui alimente le marché du médicament de la rue et qui pourrait avoir des connexions avec le secteur licite.

D'autres produits médicaux ou équipement y compris le matériel de laboratoire sont acquis à travers la passation des marchés publics octroyés par des Commissions spéciales mises en place par le Ministère chargé des Marchés publics.

La Direction de la Pharmacie et du Laboratoire, l'Inspection Générale de la Pharmacie et du Laboratoire, le Laboratoire National de Contrôle Qualité des Médicaments (LANACOME) sont des structures responsables de la réglementation, du suivi des approvisionnements, du contrôle des structures sanitaires et de l'Assurance Qualité des médicaments et consommables médicaux.

1.6.7. Système d'information sanitaire

L'information sanitaire constitue un pilier fondateur du système de santé en tant qu'intrant critique de planification, d'allocation des ressources ; outil de plaidoyer, de suivi-évaluation et d'amélioration de la qualité et de la performance des services et soins de santé.

Un Système d'Informations Sanitaires doit avoir six composantes essentielles :

- Les ressources (cadre politique et institutionnel, infrastructures, ressources humaines, matérielles et financières) ;
- Les indicateurs (Déterminants de la Santé, système de santé, état de santé de la population) ;
- Les sources de données (structures sanitaires, services de l'état civil, Bureau de recensement de la population, enquêtes populationnelles) ;
- La gestion des données (procédures opérationnelles, outils de collecte, outils de stockage, de transmission, d'analyse, de publication et de dissémination) ;
- Les produits d'information ;
- La diffusion et l'utilisation.

Suivant les dispositions du Décret N° 2013/093 du 04 avril 2013 portant organisation du Ministère de la santé Publique, la Cellule des Informations Sanitaires est chargée entre autres de la conception et du suivi de la mise en œuvre du Système d'Informations Sanitaires et de l'élaboration des indicateurs sanitaires nationaux.

Jusqu'à une date récente, le Système National d'informations Sanitaires (SNIS) de routine mis en place était faiblement opérationnel, fragmenté et non intégré ne permettant pas de renseigner en temps réel la carte sanitaire sur les besoins et le niveau de satisfaction des usagers du secteur de la santé, l'utilisation des services, les difficultés de la chaîne d'approvisionnement en technologies sanitaires (médicaments et autres intrants) et la performance des services de santé. Une hétérogénéité des outils de collecte et la faible traçabilité de la collecte des données de routine ont été constatées dans la majorité des formations sanitaires visitées lors de l'évaluation à mi-parcours de la SSS 2001-2010. Chaque programme prioritaire disposait jusqu'à une date récente d'un système d'information pour ses besoins propres. Les capacités d'analyse des données collectées et leur utilisation ne sont pas toujours conséquentes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le recours aux données du SNIS pour la planification ou l'allocation des ressources est loin d'être la règle.

La Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 a prévu le renforcement du SNIS qui reposera entre autres sur l'amélioration de son cadre institutionnel de coordination et sur la création d'une banque de données accessibles en permanence aux acteurs du secteur. Il s'appuiera également sur un

système intégré de gestion des données sanitaires. D'où la nécessité d'harmoniser les outils de collecte, de traitement et de transmission des données. De plus, les mécanismes de circuit de l'information, y compris la retro-information qui seront renforcés à tous les niveaux. L'informatisation du SNIS est une priorité supplémentaire. Enfin, les systèmes de sécurisation et d'assurance-qualité des données seront développés à tous les niveaux de collecte et d'analyse.

Une liste de 100 indicateurs clé de la santé au Cameroun a été élaborée et le premier rapport de suivi est disponible depuis 2017.

Depuis 2015, le pays a adopté l'outil DHIS 2 pour la gestion des données. Son déploiement est effectif sur le terrain malgré quelques défis.

Le tableau ci-dessous indique l'évolution des indicateurs majeurs de santé entre les années 2011 et 2017.

Ainsi, l'on constate que l'évolution des principaux indicateurs de santé au Cameroun reste mitigée. En effet, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile s'améliorent et baissent, respectivement de 74 ‰ naissances vivantes en 2004 à 62 ‰ en 2011 et de 144 ‰ naissances vivantes en 2004 à 122 ‰ en 2011. Cependant, les taux de mortalité néonatale et maternelle se détériorent durant la même période ; passant respectivement de 29% à 31% et de 669 pour 100 000 naissances vivantes à 690.

Tableau 9 : Évolution des indicateurs de santé 2011-2014/17

Indicateurs	2011	2014/2017
Taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes	31	25,7
Taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes	62	60
Taux de mortalité juvénile pour 1000 naissances vivantes	46	46
Taux de mortalité infanto-juvénile pour 1000 naissances vivantes	122	103
Indice synthétique de fécondité	5,1	4,9
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	782	596
Espérance de vie à la naissance (Homme)	51	55,9
Espérance de vie à la naissance (Femme)	54	58,6

Sources : EDS-MICS-4, 2011, MICS 2014, Rapport de suivi des 100 indicateurs 2017

CHAPITRE II : ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME AU CAMEROUN ET REVUE DU PLAN STRATEGIQUE 2014-2018

- Analyse des indicateurs
 - Epidémiologie du paludisme au Cameroun
 - Distribution des vecteurs, indices de transmission du paludisme
 - La résistance des vecteurs aux insecticides
 - La résistance aux antipaludiques
 - Evolution de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme
- Analyse des performances du PNLP
 - Rappel des objectifs du PSNLP 2014-2018
 - Revue des politiques et du cadre de mise en œuvre
 - Évaluation des progrès accomplis vis-à-vis des objectifs
 - Principaux résultats de l'analyse FFOM et recommandations du PSNLP

2. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME AU CAMEROUN ET REVUE DU PLAN STRATEGIQUE 2014-2018

2.1. Analyse des indicateurs épidémiologiques, entomologiques et de la stratification du risque de paludisme au Cameroun

2.1.1. Epidémiologie du paludisme au Cameroun

La situation épidémiologique du paludisme au Cameroun a été analysée suivant trois volets :

- Les vecteurs (distribution des espèces, indices de transmission, résistance aux insecticides),
- Les parasites (espèces, résistance aux médicaments antipaludiques) ;
- La morbidité (prévalence, incidence, stratification) et la mortalité.

2.1.2. Distribution des vecteurs, indices de transmission du paludisme

Le pays compte 52 espèces d'anophèle dont 17 sont vectrices du paludisme. Les anophèles de la faune Camerounaise peuvent être répartis en trois grandes catégories (1) :

- Les vecteurs majeurs assurent plus de 95% de la transmission du paludisme du fait de leur forte anthropophilie et abondance dans le milieu naturel (Antonio-Nkondjio et al., 2006) ;
- Les vecteurs secondaires jouent un rôle localisé ou limité dans la transmission du paludisme du fait de leur faible anthropophilie, leur faible abondance, leur distribution restreinte du fait de la spécialisation à des environnements précis (Antonio-Nkondjio et al., 2006, Tabue et al., 2014, 2017 ; Awono-Ambene et al., 2004, 2009 ; 2018) ;
- Les espèces non vectrices qui sont soit strictement zoophiles, ou peu abondantes dont le rôle épidémiologique est négligeable (Gillies et De Meillon et al., 1968, Tchuinkam et al., 2010).

Tableau 10 : Répartition des espèces responsables selon l'aptitude à transmettre le paludisme

	Niveau d'implication dans la transmission du paludisme		
	Vecteurs majeurs	Vecteurs secondaires	Espèces non vectrices
Espèces anophéliennes	<i>An. gambiae</i> <i>An. colusii</i> <i>An. arabiensis</i> <i>An. funestus</i> <i>An. moucheti</i> <i>An. nili</i>	<i>An. ovengensis</i> <i>An. pharoensis</i> <i>An. carnevalesi</i> <i>An. hancocki</i> <i>An. paludis</i> <i>An. ziemanni</i> <i>An. marshallu</i> <i>An. paludis</i> <i>An. wellcomei</i> <i>An. rufipes</i> <i>An. Lessoni</i>	<i>An. pretoriensis</i> <i>An. rhodesiensis</i> <i>An. squamasus</i> <i>An. cinctus</i>

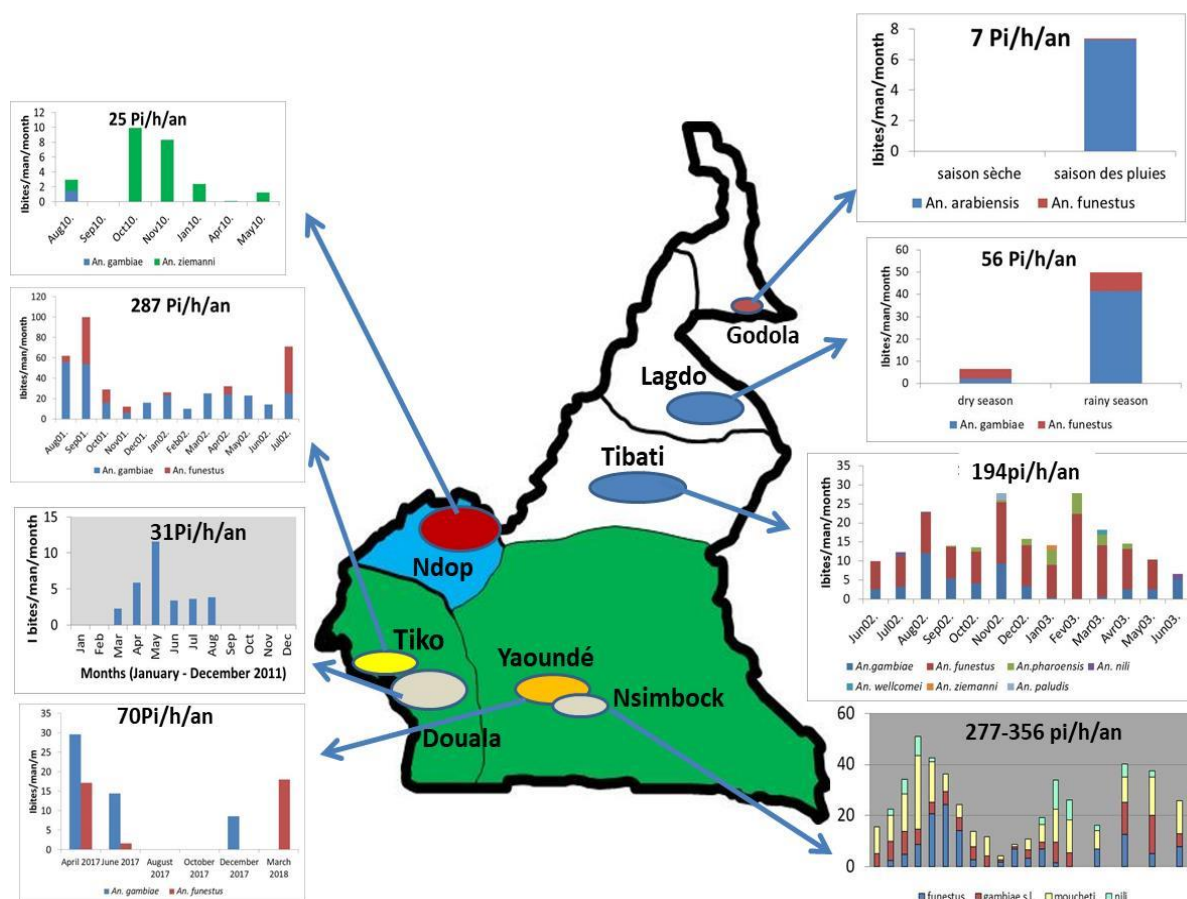
Source : Profil entomologique du paludisme au Cameroun, PNLP, Juin 2018.

Le niveau et l'intensité de la transmission du paludisme varient suivant les trois principaux faciès éco-épidémiologiques (2).

- **Faciès sahélien** : Il couvre la Région de l'Extrême-nord et est caractérisé par une transmission saisonnière qui dure de 1 à 3 mois et varie de 1 à 100 piqûres infectantes par homme par an (pi/h/an) (Antonio-Nkondjio et al., 2008 ; Atangana et al., 2012, Tabue et al., 2017). La transmission dans cette région est essentiellement assurée par les espèces telles qu'*An. arabiensis*, *An. gambiae* et *An. funestus*.
- **Faciès soudano-sahélien** : Il couvre les Régions de l'Adamaoua et du Nord. La transmission du paludisme a une durée de 6 à 9 mois avec une intensité variant de 100 à 200 pi/h/an (Manga et al. 1997 ; Rapport OCEAC, 2003). La transmission dans ce faciès est principalement assurée par *An. gambiae* et *An. funestus*.
- **Faciès équatorial** : Il couvre toute la zone forestière et les savanes humides des régions méridionales. La transmission y est pérenne et varie de 100 à 400 Pi/h/an. Elle est essentiellement assurée par *An. gambiae*, *An. moucheti*, *An. nili* et *An. funestus* (Antonio-Nkondjio et al., 2002, 2005 ; Awono-Ambene et al., 2009 ; 2013 ; Fontenille et Simard, 2004 ; Cohuet et al., 2004).

Toutefois, de nombreuses particularités épidémiologiques (sous faciès) ont été relevées à travers le pays (Figure 2), notamment :

Figure 2 : Intensité de la transmission du paludisme dans différents faciès épidémiologiques du Cameroun



[Godola : Faciès Sahélien ; Lagdo : zone de savane sèche ; Tibati : zone de savane humide ; Nsimbock : zone de forêt (rurale) ; Douala et Yaoundé : zone urbaine ; Tiko : zone côtière ; Ndop : zone montagneuse]

Source : Profil entomologique du paludisme au Cameroun, PNLP, juin 2018

- Le **sous faciès montagnard** qui fait référence à la situation du paludisme le long de la chaîne montagneuse de l'ouest Cameroun. Il est caractérisé par des niveaux de transmission faibles à modérés, variant de 1 à 50 Pi/h/an. Les principaux vecteurs ici sont *An. gambiae*, *An. funestus* et *An. ziemanni* (Wanji et al 2003, Kengne et al., 2003, Tchuinkam et al., 2010, Tabue et al., 2014).
- Le **sous faciès côtier** est le domaine forestier de la côte atlantique caractérisé par une transmission pérenne qui oscille entre 30 et 300 Pi/h/an, essentiellement entretenue par *An. gambiae* et *An. coluzzii* (Bigoga et al., 2007, 2012 ; Mbida et al., 2016).
- Le **sous faciès urbain** fait référence à la transmission du paludisme dans les principaux centres urbains (Yaoundé, Douala...). Dans ces zones, la transmission connaît une forte recrudescence du fait du développement anarchique des villes et de l'adaptation du vecteur *An. gambiae* à l'environnement urbain. La transmission y est faible et pérenne, variant de 30 à 70 pi/h/an. Elle est essentiellement assurée par *An. gambiae* et *An. coluzzii* (Manga et al., 1992 ; Fondjo et al., 1992 ; Nimpaye et al., 2001, Vander Kolk et al., 2003 ; Antonio-Nkondjio et al., 2012; Nkahe, 2018 ; Ntonga Akono et al., 2015).

2.1.3. Résistance des vecteurs aux insecticides

Les mécanismes de résistance développés par les anophèles peuvent être regroupés en quatre catégories distinctes à savoir (1) la surexpression des enzymes de détoxification (résistance métabolique), (2) la modification de cibles d'insecticide, (3) la réduction de la pénétration de l'insecticide à travers la cuticule et (4) le comportement d'évitement de l'insecticide (Hemingway et Ranson, 2000). Les deux premiers mécanismes sont les plus connus et les plus documentés chez les vecteurs du paludisme.

A ce jour, l'étude de la sensibilité aux insecticides a été réalisée chez des populations d'*An. gambiae* s.l., *An. funestus*, *An. nili* et *An. moucheti*. A l'exception des organophosphorés, les populations d'*An. gambiae* sont résistantes à la plupart des molécules utilisées dans la lutte antivectorielle (**Figures 3 a, b et c**). Cette résistance est mise en évidence chez *An. arabiensis*, *An. coluzzii* et *An. gambiae*. Dans les populations d'*An. gambiae* et *An. coluzzii*, la résistance est causée par la présence des allèles du gène *kdr* (L1014F et L1014S) et par la surexpression des enzymes de détoxification (monooxygénases, glutathion-S-transférases, estérases). Dans les populations d'*An. arabiensis*, la résistance est le fait d'une surexpression des enzymes de détoxification.

Les études réalisées sur *An. funestus* montrent une évolution rapide de la résistance chez cette espèce qui est médiée par la surexpression des enzymes de détoxification. Pour le moment, les études réalisées sur les populations d'*An. nili*, *An. moucheti* et *An. paludis* montrent une augmentation croissante de la tolérance de ces espèces vis-à-vis du DDT et des pyréthrinoides.

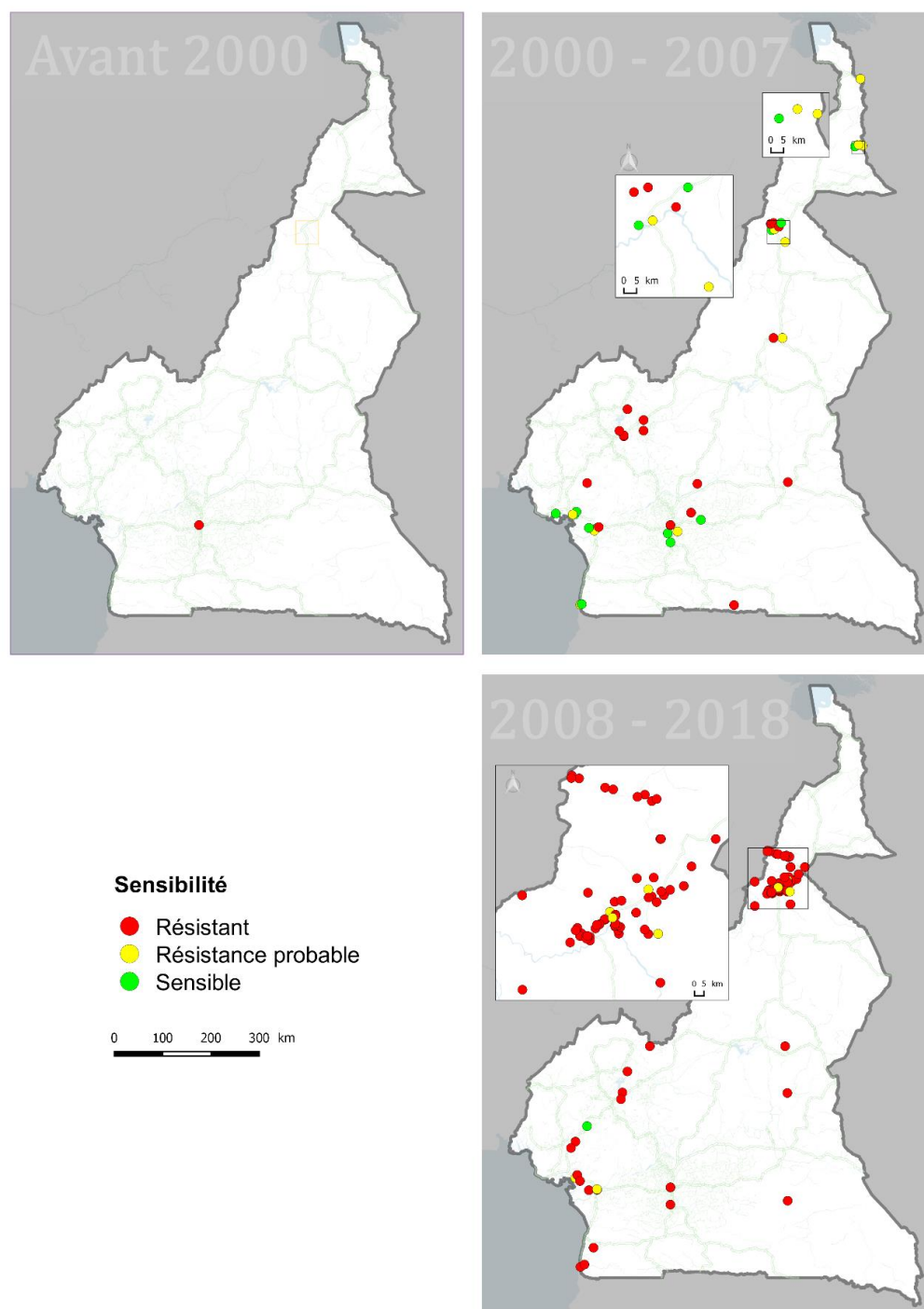
2.1.4. Espèces plasmodiales et résistance aux antipaludiques

Plasmodium falciparum est l'espèce plasmodiale la plus fréquente, secondée par *P. vivax*, *P. malariae* et *P. ovale* (97,6%, Quakyi, 2000).

La résistance du Plasmodium aux antipaludiques et particulièrement à la chloroquine a été mise en évidence au Cameroun pour la première fois en 1985 dans la ville de Limbé, puis dans d'autres localités du pays (Brasseur et al, 1986). Les taux d'échecs thérapeutiques observés varient de 2% à 66 %. Des résistances à l'amodiaquine et à la Sulfadoxine-Pyriméthamine ont également été

constatées dans certains sites sentinelles (Mbacham et al, 2005) Compte tenu de ces résistances du *Plasmodium* aux antipaludiques classiques, la lutte antipaludique s'appuie maintenant sur l'utilisation des associations médicamenteuses et surtout, sur les combinaisons thérapeutiques à base des dérivés de l'artémisinine (CTA) et sur des évaluations d'efficacité thérapeutique. Par conséquent, les monothérapies ont été retirées du marché camerounais en 2006 suivant les recommandations de l'OMS.

Figure 3 a, b et c : Distribution géographique de la résistance d'*An. gambiae* s.l. aux pyréthrinoïdes



Source : Profil entomologique du paludisme au Cameroun, PNLP, juin 2018

2.1.5. Évolution de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme

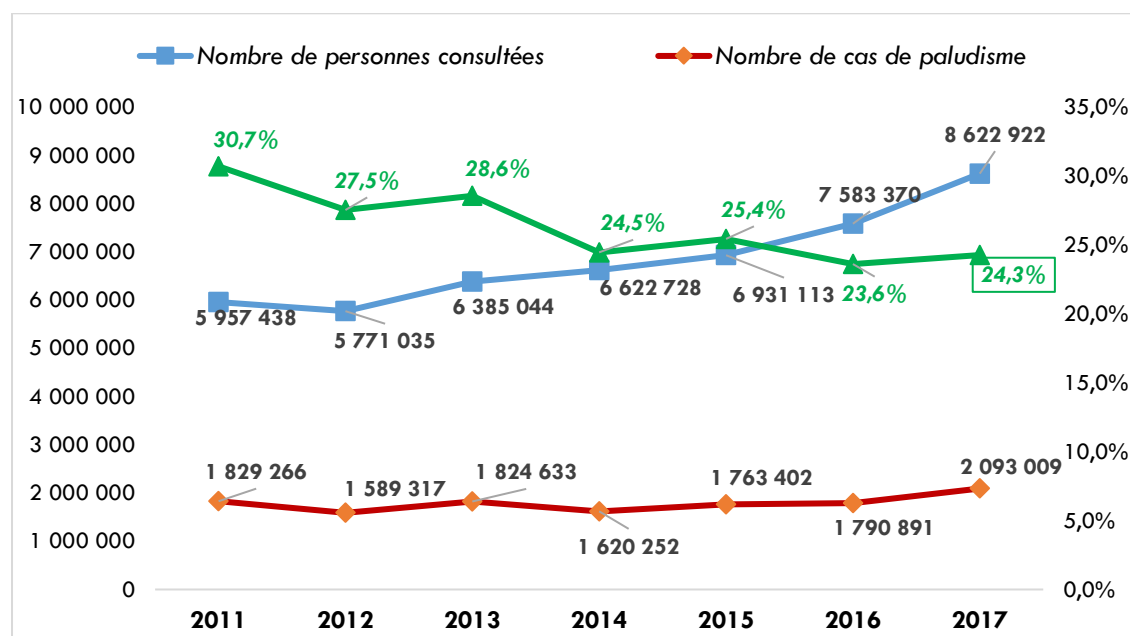
- Prévalence parasitaire

Le paludisme constitue une cause majeure de morbidité dans le pays. La prévalence parasitaire chez les enfants âgés de 6 à 59 mois est de 30% pour l'ensemble du pays (EDS-MICS, 2011). Toutefois, les disparités régionales sont importantes. Elle est forte dans la zone forestière du pays, notamment les régions du Centre (sans Yaoundé) (52,4%), de l'Est (48,2%), du Sud-Ouest (46,1%), du Sud (43,1%), dans la zone soudano-sahélienne de l'Adamaoua (47,4%) et du Nord (34,3%). Cependant, elle est relativement faible dans les hautes terres de l'Ouest (26,8%), du Nord-Ouest (15,0%), puis dans la Région sahélienne de l'Extrême Nord (27,1%) et dans les grands centres urbains de Douala (12,1%) et de Yaoundé.

- Morbidité hospitalière

De 2011 à 2017, la morbidité proportionnelle hospitalière due au paludisme est passée de 30,7% à 24,3% soit une baisse relative de près de 21% (figure 3) ; le nombre de cas de paludisme enregistrés dans les formations sanitaires du pays a évolué de 1 829 266 à 2 093 009, soit une augmentation de 14,41% tandis que le nombre de consultation toute cause passait de 5 957 438 à 8 622 922, soit une hausse de 44,74%.

Figure 4 : Évolution des cas et de la morbidité proportionnelle liée au paludisme entre 2011 et 2017



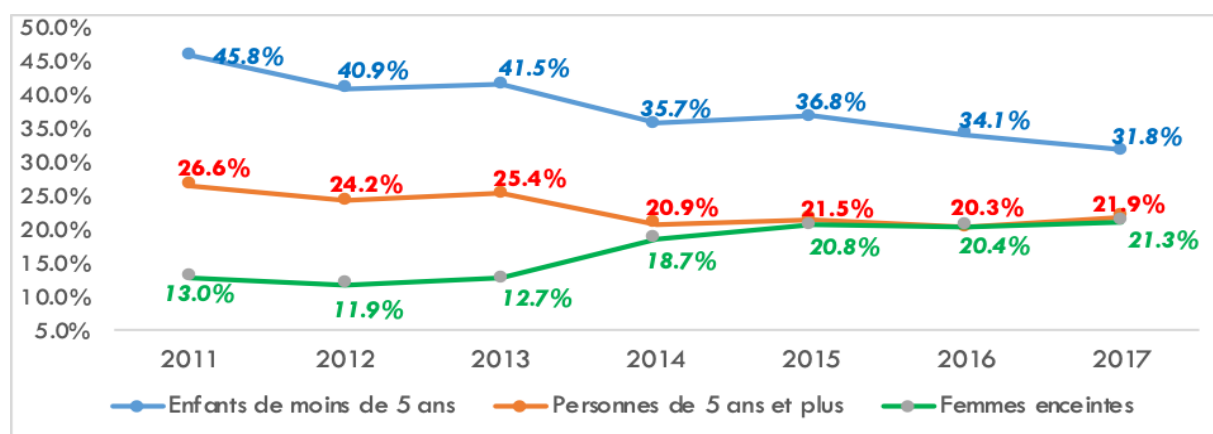
Source : Rapport annuel 2017, PNLP

La morbidité hospitalière due au paludisme dans la tranche d'âge des moins de 5 ans a connu une réduction plus importante (30,56%), mais elle reste préoccupante. Elle est passée de 45,8% en 2011 à 31,8% en 2017 (figure 4). Cette réduction serait attribuable à toutes les actions entreprises par le gouvernement et ses partenaires en faveur de ce groupe vulnérable (traitement gratuit du paludisme simple et grave respectivement depuis février 2011 et mai 2014, distribution gratuite des MILDA

aux enfants de moins de 5 ans depuis 2005, Campagne de chimio prévention du paludisme saisonnier chez les enfants âgés de 3 à 59 mois dans les Régions de l'Extrême Nord et du Nord).

Chez les femmes enceintes, après une légère baisse de 2011 à 2012, la morbidité a évolué à la hausse de 2013 à 2017, passant de 12.7% à 21.3%. Cette évolution défavorable sur la période serait en rapport avec les difficultés rencontrées par le PNLP dans la mise en œuvre des interventions spécifiques à ce groupe vulnérable (rupture de stock de MILDA, faible fréquentation de la CPN). Toutefois, le dépistage systématique du paludisme chez la femme enceinte effectuée dans les services de CPN des formations sanitaires, depuis le passage à échelle de l'utilisation des Tests de Diagnostic Rapide du Paludisme en 2014 a contribué au sur-diagnostic du paludisme chez les femmes enceintes (diagnostic des cas d'infection au plasmodium avec ou en l'absence de fièvre).

Figure 5 : Évolution de la morbidité proportionnelle par groupe cible de 2011 à 2017



Source : Rapport annuel 2017, PNLP

- Répartition de la prévalence et de l'incidence du paludisme au Cameroun en 2017

Ce travail de stratification a été réalisé avec la collaboration de l'OMS-GMP. La prévalence du *Plasmodium falciparum* par district et l'incidence du paludisme (cas pour 1000 habitants) ont été considérées :

a. Prévalence de *P. falciparum* parasite par district

En utilisant des méthodes géospatiales, les données sur la prévalence du parasite de *P. falciparum* (PfPR) ont été combinées avec des données sur les interventions et les variables climatiques pour produire des estimations de la prévalence parasitaire par année (de 2000 à 2018) par district. Les estimations de la PfPR ont été normalisées en fonction du groupe d'âge de 2 à 10 ans, la tranche d'âge de pointe pour l'infection, et sont dorénavant appelées PfPR2-10. Pour le Cameroun, les données sur la prévalence parasitaire ont été obtenues à partir des recherches et d'enquêtes nationales auprès des ménages. Les données d'intervention ont été estimées à partir des données sur la distribution et la couverture de la population. Le travail a été effectué par le projet d'atlas du paludisme de l'Université d'Oxford. Les cartes de la PfPR ou 2000 et 2018 sont illustrées à la figure 5 A et B respectivement.

Figure 6 : Cartes du district PfPR2-10 en 2018. La carte de 2018 montre les effets des interventions sur la prévalence parasitaire, après ajustement pour les effets des covariables climatiques

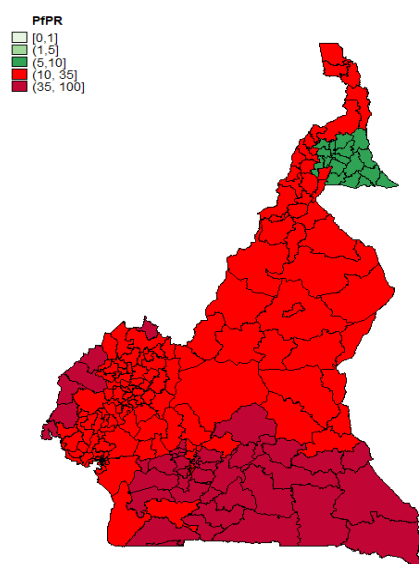


Figure 7 : Cartes du district PfPR2-10 en 2000. La carte de 2000 est une mesure indirecte de la transmission avant intervention

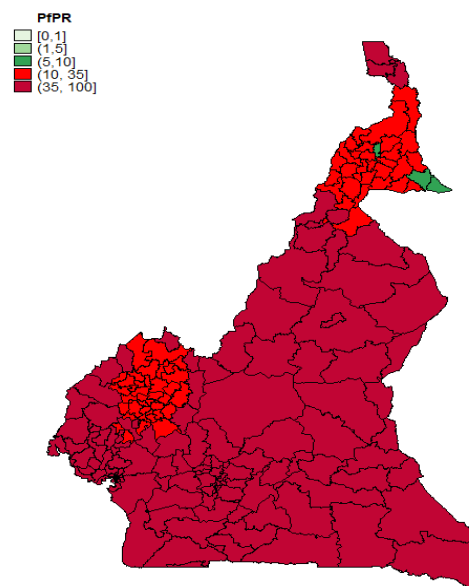
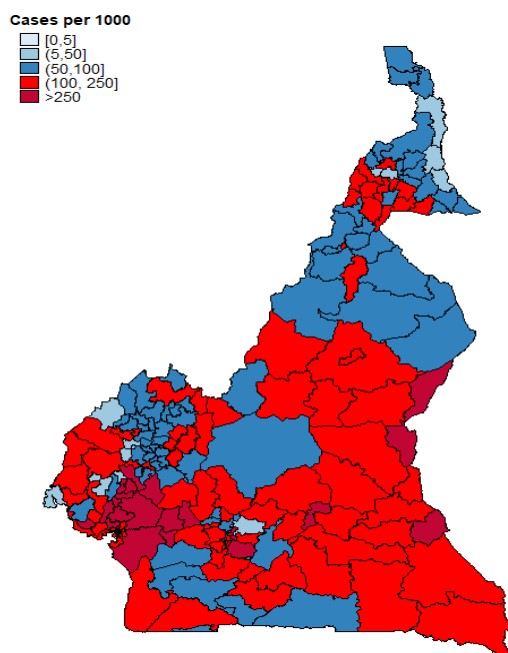


Figure 8 : Incidence brute du paludisme après ajustement de l'ensemble des données sur les cas de paludisme pour les taux de déclaration et de dépistage dans les formations sanitaires publiques par district en 2017 (l'année avec les données les plus complètes du HMIS)



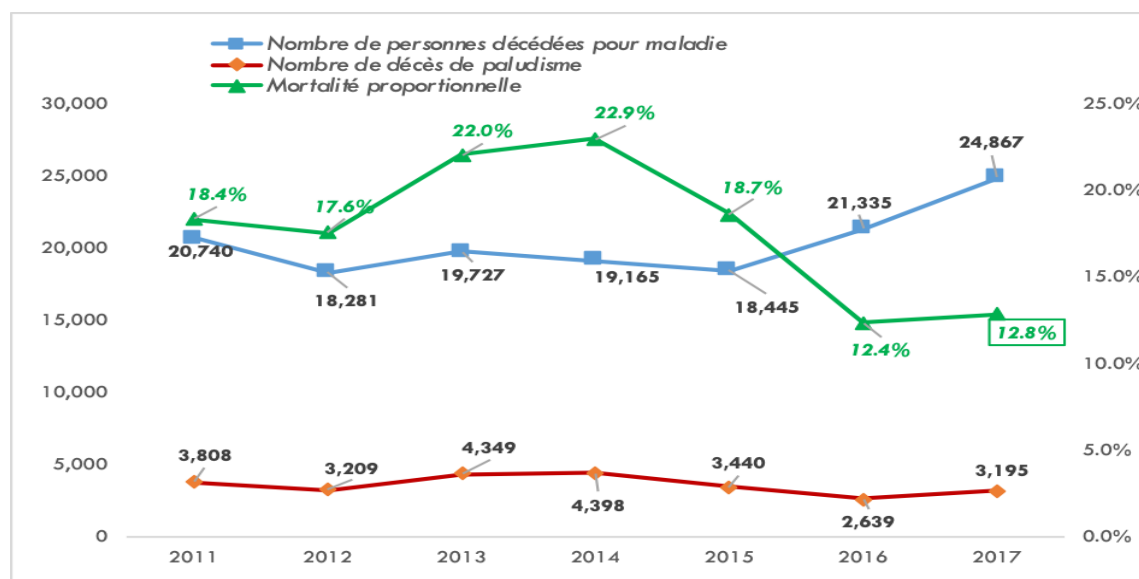
b. Incidence du paludisme (cas pour 1000 habitants) par district

Pour calculer l'incidence du paludisme, les données agrégées des districts ont été obtenues du HMIS national. Comme ces données contiennent à la fois des cas confirmés et présumés, une correction a été appliquée aux cas présumés en utilisant les taux de positivité des tests (confirmés/testés) pour estimer le nombre de cas susceptibles d'être de " vrais " paludisme, séparément pour chaque district. D'autres ajustements ont été faits pour tenir compte des taux de déclaration variables par district. Les cas ajustés et la population par district ont été utilisés pour calculer les taux annuels d'incidence du paludisme par district. Les cartes d'incidence du paludisme sont illustrées à la Figure 6 A-B.

- **Mortalité proportionnelle liée au paludisme**

La mortalité proportionnelle liée au paludisme dans les formations sanitaires a connu une hausse de 2012 à 2014 en passant de 17,6% à 22,9%, puis une baisse de 2015 à 2016 en passant de 22,9% à 12,4% (figure 7). Entre 2014 et 2016, l'évolution du nombre de décès de paludisme était décroissante avec un taux de réduction annuel moyen de 22,5% puis on a noté une augmentation de 21,1% en 2017.

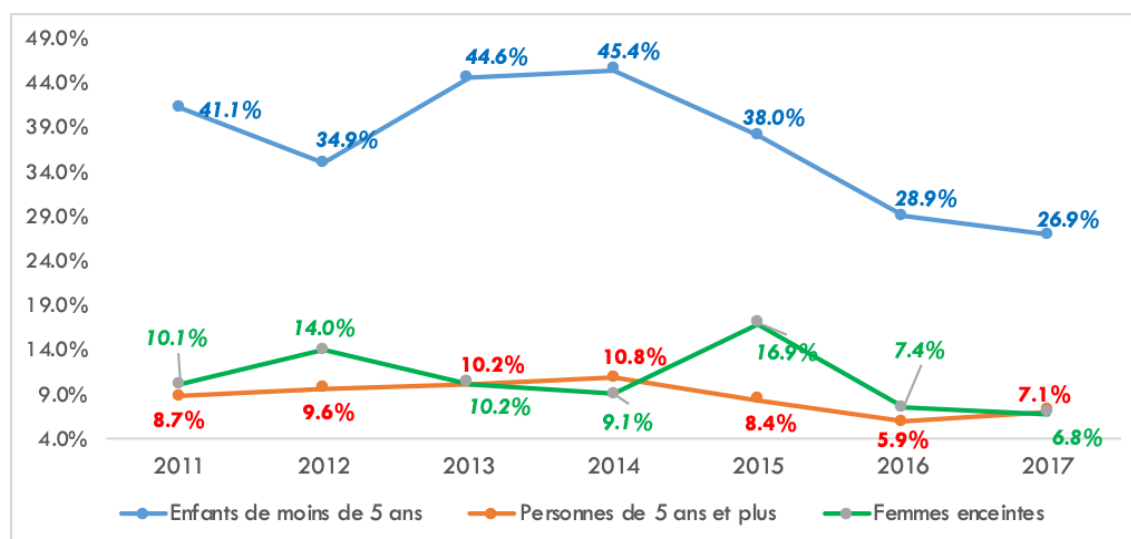
Figure 9 : Évolution des décès et de la mortalité proportionnelle du paludisme entre 2011 et 2017



Source : Rapport annuel 2017, PNLP

La mortalité proportionnelle du paludisme reste largement plus élevée chez les enfants de moins de 5 ans que dans les autres groupes cibles. En 2017, la mortalité proportionnelle du paludisme était environ 4 fois plus élevée dans le groupe des enfants de moins de 5 ans que dans les autres groupes cibles (27% vs 7%). On note néanmoins une diminution significative de la mortalité proportionnelle du paludisme dans cette tranche d'âge qui est passée de 41,1% en 2011 à 26,9% en 2017, soit une baisse relative de 35% ; sur la même période, la baisse relative de la mortalité proportionnelle du paludisme était de 33% chez les femmes enceintes et de 18% chez les personnes de 5 ans et plus (Figure 8).

Figure 10 : Évolution de la mortalité proportionnelle par groupe cible de 2011 à 2017



Source : Rapport annuel 2017, PNLP

Taux de mortalité toutes causes confondues des enfants de moins de cinq ans (décès pour 1000 naissances vivantes) par district. Une carte de stratification épidémiologique combinée a été

produite à partir de la cartographie conjointe de la prévalence parasitaire, de l'incidence du paludisme et de la mortalité toutes causes confondues chez les enfants âgés de moins de cinq ans. Une approche en deux étapes a été utilisée.

- Étape 1 : Notes attribuées aux catégories de prévalence et d'incidence selon les classifications des figures 1 et 2. Ces catégories ont ensuite été additionnées et les districts ont été reclassés en fonction des scores combinés, classés de 1 à 4 (voir figure 9A).
- Étape 2 : Une fois que la première série de strates selon les scores de prévalence et d'incidence a été obtenue, de nouveaux scores leur ont été attribués. Le TMM5 a été ajouté aux scores combinés des strates de prévalence et d'incidence pour obtenir un ensemble final de strates qui tient compte de la prévalence, de l'incidence et du TMM5 (figure 9B).

Figure 11 : Algorithme de classification des Districts suivant les indices de prévalence, d'incidence et de mortalité de moins de 5 ans.

Step 1: Combination of Prevalence and incidence

PfPR ₂₋₁₀		Adjusted Incidence				
Very low	1	Very low	1	Step 1 Strata	Sum of prevalence and incidence scores	Scores assigned to strata when combining it with mortality
Low	2	Low	2	Lowest	5-6	1
Moderate	3	Moderate	3	Medium	7	2
High	4	High	4	High	8	3
Very high	5	Very high	5	Very high	9-10	4

Step 2: Combination of prevalence, incidence and U5MR

All cause U5MR			
Very low	1	Step 2 Strata	Sum of prevalence, incidence and mortality scores
Low	2	Lowest	4-5
Moderate	3	Medium	6
High	4	High	7
Very high	5	Very high	8-9

Figure 12 : Strates de risque combinant les scores spécifiques de prévalence et d'incidence

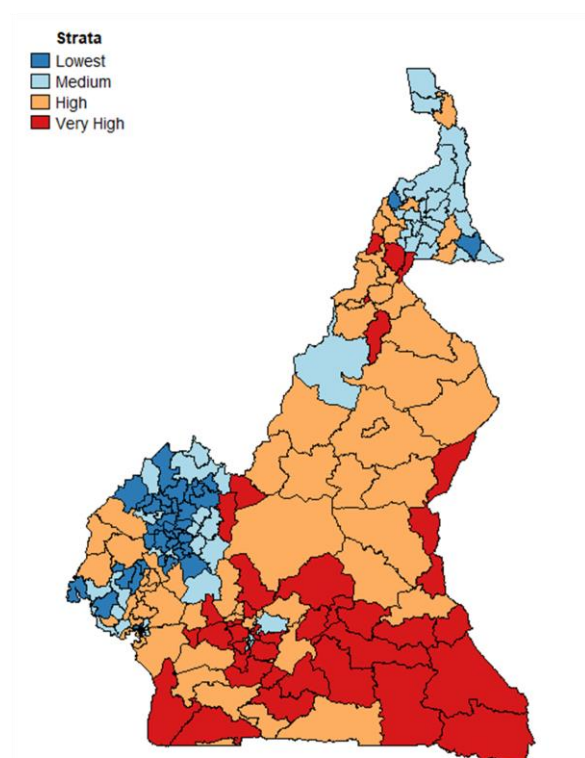
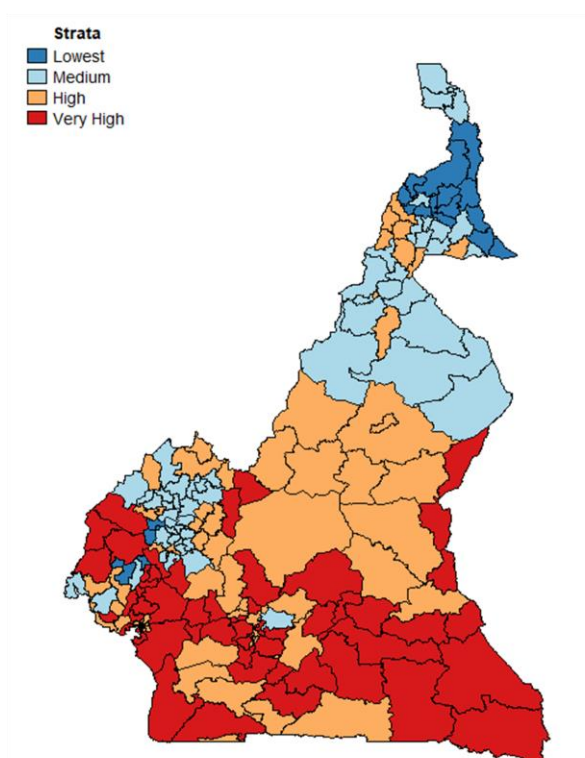


Figure 13 : Strates de risque combinant la prévalence, l'incidence spécifique et toutes causes confondues sous 5 classifications de taux de mortalité



2.2. Analyse des performances du PNLP

La revue des performances du programme à mi-parcours du Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme (PSNLP) 2014-2018 réalisée en 2017 ainsi que la revue annuelle faite en 2018 ont permis d'évaluer la performance du PNLP pendant la période précédente.

2.2.1. Rappel des objectifs du PNLP 2014-2018

Le PSNLP 2014-2018 avait pour objectifs :

- **Objectif général :** Réduire de 75% d'ici à 2018, la morbidité et la mortalité dues au paludisme par rapport à la situation de 2000.
- **Objectifs Spécifiques :**

Prévention

- Amener au moins 80% de la population à dormir sous la Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action ;
- Protéger au moins 80% des populations à risque des zones cibles avec les PID d'insecticides à effet rémanent ;
- Protéger au moins 80% des femmes enceintes par le Traitement Préventif Intermittent conformément aux directives nationales ;

- Protéger au moins 80% des enfants de 03 à 59 mois dans les zones ciblées par la chimio prévention saisonnière du paludisme.

Prise en charge des cas

- D'ici 2023, au moins 80 % des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires, services de prestation des soins et dans la communauté sont testés par la GE ou le TDR ;
- D'ici 2023, 100% des cas de paludisme confirmés, sont traités conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté (ASAQ et AL)
- D'ici 2023, les intrants antipaludiques sont disponibles de façon permanente dans 100% des structures sanitaires et dans les communautés ;
- Prise en charge de tous les cas de fièvre dans le cadre de la PECIME / ISDC communautaire y compris le traitement pré référence des cas de paludisme grave.

Suivi-Évaluation, surveillance épidémiologique et riposte

- Amener au moins 80% des points de prestation des services (FS, ASC) à transmettre à temps des données de qualité sur la lutte contre le paludisme conformément aux directives nationales ;
- Amener au moins 80% des intervenants à prendre des décisions sur la base des données collectées ;
- Renseigner au moins 95% des indicateurs de lutte contre le paludisme ;
- Détecter précocement 100% des épidémies et situations d'urgence ;
- Contrôler 100% d'épidémies et situations d'urgence du paludisme dans les deux semaines suivant leur détection.

Communication pour le développement

- Amener au moins 80% des leaders/décideurs répertoriés, de tous ordres (politique, religieux, traditionnel, culturel, etc.) à poser des actes en faveur de la lutte contre le paludisme ;
- Amener 80 % des partenaires formels répertoriés, tant nationaux qu'internationaux à s'impliquer dans la lutte contre le paludisme au Cameroun ;
- Amener 80 % des OSC et groupes communautaires répertoriés à s'impliquer dans la lutte contre le paludisme ;
- Amener au moins 80 % des communautés à s'approprier et utiliser les interventions de lutte contre le paludisme ;
- Amener au moins 80% des prestataires des formations sanitaires à offrir les prestations subventionnées et/ou gratuites dans le cadre de la lutte contre le paludisme.

Formation et recherche opérationnelle

- Amener au moins 80% des professionnels de santé et 100% des acteurs communautaires et professionnels des médias ciblés à mettre en œuvre les activités de lutte contre le paludisme conformément aux directives nationales ;

- Renseigner au moins 80% des indicateurs à travers les résultats probants issus de la recherche opérationnelle.

Gestion du programme

- Mobiliser au moins 80% des fonds nécessaires pour la mise en œuvre du Plan Stratégique ;
- Exécuter au moins 80% des ressources mobilisées à tous les niveaux du système de santé ;
- Réaliser au moins 80% des activités programmées à tous les niveaux du système de santé.

2.2.2. Revue des politiques et du cadre de mise en œuvre

Le résumé de la situation de l'élaboration des politiques, des directives et des stratégies et plans annuels, de la revue des capacités et de l'adéquation des structures de gestion du programme permet de retenir ce qui suit :

- La lutte contre le paludisme est érigée en priorité dans l'agenda national de la santé
- Les politiques sont mises à jour ;
- Les lignes directrices et les directives techniques sont actualisées dans les documents pour les exécutants ;
- Il existe un processus de planification et de revue ;
- Il y a une adéquation des structures des programmes de lutte contre le paludisme ;
- Un financement dédié à la lutte contre le paludisme ;
- Un renforcement des capacités des ressources humaines
- Il existe une contribution du paludisme à la performance du système de santé et un lien avec les autres programmes
- Il existe une performance et une pertinence du partenariat et des mécanismes de coordination
- Il existe une performance des mécanismes de suivi et d'évaluation du programme et de surveillance épidémiologique.

2.2.3. Évaluation des progrès accomplis vis-à-vis des objectifs nationaux, régionaux et mondiaux : analyse du niveau des indicateurs d'impact et de résultats.

Tableau 11 : Niveau d'atteinte des indicateurs

Indicateurs	Niveau de base	Cible 2014	Résultat 2014	Cible 2018	Résultat 2018	Source
Indicateurs d'impact						
Taux de mortalité, toutes causes confondues chez les moins de 5 ans	122‰	113‰	103‰	104‰	79 ‰	EDS-C, 2018
Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois	33,3%	22%	ND	8%	24%	EDS-C, 2018
Nombre de décès dus au paludisme confirmé pour 1000 personnes par an, chez les patients hospitalisés	43 ‰	36‰	ND	11 ‰	13,1	SNIS, 2018
Proportion de cas de paludisme confirmés (testés positifs) pour 1 000 personnes par an	53 ‰	45 ‰	ND	13 ‰	86	SNIS, 2018
Indicateurs de résultats (effets)						
Pourcentage de la population à risque dormant sous MILDA	39,3 %	39,3%	ND	85%	58,3%	EPC MILDA, 2016/2017
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dormant sous MILDA	46 %	46%	ND	85%	63,5%	EPC MILDA, 2016/2017
Pourcentage de femmes enceintes dormant sous MILDA	41 %	41%	ND	85%	65,5%	EPC-MILDA, 2016/2017
Pourcentage de la population à risque protégée par la PID dans les zones ciblées	NA	NA	0%	85%	0%	
Pourcentage des femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins trois doses de TPI durant leur dernière grossesse	NA	50%	ND	80%	32%	EDS-c, 2018
Pourcentage d'enfants de 03 à 59 mois protégés par la chimio prévention saisonnière dans les zones ciblées	NA	80%	NA	90%	95%	SNIS (Dhis2), 2018
Proportion des cas suspects de paludisme testés par TDR ou par GE	NA	80%		100%	115%	SNIS, 2018
Pourcentage de cas de paludisme confirmés qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale	NA	80%		100%	79,5%	SNIS, 2018
Pourcentage des établissements de santé n'ayant signalé aucune rupture de stock de plus de deux jours consécutifs des principaux produits de base (ACT, SP, TDR, Artesunate Inj) au cours du mois précédent	75%	80%		100%	18,2%	SNIS, 2018
Taux de mobilisation des ressources du PSNLP	NA	NA		80%	49,5%	PNLP, 2018
Pourcentage des établissements de santé soumettant des rapports complets dans les délais conformément aux directives nationales	12%	30%		80%	58,5%	SNIS, 2018

Indicateurs	Niveau de base	Cible 2014	Résultat 2014	Cible 2018	Résultat 2018	Source
Pourcentage d'épidémie et de situations d'urgences ayant bénéficié d'une riposte adéquate	NA	100%	0%	100%	0%	
Pourcentage des personnes qui connaissent la cause, les symptômes, le traitement ou les mesures préventives en lien au paludisme	81%	81%	ND	95%	ND	
Pourcentage de cas de paludisme confirmé chez les enfants de moins de cinq ans traités gratuitement	NA	80%	ND	100%	ND	

2.2.4. Principaux Résultats de l'analyse FFOM et recommandations à mi-parcours du PSNLP 2014-18 et de la revue annuelle du PTA 2017

Tableau 12 : Analyse FFOM

ANALYSE FFOM	
1. Prévention : ○ Distribution des MILDA en routine, en campagne de masse et en stratégie avancée ; ○ Trois approches sont utilisées dans la distribution des MILDA : Campagne de masse, distribution de routine, et distribution en stratégie avancée ○ Bonne couverture de la chimio prévention du paludisme saisonnier chez les enfants âgés de 3 à 59 mois dans les zones ciblées ; 2. Prise en charge des cas : ○ Subvention totale ou partielle des intrants pour améliorer l'accessibilité financière aux services pour les plus vulnérables (Prise en charge des cas pour les enfants de moins de 5 ans, Traitement Préventif Intermittent pour les femmes enceintes) 3. Surveillance, SIS, Suivi et évaluation, Recherche et Formation : ○ Existence d'une base de données aux niveaux national et régional pour le suivi des tendances (Cam Malaria 2.0 ; plateforme DHIS2) ○ Existence d'une bonne collaboration entre le PNLP, les institutions et centre de recherche (Centre de Biotechnologie /Université de Yaoundé 1, l'OCEAC, etc.) et les organisations sous régionales et internationales. 4. Gestion du Programme : ○ Profil entomologique du paludisme mis à jour (2018) ; ○ Disponibilité d'un plan de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides	1. Prévention : a. Faible taux de couverture en TPI ; b. Faible fréquentation des femmes enceintes aux CPN c. Disponibilité insuffisante des MILDA dans les ménages ; d. Utilisation insuffisante des MILDA par les populations ; e. La résistance des vecteurs aux insecticides. 2. Prise en charge des cas : a. Faible adhésion aux directives nationales de prise en charge des cas ; b. Faible implication du secteur privé dans la mise en œuvre des politiques nationales de prise en charge ; c. Fréquente rupture de stock des intrants de la prise en charge des cas de paludisme dans tous les niveaux du SYNAME ; d. Fréquente péremption des intrants à tous les niveaux du SYNAME ; 3. Surveillance, Pharmacovigilance, SIS, Suivi et évaluation, Formation et Recherche a. Système de pharmacovigilance peu-fonctionnel dans les formations sanitaires ; b. Insuffisance dans l'Assurance qualité des intrants et du diagnostic du paludisme ; c. Absence d'analyse et d'utilisation des données au niveau opérationnel ; d. Sites sentinelles de surveillance épidémiologique non fonctionnelle ; e. Faible coordination de la gestion de l'information sanitaire collectée ; f. Existence d'un sous-système d'information parallèle pour la collecte des données de routine sur le paludisme ; g. Qualité insuffisante du remplissage des outils harmonisés de gestion des données au niveau des formations sanitaires ; h. Manque de financement pour mener les activités de recherche et de formation tel que planifiées. i. Insuffisance de ressources (humaines, matériels) en matière de formation et de recherche, j. Absence d'une plateforme d'échanges pour la recherche entre le PNLP et les instituts de recherche

ANALYSE FFOM	
	4. Gestion du Programme, coordination, Communication a. Absence d'un document de politique d'élimination du paludisme b. Insuffisance des financements alloués à la lutte contre le paludisme c. Insuffisance des financements alloués à la communication et au suivi évaluation d. Faible collaboration entre les programmes de lutte contre la maladie et les secteurs apparentés e. Faible utilisation des résultats de recherche pour la révision des politiques et une prise de décision.
Menaces	Opportunités
1. La Stratégie sectorielle de santé 2016-2027 fait du PNLP l'un des Programmes Prioritaires de santé au Cameroun 2. Augmentation substantielle du budget de l'Etat dans le financement des activités de lutte contre le paludisme de 2011-2018 à travers le Fonds de contrepartie 3. La prise en charge des déplacés et des réfugiés par le HCR et les ONG humanitaires 4. Augmentation du nombre des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme 5. La mise en œuvre de la décentralisation	1. Financement très dépendant des PTF 2. Faible collaboration multisectorielle 3. Faible accès des ménages aux services dans les formations sanitaires 4. Utilisation inefficace des ressources disponibles du fait d'un faible alignement des ONG humanitaires aux politiques sanitaires du pays 5. L'insécurité dans plusieurs régions du pays.

Tableau 13 : Principales recommandations de la revue du programme

Recommandations
Axe stratégique 1 : Prévention. (voir RPP) 1. Renforcer l'implication des responsables des groupes techniques régionaux (GTRLP) dans l'approvisionnement des FOSA en SP ; 2. Renforcer la gratuité du TPI sur l'ensemble du territoire national en interdisant la vente de la SP dans les formations sanitaires ; 3. Renforcer le développement des mécanismes d'adhésion des FOSA privées à la stratégie de prévention du paludisme par le TPI ; 4. Inclure la dispensation du TPI3 parmi les indicateurs achetés dans le cadre des financements basés sur la performance (PBF) ; 5. Renforcer la régularité des supervisions à tous les niveaux ; 6. Renforcer la stratégie de communication visant à encourager les femmes enceintes à prendre toutes les doses de TPI ; 7. Former les agents de santé communautaires (ASC) à l'administration de la SP aux femmes enceintes ; 8. Impliquer le Ministère des Affaires sociales (MINAS) à travers leurs Unités techniques opérationnelles (UTO) et Centres de santé et le Ministère pour la promotion de la femme (MINPROFF) dans la sensibilisation des femmes enceintes. 9. Renforcer les stratégies de communication et la sensibilisation sur l'utilisation des MILDA aux prestataires de soins et aux agents de santé communautaire (ASC) ; 10. Renforcer la collaboration avec les institutions de recherche (étude de comportement des vecteurs) ; 11. Mettre en place une plateforme intersectorielle pour la gestion de la résistance des vecteurs et l'utilisation des insecticides (MINSANTE, MINADER, ENVIRONNEMENT).
Axe stratégique 2 : Prise en charge. 12. Intensifier la formation / recyclage du personnel à la PEC correcte du paludisme et au respect de la politique nationale en matière de PEC du paludisme ; 13. Sensibiliser les prestataires du secteur public et privé au respect des directives nationales ; 14. Renforcer la mise à échelle du diagnostic biologique (TDR et microscopie) avant tout traitement du paludisme 15. Assurer la supervision des activités des ASC et assurer à la disponibilité des intrants ; 16. Étendre la PECIC à tous les DS pour assurer une bonne couverture géographique de la population ; 17. Sensibiliser les communes et les unités techniques opérationnelles (MINAS) pour la PEC des indigents qui ne pourront pas payer les soins fournis par les ASC ; 18. Redynamiser le système de pharmacovigilance ; 19. Étendre les études d'efficacité thérapeutique sur tout le territoire national ; 20. Renforcer les capacités du LANACOME en vue de sa certification. 21. Mettre en place un Système de Gestion de l'Information Logistique performant capable de capter les informations du niveau opérationnel ; 22. Renforcer les supervisions formatives auprès des FRPS, et des prestataires de soins 23. Renforcer le CENAME en personnel qualifié et en matériel informatique et réseau internet pour consulter en temps réel les niveaux de stocks pour la prise de décision ; 24. Vulgariser la Liste Nationale des Médicaments Essentiels ; 25. Créer un Comité formel pour la quantification, le suivi des stocks et la prise de décisions stratégiques 26. Réaliser le contrôle de qualité des intrants (TDR, ACT et MILDA).
Axe stratégique 3 : IEC/CCC, Mobilisation Sociale et Plaidoyer. 27. Structurer et formaliser la collaboration entre les secteurs (public et privé) ; 28. Mobiliser les ressources pour mener les actions de plaidoyer et faire le suivi à tous les niveaux ; 29. Augmenter le nombre de média engagés dans la promotion de la lutte contre le paludisme ; 30. Accentuer la communication sur les interventions de routine (TPI, MILDA, TDR, CTA) ; 31. Engager et former les autres groupes communautaires (traditionnels, femmes, jeunes, griots, crieurs etc.) dans les activités de promotion de la lutte contre le paludisme ; 32. Étendre la couverture en ASC dans les 109 districts non couverts par le financement ; 33. Allouer au moins 10% du budget du PNLP aux activités de communication.

Recommandations

Axe stratégique 4 : Surveillance épidémiologique, Suivi et évaluation, Recherche

34. Assurer la disponibilité et la fonctionnalité de la logistique de la gestion des données à tous les niveaux (maintenance de la plateforme DHIS2, matériel informatique, outils de gestion des données)
35. Renforcer les capacités des personnels de tous les niveaux à la gestion des données de lutte contre le paludisme ;
36. Renforcer les mesures incitatives à la production des données de qualité de lutte contre le paludisme
37. Renforcer les supervisions formatives à tous les niveaux et dans tous les secteurs ;
38. Mettre en place un système d'amélioration de la qualité des données de routine sur le paludisme
39. Assurer la collecte des données liées au paludisme lors des enquêtes ménages (EDS, MICS, EIP) ;
40. Développer la politique de planification et coordination orientée vers le contrôle et l'élimination du paludisme au Cameroun ;
41. Élaborer une stratégie de surveillance épidémiologique considérant toutes ses composantes (entomologie, parasitologie, morbidité/mortalité) ;
42. Renforcer les capacités institutionnelles et logistiques des sites sentinelles de surveillance épidémiologique et de recherche opérationnelle sur le paludisme ;
43. Apporter l'appui technique et financier nécessaires au niveau opérationnel pour l'organisation des réunions de revue et de validation des données mensuelles de lutte contre le paludisme ;
44. Renforcer les capacités du personnel à tous les niveaux pour l'analyse et l'utilisation des données de surveillance pour la prise de décision et
45. Actualiser et rendre opérationnel les sites sentinelles

Axe stratégique 5 : Gouvernance, Gestion de programme.

46. Élaborer un plan de formation du personnel du PNLP, du secteur public (autres ministères et départements) et du secteur privé en tenant compte des régions et de différentes catégories des personnes à former à savoir les médecins, infirmiers, les techniciens de laboratoire, les pharmaciens, commis de pharmacie, ASC, gestionnaires des programmes, chercheurs, tradipraticiens, communicateurs, élèves/étudiants, enseignants, etc.
47. Développer une base des données du personnel formé dans les différents domaines de lutte contre le paludisme ;
48. Former le personnel en matière de surveillance du paludisme orientée vers l'élimination ;
49. Développer les modules de formation sur l'élimination du paludisme ;
50. Développer les modules sur la lutte contre le paludisme et les introduire dans le
51. Curriculum de l'enseignement de base et secondaire (MINEDUB et MINESEC)
52. Utiliser les données de recherche pour une mise en œuvre des interventions basées sur les évidences ;
53. Assurer une large diffusion des directives, politiques et stratégies pour une mise en œuvre appropriée des interventions.
54. Mener un plaidoyer pour le renforcement de la prise en charge gratuite du paludisme simple (comprenant les examens biologiques et le traitement) pour les enfants de moins de cinq ans et pour un traitement à cout minimum du paludisme sévère à l'ensemble de la population ;
55. Rendre abordable le traitement du paludisme à travers des mesures compensatoires telles que la subvention par l'État ou les partenaires, les tarifs forfaitaires, les mutuelles de santé, le financement basé sur la performance ;
56. Mener un plaidoyer pour l'augmentation et la diversification des sources de financement des activités de lutte contre le paludisme ;
57. Élaborer des feuilles de route avec des résultats contractuels pour les structures décentralisées du PNLP (URLP et Districts) ;
58. Continuer et renforcer la participation aux initiatives transfrontalières de lutte contre le paludisme en collaboration avec l'OCEAC et d'autres partenaires.

2.2.5. Orientations stratégiques recommandées pour le prochain plan stratégique

a. Au Ministère de la santé publique (MINSANTE)

- Tenant compte de la situation financière du programme, augmenter le financement de la lutte contre le paludisme en mettant en place des méthodes innovantes pour mobiliser les ressources internes et externes

- Considérant les acquis d'une bonne coordination des actions de lutte contre le paludisme, le Comité National Roll Back Malaria (CNRBM) et tous les autres organes de coordination du niveau régional et district doivent être redynamisés
- Dans son objectif d'élaborer une politique d'élimination du paludisme, adopter une approche multisectorielle en impliquant les autres ministères, les collectivités locales décentralisées, la société civile et le secteur privé
- Vu la circulation de plusieurs molécules de CTA, voir même celles non homologuées, il est demandé au MINSANTE de renforcer les dispositions de la Décision ministérielle No. 0207/D/MSP/CAB du 6 mai 2006 relative à l'interdiction de l'usage de la monothérapie

b. Au Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP)

- Considérant que le niveau de transmission du paludisme est encore élevé ; les actions de prévention devraient être intensifiées en mettant un accent particulier sur l'introduction d'autres interventions efficaces telle que les PID et la lutte anti larvaire ;
- Considérant que le pays se dirige vers l'élimination du paludisme, il y a besoin de renforcer les capacités institutionnelles du programme afin de lui donner un leadership et les moyens suffisants pour assumer sa mission ;
- Tenant compte de l'importance de la collecte et de l'analyse des données pour une prise de décision, la surveillance épidémiologique doit être considérée dans toutes ses composantes (parasitologie et entomologie)
- Considérant l'importance de la communication dans la lutte contre la maladie, le PNLP doit mettre en œuvre sa stratégie de communication, avec un accent particulier sur le rôle que doivent jouer les leaders politiques, religieux, les agents de santé communautaire (ASC) dans la sensibilisation des communautés à adhérer aux interventions retenues
- Vu l'importance de la recherche opérationnelle dans les actions de lutte contre le paludisme, le PNLP doit formaliser la collaboration avec les différentes institutions et centres de recherche locaux, sous régionaux et internationaux
- Afin d'assurer une bonne couverture géographique de la population, la prise en charge des cas intégrés au niveau communautaire (PECIC) doit s'étendre sur le reste des Districts sanitaires (DS).
- En considérant la chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de 3-59 mois, comme intervention à haut impact, le PNLP doit envisager sa mise à échelle dans le reste des DS.

c. A la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et consommables médicaux Essentiels (CENAME)

- Dans le contexte de gestion des antipaludiques, renforcer l'approvisionnement des médicaments et diagnostiques biologiques de qualité afin d'éviter la rupture des intrants au niveau des FOSA
- Assurer un approvisionnement des FPRS/CAPR à temps
- Afin d'éviter des ruptures de stocks et d'assurer un approvisionnement adéquat, un Comité pour la quantification et le suivi des stocks devrait être formalisé et mis sur pieds

d. Au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LANACOME)

- Afin de garantir un bon contrôle de qualité des intrants (diagnostic biologique, CTA, MILDA), un système d'assurance qualité des intrants devra être développé en collaboration avec les laboratoires accrédités.

- En vue de son accréditation par les organes compétents, LANACOME devra remplir les conditions nécessaires requises
- Considérant les effets néfastes ou indésirables causés par l’usage des médicaments, il est demandé à LANACOME de revitaliser le système de pharmacovigilance

CHAPITRE III : CADRE STRATEGIQUE DU PSNLP 2019-2023

- Vision
- Mission et principes directeurs
- Orientations stratégiques et priorités nationales
- But et Objectifs
 - But
 - Objectifs généraux
 - Objectifs spécifiques

3. CADRE STRATEGIQUE DU PNLP 201-2023

3.1. Vision

La vision du PNLP est d'avoir un « Cameroun émergent sans paludisme ».

3.2. Mission et principes directeurs

La principale mission du PNLP est d' **«assurer un accès universel et équitable aux interventions les plus efficaces de prévention, de prise en charge du paludisme, à un coût abordable à toute la population camerounaise, y compris les plus vulnérables et défavorisées ».**

Le PNLP est appelé à accroître ses efforts vers l'atteinte de ses objectifs en se basant sur les principes directeurs suivants :

- L'équité dans l'accès géographique, financier et culturel aux services de santé, droits de l'homme et la promotion du genre ;
- La participation communautaire ;
- La gestion optimale de l'information sanitaire et de la stratification des interventions ;
- La dispensation de soins et de services de qualité ;
- La bonne Gouvernance du Programme dans la redevabilité, la transparence et le contrôle social renforcé ;
- La déconcentration et la décentralisation pour mieux rapprocher les services et les soins aux usagers en renforçant le pilotage stratégique au niveau des districts de santé tout en impliquant les collectivités territoriales décentralisées, qui depuis 2004 avec la loi d'orientation sur la décentralisation, ont la responsabilité en matière de développement social et surtout sanitaire ;
- Le leadership, le partenariat et la collaboration multisectorielle pour accélérer les progrès attendus ;
- La gestion axée sur les résultats.

3.3. Orientations stratégiques et priorités nationales

Sur le plan national et international, Le Plan Stratégique 2019-2023 s'inscrit dans les priorités de la politique nationale de santé développée dans la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020, le Document de Stratégie Pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) 2010-2020 et la vision 2035, et est articulée sur l'objectif 3 des Objectifs de Développement Durables (ODD).

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, ce nouveau plan stratégique national 2019-2023 est en phase avec la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030, avec l'AMS pour éliminer le paludisme d'ici 2030 et surtout avec l'approche « *High Burden, High impact* » « HBHI » du groupe technique stratégique de l'OMS et du Partenariat RBM pour mettre fin au Paludisme.

Pour ce faire, dans ce plan national stratégique, la réponse nationale a été structurée en fonction des quatre piliers préconisés par l'approche « HBHI » et les orientations stratégiques et priorités

nationales retenues devront permettre de « *garantir un accès équitable et universel aux services et aux soins de santé antipaludiques de qualité, avec la pleine participation de la communauté et l'implication des autres secteurs apparentés* ».

Ainsi, le PSN 2019-2023 s'inscrit dans l'accélération de la mise à échelle des interventions en vue de l'atteinte d'une couverture universelle pour chacune d'entre elle, à la pérennisation des acquis et la transformation de la surveillance épidémiologique en un pilier de la lutte contre le paludisme. Ainsi, l'accès universel au paquet d'interventions sera promu dans le respect de l'approche genre pour faciliter la protection équitable de toute la population, y compris les groupes vulnérables et les populations défavorisées. Les interventions spécifiques seront mises en œuvre suivant l'intensité, la durée de la transmission, et la vulnérabilité pour l'ensemble de la population, y compris les populations marginales ou défavorisées, afin d'atteindre rapidement les objectifs fixés.

L'approche « High Burden High Impact »

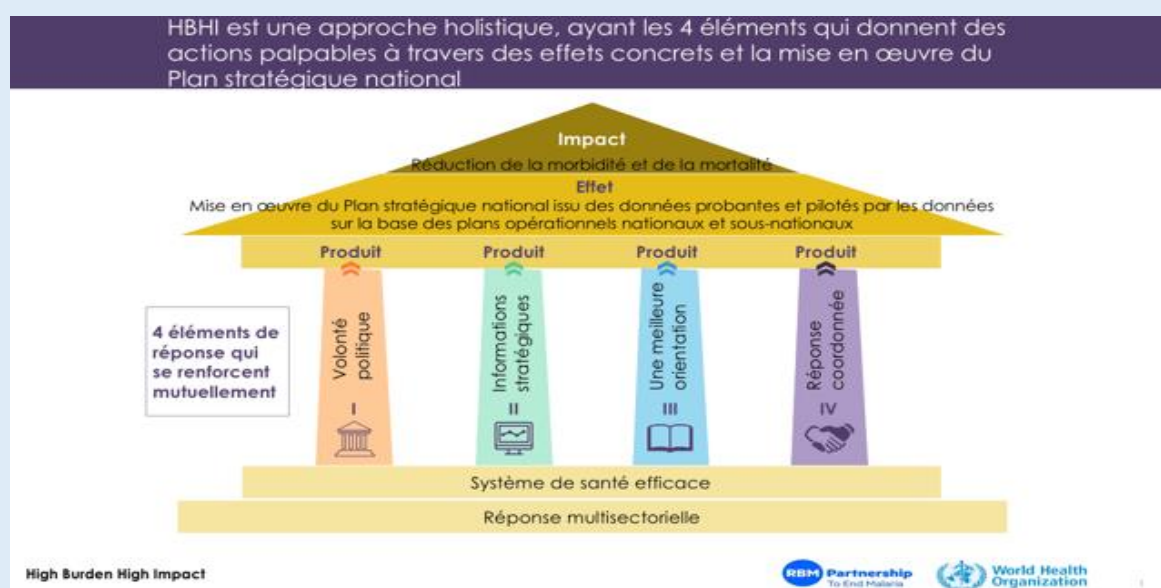
L'approche « *High Burden to High Impact* » (HBHI) est une approche recommandée par l'OMS et le Partenariat RBM pour mettre fin au Paludisme. Elle vise à relancer et à catalyser les progrès dans la lutte contre le paludisme dans les onze pays les plus lourdement affectés par le fardeau du paludisme. Il s'agit de : Nigéria, RDC, Inde, Niger, Mali, Tanzanie, Mozambique, Burkina Faso, Ghana, Ouganda et Cameroun.

En dehors de l'Inde, tous les autres 10 pays restants sont africains. Cette nouvelle approche repose sur quatre piliers fondamentaux pour avoir un grand impact :

1. Engagement politique :
2. Utilisation stratégique de l'information :
3. Principales politiques et stratégies antipaludiques ;
4. Coordination de la réponse nationale.

Ces 4 piliers sont résumés sur la figure 10 ci-dessous :

Figure 14 : Cadre conceptuel de l'approche « HBHI » selon RBM/OMS



Source : OMS

Le Cameroun fait partie de ces onze pays les plus affectés par le paludisme dans le monde. Dans le cadre de l'élaboration de son nouveau plan stratégique national, il a décidé de réorganiser sa réponse nationale en tenant compte de cette stratégie suivant la recommandation de l'OMS et du Groupe Stratégique Mondial de lutte contre le paludisme mais aussi de la planification basée sur les résultats.

3.4. But et objectifs

3.4.1. But

Le but de ce plan stratégique national 2019-2023 est de contribuer à l'amélioration de la santé des populations du Cameroun par la réduction du poids de la maladie et du fardeau socioéconomique dû au paludisme.

3.4.2. Objectifs généraux

D'ici à 2023, il s'agira de :

- Réduire d'au moins 60%, la morbidité liée au paludisme par rapport à la situation de 2015 ;
- Réduire d'au moins 60%, la mortalité liée au paludisme par rapport à la situation de 2015.

3.4.3. Objectifs spécifiques

En tenant compte de l'approche « HBHI », les objectifs spécifiques sont déclinés par pilier.

Pilier 1 : Renforcement du dialogue politique du niveau national et au niveau communautaire

Le pilier 1 « Renforcement du dialogue politique du niveau national au niveau communautaire » consiste à amener les leaders politiques à traduire leurs engagements en actes concrets et en une mobilisation accrue des ressources pour aider à sauver davantage de vies. L'appropriation de ce défi est en grande partie de la responsabilité des pays les plus affectés par le fardeau du paludisme. Ce pilier repose sur quatre principaux axes stratégiques : (i) l'engagement politique, (ii) le plaidoyer institutionnel (iii) la mobilisation des partenaires et (iv) le renforcement de la collaboration multisectorielle.

Il comporte deux objectifs spécifiques : d'ici 2023

- Amener au moins 80% des leaders/décideurs politiques répertoriés de tous ordres (politique, religieux, traditionnel) à poser des actes concrets et tangibles en faveur de la lutte contre le paludisme ;
- Faire augmenter le financement pour la lutte contre le paludisme de 2% par an.

Pilier 2 : Utilisation des informations stratégiques pour l'action

La tendance mondiale actuelle est d'abandonner l'approche qui vise à déployer uniformément toutes les stratégies de lutte dans un même pays. Compte tenu de la diversité épidémiologique entre les régions du Cameroun et au sein même d'une région, l'approche « HBHI » recommande de déployer les interventions de lutte en fonction des strates épidémiologiques. Mais cela devra nécessairement se faire sur la base de données complètes et de qualité existantes. Ainsi le pilier 2 repose essentiellement sur cinq stratégies principales : (i) la surveillance épidémiologique de

routine ; (ii) la surveillance épidémiologique sentinelle ; (iii) le suivi ; (iv) l'évaluation et (v) la riposte aux épidémies.

Les principaux objectifs spécifiques sont, d'ici à 2023 :

- Amener 100% des districts de santé à utiliser les informations de qualité issues de la surveillance épidémiologique de routine pour la prise de décisions ;
- Amener 100% des sites sentinelles à mener des activités complémentaires de surveillance du paludisme ;
- Réaliser au moins 80% des activités de lutte contre le paludisme dans les délais programmés ;
- Réaliser 100% des enquêtes et études des effets et impact des interventions de lutte contre le paludisme ;
- Contrôler 100% des épidémies et situation d'urgence dans les deux semaines suivant leur détection.

Pilier 3 : Principales politiques et stratégies de lutte contre le paludisme

A travers le pilier 3, l'OMS encourage les pays les plus affectés par le paludisme à mettre en place les meilleures interventions qui reposent sur des évidences scientifiques avérées dans les différentes strates épidémiologiques dans leurs contextes. Cette façon de faire doit être continuellement revue et adaptée en fonction de l'expérience de chaque pays et aussi du développement des nouveaux outils diagnostics et de traitement.

Dans le présent PSN, le pilier 3 comprend trois principaux axes stratégiques qui reposent sur : (i) la prévention, (ii) la prise en charge des cas et (iii) la formation et recherche.

Les objectifs spécifiques ont été élaborés dans chacun de ces axes stratégiques :

• Prévention

Les objectifs spécifiques, d'ici 2023, sont les suivants :

- Assurer une couverture d'au moins 80% des femmes enceintes par le Traitement Préventif Intermittent (TPI3) conformément aux directives nationales ;
- Assurer une protection d'au moins 95% des enfants de 03 à 59 mois contre les accès palustres par quatre cycles de prise de SP+AQ dans les districts de santé éligibles à la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) ;
- Assurer une protection d'au moins 95% des enfants de moins d'un an, dans les districts de santé ciblés, contre les accès palustres par le traitement préventif intermittent à la SP (TPIIn-SP) conformément aux directives nationales ;
- Amener au moins 80% de la population générale à dormir sous Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA) ;
- Assurer une protection d'au moins 80% de la population à risque des districts de santé ciblés, par la Pulvérisation Intra- Domiciliaire (PID) ;
- Renforcer les capacités d'au moins 80% du personnel du PNLP et des CTD dans la mise en œuvre de la Lutte Anti-Larvaire (LAL) ;
- Réduire d'au moins 60% le nombre de sites sentinelles où la résistance des vecteurs aux pyréthrinoides est rencontrée.

- **Prise en charge des cas**

Les objectifs spécifiques, d'ici 2023, sont les suivants :

- Tester au moins 80% des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires, services de prestation de soins et dans la communauté, par le TDR ou la GE ;
- Traiter, 100% des cas de paludisme confirmés, conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté ;
- Rendre disponible dans au moins 80% des structures sanitaires et chez les Agents de santé communautaires, de façon permanente, les intrants antipaludiques.

- **Formation et recherche**

Les objectifs spécifiques, d'ici 2023, sont les suivants :

- Former au moins 80% des acteurs des niveaux Central, régional, et districts en gestion des programmes de lutte contre le paludisme ;
- Mener à terme, au moins 80% des sujets de recherches identifiés.

Pilier 4 : Coordination de la réponse nationale

La coordination de la réponse nationale à la lutte contre le paludisme englobe ici la gestion du programme, la gouvernance et la communication pour le développement.

Chacune de ses composantes a été érigée en axe stratégiques et les objectifs spécifiques, résultats attendus et interventions déclinés.

Ainsi on peut noter ce qui suit :

- **Gestion du programme**

L'objectif spécifique, d'ici 2023, est : Mettre en œuvre, au moins 95% des activités planifiées conformément aux procédures de gestion du PNLP.

- **Gouvernance**

L'objectif spécifique, d'ici 2023, est : Respecter les procédures de gestion dans la mise en œuvre de 100% des activités planifiées.

- **Communication pour le Développement (C4D)**

L'objectif spécifique, d'ici 2023, est : Amener au moins 80% des populations y compris les populations spéciales à utiliser les services et les produits de lutte contre le paludisme.

Le tableau XII ci-dessous présente l'ensemble du cadre stratégique.

Tableau 14 : Cadre stratégique

Pilier	Objectifs	Stratégies	Interventions
Pilier 1 : Renforcement du dialogue politique du niveau national et au niveau communautaire	Objectif 1.1: D'ici 2023, Au moins 80% des leaders / décideurs politiques répertoriés de tous ordres (politique, religieux, traditionnel) posent des actes concrets et tangibles en faveur de la lutte contre le paludisme	Stratégie 1.1.1 : Renforcement de l'engagement politique	1.1.1.1: Elaboration d'un document de stratégie de plaidoyer prenant en compte l'approche genre en vue d'obtenir un engagement à tous les niveaux pour l'accélération de la lutte contre le paludisme.
			1.1.1.2: Mise en œuvre du plaidoyer à tous les niveaux sur un paquet intégré des interventions de lutte contre le paludisme
			1.1.1.3: Adoption et mise en application des décisions politiques pour l'accélération de la lutte contre le paludisme sont appliquées.
			1.1.1.4: Renforcement de l'implication des champions
	Objectif 1.2: D'ici 2023, Augmenter le financement pour la lutte contre le paludisme de 2% par an	Stratégie 1.2.1 : Plaidoyer institutionnel	1.2.1.1: Plaidoyer pour augmenter le budget de l'Etat alloué à la santé et la fraction de ce budget allouée à la lutte contre le paludisme
			1.2.1.2: Plaidoyer auprès des groupements patronaux pour augmenter le budget alloué à la lutte contre le paludisme par les entreprises
			1.2.1.3: Plaidoyer pour la prise en compte des interventions la lutte contre le paludisme dans les budgets des CTD
			1.2.1.4: Plaidoyer pour la recherche des financements innovants pour la lutte contre le paludisme
		Stratégie 1.2.2: Mobilisation des partenaires	1.2.2.1: Plaidoyer pour maintenir ou augmenter le nombre les PTF qui financent les activités de lutte contre le paludisme
		Stratégie 1.3.1: Renforcement de la Collaboration multisectorielle	1.3.1.1: Plaidoyer pour l'implication effective des ministères précis dans la lutte contre le paludisme
			1.3.1.2: Plaidoyer pour l'intégration des interventions de lutte contre le paludisme au sein des OSC

Pilier	Objectifs	Stratégies	Interventions
Pilier 2 : Utilisation des informations stratégiques pour l'action	Objectif 2.1 : D'ici 2023, 100% des districts de santé utilisent les informations de qualité issues de la surveillance épidémiologique de routine pour la prise de décisions	Stratégie 2.1.1: Surveillance épidémiologique de routine	2.1.1.1: Renforcement du système de Collecte, transmission et stockage des données
			2.1.1.2: Renforcement de l'Analyse et de l'utilisation des données
			2.1.1.3: Renforcement de l'Assurance qualité des données de routine
			2.1.1.4: Surveillance hebdomadaire du paludisme
	Objectif 2.2 : D'ici 2023, 100% des sites sentinelles mènent les activités complémentaires de surveillance du paludisme	Stratégie 2.2.1: Surveillance épidémiologique sentinelle	2.2.1.1: Renforcement institutionnel et logistique des sites sentinelles
			2.2.1.2: Surveillance entomologique
			2.2.1.4: Surveillance de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques
			2.2.1.3: Surveillance de la prévalence des espèces de Plasmodium
	Objectif 2.3 : D'ici 2023, 80% des activités de lutte contre le paludisme sont réalisées dans les délais programmés	Stratégie 2.3.1: Suivi	2.3.1.1: Suivi des interventions de routine
			2.3.1.2: Suivi des campagnes de masse de lutte contre le paludisme
	Objectif 2.4 : D'ici 2023, 100% des enquêtes et études des effets et impact des interventions de lutte contre le paludisme sont réalisées	Stratégie 2.4.1: Evaluation	2.4.1.1: Evaluation des effets et impact des interventions
			2.4.1.2: Evaluation du Plan Stratégique
	Objectif 2.5 : D'ici 2023, 100% des épidémies et situation d'urgence sont contrôlées dans les deux semaines suivant leur détection	Stratégie 2.5.1: Riposte aux épidémies	2.5.1.1: Préparation de la riposte aux épidémies
			2.5.1.2: Détection précoce des épidémies
			2.5.1.3: Contrôle des épidémies

Pilier	Objectifs	Stratégies	Interventions	
Pilier 3 : Principales politiques et stratégies de lutte contre le paludisme	Objectif 3.1: D'ici 2023, Au moins 80% des femmes enceintes sont protégées par le Traitement Préventif Intermittent (TPI3) conformément aux directives nationales	Stratégie 3.1.1: Administration de la SP pendant les CPN	3.1.1.1: Approvisionnement en intrants pour TPI	
			3.1.1.3: Dispensation de la SP aux femmes enceintes lors des CPN dans les FOSA	
			3.1.1.5: Suivi et Evaluation les activités de la CPN	
		Stratégie 3.1.2: Administration de la SP en communauté	3.1.2.1: Approvisionnement en intrants pour la distribution communautaire du TPI	
			3.1.2.2: Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la distribution communautaire du TPI	
			3.1.2.3: Sensibilisation en faveur de la distribution communautaire du TPI	
			3.1.2.4: Dispensation la SP dans la communauté	
			3.1.2.5: Suivi et Evaluation la dispensation communautaire du TPI	
		Objectif 3.2: D'ici 2023, Au moins 95% des enfants de 03 à 59 mois sont protégés contre les accès palustres par quatre cycles de prise de SP+AQ dans les districts de santé éligibles à la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS)	Stratégie 3.2.1: Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS)	3.2.1.1: Approvisionnement en intrants pour la CPS
				3.2.1.2: Renforcement des capacités des acteurs de la CPS
	3.2.1.3: Dispensation de la SPAQ aux enfants de 03-59 mois lors de la CPS			
	3.2.1.4: Sensibilisation en faveur à la CPS dans les zones ciblées			
	3.2.1.5: suivi et Evaluation les activités de la CPS			
	Objectif 3.3: D'ici 2023, Au moins 95% des enfants de moins d'un an dans les districts ciblés sont protégés contre les accès palustres par le traitement préventif intermittent à la SP (TPIIn-SP)	Stratégie 3.3.1.: Traitement Préventif Intermittent chez les nourrissons (TPIIn-SP)	3.3.1.1: Elaboration d'une politique nationale sur le TPI chez les nourrissons	
			3.3.1.2: Approvisionnement en intrants pour le TPI chez les enfants	
			3.3.1.3.: Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la distribution du TPI chez les enfants	
			3.3.1.4.: Administration de la SP chez les enfants pendant la vaccination de routine	
	Objectif 3.4: D'ici 2023, Au moins 80% de la population générale dort sous Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA)	Stratégie 3.4.1: Distribution en routine des MILDA	3.4.1.1: Approvisionnement en MILDA pour la distribution de routine	
			3.4.1.2: Marketing social	
		Stratégie 3.4.2: Distribution de masse des MILDA	3.4.2.1: Approvisionnement en MILDA pour la campagne de distribution de masse des MILDA	
			3.4.2.2: Renforcement des capacités des acteurs de la campagne de distribution de masse des MILDA	
			3.4.2.3: Distribution de masse des MILDA	
3.4.2.4: Suivi et Evaluation des activités de la Campagne de distribution de masse des MILDA				

Pilier	Objectifs	Stratégies	Interventions
	Objectif 3.5: D'ici 2023, Au moins 80% de la population à risque des districts de santé ciblés est protégée par la Pulvérisation Intra- Domiciliaire (PID)	Stratégie 3.5.1: Pulvérisation Intra-Domiciliaire (PID)	3.5.1.1: Approvisionnement des intrants pour la PID
			3.5.1.2: Renforcement des capacités des acteurs à la mise œuvre de la PID
			3.5.1.3: Pulvérisation des ménages dans les districts ciblés
			3.5.1.4: Communication en faveur de la PID dans les zones ciblées
			3.5.1.5: Suivi et Evaluation les activités de la PID
	Objectif 3.6: D'ici 2023, Au moins 80% du personnel du PNL et des CTD ont des capacités renforcées dans la mise en œuvre de la Lutte Anti-Larvaire (LAL)	Stratégie 3.6.1: Lutte Anti-Larvaire (LAL)	
			3.6.1.1: Renforcement des capacités des acteurs à la mise œuvre de la LAL
	Objectif 3.7: D'ici 2023, réduire d'au moins 60% le nombre de sites sentinelles où la résistance des vecteurs aux pyréthrinoïdes est rencontrée	Stratégie 3.7.1: Gestion de la résistance aux insecticides	3.7.1.1.: Renforcement des capacités des acteurs en surveillance entomologique
			3.7.1.2.: Collecte et Analyse des données sur la résistance aux insecticides
	Objectif 3.8: D'ici 2023, Au moins 80% des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires, services de prestation de soins et dans la communauté sont testés par le TDR ou la GE	Stratégie 3.8.1: Diagnostic biologique du paludisme	3.8.1.1: Approvisionnement en intrants pour le diagnostic du paludisme
			3.8.1.2: Renforcement des capacités les prestataires de soins en matière de diagnostic du paludisme
			3.8.1.3: Mise à jour des documents normatifs sur le diagnostic du paludisme
			3.8.1.4: Assurance qualité du diagnostic biologique du paludisme
	Objectif 3.9.: D'ici 2023, 100% des cas de paludisme confirmés, sont traités conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté	Stratégie 3.9.1: Prise en charge du paludisme dans les Formations sanitaires	3.9.1.1: Approvisionnement en intrants pour le traitement du paludisme
			3.9.1.2: Renforcement des capacités les prestataires de soins en matière de prise en charge du paludisme
			3.9.1.3.: Assurance qualité du traitement du paludisme
		Stratégie 3.9.2: Prise en Charge du paludisme dans le cadre de la mise en œuvre ISDC	3.9.2.1.: Renforcement des capacités des ASC
			3.9.2.2: Approvisionnement / Equipement des ASC
			3.9.2.3: Coordination des activités des ISDC
			3.9.2.4.: Supervision des Activités des ISDC
		Stratégie 3.9.3: Pharmacovigilance	3.9.3.1: Renforcement des capacités des acteurs en Pharmacovigilance
			3.9.3.2: Appui le fonctionnement des comités de pharmacovigilance
	Objectif 3.10.: D'ici 2023, 80% des structures sanitaires et des Agents de santé communautaires	Stratégie 3.10.1: Fonctionnement du SGIL,	3.10.1.1: Renforcement d'un système de gestion d'information logistique intégré des intrants
			3.10.1.2: Renforcement de la logistique de la chaîne d'approvisionnement

Pilier	Objectifs	Stratégies	Interventions
	disposent de façon permanente les intrants antipaludiques	Gestion des intrants et Approvisionnement	3.10.1.3: Renforcement des capacités des acteurs de la chaîne d'approvisionnement
	Objectif 3.11: D'ici 2023, Au moins 80% des acteurs des niveaux Central, régional, et districts sont formés en gestion des programmes de lutte contre le paludisme	Stratégie 3.11.1: Formation	3.11.1.1: Formation initiale 3.11.1.2: Formation continue
	Objectif 3.12: D'ici 2023, Au moins 80% des sujets de recherches identifiés sont menés à terme	Stratégie 3.12.1: Recherche	3.11.1.1: Renforcement du partenariat pour la recherche 3.12.1.2: Recherche sur la transmission du paludisme 3.12.1.3: Recherche sur le comportement de l'homme

Pilier	Objectifs	Stratégies	Interventions
Pilier 4 : Coordination de la réponse nationale	Objectif 4.1: D'ici 2023, Au moins 95% des activités planifiées sont mises en œuvre conformément aux procédures de gestion du PNLP	Stratégie 4.1.1: Gestion de programme	4.1.1.1: Planification
			4.1.1.2: Gestion des ressources humaines et matérielle
			4.1.1.3: Gestion financière
	Objectif 4.2: D'ici 2023, Respecter les procédures de gestion dans la mise en œuvre de 100% des activités planifiées	Stratégie 4.2.1: Gouvernance	4.2.1.1: Coordination
			4.2.1.2: Contrôle et Audit
			4.2.1.4: Archivage et documentation
	Objectif 4.3: D'ici 2023, Au moins 80% des populations y compris les populations spéciales utilisent des services et des produits de lutte contre le paludisme	Stratégie 4.3.1: Communication pour le Développement	4.3.1.1: Communication institutionnelle
			4.3.1.2: communication pendant les campagnes de masse (MILDA, CPS, PID, SASNIM)
			4.3.1.3: Communication sur la disponibilité et l'utilisation des services et produits de lutte contre le paludisme (routine)
			4.3.1.4: Communication en direction des prestataires de soins sur le respect des directives et l'utilisation des services et produits de lutte contre le paludisme
			4.3.1.5: Communication pendant les situations de crise

Chapitre IV : LE CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PSNLP 2019-2023

- Plan de mise en œuvre
 - Pilier 1 : Renforcement du dialogue politique du niveau national au niveau communautaire.
 - Pilier 2 : Utilisation de l'information stratégique
 - Pilier 3 : Principales politiques et stratégies antipaludiques
 - Pilier 4 : Coordination de la réponse nationale
- Modalités d'exécution du plan stratégique
- Budget et le cadre de financement

4. CADRE DE MISE ŒUVRE DU PNLP 2019-2023

4.1. Le plan de mise en œuvre

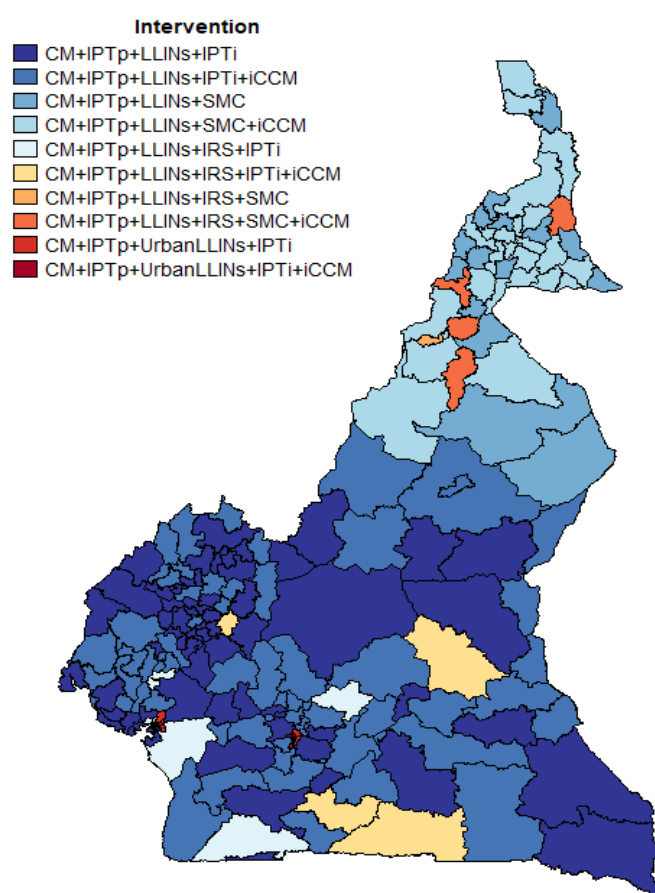
Dans ce PSNLP 2019-2023, la mise en œuvre se fera en tenant compte de :

- L'approche « *High Burden to High Impact* », et des
- Interventions et stratégies de lutte ciblées par strates épidémiologiques du pays.

En effet, pour une meilleure visibilité et surtout pour éviter de mettre en œuvre toutes les interventions dans une approche globale « One size fits all », la mise en œuvre sera explicitée au niveau de chacun des 4 piliers de l'approche « HBHI », ce qui aura l'avantage de mieux faire une gestion axée sur les résultats et surtout de veiller à la redevabilité mutuelle.

La figure n°11 récapitule les interventions et stratégies de lutte par strate épidémiologique.

Figure 15 : Répartition des interventions de lutte contre le paludisme en fonction des strates épidémiologiques



Source : OMS/GMP, 2019

NB : la PID est aussi une intervention de lutte anti vectorielle retenue. Mais elle ne sera appliquée que dans 15 districts ciblés où il existe des données évidentes de résistance aux pyréthrinoïdes et selon la disponibilité des ressources.

Ainsi, le plan de mise en œuvre global est présenté ici en 4 parties distinctes, en fonction des 4 piliers de « HBHI ».

Toutefois, un cadre de mise en œuvre consolidé avec l'ensemble des 4 piliers, sera annexé à ce document.

4.2. Renforcement du dialogue politique du niveau national au niveau communautaire (Pilier 1)

Le recul observé sur les principaux indicateurs de lutte contre le paludisme depuis 2016 traduit l'impact de la diminution des ressources allouées pour cette lutte et indique le besoin réel d'augmenter les ressources pour permettre le pays d'atteindre l'objectif de tendre vers la pré-élimination du paludisme. Le pays ne peut parvenir à cet objectif que s'il fait montre d'un réel engagement politique de la part des décideurs car les ressources dont on a besoin pour atteindre les objectifs fixés sont multiformes. De ce point de vue, la contribution de l'État constitue non seulement une manifestation de cette volonté mais aussi un apport fondamental. Cet engagement politique va se décliner en quatre stratégies :

Objectif 1.1 : *D'ici 2023, Amener au moins 80% des leaders / décideurs politiques répertoriés de tous ordres (politique, religieux, traditionnel) à poser des actes concrets et tangibles en faveur de la lutte contre le paludisme.*

Stratégie 1.1.1 : *Renforcement de l'engagement Politique*

La lutte contre le paludisme est déjà prioritaire dans l'agenda politique. Ceci est évident à travers l'adoption de plusieurs politiques en termes de prévention et de prise en charge telles que la distribution gratuite des MILDA (moustiquaires imprégnées à longue durée d'action) tous les trois ans, l'administration gratuite du Traitement Préventif Intermittent (TPI) chez la femme enceinte depuis 2005 ; l'organisation des campagnes de Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier chaque année ; la gratuité de la prise en charge du paludisme simple et grave chez les enfants de moins de 5 ans ; la réduction des coûts de traitement chez les autres, etc. Toutefois ces efforts méritent d'être accrus au regard des défis qui s'annoncent. A cet effet, il s'avère impérieux de faire un plaidoyer fort pour la prise en compte des besoins réels de la lutte contre le paludisme d'une part et obtenir l'engagement des politiques d'autre part.

Pour fédérer cet engagement politique il serait question d'élaborer un document de plaidoyer qui va décrire le paquet intégré de toutes les interventions de lutte contre le paludisme ainsi que les coûts globaux y afférents. Les actions visant à obtenir l'engagement politique seront consignées dans un document de plaidoyer à l'endroit desdits politiques. Pour s'assurer de la compréhension de ce document, des rencontres directes seront menées à l'endroit des décideurs afin de leur expliquer leurs rôles, les besoins et surtout obtenir leur engagement formel. Des champions seront identifiés à tous les niveaux et seront mis à contribution pour s'assurer que la lutte contre le paludisme reste prioritaire dans l'agenda politique des décideurs. Les résultats attendus sont leur engagement à soutenir toutes les actions de lutte contre le paludisme et l'accroissement des ressources domestiques mobilisées en faveur de la lutte contre le paludisme.

Objectif 1.2 : *D'ici 2023, Augmenter le financement pour la lutte contre le paludisme de 2% par an*

Stratégie 1.2.1 : *Le plaidoyer institutionnel*

L'État finance la santé à hauteur d'environ 210 milliards FCFA chaque année et 4 milliards de ce financement en moyenne est alloué à la lutte contre le paludisme. Le gouvernement mobilise également 20 à 25 milliards FCFA chaque année auprès des bailleurs des fonds, alors que les besoins s'élèvent à près de 60 milliards FCFA en moyenne par an. Ces chiffres indiquent un gap de 50% des besoins à combler. En augmentant le budget alloué à la santé de manière globale et celui destiné à la lutte contre le paludisme, ce gap peut être comblé et permettre d'atteindre plus efficacement les cibles. Un plaidoyer fort devra être mené à l'endroit des politiques afin de les amener à :

- Accroître les fonds destinés à la lutte contre le paludisme dans le budget de l'Etat ;
- Augmenter le budget alloué à la lutte contre le paludisme par les entreprises ;
- Améliorer la prise en compte des interventions la lutte contre le paludisme dans les budgets des CTD et
- Rechercher des financements innovants pour la lutte contre le paludisme.

Sur le plan local cet engagement devra se traduire par l'engagement des collectivités territoriales décentralisées. Il s'agira d'engager les responsables des collectivités territoriales décentralisées premièrement à inscrire dans leurs plans de développement sanitaires les actions de lutte contre le paludisme, deuxièmement de dédier une partie des fonds du volet développement sanitaire aux activités de lutte contre le paludisme et troisièmement de mettre en place des moyens de pérennisation des Interventions sous directives communautaires pour améliorer la couverture en Agents de Santé Communautaires de leurs localités. Pour atteindre cet objectif auprès des responsables de ces collectivités territoriales décentralisées, des réunions seront organisées avec les principaux responsables pour obtenir leur adhésion et leur implication effective.

Par ailleurs, le plaidoyer pourrait engendrer d'autres réformes telles que : prendre des mesures fiscales exonérant les intrants antipaludiques des droits et taxes de douane. Augmenter les cibles bénéficiant de la gratuité des services et produits de lutte contre le paludisme (populations spéciales) ; prendre des mesures pour interdire ou empêcher l'entrée des antipaludiques non-homologués ; mettre à disposition des moyens pour contrôler les actions des prestataires.

Cette augmentation des ressources financières au niveau macro-politique doit également se traduire au niveau national et international avec l'engagement effectif des partenaires de tout bord.

Stratégie 1.2.2 : *Mobilisation des partenaires*

La lutte contre le paludisme implique plusieurs secteurs tant internes qu'externes. Compte tenu des ressources importantes nécessaires pour une lutte efficace, plusieurs acteurs contribuent à la mise en œuvre dans notre pays notamment les partenaires techniques et financiers. Considérant le rôle primordial que jouent ces partenaires pour combler les gaps de financement évoqués ci-dessus, il serait important de maintenir les partenaires déjà engagés et surtout d'engager de nouveaux partenaires dans cette lutte.

L'appui de ces partenaires permettra de mettre en place des mécanismes pour bénéficier de nouveaux financements par la rédaction de nouveaux projets.

L'atteinte des objectifs fixés dans la lutte contre le paludisme est donc tributaire des actions combinées de tous les acteurs d'où le besoin d'une collaboration multisectorielle.

Stratégie 1.2.3 : Renforcement de la collaboration multisectorielle

Plusieurs secteurs institutionnels sont impliqués dans la lutte contre le paludisme notamment, l'environnement, l'agriculture, la décentralisation, la promotion de la famille, les enseignements etc. Afin d'éviter des actions disparates et la dilution des ressources il importe de mettre sur pied des plateformes en charge de coordonner la collaboration multisectorielle en fonction des thématiques à adresser. Il sera donc judicieux de mener un plaidoyer à leur l'endroit des autres ministères et de faire de ces plateformes multisectorielles des instances de prise de décisions et de l'apport de chaque institution pour la lutte contre le paludisme. Le Comité National du partenariat « Roll Back Malaria » (CNRBM) sera l'instance de coordination nationale des actions des différents secteurs en matière de lutte contre le paludisme. D'autres instances telles que l'Instance de Coordination Nationale des subventions du Fonds Mondial servira aussi de mécanisme de coordination des actions du Gouvernement et des partenaires.

Les secteurs apparentés disposent également des démembrements jusqu'au niveau opérationnels. Ces démembrements se déclinent en organisations de la société civile. Ces organisations communautaires devront intégrer les interventions de lutte contre le paludisme dans leurs plans d'action sous l'impulsion de leur tutelle.

Ainsi décliné, l'engagement politique au niveau du pilier 1 se présente comme l'instance charnière devant insuffler toutes les actions planifiées.

4.3. Utilisation de l'information stratégique (Pilier 2)

Objectif 2.1 : *D'ici 2023, Amener 100% des districts de santé à utiliser les informations de qualité issues de la surveillance épidémiologique de routine pour la prise de décisions.*

Stratégie 2.1.1 : Surveillance épidémiologique du paludisme en routine

Les principales composantes du système d'information de routine sur le paludisme seront intégrées dans le Système National d'Informations Sanitaire (SNIS) suivant des recommandations de l'OMS et les directives nationales. Le PNLP participera à la validation des mises à jour et à la production des outils nécessaires. Les données seront saisies aux niveaux des formations et des districts de santé dans le DHIS2. Le PNLP apportera une contribution au fonctionnement de ce système par la mise à disposition au niveau des acteurs de facilités telles que le matériel informatique, le crédit de communication internet, des mesures incitatives à la saisie des données de qualité dans la plateforme DHIS2. Le PNLP apportera également un appui à la formation ou au recyclage des personnes en charge de la gestion des données à tous les niveaux de la pyramide sur l'utilisation des outils mis à jour. Par ailleurs, le PNLP contribuera à l'amélioration de la qualité des données de routine sur le paludisme à travers l'organisation des réunions de validation des données et des audits de la qualité de données.

Un entrepôt de données spécifiques au paludisme sera développé. Les données à conserver proviendront, du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), des campagnes de lutte contre le paludisme (MILDA, CPS, PID, ...), des financements, de la gestion des approvisionnements et des stocks, des enquêtes entomologiques (résistance aux insecticides, bio écologie des vecteurs, ...) , des tests d'efficacité thérapeutique, des données de pharmacovigilance, des données

météorologiques, des enquêtes auprès des ménages, du recensement de la population et de l'habitat.

Les données de routine sur le paludisme seront régulièrement analysées pour générer les informations afin de guider la prise de décision visant à améliorer la mise en œuvre des interventions, et à planifier les nouvelles interventions. Elles seront partagées dans le cadre des rapports semestriel ou rapport annuel du Programme et de la publication des bulletins épidémiologiques trimestriels, semestriels ou annuels.

La surveillance épidémiologique de routine sera renforcée par la mise à jour des documents normatifs sur la surveillance épidémiologique du paludisme (y compris les activités complémentaires dans les sites sentinelles), la mise à jour du profil épidémiologique du paludisme au Cameroun, ainsi que la formation des acteurs à tous les niveaux.

Objectif 2.2 : *D'ici 2023, Amener 100% des sites sentinelles à mener les activités complémentaires de surveillance du paludisme*

Stratégie 2.2.1 : *Surveillance épidémiologique sentinelle du paludisme*

La cartographie des sites sentinelles de surveillance épidémiologique et de recherche opérationnelle sur le paludisme sera mise à jour, sur la base des données de transmission du paludisme. De nouveaux sites de surveillance épidémiologique sentinelle seront créés et mis en place. Le PNLP redynamisera la surveillance épidémiologique sentinelle, afin de disposer des données de meilleure qualité (fiables, complètes et promptes). Elle permettra de collecter les données non collectées par la surveillance de routine dans les formations sanitaires. Cette surveillance couvrira les aspects épidémiologiques, parasitologiques, entomologiques et pharmacologiques. Les sites sentinelles seront équipés et le personnel qualifié sera recruté. Le personnel sera formé sur le diagnostic, la prise en charge, la pharmacovigilance et la surveillance épidémiologique et entomologique. Un recyclage périodique du personnel des sites sera organisé. Les différentes études (efficacité thérapeutique, la transmission, la résistance des vecteurs aux insecticides etc.) seront réalisées périodiquement dans ces sites sentinelles.

Objectif 2.3 : *D'ici 2023, Réaliser au moins 80% des activités de lutte contre le paludisme dans les délais programmés*

Stratégie 2.3.1 : *Suivi des activités*

Le suivi sera effectué par la collecte des données sur la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme en vue de s'assurer de l'implémentation adéquate de ces activités et de la mise en place des actions correctrices. A ce propos, les outils et les procédures adaptés seront vulgarisés à tous les niveaux en vue d'une meilleure harmonisation et d'une cohérence dans la mise en œuvre des activités.

Les supervisions régulières des activités de lutte contre le paludisme par les responsables à tous les niveaux devront permettre le suivi des activités sur terrain et en outre contribuer au renforcement des capacités des acteurs. Le programme devra développer et disséminer les outils y afférents.

Les réunions de coordination semestrielle aux niveaux régional et central permettront d'assurer un suivi régulier des différents plans de travail.

Objectif 2.4 : D'ici 2023, Réaliser 100% des enquêtes et études des effets et impact des interventions de lutte contre le paludisme planifiées

Stratégie 2.4.1 : Évaluation des interventions

L'évaluation des interventions se fera par la conduite ou la contribution du PNLP aux grandes enquêtes auprès des ménages (EDS, MICS, MIS, EPC-MILDA) pour collecter les données en vue de renseigner les indicateurs de résultats (d'effet) et d'impact des interventions d'une part et les enquêtes auprès des formations sanitaires et des ASC pour évaluer la qualité des services.

Objectif 2.5 : D'ici 2023, Contrôler 100% des épidémies et situation d'urgence dans les deux semaines suivant leur détection

Stratégie 2.5.1 : Riposte aux épidémies

Un plan de préparation de la riposte aux épidémies sera élaboré. Les intervenants seront formés sur les stratégies et les techniques de contrôle des épidémies. Les seuils épidémiques seront déterminés par DS. En cas de suspicion d'épidémie par les professionnels de santé ou toutes autres sources, une investigation à l'aide des outils adaptés sera menée pour infirmer ou confirmer l'épidémie. Pendant l'épidémie tous les cas diagnostiqués seront pris en charge gratuitement à l'aide des protocoles en vigueur adoptés par le PNLP. Un comité de coordination sera mis en place à tous les niveaux sous le leadership de l'autorité administrative. Des réunions hebdomadaires seront organisées pour évaluer l'efficacité des mesures mises en place et discuter sur les tendances et les réajustements appropriés à faire.

4.4. Principales politiques et stratégies antipaludiques (Pilier 3)

4.4.1. Axe stratégique prévention

Objectif 3.1 : D'ici 2023, Amener à au moins 80% le taux de couverture du Traitement Préventif Intermittent (TPI 3) chez les femmes enceintes conformément aux directives nationales

Stratégie 3.1.1 : Administration de la SP pendant les CPN

Des quantités suffisantes de SP seront acquises à temps et acheminées dans les Districts et Aires de santé concernés. Le Système d'Information de Gestion Logistique (SIGL) sera renforcé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, et intégrera la gestion des intrants de lutte contre le paludisme et particulièrement au niveau opérationnel pour améliorer la documentation et la collecte exhaustive des données relatives au TPI, et les conditions logistiques d'administration du TPI dans les FOA.

La SP sera dispensée gratuitement aux femmes enceintes lors des CPN dans les FOA. La première dose sera administrée chaque mois dès la 16^{ème} semaine de grossesse.

La remontée des données de la CPN se fera à travers la fiche mensuelle de données. Le suivi et l'évaluation des activités de la CPN seront menées à travers les supervisions de routines à tous les niveaux.

Stratégie 3.1.2 : Administration de la SP en communauté

Les sous activités à mettre en œuvre vont consister à :

- Distribuer la SP en routine et pendant les SASNIM
- Prendre en charge le personnel lors des SASNIM
- Superviser la mise en œuvre de la SASNIM à tous les niveaux

Le rapport annuel 2018, fait état d'une faible fréquentation des femmes enceintes lors des CPN. Dans le cadre de la lutte intégrée, en vue d'inverser la tendance, le programme va se déployer en communauté. Pour se faire, les agents de Santé communautaires vont dispenser le TPI à partir de la deuxième dose. Le TPI1 requiert toujours la compétence du personnel de santé. L'approche de marrainage sera envisagée dans les districts ne disposant pas d'ASC ; Par ailleurs, la sensibilisation en faveur du TPI3 au cours des causeries éducatives sera menée par les ASC pendant les visites à domicile, lors des regroupements des femmes et des jeunes.

La politique d'utilisation des ASC polyvalents pour rapprocher les services de santé des populations est effective au Cameroun. Elle sera capitalisée pour augmenter l'offre du TPI. Les ASC seront formées à l'administration du TPI et à la sensibilisation des femmes enceintes. Les prestataires de soins et les ASC seront formés et accompagnés pour assurer l'intégration du TPI dans le paquet d'activités pour la femme enceinte (PTME, supplémentation en fer, VAT, etc.). Un système de récompense des prestataires et des ASC les plus performants en termes d'accueil, de conseils et de respect de la politique nationale du TPI seront mis en place. Le TPI sera aussi administré lors de la CPN en stratégie avancée.

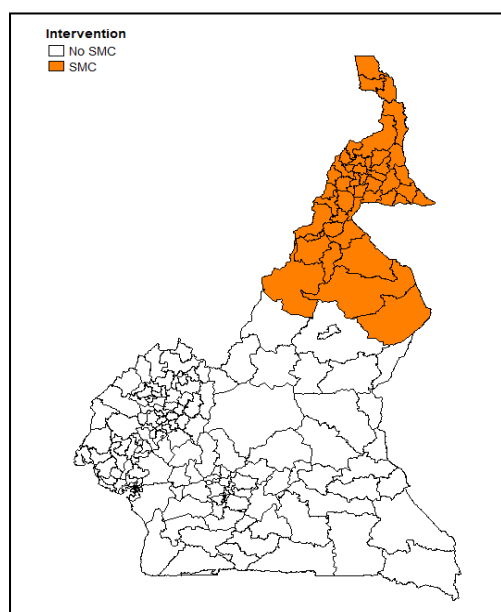
L'approche de la communication interpersonnelle envers les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes sera utilisée pour réduire les cas de refus de la prise de la SP. Celle-ci aussi sera pratiquée lors des visites à domicile par les ASC. La sensibilisation des ménages à l'utilisation du TPI interviendra pendant les campagnes et les activités continues de communication à travers les mass médias. L'implication des leaders d'opinion sera promue par le plaidoyer.

La mobilisation sociale sur la promotion du TPI au niveau communautaire sera assurée par le partenariat avec le MINPROFF, le MINAS, le MINJEC, les ONG et la société civile. Compte tenu du taux de pénétration d'abonnés du téléphone mobile qui est de 80% au Cameroun (Jumia, 2016), une application permettant de rappeler les rendez-vous de CPN sera utilisée pour augmenter la fréquentation en CPN et améliorer le taux de couverture au TPI3.

Une étude pilote de l'administration du TPI chez les enfants sera réalisée dans quelques districts cibles non-CPS, afin de rassembler les évidences pour une éventuelle extension dans d'autres zones non-CPS.

Objectif 3.2 : D'ici 2023, Amener à 95%, le taux de couverture des enfants de 03 à 59 mois protégés contre les accès palustres par quatre cycles de prise de SP+AQ dans les districts éligibles à la CPS

Figure 16 : Stratégie SMC



Réaliser chaque année 04 cycles des campagnes de la Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) dans les districts de santé éligibles des deux régions (Nord et Extrême Nord), et l'étendre à d'autres districts de santé où les conditions de mise en œuvre sont réunies.

Stratégie 3.2.1 : Administration de la SPAQ aux enfants de 03-59 mois dans les districts éligibles lors de la CPS

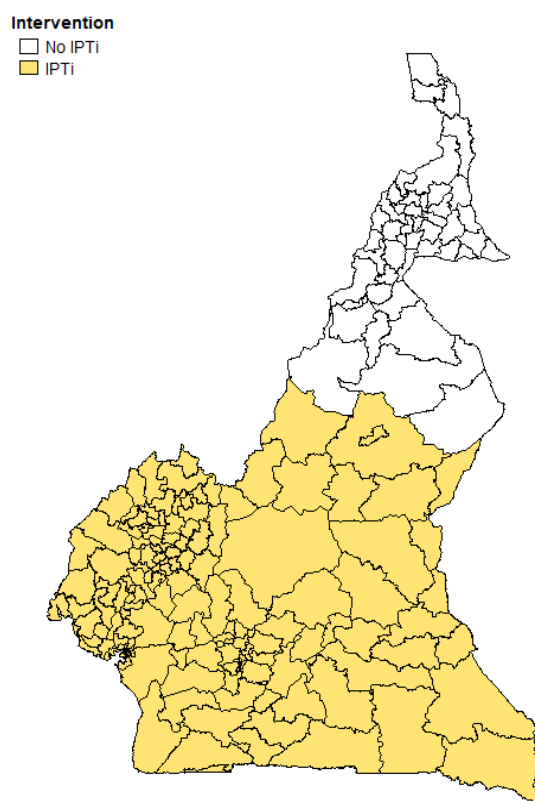
Chaque année, la cartographie des districts de santé éligibles à la CPS sera mise à jour. Les quantités suffisantes de SPAQ seront acquises à temps et acheminées dans les Districts et Aires de santé concernés. Les campagnes de Chimio prévention du paludisme saisonnier seront organisées dans tous les districts éligibles avec l'appui des partenaires au développement. La formation/ briefing des acteurs impliqués sera faite et les supervisions seront assurées pendant les cycles de la campagne. Le renforcement de la pharmacovigilance sera fait. Il sera également réalisé des évaluations portant sur l'efficacité de la SP+AQ, la surveillance épidémiologique, l'enquête post campagne de la CPS.

Objectif 3.3 : D'ici 2023, Amener à 95% le taux de couverture des enfants de moins d'un an, protégés contre le paludisme par le traitement préventif intermittent dans les districts de santé ciblés.

Le Traitement Préventif Intermittent des nourrissons à la Sulfadoxine + Pyriméthamine (TPI-SP) consiste à administrer un schéma thérapeutique complet de SP au moment des visites de vaccination dans le cadre du Programme élargi de vaccination (PEV). Cette administration sera couplée à l'administration des, deuxième et troisième, doses de DTC/Penta3 et aussi lors de la vaccination contre la rougeole. En général, cette administration se fera en accord avec le calendrier vaccinal du PEV, aux âges de 8 à 10 semaines, 12 à 14 semaines et environ 9 mois – pour les nourrissons exposés au risque de paludisme.

Figure 17 :

Figure 18 : Stratégie IPTi



Stratégie 3.3 : Administration de la SP aux enfants de 03-59 mois dans les districts éligibles lors visites de vaccination du PEV (TPIIn- SP)

Les directives nationales sur le TPIIn-SP seront élaborées et la cartographie des districts de santé éligibles pour le TPIIn-SP sera mise à jour régulièrement en fonction des données épidémiologiques et des niveaux de résistance de la SP. Les quantités suffisantes de la SP seront acquises à temps et acheminées dans les formations sanitaires des districts de santé concernés. La formation et la supervision des acteurs impliqués seront faites régulièrement. La pharmacovigilance liée à l'intervention sera intégrée au système national de Pharmacovigilance. La communication sera renforcée pour assurer l'adhésion des prestataires des soins et de la population à l'intervention. Il sera également réalisé des évaluations portant sur l'efficacité de la SP, la surveillance épidémiologique, l'évaluation de l'impact du TPIIn-SP.

Objectif 3.4 : D'ici 2023, Amener au moins 80% de la population à dormir sous Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action

Stratégie adoptée :

- Distribuer gratuitement les MILDA avec du Pipéronyl Butoxide (PBO) et les MILDA de nouvelle génération préqualifiée par l'OMS lors des campagnes de masse et en routine.
- Intensifier les actions de communications afin d'améliorer la possession et l'utilisation de la MILDA au sein des ménages.

Stratégie 3.4.1 : Stratégie de distribution en routine des MILDA

Des MILDA seront quantifiées et annuellement acquises pour la distribution aux femmes enceintes pendant les consultations prénatales dans les FOSA et en stratégie avancée dans la communauté. Les enfants ayant complété leur calendrier vaccinal recevront également une MILDA pendant les activités du PEV/CPS et lors des consultations préscolaires. Les MILDA seront également distribuées lors des Semaine d'Action de Santé de nutrition Infantile et Maternelle (SASNIM). En plus des femmes enceintes et des enfants, les MILDA seront distribués également aux populations spéciales et en tenant compte de l'approche genre. Un dénombrement des espaces de couchage dans les ménages collectifs et des populations spécifiques (orphelinats, internats, hôpitaux, réfugiés, déplacés, nomades, prisons) sera effectué et un nombre équivalent de MILDA sera acquis. Les MILDA seront acheminées dans les Régions et seront livrées aux bénéficiaires sous la coordination des Délégations Régionales de la Santé Publique (DRSP). Les actions des partenaires seront encouragées dans cette stratégie.

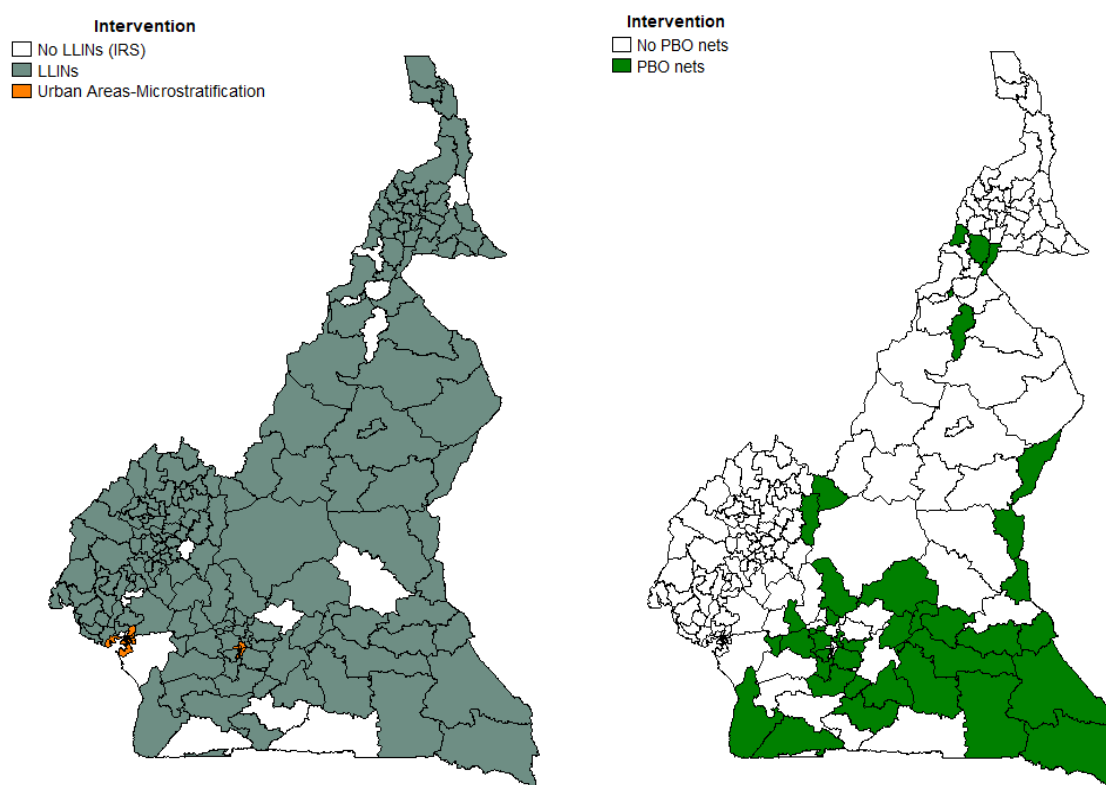
Par ailleurs, la distribution de la MILDA par l'approche marketing social sera encouragée en vue d'améliorer l'offre en MILDA. Les partenaires seront encouragés à subventionner les MILDA pour les rendre financièrement accessibles. La vente promotionnelle par les agences partenaires sera encouragée.

Stratégie 3.4.2 : Distribution de masse des MILDA

Les MILDA seront distribuées gratuitement à la population durant les campagnes de masse. Toutefois, la distribution de masse des MILDA ne sera pas systématique dans les zones urbaines ayant un taux de prévalence faible (< 5%). La stratification de ces zones permettra de mieux cibler la distribution des MILDA.

Deux campagnes nationales de distribution des MILDA vont être organisées respectivement en 2019 et en 2022. La stratégie de 01 MILDA pour deux personnes sera appliquée lors de la distribution.

Figures 19 a et b : Répartition des types d'interventions (a) et de MILD par District sanitaire (b)



Les MILDA à acheter prendront en compte des préférences des populations qui sont collectées lors des enquêtes post campagnes. Par ailleurs, dans les zones où la résistance métabolique a été démontrée les moustiquaires dotées de synergistes en l'occurrence le *Pipéronyl Butoxide* (PBO) ou les moustiquaires de nouvelle génération préqualifiées par l'OMS, seront fournies.

Un contrôle qualité des MILDA sera effectué à la réception, ainsi que le suivi de la durabilité de celles-ci avant leur distribution à la population. Un feedback des résultats sera fait au fournisseur. Les résultats des études sur la durabilité et la bio efficacité des MILDA permettront d'avoir des informations sur la durée de vie efficace.

Afin d'évaluer l'utilisation effective de la MILDA dans la communauté, une enquête post-campagne sera organisée dans un délai d'au moins 6 mois après chaque campagne de distribution des MILDA.

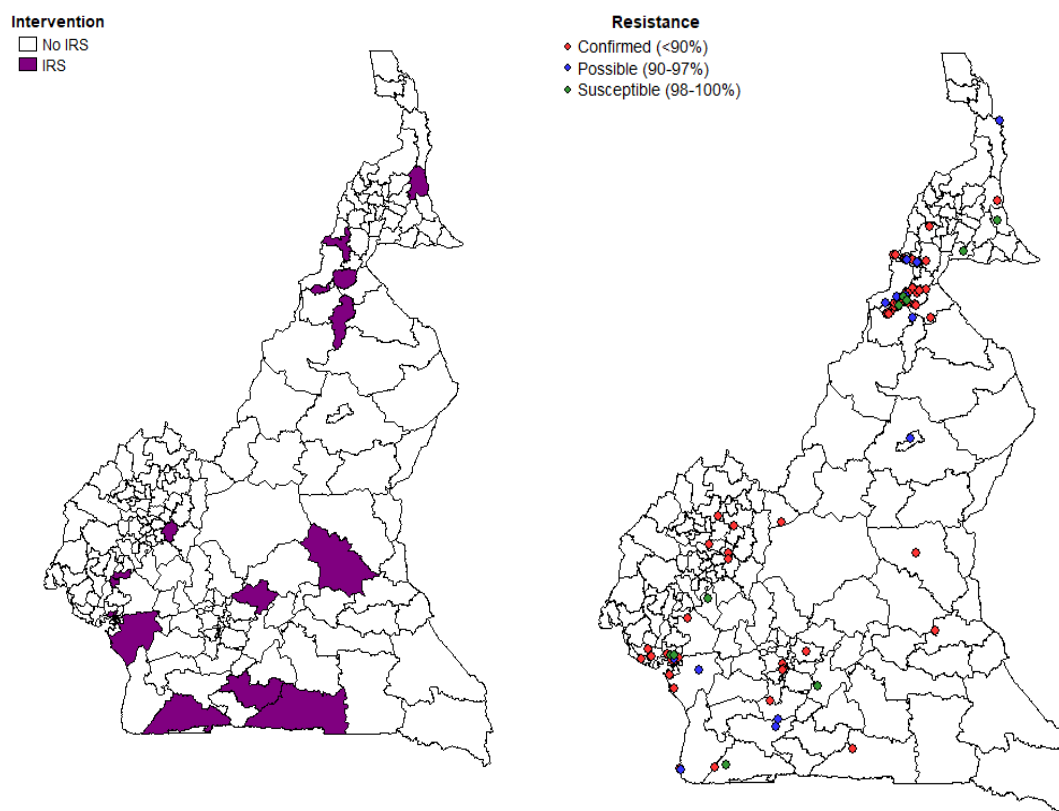
Objectif 3.5 : *D'ici 2023, Amener à au moins 80% le taux de couverture des populations à risque des districts ciblés protégées par la PID*

Stratégie adoptée :

- Sélection les districts ciblés pour bénéficier de la PID
- Réaliser la PID dans les districts où la résistance aux pyréthrinoïdes a été observée, et le nombre de cas de paludisme élevé
- Utiliser dans la mise en œuvre de la PID des insecticides autres que les pyréthrinoïdes
- Intensifier les actions de communications afin de favoriser l'adhésion des populations

Quinze districts de santé ont été ciblés pour la mise en œuvre de la première phase des pulvérisations intra-domiciliaires en fonction du risque élevé du paludisme et du niveau élevé de la résistance des vecteurs aux insecticides.

Figure 20 a et b : Cartographie des sites de mise en œuvre de la PID(a) et des résistances (b)



Stratégie 3.5.1 : Organisation des campagnes PID dans les districts ciblés

Les intrants (insecticide, gants, bottes, combinaisons...) pour la PID seront acquis pour une mise en œuvre de cette intervention dès 2021. Les zones couvertes par la PID ne seront pas couvertes par la MILDA.

Les acteurs de mise en œuvre (les aspergeurs, les superviseurs, chef de groupe, chef d'équipe) seront recrutés et formés à la mise en œuvre de la PID.

Une cartographie et un dénombrement des ménages à couvrir seront réalisés.

Dans les 15 districts éligibles, la PID sera organisée pendant 12 jours et la charge journalière de travail par équipe sera de 15 ménages. Les chefs d'équipe et les chefs de groupes formés assureront la supervision de cette intervention.

Des indicateurs entomologiques (densité anophélienne, agressivité, taux d'infection, taux d'inoculation entomologique...) seront collectés avant et après l'intervention.

Les outils de communication en faveur de la PID seront produits et les messages de sensibilisation seront diffusés avant, pendant et après l'intervention.

Un plan de renforcement des capacités pour la mise en œuvre des acteurs à tous les niveaux y compris les CTD sera développé.

Objectif 3.6 : D'ici 2023, renforcer les capacités du PNLP et apporter un appui technique aux Communautés Territoriales Décentralisées (CTD) dans la mise en œuvre de la lutte anti larvaire (LAL)

Stratégie adoptée :

- Renforcer les capacités du PNLP dans la mise œuvre de la lutte anti larvaire (LAL).
- Apporter un appui technique aux Communautés Territoriales Décentralisées (CTD)

Stratégie 3.6.1 : Renforcer les capacités du PNLP et apporter un appui technique aux Communautés Territoriales Décentralisées (CTD) dans la mise en œuvre de la lutte anti larvaire (LAL)

Le PNLP sollicitera un appui technique pour le renforcement des capacités de son personnel dans la mise œuvre de la lutte anti larvaire (LAL). Le personnel du PNLP participera à des programmes pilotes afin de s'imprégner des différentes étapes dans la mise en œuvre de la LAL (budgétisation des activités de la LAL, acquisition des intrants, cartographie des gîtes larvaires, évaluation de l'efficacité des larvicides en laboratoire et en milieu semi-contrôlé, identifications des larves d'anophèles, gestion des stocks, méthodes de traitement, méthode d'évaluation des traitements, indicateurs de mesures...)

Le personnel formé pourra apporter son appui technique aux Communautés Territoriales Décentralisées (CTD) à travers les ateliers de formations, les campagnes de sensibilisations, de causeries éducatives, dans l'accompagnement du montage des programmes de LAL.

Objectif 3.7 : D'ici 2023, réduire d'au moins 60% le nombre de sites sentinelles où la résistance des vecteurs aux pyréthrinoides est rencontrée

Stratégie adoptée :

Mettre en place des interventions de lutte anti vectorielle dans les sites sentinelles afin de réduire la pression insecticide sur les vecteurs du paludisme.

Stratégie 3.7.1 : Gestion de la résistance aux insecticides

Les documents relatifs à la surveillance entomologique des vecteurs du paludisme seront révisés et un comité de pilotage chargé de la mise en œuvre de la lutte intégrée contre les vecteurs mis sur pied.

Les équipements et intrants (équipements, réactifs etc..) pour la surveillance entomologique et la résistance aux insecticides seront disponibles et permettront de mener les études sur les mécanismes de résistance aux insecticides.

4.4.2. Axe Stratégique prise en charge des cas

Objectif 3.8 : D'ici 2023, Diagnostiquer, à l'aide de la microscopie ou le TDR, au moins 80 % des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires, services de prestation des soins et dans la communauté.

Stratégie 3.8.1 : Diagnostic biologique par la GE et/ou le TDR des cas suspects de paludisme dans les formations sanitaires.

La directive nationale recommande un diagnostic biologique systématique pour tous les cas de fièvre. Le diagnostic est fait dans les formations sanitaires par le personnel de santé ou à domicile par les agents de santé communautaire. Pour atteindre cet objectif, il sera question de mettre à jour ou élaborer et diffuser les documents normatifs. La formation et le recyclage de tous les agents concernés au diagnostic du paludisme (prestataires de soins des FOSA publiques, privées, et dans

les officines, infirmeries d'école, école de formation et ASC) en matière de diagnostic correct sera nécessaire. Il sera question par ailleurs de veiller à un approvisionnement régulier en microscopes fonctionnels, réactifs de laboratoire, Tests de Diagnostic Rapide (TDR) et autres consommables de laboratoire (coton, gants, alcool). Les résultats de la recherche opérationnelle permettront de documenter les évidences sur la performance des TDR en vue d'augmenter son acceptabilité. Le suivi régulier des missions de supervision et des missions de vérification sur sites permettront d'améliorer le respect des directives. La création d'un groupe de travail PEC et la mise en place d'une plate-forme de collaboration permettra de mieux coordonner les activités de prise en charge du paludisme et de partager les leçons apprises. Un plaidoyer sera fait à l'endroit des écoles de formation pour la désignation de points focaux paludisme et pour la prise en compte des nouvelles directives dans les curricula de formation.

Concernant l'approvisionnement en Tests de Diagnostic Rapide, les TDR avec diluant individuels ont été recommandés. Compte tenu des résultats des recherches qui objectivent une recrudescence des autres espèces plasmodiales dans des régions, des TDR Pan et Pf seront commandés. Toutefois, une étude devra être menée dans des sites identifiés pour déterminer la prévalence des autres espèces plasmodiales au Cameroun en vue de mieux quantifier l'acquisition des différents types de TDR.

Stratégie 3.8.2 : Organisation du contrôle qualité du diagnostic biologique par la GE et/ou le TDR des cas suspects de paludisme.

Il sera question de veiller à la qualité de la goutte épaisse et des TDR selon les scores établis par le programme OMS/FIND/CDC/TDR et la qualité des résultats du diagnostic biologique. Un manuel d'assurance qualité a été élaboré et permet de définir par niveau le type de test diagnostic à réaliser en fonction du plateau technique. Ceci pour disposer d'un diagnostic fiable et améliorer la qualité des données dans le contexte de pré élimination. Il sera question de produire et diffuser le dit document à l'effet de rendre opérationnel le système qualité du diagnostic du paludisme au Cameroun. Les compétences du personnel seront renforcées sur le contrôle et l'assurance qualité en matière de diagnostic du paludisme, selon le référentiel GBEA et les normes ISO 15189 et 9001. Ce renforcement des capacités prendra en compte la biosécurité et la biosûreté.

La formation sera faite en cascade. En ce qui concerne le renforcement du programme d'évaluation externe de la qualité, il s'agira de créer un programme pilote. Une cellule de coordination fonctionnelle sera mise en place. Dans le présent plan, il est prévu de renforcer la mise en place du réseau, de mettre en œuvre le contrôle de qualité interne et externe du diagnostic, d'auditer les structures de soins et d'enrôler les structures du secteur privé. Par ailleurs des audits de laboratoire seront régulièrement faits pour l'amélioration continue de la qualité du diagnostic du paludisme. Il est aussi prévu d'appuyer le LANCOME par l'achat du matériel de laboratoire pour faciliter la mise en œuvre de sa mission en ce qui concerne l'assurance de la qualité. Dans le même temps, il sera question de contribuer à l'accréditation de cette structure pour la rendre apte à assumer ses fonctions de qualitiens.

Objectif 3.9 : *D'ici 2023, Traiter 100% des cas de paludisme confirmés, conformément aux directives nationales, dans les formations sanitaires et dans la communauté*

Stratégie 3.9.1 : *Traitement des cas de paludisme confirmés dans les formations sanitaires, établissement de soins publics privés confessionnels conformément aux directives nationales.*

Les documents normatifs devront être mis à jour, produits et diffusés. Il sera utile de continuer le renforcement des capacités et le recyclage du personnel (des prestataires de soins des FOSA publiques, privées, et dans les officines, infirmeries d'école, école de formation) en matière de prise en charge du paludisme. Des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine seront sélectionnées sur la base des profils d'efficacité, de tolérance et d'acceptabilité et seront recommandées pour la prise en charge des cas de paludisme simple. Cependant, en prenant en compte les résultats de l'étude sur la gratuité, et les préférences des prestataires et des bénéficiaires, le guide de PEC sera révisé.

Un atelier de quantification des intrants sera organisé au niveau des 10 régions et un autre au niveau central pour la consolidation avant acquisition des intrants de lutte contre le paludisme et pour la mise en œuvre des ISDC.

A la suite de la production du guide révisé, les modules de formation seront révisés pour prendre en compte l'approche genre et les nouvelles directives. Les formations se feront en cascade pour renforcer les capacités des prestataires de soins à différents niveaux. Par ailleurs, il sera organisé des formations pour les étudiants en médecine sortant, les élèves et étudiants des écoles de formation du personnel paramédical. L'organisation de symposiums dans les chefs-lieux de région avec les écoles de formation du personnel médical et paramédical, et l'appui des firmes pharmaceutique, permettra d'assurer le renforcement des capacités continues du personnel de santé.

Des points focaux Paludisme seront identifiés dans les facultés de médecine et école de formation du personnel médical. Il sera question par la suite de réviser les curricula de formation pour la prise en compte des nouvelles directives de prise en charge du paludisme.

L'organisation de la prise en charge du paludisme simple et grave se fera avec l'appui des hôpitaux de référence et prendra en compte la gestion des comorbidités liées au paludisme et la gestion des décès. Pour ce qui est de la gestion des décès, il sera mis sur pied des comités pour auditer chaque décès dus au paludisme en vue de tirer des leçons. S'agissant de la gestion de comorbidité, un kit composé de plusieurs intrants pour la prise en charge des cas graves avec sera constitué avec l'aide des experts. Les FOSA de référence des niveaux central, régional et de District seront dotés en kits pour s'assurer que les décès dus au paludisme se raréfient. Ces kits seront accompagnés des procédures opérationnelles et standard (POS) pour une harmonisation de la PEC.

Stratégie 3.9.2 : *Prise en charge de tous les cas de fièvre dans le cadre de la PECIME / ISDC communautaire y compris le traitement pré référence des cas de paludisme grave*

La mise à échelle de la prise en charge du paludisme dans la communauté se fait dans le cadre des Interventions Sous Directives Communautaires (ISDC) par des agents de santé communautaires polyvalents formés par le MINSANTE. Ces interventions comportent la promotion de la santé, la prévention et la prise en charge communautaire des affections (Paludisme, Pneumonie, Diarrhée,

Malnutrition, VIH/SIDA), enregistrement des naissances, violence et violence basée sur le genre, vaccination, surveillance des signaux, surveillance des décès maternels, etc.

Les documents de mise en œuvre seront révisés tous les deux ans, y compris les outils de gestion. Les ASC devront être continuellement équipés, approvisionnés et réapprovisionnés en intrants. Des mécanismes pour la pérennisation de cette intervention seront définis et les bonnes pratiques partagées.

Les activités promotrices se feront à travers les causeries éducatives et les visites à domicile.

Les formations, et la gestion des intrants (CTA, Antibiotiques, SRO/Zinc, TDR, etc.) seront faites en collaboration des directions compétentes du MINSANTE en vue d'assurer une réduction significative de la mortalité infanto juvénile. Le guide national d'intégration des interventions sous directives communautaires validé en 2013 avec l'appui de l'OMS et de l'UNICEF détaille les mécanismes de mise en œuvre.

Les ISDC cibleront en priorité les zones éloignées des structures sanitaires ou enclavées. La sélection des sites, la planification des activités, la formation des ASC, l'équipement, la dotation en intrants, la supervision et la coordination constitueront les éléments essentiels de la mise en œuvre. Conformément aux orientations du guide national d'intégration des interventions sous directives communautaires, environ 22 000 ASC (1 ASC pour 1000 habitants) seront nécessaires. Les activités de *mentorship* et de coaching des ASC seront renforcées pour assurer le respect des directives et contribuer à réduire le taux d'attrition. La coordination des ISDC se fera à tous les niveaux par la tenue des réunions de coordination et de task-force.

Un plaidoyer continue sera mener au près des collectivités territoriales décentralisées pour renforcer la participation communautaire.

Stratégie 3.9.3 : Organisation de la gestion de la qualité du traitement du paludisme

La qualité des soins dans les formations sanitaires fera l'objet d'un suivi et d'une évaluation régulière en prenant comme référence le guide élaboré à cet effet. Ce guide générique sera l'objet d'une adaptation locale en vue de son opérationnalisation. Les capacités des acteurs seront renforcées à la gestion de la qualité de la PEC du paludisme. Le *mentorship* et le coaching des prestataires des FOSA permettront d'apporter des mesures correctives eu égard aux manquements qui pourraient être observés.

Des missions régulières seront effectuées dans ces établissements de soins en vue d'évaluer la qualité des soins et d'apporter des mesures correctives eu égard aux manquements qui pourraient être observés. Il sera mis en place avec l'appui des experts et des hôpitaux de référence un système de monitoring pour accompagner les FOSA à atteindre la qualité.

Des missions de contrôle de qualité et des supervisions formatives sur site permettront aussi d'améliorer les performances des FOSA à la PEC du paludisme.

Comme recommandé par le comité RBM, un groupe de travail PEC sera mis en place et son fonctionnement sera assuré par la tenue des réunions trimestrielle de suivi.

En vue de disposer de manière continue d'évidences pour appuyer la nouvelle politique de PEC du paludisme et renforcer l'adhésion des prestataires à la politique nationale, des études et essais seront menées en collaboration avec les instituts de recherche en vue d'une prise de décision basée

sur l'évidence. Ces études porteront sur l'efficacité et la tolérance de molécules utilisées pour la PEC, la satisfaction de clients et les préférences de ces derniers.

Stratégie 3.9.4 : *Renforcement du système de pharmacovigilance*

Un état des lieux de la situation du système national de pharmacovigilance est effectué périodiquement. Les outils de collecte et de transmission des données sur la pharmacovigilance seront produits et disséminés. La détection, la notification et la prise en charge des effets indésirables seront renforcées. Il s'agira de sensibiliser davantage le personnel y compris les ASC à la détection et à la notification de ces effets indésirables. Un système de notification continue sera mis en place en vue de renseigner la base *VigiFlow*. Des outils de surveillance seront produits et distribués aux différents prestataires de soins. Les Points focaux paludisme auront leurs capacités renforcées en matière de pharmacovigilance en vue d'assurer la surveillance des effets indésirables consécutifs à l'administration des antipaludiques. Le module pharmacovigilance fera partie intégrante des modules de formation des prestataires de soins à la PEC du paludisme.

Les capacités des prestataires seront renforcées en pharmacovigilance (PV) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les aspects liés à la pharmacovigilance seront intégrés dans les grilles de supervision du PNLP et dans le plan de communication du PSNLP. Un plaidoyer sera fait pour valoriser la PV à tous les niveaux et des fonds seront mobilisés pour appuyer la PV. Il sera utile de collaborer avec les universités et instituts de recherche. Un partage régulier des résultats de la surveillance devra être fait.

Objectif 3.10 : *D'ici 2023, Améliorer la disponibilité des intrants antipaludiques, de façon permanente, dans 80% des structures sanitaires et dans les communautés.*

Stratégie 3.10.1 : *Renforcement d'un système de gestion d'information logistique intégré des intrants y compris les antipaludiques*

Dans le cadre de ce nouveau PSNLP, il sera question d'appuyer la CENAME à la mise en œuvre d'un SGIL fonctionnel. Les capacités du PNLP devront être renforcées en gestion logistique pour lui permettre de jouer son rôle dans le processus de sélection des produits, la formation ou le recrutement des acteurs, y compris la mise à jour des listes des médicaments essentiels. Des supervisions régulières des acteurs au sein des structures de soins seront faites.

Le SYNAME sera renforcé en moyens logistiques, médicaments antipaludiques et en moyens de diagnostic de qualité, accessibles et à moindre coût. Ceci suppose de rendre fonctionnel et de moderniser le système de gestion de l'information logistique (SGIL). Cela implique la formation et le recyclage régulier du personnel impliqué dans la gestion des intrants à tous les niveaux, la mise à jour régulière des directives et outils de collecte, le renforcement de la coordination et la mise en place d'un système fonctionnel de commande et de suivi des stocks à différents niveaux, y compris dans le secteur privé. Des indicateurs de performance clés permettront un suivi en temps réels. Le fonctionnement du comité de gestion des achats et des approvisionnements sera renforcé par des réunions trimestrielles de coordination des achats et approvisionnements en intrants, qui rassembleront les principaux acteurs de la chaîne.

Un système fonctionnel de commande sera mis en place et sera accompagné de la collecte et du suivi des données de stocks. Les capacités du LANACOME seront renforcées en vue de sa

certification par l’OMS pour assurer la qualité, le processus de certification du LANACOME est en cours, et intègre le paludisme. Des missions de supervision des acteurs du SYNAME et des FOSA, et les vérifications sur site semestrielles dans les FOSA permettront de mieux apprécier la disponibilité et la gestion des intrants.

Stratégie 3.10.2 : Assurer une disponibilité ininterrompue des intrants antipaludiques à tous les niveaux

Il s’agit de renforcer les capacités de stockage et de distribution des structures du SYNAME au niveau central et régional et de rendre fonctionnel le comité de quantification et de suivi des stocks au niveau national et régional. Une instance sera mise en place pour quantifier à différents niveaux les intrants antipaludiques. Dans cette optique, les autres secteurs seront impliqués dans la quantification des approvisionnements en vue de faciliter l’appropriation. Un plaidoyer sera mené en vue d’alléger les procédures d’acquisition des intrants financés par les fonds de l’état.

Dans le cadre de la recherche et de l’innovation, la fabrication et la production locale de nouveaux antipaludiques sera encouragée notamment par des subventions aux instituts de recherche. Un mécanisme de suivi régulier et de coordination du plan d’approvisionnement sera mis en place et les District de santé seront impliqués dans le suivi. En vue de renforcer la logistique et de respecter les délais de livraison des intrants auprès des utilisateurs, des tierces parties en logistiques seront impliquées pendant les grandes campagnes. La coordination sera renforcée avec d’autres programmes pour le suivi des flux entrants et sortants de la CENAME. Il s’agira aussi de renforcer les capacités de la CENAME par la construction d’espaces additionnels, la dotation en moyens logistiques et la mobilisation de fonds pour la logistique reverse. En vue de résoudre les insuffisances constatées dans l’approvisionnement des ASC, il sera mis en place un mécanisme pour faciliter leur approvisionnement.

Stratégie 3.10.3 : Assurance qualité des produits pharmaceutiques

Tout comme pour le diagnostic du paludisme, l’assurance qualité et le contrôle qualité des produits pharmaceutiques en général et des intrants anti paludiques en particulier sera renforcée. Pour ce faire le rôle de leadership du PNLP sera renforcé, pour ce qui concerne sa participation dans la mise à jour de la liste des médicaments et fabricants homologués au Cameroun y compris la mise à jour régulière de la liste de médicaments essentiels et sa diffusion. Il s’agira d’adopter l’utilisation des standards globaux de traçabilité des antipaludiques circulants. Les capacités du LANACOME seront renforcées en matière d’assurance et de contrôle qualité des médicaments et intrants. Il s’agira aussi de participer régulièrement aux missions d’inspection des antipaludiques circulants sur le marché et sensibiliser les autorités en vue de réduire le flux entrant des antipaludiques non homologués. Par ailleurs il sera question de contribuer dans le cadre d’un renforcement du système national de gestion des approvisionnements et de participer aux initiatives régionales de lutte contre les produits falsifiés y compris les antipaludiques. Des échantillons seront régulièrement envoyés dans les labos OMS et il sera question d’entrer en collaboration régionale pour le partage des informations

4.4.3. Axe stratégique formation et recherche

La revue du Plan Stratégique 2014 – 2018 a relevé la nécessité de poursuivre le renforcement des capacités des acteurs de la lutte contre le paludisme dans les différents domaines de la lutte contre le paludisme.

Objectif 3.11 : D'ici à 2023, amener au moins 80% de professionnels de santé, à mettre en œuvre les activités de lutte contre le paludisme conformément aux directives nationales.

Stratégie 3.11.1 : Formation longue durée (formation initiale)

Il consistera à identifier les besoins en formation pour tous les professionnels de santé sur les domaines stratégiques de lutte contre le paludisme. Le PNLP appuiera la mise à jour des modules d'enseignement du paludisme aux étudiants en fin de cycle (médicaux et paramédicaux) sur la prévention, la prise en charge, le suivi évaluation, la communication, gestion. L'activité sera menée en collaboration avec les Universités et écoles de formation.

Le PNLP contribuera aussi à la formation spécialisée du personnel de santé (santé publique, épidémiologie de terrain, parasitologie, entomologie, éthique de la recherche, sciences sociales).

Stratégie 3.11.2 : Formation courte durée (formations continues)

Le PNLP et partenaires mettront à jour régulièrement les manuels de formation de toutes les activités de lutte contre le paludisme (MILDA, CPS, ASC...). Il est prévu la formation de tous les acteurs impliqués dans la prévention, la prise en charge, le suivi-évaluation, la communication et la gestion du programme, conformément aux nouvelles directives de lutte contre le paludisme. Il s'agira spécifiquement des formations sur la pré-élimination, la constitution d'une masse critique de chercheurs (épidémiologistes, entomologistes) et l'organisation des séances de travail sur la CSU à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ceci à travers des formations de courte durée avec les outils et les compétences nécessaires. L'organisation des cours nationaux annuels en paludologie et des symposiums au niveau des universités et grandes écoles de santé permettront d'améliorer la compétence des personnels de santé.

Objectif 3.12 : D'ici à 2023, Renseigner 80% des indicateurs à travers les résultats probants issus de la recherche opérationnelle.

Stratégie 3.12.1 : Recherche opérationnelle.

Ce Plan Stratégique portera davantage sur le renforcement des activités de recherche en faveur de la lutte contre le paludisme. Dans cette perspective, il s'agira de faire un état des lieux de tous les sites sentinelles et satellites, de réaliser des études entomologiques, des études sur l'efficacité thérapeutique des ACT et des TDR, de renforcer la collaboration intersectorielle, le partenariat local et international. Un accent sera mis sur le renforcement des capacités en recherche opérationnelle, ainsi que sur le partage des résultats de la recherche.

Les activités de recherche comprendront :

- Élaboration d'une cartographie de tous les partenaires de la recherche sur le paludisme
- Organisation d'un atelier avec les partenaires pour identifier des besoins de recherche selon les axes stratégiques
- Rédaction des projets de recherche
- Diffusion des résultats de recherche sur le paludisme en collaboration avec les partenaires
- Organisation des comités de revue et évaluation des résultats de recherche sur le paludisme
- Mise en place un système de partage des données des résultats de recherche entre les chercheurs et le PNLP
- Développement d'une cartographie de la transmission du paludisme

- Réalisation d'une étude pilote sur le TPIn-SP dans les sites retenus
- Réalisation d'une étude sur l'évolution des marqueurs moléculaires de résistance des antipaludiques
- Réalisation des études comportementales sur la lutte contre le paludisme
- Capitalisation de l'étude pilote de base sur l'analyse des barrières attribuables à l'égalité et inclusion du genre dans le cadre de la lutte contre le paludisme.

4.5. Coordination de la réponse nationale (Pilier 4)

La coordination de la réponse nationale prend en compte des interventions déclinées dans trois grands axes stratégiques : la gestion du programme, la gouvernance et la communication pour le développement.

Stratégie

Objectif 4.1 : *D'ici 2023, Mettre en œuvre, au moins 95% des activités planifiées conformément aux procédures de gestion du PNLP*

Stratégie 4.1.1 : *Axe stratégique Gestion du programme*

Elle consiste à renforcer le processus gestionnaire du Programme par une bonne planification, une coordination des acteurs, la gestion des coopérations, la mobilisation des ressources y compris le suivi scrupuleux des provisions des ressources émanant des Fonds de Contreparties de l'État, une bonne exécution des activités conformément aux procédures standards de gestion financière et la prise en compte de l'éthique professionnelle et de la gouvernance.

Afin d'accroître la visibilité de la lutte contre le paludisme auprès des autorités, les réunions de coordination à tous les niveaux bénéficieront de la participation des représentants des administrations partenaires: en préparation de l'organisation des grandes campagnes (MILDA, CPS, SASNIM, PID), des grands rendez-vous annuels (Journées Mondiales de Lutte contre le paludisme) et pendant les ateliers de présentations et de validation des PTA annuels qui sont des rendez-vous annuels nécessitant leur implication pour une bonne prise en compte de leurs apports au déroulement des activités.

Par ailleurs, les représentants des secteurs apparentés et des plus hautes autorités (PM, Premières dames, chef de l'état) ainsi que les influenceurs (vedettes, leaders sociaux et sportifs) seront impliqués comme acteurs majeurs dans les réunions préparatoires de la JMLP et des grands événements de marquage de la visibilité et de l'image institutionnelle.

Intervention 4.1.1.1 : *Planification et renforcement des ressources*

Compte tenu des expériences passées, le PNLP se propose de renforcer la planification au centre du management de la lutte contre le paludisme. Il s'agira particulièrement de :

- L'intégration du paludisme dans les documents programmatiques du ministère de la Santé Publique ;
- Le renseignement régulier des indicateurs de lutte contre le paludisme ;
- La promotion de l'utilisation des résultats des enquêtes dans la prise de décision en matière de lutte contre le paludisme.

Les activités retenues pour le déploiement de cette intervention sont :

- L'élaboration du Plan d'Actions prioritaires (PAP) de lutte contre le paludisme (conformément au cadre logique du ministère de la santé publique) ;
- L'élaboration des Cadre de Dépenses à Moyen Terme de lutte contre le paludisme ;
- L'intégration de la lutte contre le paludisme dans le budget programme du Ministère de la Santé Publique ;
- L'élaboration des Plans de Travail Annuel (PTA) du PNLP ;
- L'élaboration des micros-plans par intervention et par axe stratégique et par section programmatique de mise en œuvre des activités.

Intervention 4.1.1.2 : Gestion des ressources humaines et matérielles

Toutes les activités planifiées par le PNLP dans le cadre de ce PSNLP doivent être exécutées. A cet effet, un certain nombre d'actions doivent être menées. Il s'agit essentiellement de :

- Assurer la Mobilisation des ressources pour le financement des activités du PSNLP ;
- Élaborer/Réviser les documents des normes et directives y compris le plan de documentation et archivage ;
- Diffuser/Vulgariser les documents des normes et directives ;
- Maintenir/Recruter des nouveaux personnels qualifiés conformément au nouvel organigramme ;
- Former/Recycler tous les personnels aux nouvelles directives ;
- Renforcer les capacités des responsables du programme au niveau central et régional sur la prise en compte des aspects genres dans les composantes de la lutte contre le paludisme ;
- Revaloriser les salaires/primes des personnels à tous les niveaux ;
- Acquérir les ressources planifiées ;
- Organiser annuellement au niveau central des réunions de partenariat multisectoriel sur les avancées de l'implication de l'approche genre dans la lutte contre le paludisme. Cette activité sera planifiée au niveau des 10 régions. Des directives de coordination à travers les notes de services, les circulaires et autres moyens de communication interne seront planifiées afin que le respect de la parité genre soit une mesure dans la mise en œuvre et la participation aux activités de lutte contre le paludisme. Les recommandations en termes d'implication et d'implémentation des indicateurs de l'approche genre dans la mise en œuvre des activités seront pris en compte ainsi que les clauses de suivi.

Intervention 4.1.1.3 : Gestion financière

L'amélioration du taux d'exécution du budget du PNLP passe par :

- L'amélioration de la maturation des projets ;
- La formation des acteurs de la chaîne des dépenses aux procédures d'exécution des budgets quel que soit la source de financement ;
- La densification des contrôles internes ;
- L'intégration de la supervision financière dans le cadre général de supervision des activités du programme.

Pour maximiser la consommation des fonds alloués à la lutte contre le paludisme au Cameroun, le programme mettra en œuvre :

- des procédures standards de gestion financière à tous les niveaux ;
- la formation des acteurs de la mise en œuvre aux procédures de gestion financière ;
- l'audit annuel des comptes des acteurs ;
- la supervision financière régulière des activités de lutte contre le paludisme.

Axe stratégique Gouvernance

La gouvernance a pour but d'appuyer l'atteinte des objectifs du programme à travers la promotion et l'appui sur les normes et procédures dans la mise en œuvre des activités. Elle prend en compte le cadrage, la normalisation et la mise en œuvre des procédures d'audit, de contrôle de gestion des activités d'une part et enfin la procédure de la documentation et l'archivage des activités menées.

Objectif 4.2 : *D'ici 2023, Respecter les procédures de gestion dans la mise en œuvre de 100% des activités planifiées*

Stratégie 4.2.1 : Gouvernance

Intervention 4.2.1.1 : Coordination et coopération

L'efficacité de la gestion du programme tiendra de la mise en œuvre des activités de manière coordonnée par l'ensemble des acteurs institutionnels. Pour cela, des activités de coordination tant au niveau central que périphérique doivent être mise en œuvre. Ces activités concernent les centres d'intérêt suivants ;

- Actualiser les TDR des TASK FORCE à tous les niveaux en prenant en compte les autres programmes ;
- Tenir des réunions de coordination à tous les niveaux (hebdomadaire, mensuelle, semestrielle et annuelle selon les niveaux) ;
- Mettre en œuvre des partenariats multisectoriels en faveur de la lutte contre le paludisme
Suivre le fonctionnement du réseau fonctionnel d'échanges d'informations entre les parties prenantes et les secteurs partenaires (réseau social, site web, plateforme d'échange...).

Intervention 4.2.1.2 : Révision et diffusion des normes et procédures

La gouvernance dans le système de fonctionnement du programme adresse l'adaptation des activités promues aux normes et procédures standards. Les activités à mener qui sont planifiées dans ce cadre ont pour point d'ancrage de :

- Réviser tous les documents des procédures en vigueur ;
- Suivre le respect de la mobilisation des ressources de la contrepartie nationale ;
- Diffuser tous les documents des procédures révisés à tous les niveaux, et ;
- Former tous les acteurs à l'utilisation des documents des procédures révisées.

Intervention 4.2.1.3 : Contrôle

Le **contrôle opérationnel** sera mis en œuvre comme système de gouvernance dans la coordination des activités du programme. Il se fera dans le cadre du renforcement du contrôle interne par des missions de supervisions financières

Dans l'environnement économique du pays, il importe pour améliorer la crédibilité du PNLP, d'engager un ensemble d'actions visant l'amélioration de la gouvernance du programme.

Il s'agira, entre autres de :

- Améliorer le contrôle interne et externe du programme ;
- Impliquer d'avantage les structures nationales de contrôle de la gestion des finances publiques ;
- Sensibiliser les acteurs de la chaîne de dépenses à l'éthique dans la gestion des ressources publiques.

Les activités comprennent entre autres le contrôle régulier de tous les services de gestion des finances ; la supervision des structures impliquées dans les dépenses publiques ; la tenue des réunions de sensibilisation à la gestion efficace des ressources financières du programme ; la sanction des responsables indécents.

Intervention 4.2.1.4 : Audit

Dans le même cadre de l'implémentation de la gouvernance du système de coordination, les opérations d'audit permettront d'asseoir la fluidité et le respect des normes dans la mise en œuvre des actions. Le plan d'exécution des activités intègre les activités et mécanismes d'audit selon les contours suivants :

- Effectuer trimestriellement des missions d'audit interne ;
- Effectuer annuellement des missions d'audit externe.

Intervention 4.2.1.5 : Revue et évaluation du programme

La gouvernance dans la mise en œuvre des activités du programme prend en compte la revue évaluation du système. Cette intervention s'articulera autour de l'implémentation d'un certain nombre d'activités, notamment :

- La revue à mi-parcours du programme, et ;
- L'évaluation finale du programme.

Intervention 4.2.1.6 : Archivage et documentation

L'archivage et la documentation accompagneront le système de gouvernance du programme à travers la mise en œuvre d'un plan d'archivage et la sécurisation de toute la documentation du programme.

Axe stratégique Communication Pour le Développement

Objectif 4.3 : D'ici 2023, Amener au moins 80% des populations y compris les populations spéciales à utiliser les services et les produits de lutte contre le paludisme

A la suite de la Revue à mi-parcours du volet Communication pour le développement du PSNLP 2014-2018, il a été relevé des faiblesses évoquées dans l'état des lieux aussi bien en ce qui concerne le plaidoyer, la communication pour le changement de comportement, la mobilisation sociale, ainsi que le marketing social et le partenariat.

Ces faiblesses ont donné lieu à une analyse profonde, de laquelle des recommandations ont été formulées dans le but d'améliorer la conception et la mise en œuvre des orientations stratégiques

de la communication en faveur de la lutte contre le paludisme dans le PSNLP 2019-2023. S'inscrivant en droite ligne des recommandations de la revue en mi-parcours du PSNLP 2019-2023, les actions de communication en faveur de la lutte contre le paludisme pour cette période doivent tenir compte des orientations stratégiques. Les axes stratégiques retenus pour ce plan sont : le plaidoyer, la mobilisation sociale, la communication pour le changement de comportement, le renforcement des capacités, le partenariat /coordination, le marketing social et le suivi-évaluation. Ces stratégies faciliteront l'élaboration des plans d'action à tous les niveaux.

Plus incisive et organisée, la Communication pour le Développement aura comme socle de base la redéfinition des axes et des approches autour du volet institutionnel, des grandes campagnes de masses, de la disponibilité d'une part et d'autre part de l'utilisation des services et produits de lutte contre le paludisme et du ciblage des prestataires de soins pour le respect des directives nationales et l'utilisation des services et de produits de la lutte.

Stratégie 4.3.1 : Communication pour le Développement

Intervention 4.3.1.1 : Communication Institutionnelle

La communication pour le développement n'a jusqu'ici pas intégré l'incidence de la notoriété et l'image institutionnelle du Programme dans l'atteinte des résultats de la lutte contre le paludisme. Dans ce cadre, une restructuration des priorités communicationnelles amène à intégrer la communication sur la notoriété et l'image du programme comme intervention dans la stratégie de communication pour le développement.

La mise en œuvre du plan de communication du PSNLP devra intégrer une stratégie pour susciter et accroître la notoriété et l'image du Programme ; la connaissance du programme et de ses missions par les publics cibles et générer une forte image de marque vis-à-vis de l'ensemble des acteurs institutionnels et de ses partenaires d'appui. Les activités ci-après seront menées :

- Le recyclage des publics institutionnels de la lutte contre le paludisme sur la vision de la notoriété et de l'image institutionnelle du programme et de ses missions ;
- La production des supports inducteurs de la notoriété du programme et de ses actions en directions des populations ;
- La production et la diffusion des outils, canaux et messages de la lutte contre le paludisme et du programme qui l'incarne à travers divers médias ;
- La vulgarisation des activités, des missions et des grandes actions de la lutte contre le paludisme dans tous les canaux de communication ;
- La production des supports d'information sur les activités, les missions et l'image de marque de la lutte contre le paludisme en faveur des populations ;
- La vulgarisation de toutes les activités menées à travers divers médias y compris événementiels pour susciter plus d'adhésion aux services et produits de lutte contre le paludisme et générer des nouveaux partenariats.

Intervention 4.3.1.2 : Communication pendant les campagnes de masse (MILDA, CPS, PID, SASNIM)

Les grandes campagnes de masse en faveur de la lutte contre le paludisme doivent bénéficier des stratégies de communication d'appoint. Du fait de leur impact sur les indicateurs de la lutte contre le paludisme, il s'agit de mettre un accent sur une communication spécifiquement à part qui contribuera à booster les indicateurs. Ces activités seront meublées autour de :

- L'événementiel autour des grandes campagnes (grandes cérémonies de mobilisation sociale ; cérémonie de lancement, conférence, points et dossiers de presse) préalablement à toutes les grandes campagnes dans la lutte contre le paludisme ;
- Le plaidoyer en direction des autorités et leaders à tous les niveaux en faveur de l'implication et la prise en compte des enjeux des grandes campagnes dans la lutte contre le paludisme ;
- La CIP à travers les mobilisateurs sociaux, les crieurs publics dans toutes les aires de santé lors des grandes campagnes de masses ;
- La mobilisation sociale lors des grandes campagnes de masse ;
- La communication de masse à travers les mass-médias et les médias communautaires pendant les grandes campagnes de masse ;
- La communication dans les nouveaux médias et les TIC pendant les grandes campagnes de masse ;
- La sensibilisation communautaire dans les aires de santé pendant les grandes campagnes dans la lutte contre le paludisme ;
- Toute autre forme de communication innovante et de nature à susciter plus de mobilisation des acteurs et des populations bénéficiaires pendant chaque grande campagne de masse en faveur de la lutte contre le paludisme.

Intervention 4.3.1.3 : Communication sur la disponibilité et l'utilisation des services et produits de lutte contre le paludisme (routine)

Se basant sur les leçons apprises, les recommandations et évidences des récents PSNLP, les activités de sensibilisation seront centrées sur des défis nouveaux :

- La diversification des canaux de diffusion : médias de masse y compris les nouveaux médias, secteur éducatif, CTD et les groupes organisés...etc.
- L'implication de nouveaux acteurs : CTD, télécommunication, groupes organisés, et l'utilisation des autorités et leaders sociaux comme prescripteurs dans les messages ;
- L'intensification de la sensibilisation à travers tous les média traditionnels (ASC, promotion des artistes traditionnels : bardes, aèdes, romanciers... etc., les nouveaux médias (télécoms, réseaux sociaux), et surtout, tous les médias classiques : radios, télé, presse, cinéma, affichage, panneaux, etc. ;
- L'utilisation de toutes les formules de communication : microprogrammes, spots, théâtres, chansons...Etc.
- L'intensification de la sensibilisation des acteurs du secteur privé lucratif ;
- L'élaboration et diffusion d'un guide d'émission et d'intervention audio-visuelle des leaders d'opinions ;
- Mise en œuvre de la stratégie " Divertir pour mieux éduquer" à travers l'élaboration des supports audiovisuels (dessin animé, clip chanson) en faveur de la lutte contre le paludisme.

La CIP dans cette logique permettra d'intensifier et innover à travers l'implication des CTD et des groupes organisés dans la mobilisation des ASC et des ressources additionnelles pour faire face à l'endémie afin d'améliorer la couverture nationale des ISDC,

Aussi, une nouvelle cartographie des publics cibles, des ateliers pour valider les messages des activités de routine et les adapter aux exigences d'efficacité pour tous canaux et supports, y compris les TIC et la téléphonie mobile seront organisés.

L'approche sur l'utilisation aura les mêmes défis que la sensibilisation sur la disponibilité des services et produits de lutte contre le paludisme. Elle prendra en compte la diversité des canaux (médias de masse et nouveaux médias, CTD, secteur éducatif, médias traditionnels la CIP), procédera à la révision des outils de sensibilisation et au briefing des communicateurs locaux (crieurs), des ASC sur l'utilisation des services et des produits de lutte contre le paludisme.

Des supports de sensibilisation seront produits et mis à la disposition du secteur éducatif, des crieurs publics, des CTD afin d'appuyer la dynamique de sensibilisation sur l'utilisation des services et produits de lutte contre le paludisme.

Les activités de mobilisation sociale permettront à la communauté de s'impliquer et de s'approprier la mobilisation en faveur de la lutte contre le paludisme. Ces activités de mobilisation sociale seront plus organisées, coordonnées et incisives.

Un autre volet de la C4D permettra de : Inscrire les activités de lutte contre le paludisme dans les grands événements du pays (CAN, JIF, Fête de la Jeunesse etc.) ; former les responsables du staff des OSC au marketing des services et produits du PNLP ; vulgariser auprès des prestataires de services l'utilisation des Test de diagnostic Rapide et des autres produits de lutte contre le paludisme ; susciter des rencontres de promotion de la demande et de la prestation des services avec des assemblées communautaires inclusives réunissant les leaders (chefs traditionnels, religieux, OBC, associations de femmes et chefs de famille), les ASC et les prestataires traditionnels (matrones, accoucheuses, tradi-thérapeutes) et ou les résidents.

Il s'agira tout aussi de mener des activités de marketing des services du PNLP auprès des prestataires et du public cible, et former et doter les prestataires traditionnels en TDR pour l'offre des services en réponse au paludisme.

Objectif 4.3.2 : *D'ici 2023, Faire adopter à au moins 80% des prestataires de santé les comportements, attitudes et pratiques en faveur de la lutte contre le paludisme*

Intervention 4.3.2.1 : *Communication en direction des prestataires de soins en faveur du respect des directives nationales et de l'utilisation des services et produits de lutte contre le paludisme*

Les prestataires de soins représentent une cible sensible dans la conjugaison des efforts en vue de l'atteinte des objectifs de la lutte contre le paludisme. A ce titre, des activités spécifiques de communication doivent adresser leur implication à savoir leur sensibilisation pour le respect des directives nationales de la lutte contre le paludisme et leur sensibilisation pour l'utilisation des services et produits de lutte contre le paludisme.

Plusieurs actions seront mises en œuvre dans le cadre de ces missions :

- Mener une enquête sur les attitudes et les comportements des prestataires de soins en faveur de la lutte contre le paludisme ;
- Élaborer, produire et disséminer un document de stratégie de communication en direction des prestataires de soins pour l'adoption des attitudes et comportements favorables à la lutte contre le paludisme ;

- Briefer les prestataires de soins pour l'adoption des attitudes et comportements en faveur de la lutte contre le paludisme ;
- Organiser des réunions de plaidoyer ciblant les responsables des groupements professionnels des prestataires en faveur du respect des directives nationales et de l'utilisation des services et produits de lutte contre le paludisme ;
- Élaborer, produire et disséminer des supports et outils de communication en faveur du respect des directives nationales et de l'utilisation des services et produits de lutte contre le paludisme ;
- Documenter et partager la mise en œuvre de la sensibilisation en faveur du respect des directives nationales et l'utilisation des services et produits de lutte contre le paludisme ;
- Suivre, évaluer, documenter et disséminer la mise en œuvre de la stratégie de communication pour l'adoption des attitudes et comportements des prestataires de soins en faveur de la lutte contre le paludisme ;
- etc.

Les activités de communication bénéficieront d'un suivi et des évaluations périodiques. Les évaluations comprendront des enquêtes sur les comportements des prestataires et des populations en rapport à l'utilisation des services et produits de lutte contre le paludisme. Ainsi, des enquêtes CAP seront menées auprès des prestataires et des populations ainsi que des études sur la couverture des médias et des canaux. En plus, le plan de communication sera évalué.

Intervention 4.3.2.2 : Communication pendant les situations de crise

Pour mieux lutter contre les épidémies de Paludisme, il est envisagé, entre autres priorités, le renforcement des activités de Communication à l'endroit de toutes les parties prenantes dans la lutte. Il faut renforcer « l'information et la communication par la mise en place d'une stratégie de communication de crise, le développement d'un plan de plaidoyer et la réadaptation du plan de communication en appui au PNLP » dans le cadre du plan de riposte aux épidémies.

Le développement du Plan de communication en appui aux activités du PNLP, est une nécessité avant de lancer les campagnes de distribution de masse des MILDA dans le pays et la pulvérisation intra-domiciliaires (PID) dans les zones déjà ciblées au cours de la mise en œuvre de ce plan stratégique 2019-2023.

4.6. Les modalités d'exécution du plan stratégique

4.6.1. Mécanismes de planification et de mise en œuvre

4.6.1.1. Organigramme et structure de mise en œuvre

La structure du Programme National de Lutte contre le Paludisme est déterminée par arrêté ministériel N°0341/MSP/CAB du 1^{er} août 2002. Le programme est structuré en trois niveaux :

- le niveau central, structure d'élaboration des normes et stratégies, est composé de Comité National « Roll Back Malaria », dont l'organe technique est le Groupe Technique Central ;
- le niveau intermédiaire ou le Groupe Technique Régional de lutte contre le paludisme (GTRLRP). Le GTRLRP est placé sous l'autorité d'un Coordonnateur qui assure la conformité de la mise en œuvre des interventions. Ces interventions de lutte contre le

paludisme feront partie intégrante des activités de la Délégation Régionale de la Santé Publique.

- le niveau périphérique, où les activités de lutte contre le paludisme sont intégrées dans le fonctionnement normal du district de santé. L'équipe cadre assume la responsabilité d'offrir les services de soins de base selon les dispositions du document de stratégie de renforcement du système de santé (SRSS). Dans la planification et la mise en œuvre des interventions, le PNLP bénéficie d'un appui des partenaires qui mettent à la disposition du programme des ressources humaines, financières et matérielles conformément à leur mandat. Au cours de sa revue annuelle, le PNLP et ses partenaires font le bilan des appuis en termes de temps dédié et des moyens mis à disposition, ainsi que le lien avec les résultats obtenus.

4.6.1.2. Coordination de la planification

La planification annuelle des activités de lutte contre le paludisme au Cameroun se fait à différents niveaux de la pyramide sanitaire en tenant compte des plans de développement sanitaire à chaque niveau. Au niveau opérationnel, chaque District de Santé élabore un Plan de Travail Annuel (PTA) incluant les activités de lutte contre le paludisme tenant compte des besoins spécifiques identifiés. Les PTA des Districts de Santé sont validés et consolidés au niveau des Délégations Régionales de la Santé Publique. Au niveau national un PTA intégré est également élaboré en harmonie avec les PTA des Régions et le PSN de lutte contre le paludisme. L'ensemble du processus est coordonné par le Comité National Roll Back Malaria. Le Comité National Roll Back Malaria (CNRBM) adoptera les Plans de Travail Annuel préparé par le Groupe Technique Central du PNLP, mobilisera les ressources nécessaires à leur mise en œuvre.

4.6.1.3. Renforcement des capacités

A la suite des lacunes identifiées au cours des revues périodiques, un plan de renforcement des capacités du personnel à tous les niveaux sera élaboré chaque année. Un accent particulier sera mis sur certains domaines clés notamment le diagnostic clinique et biologique, l'entomologie, la gestion des approvisionnements et des stocks, l'utilisation rationnelle des médicaments, ainsi que la gestion des données.

4.6.1.4. Partenariat et modalités de coordination

La coordination des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme se fait à travers les réunions du Comité National RBM tant au niveau national que régional/provincial. Au niveau national et régional cette rencontre est présidée par le Ministre de la Santé Publique ou le Délégué Régional de la Santé. Un deuxième mécanisme de coordination au niveau national est constitué par les réunions hebdomadaires du personnel du Programme et des réunions périodiques des groupes thématiques sous le leadership du PNLP.

4.7. Le budget et le cadre de financement

Le budget total du PSN 2019–2023 s'élève à 353 323 870 816 FCFA (Trois Cent Cinquante Trois Milliards Trois Cent Vingt-trois Millions Huit Cent Soixante-dix Mille Huit Cent Seize FCFA) soit un coût total par habitant de 13 194 FCFA par habitant par an (22 US\$).

Résumé du budget par pilier : Tableau XIII et Figure N° 11

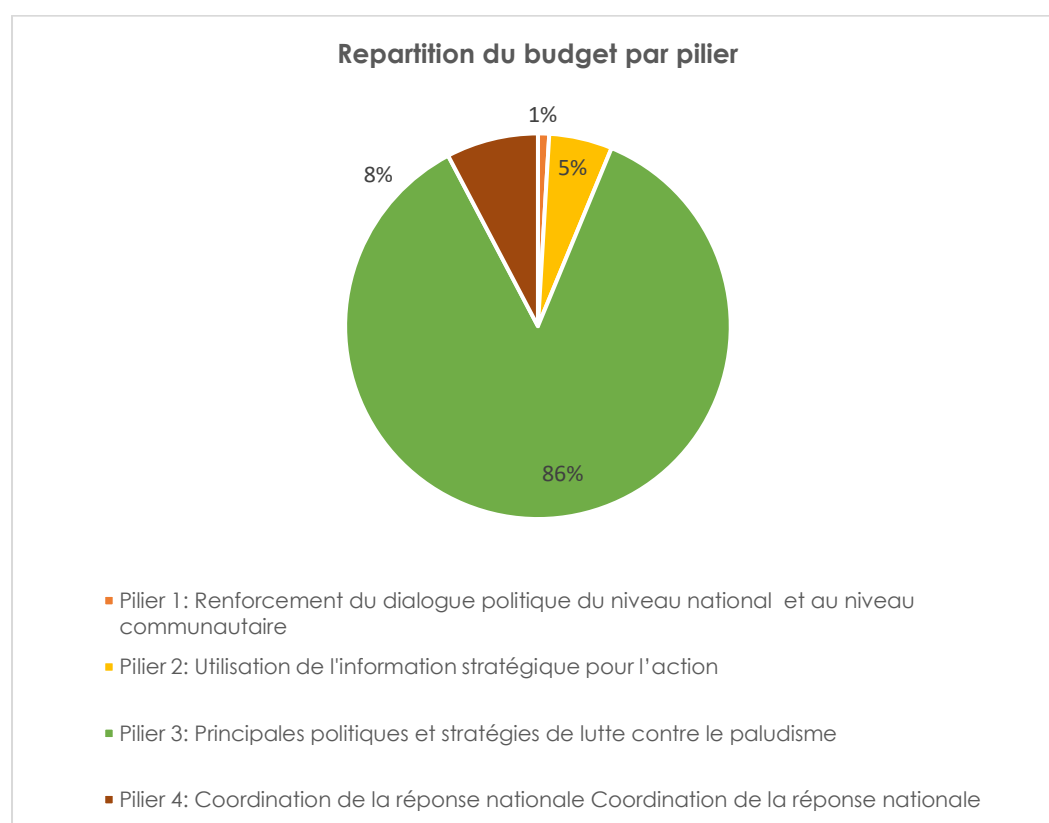
L'analyse du budget, en fonction des 4 piliers de l'approche « HBHI » (Tableau XIII), montre :

- Le Pilier 1 « Engagement politique » représente 1% du budget total
- Le Pilier 2 « Utilisation stratégique de l'information » : représente 5% du budget total
- Le Pilier 3 « Principales politiques et stratégies antipaludiques » ; représente 82% du budget total
- Le Pilier 4 « Coordination de la réponse nationale ». représente 12% du budget total.

Tableau 15 : Répartition du budget par pilier et par an.

Piliers	Budget de l'année 1	Budget de l'année 2	Budget de l'année 3	Budget de l'année 4	Budget de l'année 5	Total	% pilier par rapport au budget global
Pilier 1: Renforcement du dialogue politique du niveau national et au niveau communautaire	463 400 000	1 102 366 980	489 591 041	764 290 132	498 804 772	3 318 452 925	1%
Pilier 2: Utilisation de l'information stratégique pour l'action	2 076 816 000	4 456 795 947	3 875 364 939	3 690 870 124	4 633 769 778	18 733 616 788	5%
Pilier 3: Principales politiques et stratégies de lutte contre le paludisme	66 193 720 072	41 997 561 877	44 009 445 102	96 654 947 970	55 158 718 786	304 014 393 808	86%
Pilier 4: Coordination de la réponse nationale Coordination de la réponse nationale	5 053 734 000	5 283 771 633	4 945 767 277	6 950 379 357	5 023 755 028	27 257 407 295	8%
Total général	73 787 670 072	52 840 496 437	53 320 168 360	108 060 487 583	65 315 048 364	353 323 870 816	100%

Figure 21 : Résumé du budget par catégorie



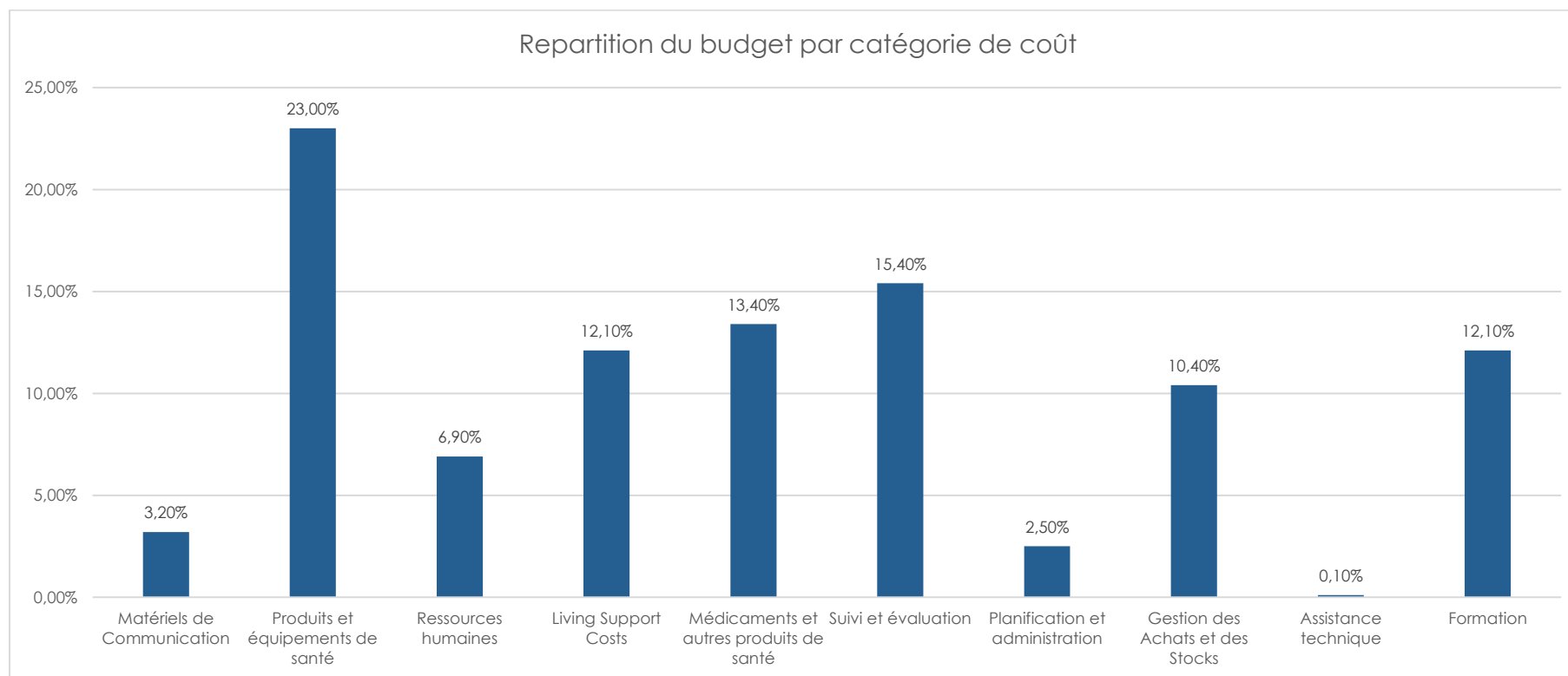
L'analyse du budget en fonction des catégories de coût montre que :

- Les médicaments, les produits de santé et la gestion des stocks et achats représentent près de la moitié du budget (47%) ;
- Le renforcement des capacités et les ressources humaines représentent 12,1% ;
- Le suivi et évaluation représente 15,4% ;
- Les matériels de communication représentent 3,2% ;
- L'administration et la planification représente 2,5% et L'assistance technique représente moins de 0,1%.

Tableau 16 : Répartition du budget par catégories de coût et par an

Catégorie de coût	2019	2020	2021	2022	2023	Total	Sum of Total
Matériels de Communication	1 579 288 000	2 689 093 329	1 819 264 602	2 615 514 118	2 581 563 305	11 284 723 354	3,2%
Produits et équipements de santé	28 634 004 899	3 647 837 651	6 101 258 793	36 178 841 030	6 726 340 876	81 288 283 249	23,0%
Ressources humaines	1 816 000 000	5 539 629 510	5 638 974 657	5 696 938 281	5 793 786 232	24 485 328 679	6,9%
Infrastructures et Équipement	2 700 000	923 080 050	1 281 822 284	376 225 131	551 642 048	3 135 469 513	0,9%
Living Support Costs	6 314 899 000	6 931 301 463	7 915 023 790	11 802 989 520	9 750 423 397	42 714 637 170	12,1%
Médicaments et autres produits de santé	8 754 688 564	9 030 305 071	9 494 024 014	9 872 183 237	10 273 432 960	47 424 633 845	13,4%
Suivi et évaluation	9 712 501 000	9 259 776 864	9 930 912 006	14 131 045 031	11 298 649 095	54 332 883 996	15,4%
Planification et administration	162 400 000	170 245 800	167 968 534	4 120 603 032	4 185 304 515	8 806 521 880	2,5%
Gestion des Achats et des Stocks	10 892 855 610	3 611 473 483	4 318 602 295	13 243 494 869	4 693 338 576	36 759 764 833	10,4%
Assistance technique	84 175 000	179 775 090	61 566 053	7 962 670	84 350 082	417 828 895	0,1%
Formation	5 834 158 000	10 857 978 126	6 590 751 334	10 014 690 663	9 376 217 278	42 673 795 400	12,1%
Total général	73 787 670 072	52 840 496 437	53 320 168 360	108 060 487 583	65 315 048 364	353 323 870 816	100%

Figure 22 : Répartition du budget en fonction des catégories de coût



4.8. Plan de mobilisation des ressources

Les besoins programmatiques pour la mise en œuvre du PSN pour la période 2019 à 2023 s'élèvent à environ 353 323 870 816 FCFA. Les ressources disponibles et attendues pour la même période sont estimées à environ 113,5 milliards FCFA.

Il se dégage un écart financier d'environ 240 milliards FCFA, soit 68% des besoins. Dans le cas où le Fonds Mondial, principal bailleur pour la lutte contre le paludisme, poursuivra à octroyer les dons au Cameroun à la même hauteur que dans le passé, ce gap pourrait diminuer à environ 56%.

Tableau 17 : Synthèse de l'analyse des écarts programmatiques.

	2019	2020	2021	2022	2023	Total
BESOINS PSN	73 787 670 072	52 840 496 437	53 320 168 360	108 060 487 583	65 315 048 364	353 323 870 816
ETAT	3 540 000 000	4 000 000 000	4 000 000 000	8 000 000 000	2 000 000 000	21 540 000 000
FONDS MONDIAL	29 966 210 470	6 088 693 838	0	0	0	36 054 904 308
OMS	100 000 000	100 000 000	100 000 000	200 000 000	100 000 000	600 000 000
UNICEF	20 000 000	20 000 000	20 000 000	50 000 000	20 000 000	130 000 000
PMI	10 800 000 000	10 800 000 000	10 800 000 000	10 800 000 000	10 800 000 000	54 000 000 000
AUTRES (Exon Mobil)	236 144 520	236 144 520	236 144 520	236 144 520	236 144 520	1 180 722 600
Total Financements	44 662 354 990	21 244 838 358	15 156 144 520	19 286 144 520	13 156 144 520	113 505 626 908
GAP	29 125 315 082	31 595 658 079	38 164 023 840	88 774 343 063	52 158 903 844	239 818 243 907

Pour combler cet écart, un plan de plaidoyer sera développé pour la mobilisation de ressources additionnelles. Ce plaidoyer sera orienté autant vers le gouvernement du Cameroun et les autres sources de financement domestique (mobilisation interne), que vers les bailleurs extérieurs (Partenaires bilatéraux et Multilatéraux).

La mobilisation des ressources internes visera l'accroissement de la contribution financière domestique (Etat, Collectivités territoriales Décentralisées, Privé lucratif, etc.) en faveur de la santé en général et de la lutte contre le paludisme en particulier. Toutes les opportunités de mobilisation des ressources seront mises à contribution, aussi bien par la sensibilisation des parlementaires, du gouvernement, de la société civile, des entreprises paraétatiques et privées, etc. Des approches novatrices seront utilisées, telles que la constitution d'un groupe de parlementaires « amis de la lutte contre le paludisme », des visites de plaidoyer auprès des parlements, aussi bien à l'échelle nationale que provinciale, des soirées de lobbying ou spectacles humanitaires, Téléthons, etc. Ces stratégies permettront de diminuer les dépenses des ménages sur la lutte contre le paludisme et d'accroître l'accessibilité financière aux produits et services de prévention et de prise en charge de cette maladie.

Le plaidoyer envers les bailleurs extérieurs visera d'une part à montrer les progrès réalisés dans le cadre de la lutte contre le paludisme afin de les motiver à maintenir, voire accroître leurs appuis. Une table ronde sera organisée à l'issue de l'atelier de validation et d'adoption du PSN et ciblera un large éventail de bailleurs potentiels pour obtenir leur adhésion à la lutte. Les instances de médiation (ALMA, RBM, UA, SADEC, CEEAC, etc.) et les ambassadeurs de bonne volonté seront mis à contribution.

Approche de mise en œuvre :

La mobilisation des ressources au profit de la lutte contre le paludisme se fera à travers l'inscription du paludisme dans l'ensemble des initiatives communes de financement de la santé au Cameroun et des initiatives propres au paludisme.

Pour ce qui est des initiatives communes, le développement de la stratégie de Couverture Sanitaire Universelle, la gratuité et la subvention des services et intrants seront les principaux axes susceptibles d'améliorer le financement de la lutte contre le paludisme. Il s'agira dans le cadre de la CSU que le PNLP veille à l'inscription du paludisme dans le paquet d'activités à offrir par les formations sanitaires et les Agents de santé communautaires. La politique du Gouvernement visant à améliorer l'accès des populations aux produits et prestations de soins de santé se poursuivra au cours de la période que couvre le présent plan stratégique. Le paludisme pourra dans ce cadre bénéficier de la réduction des coûts d'intrants ainsi que l'élargissement de l'assiette des produits et services gratuits.

En interne, le PNLP en collaboration avec les partenaires nationaux et internationaux va identifier les bailleurs potentiels et élaborer des projets de lutte contre le paludisme qu'il soumettra pour financement. Ces projets peuvent être d'envergure nationale ou sous-nationale concernant une ou plusieurs régions mais ayant un grand impact sur la réduction de la maladie et surtout ils seront alignés aux stratégies nationales validées. Un suivi du nombre des projets élaborés et financés sera fait annuellement afin d'assurer l'atteinte des objectifs.

Les principales activités qui seront menées pour la mise en œuvre de cette intervention sont :

- La participation aux fora et autres manifestations internationales ;
- L'organisation des réunions de collecte de fonds ;
- L'élaboration des soumissions de qualité ;
- Le développement des stratégies de marketing ;
- L'organisation des réunions de plaidoyer avec les leaders d'opinions et décideurs politique.

Chapitre V : CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

- Cadre de performance
- Le cadre de performance
- Suivi des progrès
- Évaluation de l'impact et des résultats
- Système de gestion des données de lutte contre le paludisme
- Le mécanisme de coordination de la surveillance, du suivi et évaluation

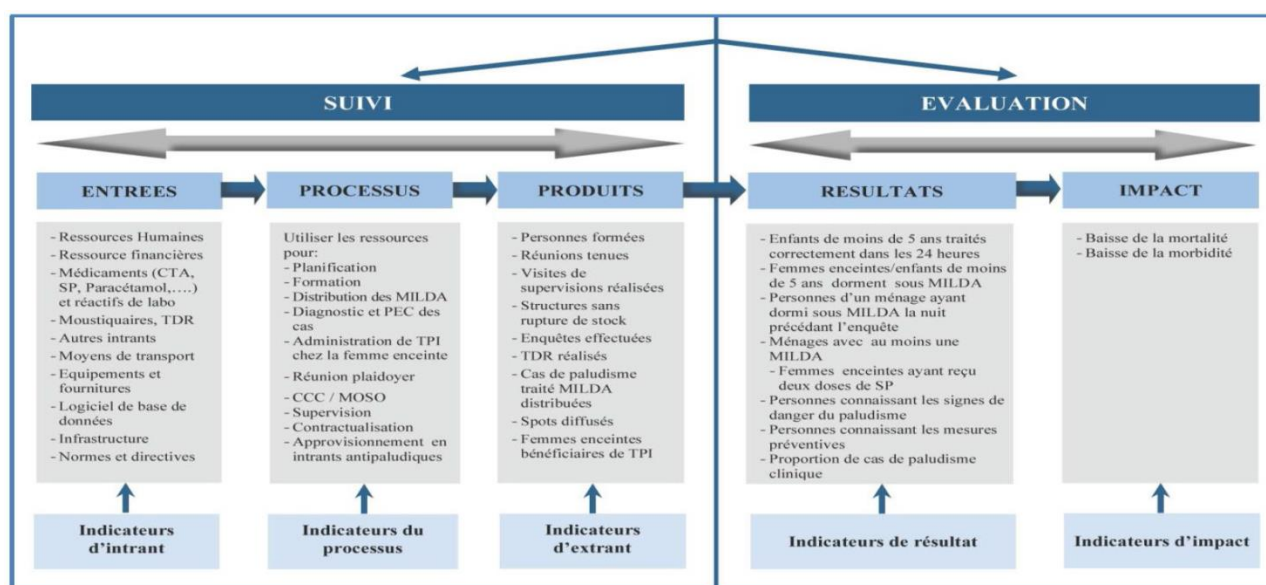
5. Cadre de suivi et évaluation

La mise en œuvre du Plan Stratégique National (PSN) de la lutte contre le paludisme 2019–2023 nécessite une définition d'un cadre de suivi et d'évaluation approprié. Il s'agit de décrire les éléments d'appréciation dans le temps et dans l'espace des progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs du PSN 2019–2023. Il est basé sur l'agencement clair et logique des ressources et activités permettant d'obtenir des résultats nécessaires à l'atteinte de l'objectif global. Il permet d'identifier et d'illustrer les relations linéaires qui existent entre les différentes composantes du programme (intrants, activités, produits, effets et impact).

Ce dispositif de suivi-évaluation s'appuie sur le cadre de performance du PSN 2019-2023 qui prend en compte des indicateurs sélectionnés sur la base des outils existants et des besoins de toutes les parties alimentées, le tout alimenté par un système de gestion des données fiables et de qualité, sous la coordination du PNLP en collaboration avec toutes les parties prenantes.

Ainsi, le Cadre de suivi et d'évaluation du PSN de lutte contre le paludisme 2019–2023 se veut un ensemble d'orientations techniques, méthodologiques et organisationnelles, permettant à tous les acteurs de dérouler harmonieusement les activités de suivi et d'évaluation. La standardisation des outils et des méthodes devra permettre une collecte aisée des données pour une prise des décisions basées sur des évidences à l'issue des analyses appropriées. Ainsi, ce dispositif offrira des possibilités de comparaison entre différentes sources de données, tout en garantissant la validité et la fiabilité de l'information et devra constituer un cadre consensuel pour tous les acteurs impliqués dans la lutte et cela à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le présent cadre suivra cette logique pour atteindre les résultats escomptés (Figure N°13).

Figure 23 : Modèle Logique de suivi-évaluation



Source : MEASURE Evaluation

5.1. Le cadre de performance

Le tableau XV présente le cadre de performance du PSN 2019–2023. Il inclut un ensemble d'indicateurs consensuels à rapporter régulièrement et des cibles visées durant la période d'exécution du plan, 2019-2023.

Le cadre de performance circonscrit les indicateurs qui serviront de base pour apprécier l'état d'avancement des activités de lutte contre le paludisme au Cameroun, juger le niveau de performance des couvertures réalisées et mesurer l'impact à travers un système de suivi et évaluation du PNLP.

De plus, une autre matrice sera développée et annexée à ce PSNLP dans le but de présenter une liste plus complète d'indicateurs mais aussi de présenter leurs définitions et d'autres éléments permettant une utilisation standardisée par tous les partenaires.

Tableau 18 : Cadre de performance du PSN de lutte contre le Paludisme 2019-2023

Objectifs généraux	Indicateurs d'impact	Valeurs de base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsables
		Valeur	Source	Année	2019	2020	2021	2022	2023				
D'ici 2023, réduire les taux de mortalité due au paludisme d'au moins 60% par rapport aux valeurs de 2015	Taux de mortalité, toutes causes confondues, chez les enfants de moins de 5 ans	103,0	MICS 5	2014	-	-	-	-	71	Tous les 3 à 5 ans	MICS, EDS	Enquêtes ménages	INS PNLP
	Proportion des décès en hospitalisation liés au paludisme	18,7%	Rapport annuel PNLP	2015	13,1%	11,7%	10,3%	8,9%	7,5%	Annuelle	Rapport annuel PNLP	SNIS	PNLP
	Nombre de décès en hospitalisation dus au paludisme pour 100 000 habitants	15,5	Rapport annuel PNLP	2015	10,9	9,7	8,5	7,4	6,2	Annuelle	Rapport annuel PNLP	SNIS	PNLP
D'ici 2023, Réduire la morbidité du paludisme d'au moins 60% par rapport aux valeurs de 2015	Prévalence parasitaire chez les enfants âgés de 6 à 59 mois	30,0%	EDS-MICS	2011	18,0%	16,5%	15,0%	13,5%	12,0%	Tous les 5 ans	Rapport d'enquête	EDS-MICS MIS	INS
	Taux de positivité des tests diagnostiques de paludisme	56,9%	Rapport annuel PNLP	2015	39,8%	35,6%	31,3%	27,0%	22,8%	Annuelle	Rapport annuel PNLP	SNIS	PNLP
	Nombre de cas de paludisme confirmés dans les formations sanitaires pour 1000 habitants	79,5	Rapport annuel PNLP	2015	55,7	49,7	43,7	37,8	31,8	Annuelle	Rapport annuel PNLP	SNIS	PNLP
	Nombre de cas de paludisme estimés dans la population générale pour 1000 habitants	250	Rapport mondial paludisme	2016	186	164	143	121	100	Annuelle	Rapport mondial paludisme	SNIS	OMS/

Objectifs spécifiques	Indicateurs d'effets	Valeurs de base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsables
		Valeur	Source	Année	2019	2020	2021	2022	2023				
D'ici 2023, au moins 60% des femmes enceintes seront protégées par le Traitement Préventif Intermittent conformément aux directives nationales	Pourcentage des femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins trois doses de TPI durant leur dernière grossesse	26,0%	MICS 5	2014	-	-	40%	-	60%	Tous les 3 à 5 ans	MICS, EDS, EIP	Enquêtes ménages	INS PNLP
D'ici 2023, 95 % des enfants de 03 à 59 mois sont protégés contre les accès palustres par quatre cycles de prise de SP+AQ dans les districts éligibles à la CPS	Pourcentage d'enfants de 03 à 59 mois ayant reçu les 4 doses de chimio-prévention du paludisme saisonnier dans les zones ciblées	ND	86%	2016	85%	87.5 %	90%	92.5 %	95%	Annuelle	Rapport d'enquête	Enquêtes ménages (monitorage externe)	PNLP
D'ici 2023, au moins 80% de la population dormira sous moustiquaire imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action	Pourcentage de la population à risque dormant sous MILDA	58,0%	EPC-MILDA	2016	-	-	75%	-	82%	Tous les 3 à 5 ans	Rapport d'enquête	EPC-MILDA, EDS, MICS, EIP	INS/ PNL
	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dormants sous MILDA la nuit précédente	63,2%	EPC-MILDA	2016	-	-	77%	-	82%	Tous les 3 à 5 ans	Rapport d'enquête	EPC-MILDA, EDS, MICS, EIP	INS/ PNL
	Pourcentage des femmes enceintes dormant sous MILDA la nuit précédente	65,5%	EPC-MILDA	2016	-	-	77%	-	82%	Tous les 3 à 5 ans	Rapport d'enquête	EPC-MILDA, EDS, MICS, EIP	INS, PNL

Objectifs spécifiques	Indicateurs d'effets	Valeurs de base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsables
		Valeur	Source	Année	2019	2020	2021	2022	2023				
D'ici 2023, au moins 80% de la population dormira sous Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action	Proportion de ménages disposant d'au moins une MILDA pour 2 personnes	48,0%	EPC-MILDA	2016	-	-	71%	-	80%	Tous les 3 à 5 ans	Rapport d'enquête	EPC-MILDA, EDS, MICS	INS/ PNLP
	Proportion de personnes utilisant une moustiquaire imprégnée d'insecticide dans les ménages disposant d'au moins une MII	68,0%	MICS 5	2014	-	-	77%	-	80%	Tous les 3 à 5 ans	Enquêtes ménages	EPC-MILDA, EDS, MICS, EIP	INS PNLP
D'ici 2023, au moins 80% des populations à risque des districts ciblés sont protégées par la PID	Pourcentage de ménages dont les murs intérieurs du logement ont été pulvérisés d'insecticide (PID) au cours des 12 derniers mois	ND	-	-	-	-	80%	82%	84%	Annuelle	Rapport d'activités PNLP	Enquête PID	PNLP
	Proportion des populations protégées par la PID au cours des 12 derniers mois	ND	-	-	-	-	80%	82%	84%	Annuelle	Rapport d'activités PNLP	Enquête PID	PNLP
D'ici 2023, 100% des districts de santé utilisent les informations de qualité issues de la surveillance épidémiologique de routine	Pourcentage rapports complets de surveillance épidémiologique de routine transmis par les formations sanitaires et saisis dans les délais	52,0%	Rapport annuel PNLP	2015	76,0%	82,0%	88,0%	94,0%	100%	Annuelle	Rapport annuel	SNIS	PNLP

Objectifs spécifiques	Indicateurs d'effets	Valeurs de base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsables
		Valeur	Source	Année	2019	2020	2021	2022	2023				
D'ici 2023, 100% des districts de santé utilisent les informations de qualité issues de la surveillance épidémiologique de routine	Proportion des formations sanitaires ayant une concordance des données de surveillance supérieure ou égale à 80Pourcentage	22,5%	Rapport HFA	2017	35,0%	41,3 %	47,5%	53,8%	60%	Annuelle	Rapport d'audit des données/ Rapport HFA	RDQA/ HFA	PNLP et Partenaires
	Pourcentage des Districts de Santé utilisant les informations issues de la surveillance pour guider l'action	ND	-	-	20%	40%	60%	80%	100%	Annuelle	Rapport HFA/ Rapport d'évaluation des DS	HFA	PNLP
D'ici fin 2023, Amener au moins 75% de la population exposée à connaître les modes de transmission, de prévention et de prise en charge du paludisme	Pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont capables de reconnaître au moins deux moyens de prévention du paludisme	ND	-	-	-	-	63%	-	75%	Tous les 3 à 5 ans	EIP	Enquêtes ménages	INS PNLN
	Pourcentage femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont capables au moins deux signes de danger chez un enfant fébrile de moins de 5 ans	83,7%	EIP	2011	-	-	93%	-	95%	Tous les 3 à 5 ans	EIP	Enquêtes ménages	INS PNLN

Objectifs spécifiques	Indicateurs d'effets	Valeurs de base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsables
		Valeur	Source	Année	2019	2020	2021	2022	2023				
D'ici 2023, 100% des épidémies et situation d'urgence sont contrôlées dans les deux semaines suivant leur détection	Pourcentage des districts de santé ayant détecté précocement une épidémie ou situation d'urgence	ND	-	-	-	15%	25%	35%	50%	Annuelle	Rapport d'activités PNLP	SNIS	PNLP
	Pourcentage des épidémies et situation d'urgence détectés ayant bénéficié d'une riposte dans les deux semaines suivant leur détection	ND	-	-	-	60%	60%	80%	100%	Annuelle	Rapport d'activités PNLP	SNIS	PNLP
D'ici 2023, au moins 80% des groupes spécifiques (femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans) sont protégés contre le paludisme	Pourcentage des femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans ayant bénéficié des MILDA en routine	60,8%	Rapport annuel PNLP	2017	73,9%	80,4%	86,9%	93,5%	100%	Mensuelle	Rapport d'activités PNLP	SNIS	PNLP
	Pourcentage des femmes enceintes reçues en CPN ayant reçu 3 doses de SP dans les formations sanitaires	38,1%	Rapport annuel PNLP	2017	53,4%	61,1%	68,7%	76,4%	84%	Annuelle	Rapport d'activités PNLP	Enquête PID	PNLP

Objectifs spécifiques	Indicateurs d'effets	Valeurs de base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsables
		Valeur	Source	Année	2019	2020	2021	2022	2023				
D'ici 2023, amener au moins 80% des personnels de santé à mettre en œuvre les activités de lutte contre le paludisme conformément aux directives nationales	Proportion de personnels de santé (médecins, infirmiers, techniciens de laboratoire, pharmaciens) formés	ND	-	-	40%	50%	60%	70%	80%	Annuelle	Rapport d'activités PNL	SNIS	PNLP

Objectifs spécifiques	Indicateurs d'effets	Valeurs de base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsables
		Valeur	Source	Année	2019	2020	2021	2022	2023				
Amener au moins 80% des leaders/décideurs répertoriés, de tous ordres (politique, religieux, traditionnel) à poser des actes en faveur de la lutte contre le paludisme et accroître les ressources locales mobiliser d'ici 2023	Pourcentage d'actes règlementaires ou décisions prises en faveur de la lutte contre le paludisme	ND	-	-	50%	60%	70%	80%	100%	Annuelle	Rapport Réunion CNRBM	Réunions périodiques	PNLP
Amener au moins 80% des leaders/décideurs répertoriés, de tous ordres (politique, religieux, traditionnel) à poser des actes en faveur de la lutte contre le paludisme et accroître les ressources locales mobiliser d'ici 2023	Pourcentage des ressources domestiques mobilisées pour la lutte contre le paludisme par rapport au total des ressources disponibles	20,0%	Rapport d'activités PNL	2017	20%	25%	30%	40%	50%	Annuelle	Rapport d'activités PNL	Analyse des gaps	PNLP

Objectifs spécifiques	Indicateurs d'effets	Valeurs de base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsables
		Valeur	Source	Année	2019	2020	2021	2022	2023				
Amener au moins 80% des leaders/décideurs répertoriés, de tous ordres (politique, religieux, traditionnel) à poser des actes en faveur de la lutte contre le paludisme et accroître les ressources locales mobiliser d'ici 2023	Pourcentage de résolutions exécutées dans le cadre de collaboration multisectorielle	ND	-	-	50%	60%	70%	80%	100%	Annuelle	Rapport Réunion CNRBM	Réunions périodiques	PNLP

Objectifs spécifiques	Indicateurs d'effets	Valeurs de base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsables
		Valeur	Source	Année	2019	2020	2021	2022	2023				
D'ici 2023, au moins 80 % des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires, services de prestation des soins sont testés par la GE ou le TDR	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec une fièvre au cours des 15 dernier jours qui ont subi une piqure au doigt ou au talon pour le diagnostic du paludisme	15,9%	MICS 5	2014	-	-	66%	-	80%	Tous les 3 à 5 ans	Enquêtes ménages	MICS, EDS, EIP	INS PNLP
D'ici 2023, 100% des cas de paludisme confirmés, sont traités conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté	Pourcentage des enfants de moins de cinq ans ayant bénéficié d'une confirmation biologique du Paludisme et qui ont reçu un traitement conformément à la politique nationale	15,1%	MICS 5	2014	-	-	81%	-	100%	Tous les 3 à 5 ans	Enquêtes ménages	MICS, EDS, EIP	INS PNLP
D'ici 2023, les intrants antipaludiques sont disponibles de façon permanente dans 70 % des structures sanitaires et dans les communautés	Pourcentage des structures sanitaires sans rupture de stock en médicaments et produits antipaludiques à tout moment.	ND	-	-	10%	15%	20%	25%	30%	Mensuelle	Rapport D'activités PNL	SNIS	PNLP

5.2. Suivi des progrès

Le Comité National Roll Back Malaria (CNRBM) assurera le suivi stratégique de la mise en œuvre du PSNLP 2019-2023 à une fréquence semestrielle.

Pour suivre les progrès vers la réalisation des objectifs, le PNLP devra élaborer le plan de suivi et évaluation du présent Plan Stratégique. Ledit Plan de suivi évaluation devra mettre en place un système performant de suivi de la mise en œuvre des activités du PSNLP 2019-2023 et de mesure des indicateurs de performance, de résultats, d'impact et de relever le défi de rendre disponible à temps opportun les informations de qualité sur le déroulement des activités et leur efficacité.

Le suivi opérationnel de la mise en œuvre du présent plan stratégique sera assuré à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du pays, du niveau opérationnel au niveau central. Au niveau de la formation sanitaire, le suivi des progrès se fera sur une base mensuelle par la production du rapport mensuel d'activité. Au niveau du District, les rencontres de coordination et de suivi seront mensuelles impliquant les Responsables de District et les points focaux de la gestion des données des formations sanitaires.

Au niveau régional, les rencontres de coordination et de suivi seront trimestrielles avec implications des Responsables des Districts de Santé, les responsables du PNLP, les représentants des partenaires et agences de mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme, sous la supervision du Délégué Régional de la Santé Publique.

Au niveau central, les rencontres de coordination et de suivi seront semestrielles avec implication des administrations apparentées, les représentants des secteurs privés à but non lucratif et à but lucratif, les représentants des partenaires techniques et financiers du Ministère de la Santé Publique dans le domaine de la lutte contre le paludisme. Au terme de chaque année, un rapport annuel sur la base du PTA sera élaboré, puis une évaluation du PTA sera organisée pour évaluer les performances mais aussi procéder à l'élaboration du PTA de l'année suivante. Une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale du PSN seront également organisées conformément aux recommandations de CNRBM.

Les supervisions intégrés ou spécifiques à certaines interventions de lutte contre le paludisme seront déployées en tenant compte des besoins du niveau central vers les Délégations Régionale de la Santé Publique, puis des délégations régionales vers les Districts de Santé, des districts de santé vers les aires de santé et formations sanitaires, et enfin des aires de santé vers les agents de santé communautaire.

Les forces, faiblesses, opportunités et menaces identifiées à la suite de ces différentes activités de suivi permettront de formuler des actions opérationnelles pour l'amélioration de la mise en œuvre de la suite des interventions du plan stratégique en cours.

L'ensemble du personnel du PNLP participera au suivi des progrès dans la Réalisation des objectifs du PSNLP 2019-2023. Cependant la Section Planification, Surveillance, Suivi et Évaluation du Groupe Technique Central du PNLP sera chargée de coordonner toutes les activités se rapportant au suivi évaluation du présent PSNLP.

5.3. Évaluation de l'impact et des résultats

Les données de routine du Système National d'Informations Sanitaire (SNIS) contribueront à renseigner les indicateurs d'impact et de résultats du présent plan stratégique.

Des enquêtes nationales (EDS, MICS), les enquêtes spécifiques au paludisme (EIP, EPC-MILDA), les études entomologiques et épidémiologiques contribueront également à renseigner les indicateurs de résultats et d'impact des interventions. Les forces, faiblesses, opportunités et menaces identifiées à la suite de ces différentes évaluations permettront de proposer des actions correctrices et formuler des orientations stratégiques et opérationnelles pour la suite des interventions devant faciliter la rédaction du prochain plan stratégique.

5.4. Système de gestion des données de lutte contre le paludisme

5.4.1. Organisation du système

Le système de gestion des données de lutte contre le paludisme en routine du présent PSN continuera d'être intégré au Système National d'Informations Sanitaire (SNIS) du Ministère de Santé Publique (MINSANTE). Cette intégration porte sur les niveaux de collecte (Communauté, formations sanitaires), les outils de gestion (Registres, Formulaire de Rapport Mensuel d'Activité, Plateforme de Saisie et d'analyse notamment le Dhis2). Toutefois, les acteurs et les procédures opérationnelles sont intégrés au niveau opérationnel (Communauté, Formation sanitaire, District de santé) et spécifiques aux niveaux régional et central.

5.4.2. Collecte, analyse des données et utilisation de l'information pour la prise de décision

Les acteurs au niveau des formations sanitaires assureront la collecte des données, l'analyse des données de couverture et de performance des activités de lutte contre le paludisme, puis de l'élaboration de leur rapport d'activités et de leur transmission au District de santé.

Le District de Santé sera chargé d'assurer la saisie des rapports mensuels dans la plate-forme DHIS2 pour les formations sanitaires qui n'ont pas encore la capacité de le faire. En plus, le District de santé, assure le contrôle de la qualité des données saisies par les formations sanitaires dans le DHIS2, analyse les tendances des indicateurs de morbidité, de mortalité et de performance dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme, et assure le feedback aux formations sanitaires pour entreprendre les actions d'amélioration.

Les niveaux central et régional apportent l'appui technique aux Districts de santé pour l'amélioration de la gestion des données, dans l'analyse, l'interprétation des données. Le niveau central (PNLP) est chargé en plus de l'utilisation des informations pour la prise de décision stratégique et de sa diffusion auprès de ses partenaires techniques et financiers.

5.4.3. Le circuit de l'information

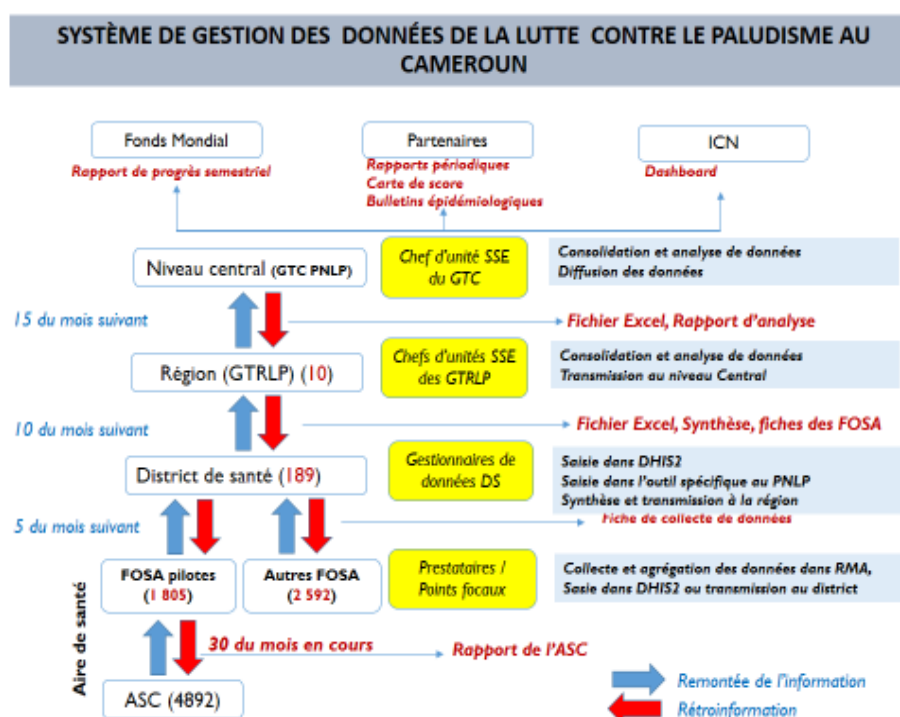
Le circuit de l'information s'établit comme suit (Fig. 14) :

- Les Agents de Santé Communautaire (ASC) devront transmettre à une périodicité mensuelle les données de leurs activités à la formation sanitaire de référence dans leur aire de santé pour intégration dans le rapport mensuel d'activité de cette FOSA ;

- Les FOSA élabore à une périodicité mensuelle le rapport d'activité, à saisir dans la plateforme DHIS2 ou à transmettre au district de santé afin qu'il soit saisi ou saisi dans la plateforme DHIS2 pour compilation et analyse lors des revues mensuelles ;
- Les districts de santé assureront la saisie ou la coordination de la saisie des données mensuelles en routine par les formations sanitaires, puis l'analyse et l'utilisation afin de guider la prise de décision ;
- Les régions assureront le suivi de la qualité des données saisies dans la plateforme DHIS2, l'analyse et la production périodique des informations afin de guider la prise de décision stratégique ;
- Enfin, le niveau national après une énième vérification et feedback, se chargera de la validation, de l'utilisation et de la dissémination de l'information auprès des autorités de tutelles, dans les formations sanitaires et auprès des partenaires techniques et financiers, à des fins de prise de décision.

Le schéma ci-dessous décrit le circuit de l'information.

Figure 24 : Circuit de l'information du niveau opérationnel au niveau central



5.4.4. La gestion de la qualité des données

L'assurance qualité sera assurée par le renforcement des capacités des différents acteurs sur la gestion des données et la disponibilité de tous les outils de collecte et de rapportage. Par ailleurs, le contrôle de la qualité sera réalisé d'une part lors des missions de RDQA (Routine Data Quality Assessment), et d'autre part lors des missions d'audit de la qualité des données qui seront réalisées trimestriellement par le PNL.

5.5. Le mécanisme de coordination de la surveillance, du suivi et évaluation

5.5.1. Composante « Surveillance épidémiologique » (SNIS/SIMR)

Sous le leadership de la DLM, le MSP organise une collecte hebdomadaire des données de morbidité et de mortalité relatives aux maladies à potentiel épidémique, y compris le paludisme. Le PNLP participe aux réunions hebdomadaires de la cellule de surveillance épidémiologique afin de s'enquérir des données liées au paludisme et d'y apporter sa contribution en termes d'analyse et de mise en place des actions de riposte, le cas échéant. Un plan de renforcement de cette surveillance a été élaboré par la DLM et bénéficiera d'un support du PNLP en termes de mobilisation de ressources et d'engagement.

5.5.2. Enquêtes périodiques et enquêtes spécifiques

Considérant que les données issues de ce système de collecte de routine ne rapportent que des données venant des formations sanitaires qui ne traduisent pas la situation de la population générale, le PNLP s'appuiera sur des données d'enquêtes pour obtenir un complément d'information nécessaire à une prise de décisions rationnelles et stratégiques. Il s'agit essentiellement des enquêtes démographiques et de santé (EDS), des enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS) et des enquêtes sur les indicateurs du paludisme (MIS).

5.5.3. Surveillance sentinelle

Les deux systèmes de collecte des données ont montré certaines limites par rapport aux besoins en information attendu pour une prise de décision optimale. D'un côté, le système de routine fournit des données non exhaustives (nombre limité des indicateurs suite au système intégré tenant compte des autres maladies et autres composantes de système de santé), de faible promptitude et complétude (rapportage partiel des structures intégrées et non prise en compte de structures non intégrée) et de qualité peu fiable. De l'autre côté, il est reproché aux enquêtes leur périodicité relativement longue (2-3 ans), leur non-exhaustivité (absence de données entomologiques et test d'efficacité thérapeutique généralement non prises en compte), ainsi que leur coût très élevé.

Ainsi, les sites sentinelles permettront de palier à ces limites en fournissant rapidement des données de qualité qui renseignent sur les tendances de certains indicateurs à partir d'informations complémentaires spécifiques qui ne sont recueillies ni par les systèmes de routine ni par les principales enquêtes susmentionnées. Au niveau des sites sentinelles la saisie des données dans le DHIS 2 se fera à partir des structures sanitaires (CS et HGR), et les sites sentinelles seront des sites d'enquêtes spécifiques.

5.5.4. Supervision, suivi de la mise en œuvre

Le suivi opérationnel de la mise en œuvre du présent plan stratégique sera assuré à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du pays.

Au niveau de la formation sanitaire, le suivi des progrès se fera sur une base mensuelle par la tenue des réunions de validation des données et la production du rapport mensuel d'activités.

Au niveau du District, les rencontres de coordination et de suivi seront mensuelles impliquant les Responsables de District et les points focaux de la gestion des données des formations sanitaires.

Au niveau régional, les rencontres de coordination et de suivi seront trimestrielles avec implications des Responsables des Districts de Santé, les responsables du PNLP, les représentants des partenaires et agences de mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme, sous la supervision du Délégué Régional de la Santé Publique.

Au niveau central, les rencontres de coordination et de suivi seront semestrielles avec implication des administrations apparentées, les représentants des secteurs privés à but non lucratif et à but lucratif, les représentants des partenaires techniques et financiers du Ministère de la Santé Publique dans le domaine de la lutte contre le paludisme.

Au terme de chaque année, un rapport annuel sur la base du PTA sera élaboré, puis une évaluation du PTA sera organisée pour évaluer les performances mais aussi procéder à l'élaboration du PTA de l'année suivante. Une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale du PSN seront également organisées conformément aux recommandations de CNRBM.

Les supervisions intégrées ou spécifiques à certaines interventions de lutte contre le paludisme seront organisées en cas de besoins du niveau central vers les Délégations Régionale de la Santé Publique, puis des délégations régionales vers les Districts de Santé, des districts de santé vers les aires de santé et formations sanitaires, et enfin des aires de santé vers les agents de santé communautaire.

L'ensemble du personnel du PNLP participera au suivi des progrès dans la Réalisation des objectifs du PSNLP 2019-2023. Cependant la Section Planification, Surveillance, Suivi et Evaluation du Groupe Technique Central du PNLP sera chargée de coordonner toutes les activités se rapportant au suivi évaluation du présent PSNLP.

5.5.5. Évaluation des effets et impacts du PSNLP 2019-2023

La revue annuelle, à mi-parcours et à terme des performances du Programme seront réalisées. L'évaluation du Plan Stratégique se fera au cours d'une revue de performance du programme (RPP) qui utilisera entre autres les résultats des grandes enquêtes de couverture ainsi que ceux des revues annuelles du Programme. Cette évaluation finale sera conduite avec des experts internationaux et nationaux à mi-parcours et à la fin du PSNLP.

Les forces, faiblesses, opportunités et menaces identifiées à la suite de ces différentes évaluations permettront de proposer des actions correctrices et formuler des orientations stratégiques et opérationnelles pour la suite des interventions devant faciliter la rédaction du prochain plan stratégique.

5.5.6. Utilisation et dissémination des données

Les principaux résultats issus de la mise en œuvre de ce plan stratégique seront publiés à travers les différents rapports d'activités, bulletins et autres articles.

Un accent particulier sera mis sur l'utilisation des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; de ce fait un plan de renforcement des acteurs sur la demande et l'utilisation des données devra être élaboré et mis en œuvre.

Le PNLP devra en outre disséminer ses résultats à l'occasion des différentes conférences nationales et internationales.

Ce document a été édité, formaté et reproduit par
ICF/MEASURE Evaluation avec l'appui de PMI



U.S. President's Malaria Initiative

