

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2024-2028



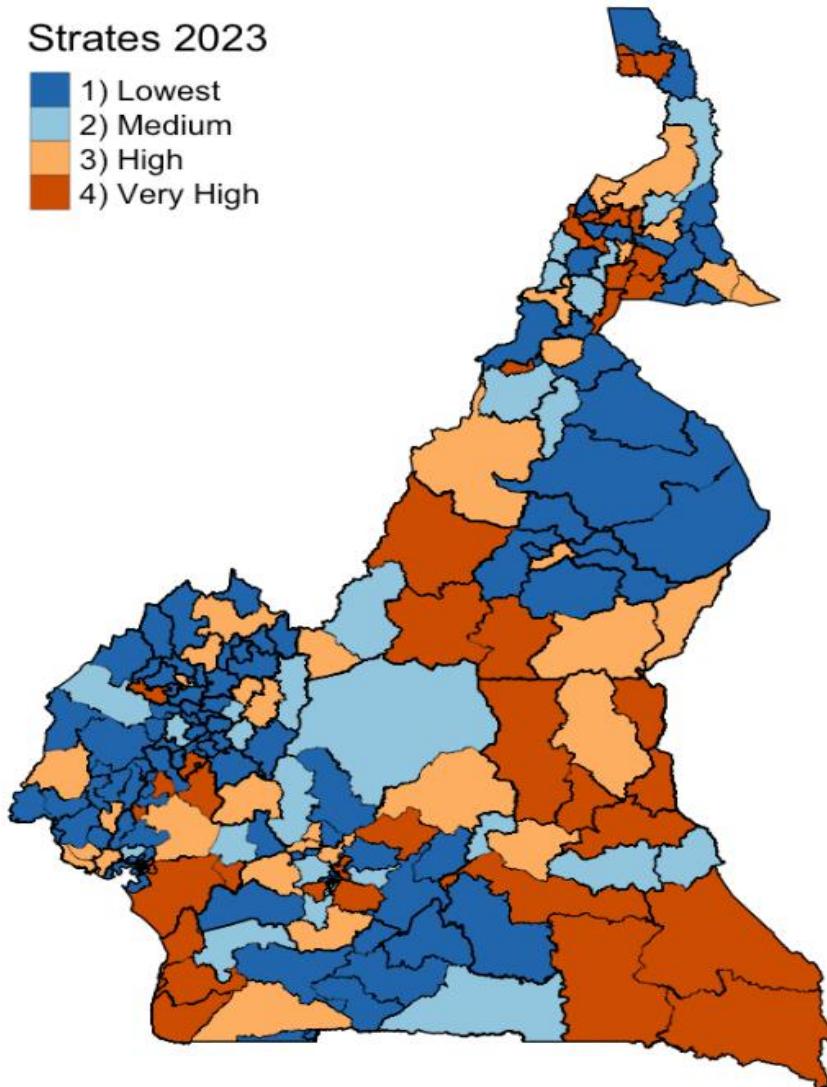
juillet 2024

Plan Stratégique National de Lutte Contre le Paludisme au Cameroun

2024–2028

Strates 2023

- 1) Lowest
- 2) Medium
- 3) High
- 4) Very High



Stratification du risque paludisme basée sur la prévalence, l'incidence et le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans

Juillet 2024

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	v
LISTE DES FIGURES....	
LISTE DES TABLEAUX	
AVANT-PROPOS	vii
REMERCIEMENTS	viii
RESUME EXECUTIF	ix
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	1
1.1. Environnement politique et de planification	1
1.2 PSNLP et cycle de planification nationale	2
CHAPITRE 2 : PROFIL PAYS	4
2.1. Vue d'ensemble.....	4
2.2. Système socio-politique et sécuritaire	5
2.2.1 Organisation administrative	5
2.2.2 Contexte humanitaire et sécuritaire	5
2.3. Données démographiques	6
2.4. Ecosystème, environnement et climat.....	8
2.5. Situation économique.....	9
2.6. Analyse du système de santé	10
2.6.1 Organisation du système de santé	10
2.6.2 Gouvernance, redevabilité et partenariat	12
2.6.3 Prestations de soins	13
2.6.4 Ressources humaines	14
2.6.5 Financement de la santé	14
2.6.7 Approvisionnement en médicaments et produits de santé	15
2.6.8 Système d'information sanitaire	17
CHAPITRE 3 : ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME	19
3.1. Perspective historique du problème du paludisme	19
3.1.1. Ere du concept de l'éradication du paludisme	19
3.1.2. Ere du concept du contrôle	19
3.1.3. Ere du concept de la lutte intégrée	20
3.1.4. Réorganisation du Programme National de Lutte contre le Paludisme et intensification de la lutte antipaludique.	20
3.2. Epidémiologie du paludisme.....	21
3.2.1. Distribution des vecteurs, indices de transmission du paludisme	21
3.2.2. Résistance des vecteurs aux insecticides	23
3.2.3 Espèces plasmodiales et résistance aux antipaludiques	23
3.2.4 Evolution de la morbidité liée au paludisme	24
3.2.5 Evolution de la mortalité liée au paludisme	27
3.2.6 Stratification du risque palustre	30
3.3. Revue du PNSLP 2019-2023	33

3.3.1. Aperçu des réalisations du PSNLP 2019-2023	33
3.3.2. Résumé de l'analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces de la mise en œuvre du PSNLP 2019-2023	42
3.3.3 Résumé des principales recommandations de la revue du PSNLP 2019-2023	45
3.3.4 Implications programmatiques des enseignements tirés dans la mise en œuvre du PSNLP	47
CHAPITRE 4 : CADRE STRATEGIQUE DU PSNLP 2024-2028	51
4.1. Vision.....	51
4.2. Mission et principes directeurs.....	51
4.2.1. Mission	51
4.2.2. Principes directeurs	51
4.3 Orientations stratégiques et priorités nationales	51
4.3.1 Orientations stratégiques	51
4.3.2 Priorités nationales	53
4.4. Buts et objectifs	54
4.2.1 But	54
4.2.3 Objectifs généraux	54
4.2.4 Objectifs stratégiques	54
4.2.5 Objectifs spécifiques	55
4.5. Stratégies et activités clés	55
4.6 Théorie du changement dans la lutte contre le paludisme	59
4.6.1 Déterminants des impacts	59
4.6.2 Actions sous-jacentes aux effets	60
CHAPITRE 5 : CADRE DE MISE EN ŒUVRE	62
5.1 Plan de mise en œuvre.....	62
5.1.1 Renforcement de l'engagement politique niveau national et au niveau communautaire	62
5.1.2 Utilisation des informations stratégiques pour guider la prise de décision et l'action	64
5.1.3 Meilleures orientations politiques et stratégiques (fondées sur des données probantes) de lutte contre le paludisme	69
5.1.4 Coordination de la réponse nationale	77
5.2. Modalités de mise en œuvre	82
5.2.1 Mécanismes de planification et de mise en œuvre	82
5.2.2 Système de coordination du partenariat	84
5.2.3 Système de gestion des achats et des approvisionnements	85
5.2.4 Gestion des ressources financières	86
5.2.5 Gestion et atténuation des risques.	87
5.3 de mise en.....	88
CHAPITRE 6 : CADRE DE SUIVI ET EVALUATION	91
6.1. Cadre de Performance	91
6.2. Système de gestion de données.....	104
6.2.1 Organisation du système	104
6.2.2 Collecte, analyse des données et utilisation de l'information pour la prise de décision	104
6.2.3 Le circuit de l'information	104

6.2.4 La gestion de la qualité des données	105
6.3. Mécanisme de coordination du M&E	105
6.3.1 Composante « Surveillance épidémiologique » (SNIS/SIMR)	105
6.3.2 Enquêtes périodiques et enquêtes spécifiques	105
6.3.3 Surveillance sentinelle	106
6.3.5 Supervision, suivi de la mise en œuvre	106
6.3.6 Évaluation des effets et impacts du PSNLP 2028-2024	107
6.3.7 Utilisation et dissémination des données	107
6.3.8 Suivi et Evaluation des activités de communication	107
Liste des contributeurs	108
Bibliographie	108
Annexes	108

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cycle de planification stratégique au Cameroun	2
Figure 2 : Carte administrative du Cameroun	4
Figure 3 : Historique de la lutte contre le paludisme au Cameroun	20
Figure 4 : Evolution de la prévalence parasitaire de 2011 à 2022	24
Figure 5 : Distribution géographique des indicateurs de morbidité en 2022	25
Figure 6 : Saisonnalité de la transmission du paludisme en 2022	26
Figure 7 : Évolution de la morbidité proportionnelle par groupe cible de 2018 à 2022	27
Figure 8 : Évolution du taux d'incidence par groupes cibles de 2018 à 2022	27
Figure 9 : Distribution géographique des indicateurs de mortalité en 2022	28
Figure 10 : Désagrégation de mortalité par groupe cible et par région en 2022	29
Figure 11 : Évolution de la mortalité proportionnelle par groupe cible de 2018 à 2022	29
Figure 12 : Evolution du nombre de décès palustre pour 100 000 par groupes cibles de 2018 à 2022	30
Figure 13 : Prévalence de <i>P. falciparum</i> parasite par district en 2018 et 2022	30
Figure 14 : Cartes des incidences brute et ajustée du paludisme en 2022 par district	31
Figure 15 : Taux de mortalité toutes causes confondues chez les moins de 5 ans par districts	32
Figure 16 : Algorithme de classification des Districts suivant prévalence, d'incidence et de mortalité de moins de 5 ans.	32
Figure 17 : Strates de risque de paludisme en 2022 selon les indicateurs utilisés	33
Figure 18 : Analyse comparative de la consistance des données entre 2020 et 2022	38
Figure 19 : Cadre conceptuel de l'approche « HBHI » selon RBM/OMS	Erreur ! Signet non défini.
Figure 20 : Déterminants des impacts	59
Figure 21 : Cartographie de surveillance sentinelle au Cameroun	66
Figure 22 : Districts de santé mettant en œuvre la CPP	74
Figure 23 : Modèle Logique de suivi-évaluation	92
Figure 24 : Circuit de l'information du niveau opérationnel au niveau central	106

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 2024 à 2028	6
Tableau 2 : Répartition projetée par Région de la population camerounaise sur la période 2024-2028	7
Tableau 3 : Quelques indicateurs de santé	7
Tableau 4 : Indice de développement humain en 2021 au Cameroun	9
Tableau 5 : Les différents niveaux du secteur santé	10
Tableau 6 : Répartition des formations sanitaires par catégories	11
Tableau 7 : Évolution du budget du MINSANTE de 2018 à 2022 au Cameroun	15
Tableau 8 : Répartition des dépenses de santé (CNS 2015,2016)	15
Tableau 9 : Répartition des espèces responsables selon l'aptitude à transmettre le paludisme	21
Tableau 10 : Évolution de la population et des indicateurs de morbidité de 2018 à 2022	25
Tableau 11 : Évolution de la population et des indicateurs de mortalité de 2018 à 2022	28
Tableau 12 : Répartition des districts selon les strates par régions	33
Tableau 13 : Financements mobilisés par rapport aux besoins sur la période 2019-2021	39
Tableau 14 : Niveau d'atteinte des indicateurs d'impact et d'effets du PSNLP 2019-2023 au 31 décembre 2021	40
Tableau 15 : Analyse Forces, Faiblesses, opportunités et Menaces de la mise en œuvre du PSNLP 2019-2023	42
Tableau 16 : Principales recommandations de la revue du programme	45
Tableau 17 : Arrimage du PSNLP 2024-2028 à la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 et aux ODD 2030	52
Tableau 18 : Arrimage du PSNLP 2024-2028 à la SSS 2016-2027	52
Tableau 19 : Objectifs stratégiques et objectifs spécifiques	55
Tableau 20 : Résumé du cadre stratégique du PSNLP 2024 - 2028	56
Tableau 21 : Interactions possibles partant des intrants à l'impact souhaité	60
Tableau 22 : Résumé du budget du PSNLP 2024-2028	89
Tableau 23 : Objectifs généraux et indicateurs d'impact	93
Tableau 24 : Objectifs Stratégiques et indicateurs d'effet	94
Tableau 25 : Objectifs Spécifiques et indicateurs de couverture	95

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ACMS	Association Camerounaise pour le Marketing Social
ACT	Artemisinine-based Combination Therapy
ASCP	Agent de Santé Communautaire polyvalent
ANVR	African Network on Vector Resistance
AQ	Amodiaquine
ASAQ	Artesunate+Amodiaquine
ASPY	Artesunate+Pyronaridine
BUCREP	Bureau Central de Recensement et d'Etudes de la Population
BTC	Biotechnology Centre
CAP	Connaissances Attitudes et Pratiques
COVID-19	Corona virus Disease 2019
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 Essentiels
CEPCA	Conseil des Eglises Protestantes du Cameroun
CHUY	Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé
CIS	Cellule d'Information Sanitaire
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNRBM	Comité National Roll Back Malaria
COGE	Comité de Gestion
COGEDI	Comité de Gestion du District
COSA	Comité de Santé de l'Aire de santé
COSADI	Comité de Santé du District de santé
CPN	Consultation Prénatale
CPP	Chimioprévention du Paludisme Pérenne
CPS	Chimioprévention du Paludisme Saisonnier
CSU	Couverture Santé Universelle
CSI	Centre de Santé Intégré
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
CTD	Collectivités Territoriales Décentralisées
DRSP	Délégation Régionale de la Santé Publique
DCOOP	Division de la Coopération
DDT	Dichloro-Diphényl-Trichloroéthane
DEP	Division des Etudes et des Projets
DLMEP	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies
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
FRPS	Fonds Régional pour la Promotion de la Santé
GE	Goutte Epaisse
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
GTC	Groupe Technique Central
GIZ	Agence de Coopération Allemande
HBHI	High Burden to High Impact
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
HCY	Hôpital Central de Yaoundé
HMIS	Health Management System
IEC	Information Education Communication
IMPM	Institut de Recherches 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 Qualité des Médicaments et d'Expertise
MINEPAT	Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MINPROFF	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey
MINAS	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
P.f	Plasmodium falciparum
PDI	Population Déplacée Interne
PEC	Prise en Charge des Cas
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PID	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PLMI	Programme National de Lutte contre la Mortalité maternelle, néonatale et Infanto-juvénile
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
POCs	Personne relevant de la Compétence du HCR
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers

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 Performances du Programme
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMA	Rapport Mensuel d'Activités
RBM	Roll Back Malaria
SND	Stratégie Nationale de Développement
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONEU	Soins Obstétricaux et Néonatals Essentiels d'Urgence
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
SASNIM	Semaine d'Action de Santé et de Nutrition Infantile et Maternelle
SSS	Stratégie Sectorielle de Santé
SRO	Sels de Réhydratation Orale
SGIL	Système de Gestion de l'Information Logistique
STM	Stratégie Technique Mondiale de Lutte contre le Paludisme
SYNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Essentiels
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	TraITEMENT Préventif Intermittent
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 près de 1 million en 2000 à près de 608 000 en 2022, soit une réduction de près de 40%. Au Cameroun, le paludisme reste l'une des principales causes de maladies. Le nombre de décès liés au paludisme est passé de 4510 en 2019 à 2481 en 2022, soit une réduction de 45%. 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, on note une stagnation des progrès dans la réduction de l'incidence depuis 2016. Le nombre de cas rapporté est passé de 2 819 282 en 2019 à 3 327 381 en 2022. 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 lutte contre le paludisme.

Ce plan stratégique participe à donner corps à la vision de la politique de santé dans le cadre de la Stratégie Nationale de Développement (SND) 2020-2030 et la vision 2035. Il 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 (PTF) à s'approprier le contenu du présent plan et à inscrire leurs interventions dans les orientations stratégiques retenues pour une meilleure synergie et une efficience 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.

REMERCIEMENTS

A l'aube de la mise en œuvre du nouveau Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2024-2028 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 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. NDJOCK Richard, SG/MINSANTE

Pr KINGUE Samuel, CT/MINSANTE ;

Dr ETOUNDI MBALLA Alain, DLMEP/MINSANTE

Dr KAMGA SIMO, CT3/MINSANTE ;

Dr Arsène BENG, SP-ICN,

Dr MINTOP Anicet, Coordonnateur CTN/CSU ;

Dr NKO'O AYISSI, SD-Paludisme et MTN/MINSANTE ;

Dr MACHE Patrice, Coordonnateur / ST-SSS

Mr EKANI Guy,CIS/MINSANTE

M KOMBO Thomas, Coordonnateur/UCS-FMP

Mr BANGWEN Cyrille, CGP/UCS-FMP

Mr ESSAME Ervey, S&E/ UCS-FMPDr BISSEK Marie Noëlle/MINSANTE

Dr ATEBA Joel, SP/PNLP

Dr FOSSO Jean, SPA/PNLP

Dr MESSE FOUDA, CSPSSE/PNLP

Dr EKOYOL EWANE Germaine, CSPEC /PNLP

Dr MEDOU Hortense, CSPECSFR/PNLP

Mme TCHOUNGA Florentine, CSAF/ PNLP

M. NGAMBE OUMAROU, CSIMP /PNLP

Dr BOMBA Dominique, CSRFCSPe/PNLP

Dr NWALL Esther, Coordonnateur GTRLP/ Littoral ;

Dr BESSONG TABOT, Coordonnateur GTRLP/ Sud-Ouest ;

Dr PANNA Sandrine, DLMEP

Dr MOTA Serge, CUGPP / PNLP

Dr TABUE Raymond, CULIV/PNLP

Dr NDONGO ONDOUA Nelly, CUF/SFR

Dr SOTAKWO KENGNE, CUPEC/SPEC

Mr Moise ABOMABO, CUSE/PNLP

Mr SIELENOU Francklin, CUPS/PNLP

Dr BONGHA ONDOA Ornella/PNLP
Mme DOHTSAD Jeannette, CUP/PNLP
Mme ZINTSEM Philomène, CUIEC/ PNLP
Mr BALLA Henri, CUAP/PNLP
Mme MALEUFING Dorice, CC/PNLP
Mme NGANDEU Neuly,CUR/PNLP
Dr VOUGMO Clémence, Pédiatre, Cadre d'Appui, Section Prévention /PNLP
Dr EVINA Elvira, Cadre d'Appui SPEC/PNLP
Mme NEH Flora, Cadre/ PNLP
Mr. NEKEHFORBA Elvis, Cadre d'Appui, SDLPMTN/DLMEP

SECTEURS APPARENTES

.....
.....

UNIVERSITES ET INSTITUTS DE RECHERCHE

Prof. SAME EKOBO Albert/; CNRBM
Prof. MBACHAM Wilfred, BTC/UNIYAO 1
Prof. WONDJI Charles, Entomologiste, CRID
Prof. BIGOGA Jude, UNI YAO I/BTC
Prof. NG'AWONO épse NKOA Therese, ISTM-Nkolodom
Prof. MBIDA Jean Arthur, UNI DLA
Prof.Dr NKONDJIO Antonio, OCEAC

PARTENAIRES

Equipe de l'OMS
Dr MATSEZOU Jacqueline, Expertise France
Dr NDONG A BESSONG Prosper, Expertise France ;
Dr KARIBURYO Juma Mohamed, Expertise France,
Dr TOUGRI Gautier, Expertise France ;
Dr KLA Christian, Expertise France
Dr HEDJE Judith, PMI - CDC
Dr AÏSSATA FOFONA, PMI –USAID
Dr Wirngo Mohamadu, PMI-USAID
Dr FONDJO Etienne, EVOLVE/ PMI
Dr KWAKE Simon, COP/Plan Cameroon;
Dr DOUNTIO Benjamin, DCOP/ Plan Cameroon
Mme KOUMAGA Odile,M&E Coord/Plan Cameroun
Dr NSAH Bernard, CHAI
Dr LEMONGE Norbert, CHAI
Mr Magloire KUETCHE, CHAI
Mr NGWAYU Claude, CHAI
Mr BELLA HERVE, CHAI
M. TCHINDA MELI Eric, ISA

Mr NGBWA AVEZO’O, RESIPAT

Mme NGOU Olivia, ISA

Mme Valerie AHOUMA ETAMBA, BREAKTHROUGH ACTION

Mme MOUKAM Laure Vartan, M&E Manager /ISA

M. WATO Joseph, APDSP/COFIS-CSU

Le Secrétaire Permanent du PNLP

Dr ATEBA Marcellin Joël

RESUME EXECUTIF

Contexte et justification

Le profil sanitaire actuel du Cameroun est marqué par une prédominance des maladies infectieuses (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose, etc.), raison pour laquelle la Stratégie Sectorielle de Santé 2016 - 2027 a retenu la lutte contre les maladies infectieuses transmissibles comme l'un de ses domaines d'actions prioritaires. Pour ce qui concerne la lutte contre le paludisme, le pays a élaboré depuis 2002, plusieurs générations de plans stratégiques et celui-ci est dit de 6^{ème} génération.

Ce plan stratégique de lutte contre le Paludisme 2024-2028 est l'un des instruments d'opérationnalisation de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027. Comme recommandé par l'OMS, il a été élaboré avec une approche participative et multisectorielle impliquant toutes les parties prenantes clefs de la lutte contre le paludisme (Prestataires des services et des soins du MINSANTE et des ministères partenaires, PTF du secteur santé, société civile, etc.).

Trois référentiels méthodologiques ont servi comme instruments de cadrage pour l'élaboration de ce plan ; il s'agit de « La Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 » ; de l'Approche « High Burden to High Impact » et du Guide méthodologique de planification stratégique du MINEPAT.

De manière concrète, à l'issue d'une revue documentaire approfondie, une collecte active des données a été faite auprès des décideurs, des acteurs institutionnels, des partenaires de mise en œuvre (PTF et OSC) et des bénéficiaires des interventions de santé pour analyser et comprendre les performances réalisées dans le plan échu. Cette analyse a montré que certaines performances réalisées étaient satisfaisantes. A titre purement illustratif, on a constaté que le taux d'incidence du paludisme dans la tranche d'âge des moins de 5 ans est passé de 280 à 261 cas pour 1000 soit une réduction de 7% entre 2018 et 2020. Le taux d'incidence dans cette tranche d'âge a également baissé de 33% au cours des 2 dernières années. Cette réduction serait attribuable à toutes les actions entreprises par le gouvernement et ses partenaires en faveur de ce groupe vulnérable (Distribution gratuite des MILDA aux enfants de moins de 5 ans depuis 2005, Campagne de Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) chez les enfants âgés de 3 à 59 mois dans les Régions de l'Extrême-Nord et du Nord, Chimio prévention du Paludisme Pérenne (CPP) chez les enfants de moins de 2 ans dans les 8 autres régions, Traitement Préventif Intermittent (TPI) chez la femme enceinte). D'autres performances par contre étaient en deçà de celles qui étaient projetées dans le plan stratégique échu 2019 – 2023 :

- L'incidence des cas confirmés et rapportés dans les FOSA est passée de 79,6 pour 1000 en 2015 à 119,0 cas pour 1000 en 2021 (Rapport annuel PNLP 2021) alors que la cible projetée en 2021 était de 43,7 cas confirmés de paludisme pour 1000 personnes ;

- La prévalence parasitaire chez les enfants de 6 à 59 mois est passée de 30% en 2011 (EDSC 2011) à 26% en 2022 (EIPC 2022), la cible fixée en 2022 étant de 13,5% ;
- De 2018 à 2022, la morbidité proportionnelle due au paludisme est passée de 26,3% à 29,6% soit une augmentation relative de près de 13% ;
- Le nombre de décès en hospitalisation dus au paludisme pour 100 000 habitants par an est passé de 15,5 /pour 100 000 en 2015 à 14 /pour 100 000 en 2021 (Rapport annuel PNLP 2021). La cible fixée en 2021 était de 8,5 pour 100 000.

Par ailleurs, l'analyse de la situation entomologique indique que 56 types d'anophèles sont présents au Cameroun mais qu'une dizaine est impliquée dans la transmission du paludisme. Les régions septentrionales sont des régions à forte endémicité alors que la transmission est modérée dans les régions méridionales du pays.

A l'issue de l'analyse des données épidémiologiques et entomologiques, les acteurs ont identifié les principaux goulots d'étranglements ayant conduit aux écarts programmatiques, et ont ressorti les leçons apprises, ainsi que les recommandations pertinentes qui permettront d'inverser la tendance des indicateurs actuels.

Vision, objectifs et cadre stratégique du PSNLP 2024-2028

La mise en œuvre de ce nouveau PSNLP de lutte contre le paludisme 2024-2028 permettra d'améliorer certains indicateurs jugés insuffisants ; la vision de ce nouveau plan 2024-2028 est d'avoir un « *Cameroun émergent sans paludisme* » et 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.

Pour atteindre ce but le pays s'appuiera sur les 4 piliers de l'approche « *HBHI* » de l'OMS qui sont les suivants :

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

Cadre logique

Le cadre logique du nouveau plan de lutte contre le paludisme comporte 2 objectifs généraux et 4 objectifs stratégiques; ceux-ci sont déclinés en 7 objectifs spécifiques, 16 stratégies et 52 interventions.

La théorie postule et présume que les intrants seront mobilisés et serviront à la mise en œuvre des interventions et des activités planifiées dans le plan stratégique; l'exécution des activités conduira à trois types de résultats : les résultats immédiats (extrants ou produits), ceux qui seront obtenus à moyen terme (effets) puis à long terme (impacts). La mise en œuvre cohérente des interventions planifiées par tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme (multisectorialité) et l'identification des stratégies pour mitiger les facteurs de l'environnement externe sont des préalables pour l'atteinte des objectifs d'impacts souhaités.

Cadre de mise en œuvre

Les priorités du niveau central du MINSANTE et des experts du PNLP pendant la période de mise en œuvre du nouveau plan (période de validité du plan) seront entre autres: (i) d'assurer la

mobilisation des ressources financières et la disponibilité des autres intrants indispensables à l'atteinte des objectifs du plan ; (ii) d'identifier les stratégies idoines pour une bonne implication des ministères partenaires, du secteur privé, de la société civile et des communautaires dans la lutte contre le paludisme. Ces acteurs interviendront par des actions ciblées dans le cadre de leurs missions spécifiques dans cette lutte ; (iii) renforcer la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle (CSU) pour améliorer l'accès et l'utilisation par les plus démunis, des services de prévention et de prise en charge des cas de paludisme ; (iv) assurer l'opérationnalisation de ce plan stratégique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Chaque acteur en fonction de sa mission et dans le respect des orientations validées dans ce plan stratégique, élaborera ses plans opérationnels annuels et pluriannuels et ces plans thématiques seront intégrés dans le PTA du district ou de la région selon les cas pour éviter la fragmentation des instruments de planification. Les délégations régionales de la santé publique assureront par exemple un encadrement technique et logistique des districts de santé pour plus d'efficacité.

Cadre de suivi-évaluation

Pour chaque objectif stratégique, des indicateurs de performance et des cibles à atteindre ont été fixés. Aussi, un total de 62 indicateurs de performance ont été développé afin de mesurer la contribution des activités retenues dans l'atteinte des objectifs d'impact projetés dans le plan stratégique (voir théorie du changement).

L'élaboration du plan de suivi-évaluation se fera après la validation de ce plan stratégique. Le suivi-évaluation sera mis en œuvre à travers la supervision, la collecte des données de routine, les études, les audits, les évaluations ainsi que les réunions de coordination.

Les inspections veilleront entre autres à ce que : (i) les tâches planifiées dans le PNDS soient effectivement exécutées selon les normes établies ; (ii) la conformité aux règles et procédures soit respectée ; (iii) la gratuité des services pour les cibles à risque et vulnérables soit effective en punissant les prestataires véreux.

Cadrage budgétaire

L'estimation des coûts nécessaires à la mise en œuvre des actions identifiées dans le PSNLP 2024-2028 a été réalisée grâce à la méthode d'actualisation des coûts unitaires d'une part, puis de budgétisation des activités planifiées pour atteindre les objectifs projetés dans le plan d'autre part. Le coût total du PSNLP est estimé à **380,396,729,358** FCFA répartis comme suit par axe stratégique :

- Axe stratégique 1 : « Renforcement du dialogue politique aux niveaux national et communautaire » 6,343,804,971 FCFA ;
- Axe stratégique 2 : « Utilisation des informations stratégiques pour l'action » 30,194,275,978 FCFA ;
- Axe stratégique 3 : « Principales politiques et stratégies de lutte contre le paludisme » 329,571,663,852 FCFA ;
- Axe stratégique 4 : « Coordination de la réponse nationale » 14,286,984,557 FCFA.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

1.1. Environnement politique et de planification

Le paludisme est une maladie causée par un parasite du Genre *Plasmodium* et transmise à l'homme par la piqûre 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, 2022* » a estimé à 247 millions le nombre de cas de paludisme survenus dans le monde en 2021 et à 619 000 le nombre de décès liés à ce fléau sur la même période. Le continent africain abrite 10 des 11 pays au Monde les plus touchés par cette maladie et donc l'augmentation du nombre absolu des cas est estimée à plus de 2 millions en 2021 par rapport à l'année 2020. Avec un nombre de cas estimé à 6,66 millions et un décompte de décès estimé à 13 839 décès survenus au cours de l'année 2021, le Cameroun est compté parmi les pays africains qui subissent plus lourdement le fardeau du paludisme.

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 2022, le paludisme a représenté 29.6% de toutes les consultations enregistrées et 9,9% des causes des décès survenus dans les formations sanitaires du pays (*Rapport annuel PNLP, 2022*).

Cette tendance à la hausse des indicateurs susmentionnés handicape la productivité des populations, particulièrement celle des cibles les plus vulnérables, et fait du paludisme un fardeau socioéconomique pour de nombreuses familles.

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, cinq 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, 2019-2023. 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 dans le cadre de la prévention et de 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 (TPIg) ; gratuité de la Chimio prévention du Paludisme Pérenne (CPP) ; distribution gratuite des Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA) à toute la population ; intégration des services de lutte contre le paludisme dans la réforme portant sur la Couverture Sanitaire Universelle(CSU) en cours de lancement, etc.

Le présent Plan Stratégique National est dit de « sixième génération » et couvre la période 2024-2028. Les objectifs et interventions sont inspirés des recommandations de la revue du précédent Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2019-2023, de celles de la *Stratégie Technique Mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030* et de celles de l'*Approche « High Burden to High Impact » de l'OMS en 2019*. Son élaboration s'est faite suivant un processus participatif, avec une forte implication des partenaires au développement et l'intégration de l'approche multisectorielle.

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2024-2028 s'inscrit dans la dynamique de l'action gouvernementale, qui prône la bonne gouvernance et la gestion axée sur les résultats.

1.2 PSNLP et cycle de planification nationale

L'élaboration du PSNLP 2024-2028 s'est appuyée sur 2 documents de référence que sont : le Guide méthodologique de planification stratégique au Cameroun édité par le Ministère de l'Economie, de la Planification, et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT), et le manuel pour l'élaboration des plans stratégiques nationaux de lutte contre le paludisme (OMS, 2019). L'élaboration du PSNLP 2024-2028 au Cameroun a suivi le cycle de planification nationale qui comprend 6 étapes (figure 1).



Figure 1 : Cycle de planification stratégique au Cameroun

Source : *Guide méthodologique de planification stratégique*, page 9 alignement 5 puis 6

L'**étape 1** consacrée à la préparation du processus de planification a consisté en :

- (i) La mise en place d'un groupe de travail chargé de la coordination et de la supervision du processus et des Groupes thématiques ;
- (ii) La mobilisation de l'assistance technique nationale et internationale ;
- (iii) L'identification et la mobilisation des parties prenantes ;
- (iv) La collecte et la centralisation des documents supports d'informations à exploiter ;

- (v) La préparation logistique d'un atelier de lancement officiel des travaux.

L'étape 2 consacrée à l'établissement du Diagnostic de la lutte contre le paludisme. Cette étape s'est faite à travers :

- (i) Une évaluation rétrospective de l'impact des interventions de lutte contre le paludisme, de la Gestion des Approvisionnements et des Stocks, du financement du Programme sur la période 2015-2020, par une équipe de consultants internationaux mobilisés en collaboration avec l'OMS, le Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme ;
- (ii) Une revue à mi-parcours du PSNLP 2019-2023 au 31 décembre 2021 avec l'assistance technique des Experts internationaux mobilisés par l'OMS ;
- (iii) L'exploitation des documents majeurs du programme a été faite dans les groupes thématiques d'élaboration du présent PSN pour l'établissement du diagnostic de la lutte contre le paludisme et l'identification des priorités pour l'élaboration du présent Plan stratégique ;
- (iv) La mise à jour de la stratification du risque paludisme a permis de cibler les interventions dans ce plan stratégique.

L'étape 3 consacrée au développement du cadre stratégique a permis de :

- (i) Définir la durée du plan stratégique qui est de 5 ans ;
- (ii) Revoir la vision et la mission du programme ;
- (iii) Revoir les principes directeurs et les valeurs du programme ;
- (iv) Définir les orientations stratégiques majeures et les priorités politiques pour le contrôle du paludisme au Cameroun ;
- (v) Définir les Objectifs généraux ;
- (vi) Développer des objectifs spécifiques ;
- (vii) Identifier les stratégies à utiliser pour atteindre les objectifs fixés ;
- (viii) Définir des indicateurs de résultats et d'impacts et leurs cibles annuelles.

Les étapes 4 et 5 consacrées au développement du cadre de mise en œuvre (Programmation et budgétisation) ont consisté à :

- (i) L'élaboration d'un plan de travail définissant les activités clés (interventions) pour chaque objectif et pour chaque activité, l'année d'exécution et les responsables ;
- (ii) La définition des modalités de mise en œuvre, notamment :
 - a. Les mécanismes de planification et de mise en œuvre aux différents niveaux : (organigramme, points focaux, partenaires de mise en œuvre, rôles des autres programmes et autres secteurs) ;
 - b. La coordination du partenariat ;
 - c. Le système de gestion des achats et de l'approvisionnement ;
 - d. La gestion des ressources financières ;
 - e. Les systèmes de gestion des risques ;
- (iii) L'élaboration d'un Budget et du plan de mobilisation des ressources.

L'étape 6 consacrée à l'élaboration d'un cadre de suivi évaluation a servi à :

L'élaboration d'un cadre de S & E ; celui-ci comprenant les éléments suivants : le cadre de performance du plan stratégique, les acteurs impliqués dans le suivi et évaluation du plan et les modalités de collecte des données qui permettront de renseigner les performances projetées dans ledit plan stratégique.

CHAPITRE 2 : PROFIL PAYS

2.1. Vue d'ensemble

Le Cameroun est un pays d'Afrique centrale situé au fond du Golfe de Guinée entre les 2^e et 13^e degrés de latitude Nord, et les 9^e et 16^e degrés de longitude Est. Il couvre une superficie de 475 650 Km² dont 466 050 Km² de superficie continentale et 9 600 Km² de superficie maritime. 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.

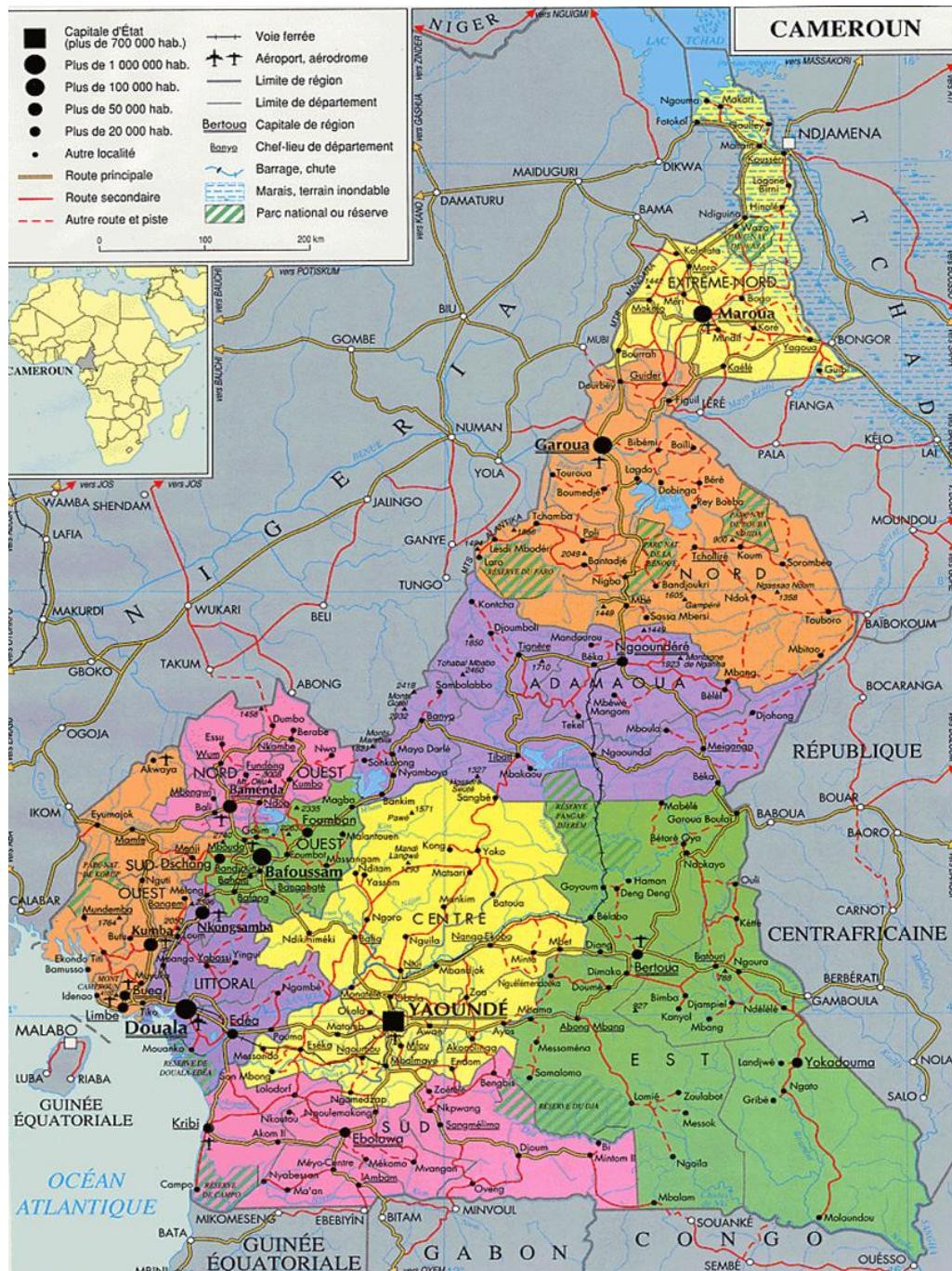


Figure 2 : Carte administrative du Cameroun

Le pays est caractérisé par une diversité géographique : les régions (du Centre, de l'Est, du Littoral, du Sud et du Sud-Ouest) ont un climat chaud et humide aux précipitations abondantes. Les hauts plateaux

de l'Ouest (régions de l'Ouest et du Nord-Ouest) sont une zone de savane et de terres volcaniques favorables à l'agriculture. Le Nord soudano-sahélien (régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord) est une zone de savane et de steppe caractérisée par un climat tropical chaud et sec et des précipitations de plus en plus réduites au fur et à mesure que l'on se rapproche du Lac Tchad.

2.2. Système socio-politique et sécuritaire

2.2.1 Organisation administrative

Sur le plan administratif, le pays est divisé en 10 Régions administratives, 58 Départements, 360 Arrondissements et 384 Collectivités Territoriales Décentralisées (Communes, Mairies de villes et Régions).

Les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) sont chargées de promouvoir le développement économique, social, sanitaire, éducatif, culturel et sportif dans leurs circonscriptions territoriales respectives. Selon la loi n°2019/024 du 24 décembre 2019 portant Code Général des Collectivités Territoriales Décentralisées à son article 5, alinéa 1, « la décentralisation consiste à un transfert par l'Etat, aux Collectivités Territoriales, des compétences particulières et des moyens appropriés ». Dans l'article 160, alinéa a, il est précisé une pleine participation de ces collectivités aux activités de santé à travers la création, l'équipement, la gestion et l'entretien des centres de santé à intérêt communal conformément à la carte sanitaire ; le recrutement et la gestion du personnel soignant et paramédical des centres de santé intégrés et des centres médicaux d'arrondissement ; l'assistance aux formations sanitaires et aux services sociaux. L'article 270 de ladite loi précise d'autres compétences transférées aux Régions (CTD) notamment la participation à l'élaboration des tranches régionales de la carte sanitaire.

Dans le secteur de la santé, parmi les compétences transférées aux communes, on peut citer la construction des infrastructures, l'acquisition des équipements et la gestion des Centres de Santé Intégrés (CSI).

Du point de vue politique, le Cameroun est un État démocratique avec un pluralisme politique. 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.

2.2.2 Contexte humanitaire et sécuritaire

Les mouvements terroristes observés dans le nord du Nigeria et en République Centrafricaine (RCA) ont des répercussions sur la sécurité des personnes et des biens dans les régions de l'Extrême Nord, de l'Est et de l'Adamaoua respectivement. A cela, s'ajoutent, les conflits internes et les mouvements d'insécurité observés dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest.

Les statistiques disponibles montrent qu'en 2019, le Cameroun a enregistré environ 1 214 714 personnes relevant de la compétence du HCR (POCs) dont 425 570 réfugiés et demandeurs d'asile, 683 238 personnes déplacées internes (PDIs) et 105 906 retournés (anciens PDIs). En 2023, le nombre de réfugiés est de 485 741, majoritairement Centrafricains (73 %) et Nigérians (26 %). La majorité des réfugiés centrafricains se retrouvent dans les régions de l'Est (174 076) et de l'Adamaoua (60 404). Quant aux réfugiés nigérians, ils se retrouvent principalement dans la région de l'Extrême-Nord (136 399).

La dégradation de la situation sécuritaire dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest a entraîné une augmentation considérable des déplacés internes, avec un effectif estimé en 2020 à 679 393 d'une part et la destruction des infrastructures sociales, y compris les formations sanitaires d'autre part.

Les problèmes de santé des réfugiés et des migrants sont similaires à ceux des populations autochtones même s'il arrive que dans certains groupes spécifiques comme les nouveaux réfugiés, les femmes migrantes, etc. soient plus touchés. Les problèmes de santé fréquemment observés dans les régions en

crise sont les suivants : les blessures, la rougeole, les maladies diarrhéiques (choléra, dysenterie...), les infections respiratoires sévères et le paludisme.

Lors des crises humanitaires, outre les blessures et les morts violentes résultant des combats armés, de la pratique de la torture par les protagonistes, l'absence de contrôle social, les comportements à risque, les viols et la prostitution, favorisent la propagation des maladies épidémiques, en particulier le VIH/SIDA. La résolution de ces problèmes constitue un challenge majeur pour les pouvoirs publics. Par ailleurs, la plupart des personnels de santé intervenant en situation d'urgence n'a pas été formée pour répondre, de manière efficace et efficiente, aux besoins sanitaires des personnes en situation d'urgence. La réponse institutionnelle à la lutte contre le paludisme permet d'apprécier l'engagement des pouvoirs publics dans cette lutte :

- La déclaration d'une politique générale du gouvernement sur la lutte antipaludique ;
- La mise sur pied d'une instance de coordination multisectorielle pour la lutte contre le paludisme (Comité National *Roll back malaria*, Groupe Technique Central, Groupe Technique Régional) ;
- L'élaboration de 5 générations des Plans Stratégiques Nationaux de Lutte contre le Paludisme ;
- L'exonération des taxes et droits de douane sur les moustiquaires et autres intrants anti paludisme.

2.3. Données démographiques

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 31 décembre 2023 à environ 28 758 503 habitants et devrait atteindre 31 613 458 habitants en 2028, soit un taux d'accroissement de 2,5%. Les femmes représentent environ 50,6 % de la population totale et les hommes 49,4% soit une sex-ratio de 1,05. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) constituent 24,3 %.

Le taux d'urbanisation du pays est de 52,3 % (SND30), donc la population camerounaise est majoritairement urbaine. Cette croissance rapide de la population urbaine contraste avec la gestion de l'environnement et de l'espace urbain (insalubrité, des bidonvilles autour des centres urbains, un faible assainissement de l'environnement, etc.). La majorité de la population (52,3%) réside en milieu urbain (3^e RGPH, BUCREP). En 2015, on note une forte concentration de cette population à Douala (2 768 436 habitants) et à Yaoundé (2 765 568 habitants).

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 2024-2028, le pourcentage des enfants âgés de 0 à 59 mois variera de 15,1% à 15,0% tandis que celui des femmes enceintes variera de 3,6 à 3,5% (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 2024 à 2028

Année	Population cible totale	Enfants 0-59 mois		Femmes enceintes attendues	
		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
2024	28 758 503	4 347 751	15,1	1 026 983	3,6
2025	29 442 327	4 429 057	15,0	1 033 069	3,5
2026	30 148 943	4 535 354	15,0	1 057 863	3,5
2027	30 872 517	4 644 203	15,0	1 083 251	3,5
2028	31 613 458	4 755 664	15,0	1 109 249	3,5

Source : Projections démographiques et estimations des cibles prioritaires des Programmes et Interventions de Santé, INS, 2016

La population Camerounaise 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 2024-2028-2023 (tableau 2).

Tableau 2 : Répartition projetée par Région de la population camerounaise sur la période 2024-2028

Région	Population totale 2024	Population totale 2025	Population totale 2026	Population totale 2027	Population totale 2028
Adamaoua	1 500 728	1 541 773	1 578 776	1 616 666	1 655 466
Centre	5 355 618	5 487 641	5 619 344	5 754 209	5 892 310
Est	1 255 231	1 283 771	1 314 582	1 346 131	1 378 439
Extrême Nord	5 336 892	5 499 114	5 631 093	5 766 239	5 904 629
Littoral	4 393 388	4 498 870	4 606 843	4 717 407	4 830 625
Nord	3 380 994	3 485 915	3 569 577	3 655 247	3 742 973
Nord-Ouest	2 398 488	2 428 173	2 486 449	2 546 124	2 607 231
Ouest	2 208 514	2 232 844	2 286 432	2 341 307	2 397 498
Sud	871 260	885 738	906 996	928 764	951 054
Sud-Ouest	2 057 390	2 098 488	2 148 852	2 200 424	2 253 234
CAMEROUN	28 758 503	29 442 327	30 148 943	30 872 517	31 613 458

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

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

- Taux brut de natalité : 36,8‰ (EDS, 2018) ;
- 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 : 48 ‰ (EDS, 2018) ;
- Taux de mortalité infanto-juvénile : 80 ‰ (EDS, 2018) ;
- Espérance de vie à la naissance : 52,1 ans (Rapport sur le Développement Humain, PNUD, 2013) ;
- Indice synthétique de fécondité : 4,8 enfants par femme au niveau national. Cet indice est de 6 pour les femmes rurales et 3,8 pour les urbaines (EDS, 2018) ;
- 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).

Le tableau ci-dessous indique l'évolution de quelques indicateurs majeurs de santé.

Tableau 3 : Quelques indicateurs de santé

Indicateurs	Valeur	Source de données	Auteur
Ratio de mortalité maternelle - ODD 3.1.1	406 pour 100 000 naissances	EDS 2018	MINSANTE/INS Cameroun
Taux de mortalité attribuable à la Tuberculose	31 pour 100 000 habitants	Global Tuberculosis Report	OMS
Taux de mortalité attribuable au SIDA	112 pour 100 000 habitants	EDS 2018	MINSANTE/INS Cameroun
Taux de mortalité lié au paludisme/ 100 000 habitants	17,7 pour 100 000 habitants	RAPPORT ANNUEL PNLP 2019	OMS/PNLP
Mortalité chez les 30 à 70 ans attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques - ODD 3.4.1	22%	PROFIL PAYS DES MALADIES TRANSMISSIBLES NON CAMEROUN 2018	OMS

Indicateurs	Valeur	Source de données	Auteur
Taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans les habitations et à la pollution de l'air ambiant - ODD 3.9.1.	208 pour 100 000 habitants	WORLD HEALTH STATISTICS 2019	OMS
Taux de mortalité attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène (Accès à des services WASH inadéquats) - ODD 3.9.2	45,2 pour 100 000 habitants	WORLD HEALTH STATISTICS 2019	OMS
Taux de mortalité attribuable à un empoisonnement accidentel - ODD 3.9.3	3,1 pour 100 000 habitants	WORLD HEALTH STATISTICS 2019	OMS
Taux de mortalité par suicide - ODD 3.4.2	12,2 pour 100 000 habitants	WORLD HEALTH STATISTICS 2019	OMS
Taux de mortalité lié aux accidents de la route - ODD 3.6.1	30,1 pour 100 000 habitants	ANNUAIRE STATISTIQUE 2015	INS Cameroun
Nombre de personnes décédées, disparues ou directement touchées lors des catastrophes - ODD 1.5.1 ; 11.5.1 13.1.1	254 décédées, 3 disparues, 1200 directement touchées	MINAT/DPC RAPPORT 2019	MINAT/DPC
Nombre de victimes d'homicides, par sexe et âge - ODD 16.1.1	11,6 pour 100 000 habitants	WORLD HEALTH STATISTICS 2019	OMS

Source : ONSP 2022, EDS-MICS-4, 2011, MICS 2014, Rapport de suivi des 100 indicateurs 2017, EDS 2018

2.4. Ecosystème, environnement et climat

Le Cameroun a un milieu naturel et un relief très diversifié avec plusieurs 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 (Profil entomologique paludisme PNLP 2021) :

- Le **climat équatorial** (4^e et 6^e 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 (jusqu'à 5000mm/an) et le *type camerounien* 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). La transmission du paludisme dure entre 7 et 12 mois. Les précipitations sont abondantes. Quatre saisons peuvent être distinguées : deux saisons des pluies et deux saisons sèches. Les principaux fleuves comprennent le Wouri, la Sanaga, le Nyong, le Ntem, le Ngoko et Kadey.

- Le **climat tropical soudanien** (du 6^e au 10^e parallèle Nord) avec une saison de pluies (mars à octobre) et une saison sèche (novembre à février). Cela correspond à la savane boisée de l'Adamaoua et de la Bénoué (avec des parcelles de baobabs). Elle est caractérisée par une saison des pluies et une saison sèche. La transmission du paludisme est intense pendant la période des pluies (4 à 6 mois).
- Le **climat tropical sahélien** au Nord du 10^e parallèle, où la durée de la saison des pluies est réduite. La transmission du paludisme est observée pendant la saison des pluies (1-3 mois). 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).

2.5. Situation économique

En 2023, le PIB du Cameroun a atteint 49,072 milliards de dollars US, soit 1 749,6 dollars US par habitant (IMF, 2023). 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). Le pourcentage de la population pauvre a augmenté et est passé de 12 % entre 2007 et 2014, pour atteindre 8,1 millions d'habitants (36%), en raison d'une croissance démographique plus rapide que le rythme de réduction de la pauvreté. Ce sont les régions septentrionales du pays qui concentrent le plus de pauvreté avec 56 % de la population pauvre. 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. Cette situation est d'autant plus grave que depuis novembre 2021, le Cameroun connaît une forte inflation, tirée principalement par la pénurie et la hausse du prix des produits de base (pain, blé et produits connexes, huile végétale et viande), qui s'explique par la perturbation de la chaîne de valeur mondiale due à la pandémie de Covid-19 et au conflit en cours entre l'Ukraine et la Russie.

L'indice de développement humain (0,576) en 2021 classe le Cameroun au 151^e rang sur 228 pays.

Tableau 4 : Indice de développement humain en 2021 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
--------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	---------------------------	--	---	--------------------------------	-------------------

0,576	60,8	3970	0,375	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).

2.6. Analyse du système de santé

2.6.1 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 5).

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 de santé 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 (FRPS) ;

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 Ambulatoires 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 5).

Tableau 5 : 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
Périmérique	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 Intégrés	COSADI COGEDI COGE COSA

Source : Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme au Cameroun, 2019-2023

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 constitue 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 la référence 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-après montre la répartition des différents types de formations sanitaires par Région au Cameroun.

Tableau 6 : Répartition des formations sanitaires par catégories

Région	Population 2023	CSI	CMA	HD & Assimilés	HR	HC & HG	Total
Adamaoua	1 460 928	188	24	13	1	1	227
Centre	5 225 915	1 758	159	59	1	10	1 987
Est	1 226 797	241	32	22	1	0	296
Extrême Nord	5 178 810	388	33	32	4	0	457
Littoral	4 291 250	1 107	83	50	2	4	1 246
Nord	3 276 891	291	17	15	2	2	327
Nord-Ouest	2 369 058	352	41	30	1	0	424
Ouest	2 184 726	839	93	33	2	1	968
Sud	857 642	293	35	16	2	1	347
Sud-Ouest	1 975 769	289	30	33	3	0	355
Total général	28 047 786	5 746	547	303	19	19	6 634

Source : DHIS2 MINSANTE, Mai 2023

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 du suivi et évaluation des activités à différents niveaux des services de santé et formations sanitaires ;
- La faible régulation de la santé par l'Etat.

2.6.2 Gouvernance, redevabilité et 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 la Stratégie Nationale de Développement 2030 (SND 30).

Le choix stratégique retenu dans la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2020-2030 est de garantir un accès équitable et universel aux services et soins de santé de base et aux soins spécialisés prioritaires de qualité, avec la pleine participation de la communauté et l'implication des PTF, CTD, des OSC, des secteurs apparentés et des acteurs du secteur privé. Cette stratégie 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 cette stratégie, le Système de Santé reste caractérisé par une fragmentation de ses instances de coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ce qui le rend inefficace.

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.

Le gouvernement s'est engagé dans la mise en œuvre d'une phase pilote de la Couverture Santé Universelle (CSU) qui couvre un paquet de soins précis. L'objectif visé est d'augmenter l'accès et l'utilisation des services à travers la levée des barrières financières et l'amélioration de la qualité des soins. Cette stratégie a été formalisée par la décision N° 0184/D/MINSANTE/CAB du 30 Janvier 2023 portant création et organisation de la Cellule Technique Nationale de la mise en œuvre de la phase I de la CSU. La prise en charge du paludisme a une place importante dans cette stratégie notamment par la gratuité du traitement chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes.

Par ailleurs, la gouvernance dans le programme de lutte contre le paludisme fait appel entre autres, à la diversité des acteurs impliqués dans la phase d'élaboration et de mise en œuvre du plan stratégique. Plusieurs défis ont été relevés dans la lutte contre le paludisme : (i) la coordination de la multitude des acteurs qui ont des procédures de gestion différentes ; (ii) les difficultés observées dans la mobilisation des ressources budgétaires de l'Etat qui sont par ailleurs insuffisantes ; (iii) la mobilisation d'autres sources de financement pour l'exécution optimale des activités planifiées qui permettront d'atteindre les objectifs fixés dans le plan.

2.6.3 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 de réadaptation. 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
- 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 spécialisés : 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.

Pour ce qui concerne les structures sanitaires construites, il n'existe aucune donnée pour apprécier la proportion des formations sanitaires fonctionnelles parmi celles qui sont disponibles.

De manière générale, on observe une insuffisance quantitative et qualitative des infrastructures et des équipements hospitaliers, du personnel médico-sanitaire et des intrants de prise en charge du paludisme (SSS, 2020-2030, rapport de revue du PSNLP 2019-2023). Cette inégale répartition spatiale de l'offre de soins entraîne une limite dans l'accessibilité géographique aux structures de soins qui affecte la qualité de la prise en charge globale du paludisme ; par ailleurs, la vétusté des équipements de diagnostic dans plusieurs DS situés le plus souvent en zones rurales affecte également la qualité de la prise en charge du paludisme (Rapport de revue du PSNLP 2019-2023).

Pour ce qui concerne l'utilisation des services de soins préventifs par la population, celle-ci a été jugée insuffisante en 2011 et a un impact sur les performances du programme. A titre illustratif 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.

2.6.4 Ressources humaines

En 2010, le pays comptait 1,07 médecins et infirmiers pour 1000 habitants, ce ratio est en deçà de la densité minimale définie par l'OMS, qui est de 2,3 personnels de santé 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 montrent 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 des 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 ;
 - Evaluation insuffisante des performances du personnel ;
 - Non harmonisation et non prise en compte des nouvelles directives dans les curricula de formation du personnel de santé ;
- 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 inexistants, etc.) ;
 - Le développement de l'informel dans le secteur ;

- L'absence d'un système performant d'évaluation du personnel.

Les dysfonctionnements structurels ci-dessus mentionnés et observés dans la gestion des ressources humaines affectent la qualité de la prise en charge du paludisme ; en effet, de l'avis des experts du PNLP, l'absence d'un programme de recyclage continue des prestataires des soins impliqués dans la prise en charge du paludisme impacte sur la qualité des examens réalisés (goutte épaisse et frottis sanguin) et sur la qualité des prescriptions faites qui ne sont pas toujours en adéquation avec les orientations nationales pour ce qui concerne la prise en charge du paludisme. Par ailleurs, le non-respect par tous les prestataires des soins de santé de la gratuité de la prise en charge du paludisme chez la femme enceinte et les enfants de 0 à 5 ans oblige certains patients démunis à emprunter d'autres itinéraires thérapeutiques qui leur sont souvent fatales.

2.6.5 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, des ménages et des partenaires techniques bilatéraux et multilatéraux.

Tableau 7 : Évolution du budget du MINSANTE de 2018 à 2024 au Cameroun

Financement	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Budget de l'État (milliards de FCFA)	4513	4805	4951	4865.2	6080.4	6345.1	6740.1
Budget de l'État alloué au MINSANTE (milliards de FCFA)	175,51755	207,92079	213,62136	197,01970	264,72647	228,2	255,2
Proportion du budget du MINSANTE par rapport au budget national (%)	3.89%	4.33%	4.31%	4.05%	4.35%	3.64%	3.78%

Source : Extrait des lois de finances du Cameroun de 2018 à 2024

La proportion du budget de l'Etat alloué au MINSANTE est insuffisante et très en deçà des 15 % recommandés par les chefs d'Etat et de gouvernement réunis à Abuja au Nigéria en 2001. Ceux-ci avaient pris un engagement financier d'allouer au moins 15% de leurs budgets nationaux au secteur de la santé.

Bien qu'à ce jour la proportion du budget de l'État consacrée à la santé dans les ministères partenaires soit difficile à capter et demeure inconnue, il est estimé que les financements alloués par l'État à la santé sont insuffisants pour satisfaire les besoins et les attentes de la population en la matière.

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 proviennent des paiements directs par les ménages. Seulement 5,52% de la population bénéficie 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.

Pour ce qui concerne le financement du paludisme, l'Etat et ses partenaires techniques et financiers ont mis en place des stratégies pour améliorer l'accès aux services de prévention et de prise en charge des cas de paludisme (subvention et gratuité).

Il existe en effet quelques initiatives de subvention ou de gratuité des soins notamment pour les enfants de 0 à 5 ans 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. Ce qui est à l'origine des dépenses catastrophiques dans de nombreux ménages et de leur paupérisation.

2.6.7 Approvisionnement en médicaments et produits de santé

Crée 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), elle 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.

La chaîne d'approvisionnement public des produits de santé au Cameroun est centralisée et relève de la responsabilité du Ministère de la Santé Publique.

L'approvisionnement des médicaments est réglementé au Cameroun. D'après la législation en vigueur, seuls peuvent être distribués à titre onéreux ou gratuit, les médicaments ayant obtenu une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) camerounais délivrée par le Ministre en charge de la Santé Publique. Toutefois, d'importants stocks de médicaments antipaludiques circulent dans le pays sans maîtrise de leur qualité et de leurs canaux d'importation et de distribution. Malgré l'existence de directives, les dons constituent une proportion non négligeable des médicaments non contrôlés.

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme bénéficie pour l'approvisionnement en médicaments et produits de santé, d'un financement domestique et de financements externes des partenaires techniques et financiers.

L'acquisition des produits pharmaceutiques sur les fonds de l'Etat est exécutée exclusivement par la CENAME qui est le principal fournisseur autorisé pour les approvisionnements dans le système de santé public. Cette structure du niveau central assure l'approvisionnement des FRPS et des hôpitaux de 1ère et 2ème catégorie en médicaments essentiels.

Par ailleurs, l'acquisition des produits pharmaceutiques sur les fonds des partenaires au développement se fait à travers des plateformes numériques de commande et de suivi propres à chaque donateur.

Il demeure constant que la CENAME, véritable réceptacle, assure la réception, le stockage et la distribution de tous ces produits (hors MILDA), quelle que soit la source de financement, sauf disposition expresse (exemple : PMI dans le Nord et l'Extrême-Nord réceptionne ses produits dans les FRPS).

Dans le but de soutenir le système de santé en rendant pérenne la politique de subvention tout en garantissant l'accessibilité financière des services auprès des bénéficiaires, des textes réglementaires encadrent la tarification à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, et déterminent des frais de gestion à reverser aux structures pour le stockage et la distribution.

De l'avis des experts du système de santé interviewés, plusieurs insuffisances sont à ce jour observées dans la gestion des anti paludéens et produits de santé (Rapport revue du PSNLP 2019-2023) :

- L'insuffisance de financements d'où l'impossibilité d'acquérir suffisamment des stocks afin de respecter les standards (niveaux minimum et maximum des stocks) et couvrir tous les besoins clairement exprimés ;
- Les difficultés liées à la mobilisation des fonds de l'Etat ;
- La suppression du statut spécial en matière de passation des marchés jadis conféré à la CENAME et lui permettant d'effectuer des commandes avec les procédures d'appels d'offres ayant des délais plus courts que ceux prescrits par le code des marchés publics ;
- L'insuffisance dans le partage en temps réel des informations sur l'état des achats ;
- Le non-respect des calendriers des approvisionnements ;
- L'insuffisance des ressources au sein des structures d'achat, de stockage et de distribution (matériel roulant, personnel peu ou pas formé, vétusté des magasins, etc.) ;
- L'insuffisance d'information fiable sur les besoins nationaux, ce qui entrave la planification des achats ;
- Les pénuries régulières d'antipaludiques dans les FOSA ;
- Le trafic des stocks disponibles ;
- L'enclavement ou le difficile accès dans certains DS, la présence d'un système informel de vente des anti paludéens de qualité douteuse (vendeurs des médicaments de la rue) ;
- La prescription des antipaludiques proscrits dans le pays ;
- La discrimination dans la distribution des moustiquaires (pas de campagne de distribution des MII dans la région du Centre en 2016 et 2022) ;
- La non disponibilité des moyens financiers pour lutter contre la prolifération des gîtes larvaires surtout en milieu urbain.

2.6.8 Système d'Informations Sanitaires

L'information sanitaire constitue un pilier majeur du système de santé en tant qu'intrant critique de planification, d'allocation des ressources ; c'est également un 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'Etat Civil, Bureau de Recensement de la Population, Institut National de Statistique) ;
- 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 étaient par conséquent faibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le recours aux données du SNIS pour la planification ou l'allocation des ressources étaient loin d'être la règle.

La Stratégie Sectorielle de Santé 2020-2030 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 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 clés de la santé au Cameroun a été élaborée et l'unique rapport de suivi est disponible depuis 2017.

Depuis 2015, le pays a adopté l'outil DHIS2 pour la gestion des données. Son déploiement est effectif sur le terrain malgré quelques défis.

CHAPITRE 3 : ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME

3.1. Perspective historique du problème du paludisme

Jusqu'au début des années 1950, aucune mesure spécifique de lutte antipaludique n'était mise en œuvre au Cameroun. Les activités menées concernant le paludisme se résumaient essentiellement à des enquêtes entomologiques et paludométriques et le traitement des cas présumés avec de la chloroquine. Ce n'est qu'à la suite de plusieurs conférences internationales sur le paludisme tenues à partir de 1950 que des stratégies de lutte bien définies ont été mises sur pied en Afrique. On distingue 3 grandes périodes dans la lutte antipaludique au Cameroun.

3.1.1. Ere du concept de l'éradication du paludisme

Suite à la Conférence Panafricaine du paludisme de Kampala en 1950 et la 8^{ème} Conférence Mondiale de Santé de Mexico en 1955, il a été conçu un programme global d'éradication du paludisme basé sur l'utilisation d'insecticides rémanents en traitement intra-domiciliaire éventuellement complétés par des traitements chimio thérapeutiques ou chimio prophylactiques. Au Cameroun, deux zones, l'une dans le Nord du pays autour de Maroua et l'autre dans le Sud autour de Yaoundé, furent sélectionnées pour les opérations d'éradication.

Dans le Sud Cameroun, les villes de Yaoundé et de Douala qui disposaient depuis 1949 d'un service d'hygiène chargé de la lutte anti vectorielle furent exclues du programme. La campagne débute en 1953 par les pulvérisations intra domiciliaires de trois classes d'insecticides (DDT semestriel à 2g/m², HCH trimestriel à 0,5g/m² et dieldrine annuel à 2g/m²). Aucun résultat n'ayant été obtenu suite à ce brassage de traitement, il fut décidé en 1957 de scinder cette région en deux zones, l'une traitée au DDT et l'autre à la dieldrine. Les résultats furent spectaculaires avec un arrêt complet de la transmission du paludisme dans cette région. Cependant, l'interruption fut de courte durée puisqu'il apparut en 1960 une souche d'*Anophèles gambiae* résistante à la dieldrine. Cette résistance se propagea rapidement au reste de la région (Gariou et Mouchet, 1961). Il fallut changer d'insecticides, mais ceci ne fut jamais possible pour des raisons administratives et financières. Par conséquent, les pulvérisations furent suspendues dans cette région en 1960.

La campagne du Nord Cameroun, commencée également en 1953, fut basée jusqu'en 1956 sur le traitement au DDT semestriel à 2g/m². A partir de 1957, il fut introduit le HCH semestriel à 0,8g/m², la dieldrine annuelle à 0,6g/m² et des opérations de chimio prophylaxie à base d'une association chloroquine-pyriméthamine. L'apparition en 1959 d'une souche d'*Anopheles gambiae* résistante à la dieldrine entraîna le remplacement de cette dernière par le DDT. Cette campagne ne permit jamais d'interrompre la transmission du paludisme dans cette région. L'adjonction de la chimio prophylaxie de masse n'améliora pas sensiblement la situation. La totalité des opérations fut donc interrompue en 1961 (Cavalié et Mouchet, 1958).

3.1.2. Ere du concept du contrôle

La 22^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé tenue à Boston en 1969 mis fin au concept de l'éradication et adopta celui du contrôle avec pour cible principale le parasite et la maladie qu'il cause. L'outil de base de cette méthode était le traitement systématique de l'accès fébrile avec de la chloroquine. Cette méthode a eu un succès retentissant sur l'ensemble du continent jusqu'au moment où est apparue la chloroquine résistance sur les côtes orientales d'Afrique. Cette résistance des parasites à la chloroquine a rapidement gagné tout le continent entraînant une résurgence du paludisme. La chloroquinorésistance est apparue au Cameroun dans les années 1985 (Desfontaine, 1990 ; Gardon *et al.*, 1991).

Il est devenu évident à la suite de l'échec du concept du contrôle du parasite que seule une approche globale associant différentes méthodes pouvait permettre de lutter efficacement contre cette endémie ; d'où l'élaboration avant la fin de la décennie 80 du concept d'une lutte intégrée contre le vecteur et son parasite.

3.1.3. Ere du concept de la lutte intégrée

La lutte intégrée a permis d'associer à l'action curative d'un traitement parasiticide une action préventive insecticide. La chloroquinorésistance s'étant rapidement répandue dans d'autres régions du Cameroun, l'amodiaquine et la sulfadoxine-pyriméthamine ont été proposées comme traitement alternatif dans les zones de chimiorésistance. L'action préventive a bénéficié d'un nouvel outil, la moustiquaire imprégnée de pyréthrinoïdes qui a été mis au point au Burkina Faso en 1983 (Darriet *et al.*, 1984). Les premiers essais de moustiquaires imprégnées au Cameroun qui datent de 1987 ont permis dans plusieurs localités de la région méridionale (Edéa, Mbandjock, Yaoundé, Mbébé, Kumba, Ebogo) de noter l'efficacité de cet outil dans la protection des habitants contre les piqûres d'anophèles et autres insectes. Fort de ce constat, il a été créé en 1992 par le Ministère de la Santé Publique un centre d'imprégnation de moustiquaires à Douala qui avait pour vocation d'imprégnier les moustiquaires des populations, de procurer à ces dernières des moustiquaires et insecticides à faible coût, de former des cadres aux techniques d'imprégnation et enfin, de mener des campagnes d'information et de sensibilisation des populations.

Conformément aux recommandations de la conférence ministérielle d'Amsterdam de 1992, il a été créé au Ministère de la Santé Publique du Cameroun un Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP) qui devait organiser la lutte contre cette endémie dans le pays. Le PNLP soutenu par de nombreux organismes internationaux distribue les MILDA en campagne de masse et en routine. Depuis mai 2006, de nouvelles combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine ont été introduites dans les protocoles de soins pour remplacer la chloroquine et l'Amodiaquine dont l'efficacité a diminué avec le développement de souches plasmodiales résistantes. La Pulvérisation Intra-Domiciliaire, est l'une des interventions de lutte anti vectorielle retenues dans le PSNLP mais dont la mise en œuvre à grande échelle n'est pas effective.

Politiques nationales relatives au paludisme

- La « Déclaration de Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme » qui a été élaborée et adoptée en 1997 ;
- L'élaboration du Programme National de Lutte contre le Paludisme au Cameroun (PNLP) en 1995 ;
- La création d'un Groupe de Travail National pour la lutte contre le Paludisme (GTNP), chargé de la mise en œuvre des activités du PNLP en 1998 ;
- L'adhésion du Cameroun à l'Initiative FRP à Abuja le 25 avril 2000, avec signature de la « Déclaration d'Abuja pour Faire Reculer le Paludisme en Afrique » (Roll Back Malaria)
- La « Déclaration de Yaoundé »..... ??? , 2024

3.1.4. Réorganisation du Programme National de Lutte contre le Paludisme et intensification de la lutte antipaludique.

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme du Cameroun créé en 1995 a été réorganisé en 2002. Depuis lors, des outils successifs de lutte contre le paludisme ont été adoptés et mis en œuvre (figure 3).

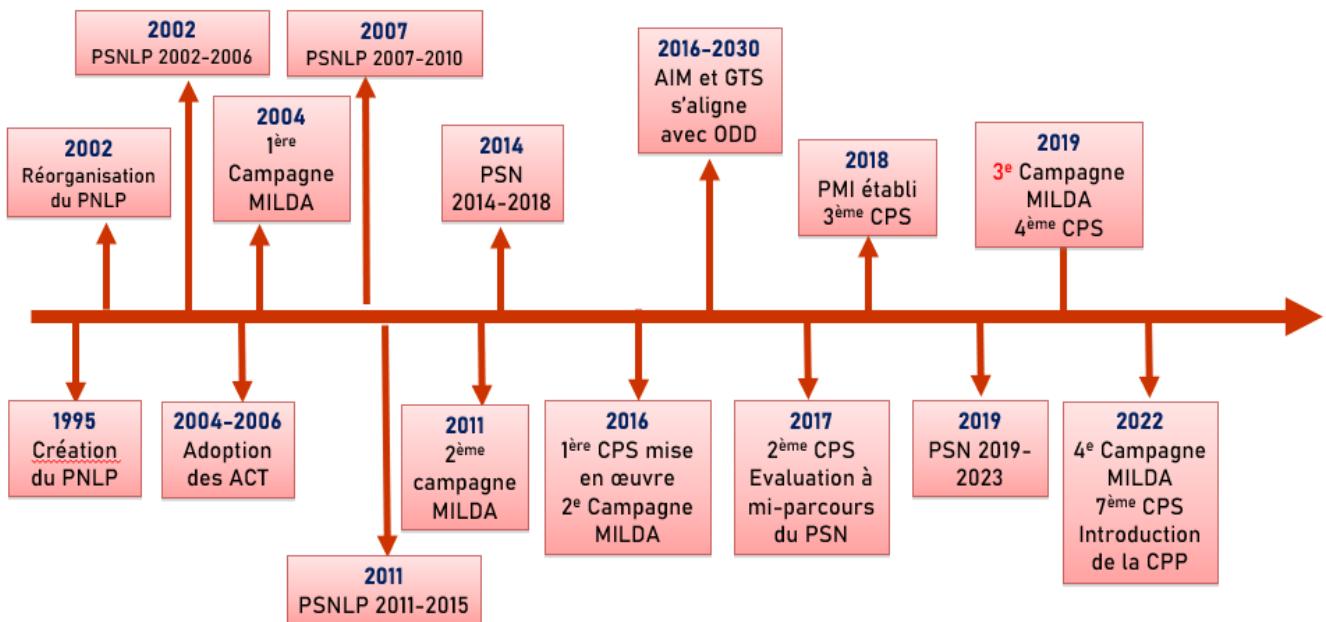


Figure 3 : Historique de la lutte contre le paludisme au Cameroun après la mise en place du PNLP

3.2. Epidémiologie du paludisme

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.

3.2.1. Distribution des vecteurs, indices de transmission du paludisme

Le pays compte au moins 56 espèces d'anophèles dont 17 sont vectrices du paludisme. Les anophèles de la faune Camerounaise peuvent être répartis en trois grandes catégories (Profil entomologique du paludisme du Cameroun, 2021) :

- **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.*, 2019) ;
- **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, soit peu abondantes et dont le rôle épidémiologique est négligeable (Gillies et De Meillon *et al.*, 1968, Tchuinkam *et al.*, 2010).

Tableau 9 : 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	An. <i>gambiae</i> s.ls. An. <i>coluzzii</i> An. <i>arabiensis</i> An. <i>funestus</i> s.l. An. <i>moucheti</i> An. <i>nili</i>	An. <i>ovengensis</i> An. <i>pharoensis</i> An. <i>carnevalei</i> An. <i>hancocki</i> An. <i>paludis</i> An. <i>ziemannii</i> An. <i>marshallii</i> An. <i>wellcomei</i> An. <i>rufipes</i> An. <i>leesonii</i> An. <i>coustani</i> ,	An. <i>pretoriensis</i> An. <i>rhodesiensis</i> An. <i>squamatus</i> An. <i>cinctus</i>

Les différents faciès rencontrés dans le pays sont :

- **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 ce faciès est essentiellement assurée par les espèces telles que *An. arabiensis*, *An. gambiae* et *An. funestus*. Les études réalisées dans les sites sentinelles proches des périmètres rizicoles montrent que la transmission peut atteindre plus de 27 piqûres infectantes par homme par mois et s'étaler sur sept mois au cours de l'année. Les principales espèces vectrices présentent des taux d'infection qui varient de 1,4% (*An. pharoensis*) à plus de 5% (*An. gambiae* s.l.). Il est constaté que l'utilisation des moustiquaires imprégnées n'affecte pas significativement la longévité des vecteurs dans ce site où le taux de parturité varie de 38,9% à 100% (Fondjo *et al.* ; 2023).
- **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 (Kala *et al.*, 2022 ; Rapport OCEAC, 2003). La transmission dans ce faciès est principalement assurée par *An. coluzzii* et *An. funestus*. Le suivi du site sentinelle de Gounougou dans cette zone a montré que la transmission peut atteindre 13 pi/h/nuit et s'étaler sur 8 mois pendant l'année. Les principales espèces vectrices présentent des taux d'infection variant de 1,4% (*An. ziemanni*) à 3,7% (*An. gambiae* s.l.). Le taux de parturité des vecteurs varie de 66,7% à 100% (Fondjo *et al.* ; 2023).
- **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). Le suivi du site sentinelle de Nyabessang a montré que la transmission pouvait atteindre 3 pi/h/nuit. Le taux d'infection varie de 1,7% (*An. nili*) à 5,5% (*An. gambiae* s.l.). Le taux de parturité varie de 50 à 64,4% (Fondjo *et al.* ; 2023).

Toutefois, plusieurs particularités épidémiologiques ont été relevées à travers le pays, notamment :

- **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 faible à modérée variant de 1-50 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). Les études réalisées dans le site sentinelle de Mangoum ont montré que la transmission pouvait atteindre 10 pi/h/nuit. Le taux d'infection peut varier de 3,3% (*An. ziemanni*) à 8% (*An. gambiae* s.l.). Dans cette zone, les vecteurs présentent des taux de parturité qui varient de 67,1% à 69,23% (Mangoum) (Fondjo *et al.*, 2023).

- **Le sous faciès côtier** est le domaine forestier de la côte atlantique ; il est 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 suivi du site sentinelle de Bonabéri entre 2018 et 2020 a montré que la transmission pouvait atteindre 2,5 pi/h/nuit, le taux d'infection est de 3,8% (*An. coluzzii*) et le taux de parturité de 50% à 72,6% (Fondjo *et al.*, 2023).
- **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 90 pi/h/an. Elle est essentiellement assurée par *An. gambiae* et *An. coluzzii* et par endroit par *An. funestus* s.l. (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 ; Doumbé *et al.*, 2018 ; Djamouko *et al.*, 2020). Le suivi du site sentinelle de Bonabéri a montré des taux de parturité qui varient de 50% à 72,6% (Fondjo *et al.*, 2023).

3.2.2. Résistance des vecteurs aux insecticides

A ce jour, toutes les études faites et les données collectées démontrent que les populations naturelles d'*An. gambiae* s.l. et *An. funestus* s.l. ont développé une résistance à de nombreuses classes d'insecticides. Cette résistance est plus marquée avec les pyréthrinoïdes et augmente graduellement dans l'ensemble du pays au fil des années (Menze *et al.*, 2018, 2020 ; PMI, 2021; Antonio-Nkondjio *et al.*, 2017; Tchouakui *et al.*, 2023). L'intensité de la résistance varie en fonction des faciès éco-épidémiologiques du pays. Certaines populations d'*An. gambiae* sont actuellement résistantes à toutes les 4 classes d'insecticides majeurs en santé publique.

Les principaux mécanismes impliqués dans la résistance aux insecticides chez les vecteurs majeurs du paludisme au Cameroun sont la modification de cible et la détoxication enzymatique. Les fréquences de ces mécanismes varient selon les faciès épidémiologiques. Les mécanismes de résistance par mutation de cible détectés sont la mutation kdr 1014F, 1014S et N1575 Y chez *An. gambiae* s.l. (conférant une résistance croisée aux pyréthrinoïdes et organochlorés (DDT) et la mutation A296S-RDL chez *An. funestus* et *An. gambiae* s.l. (conférant une résistance à la dieldrine). La mutation Ace-1 G119S conférant la résistance aux carbamates et organophosphorés a également été détectée récemment chez *An. gambiae* et *An. coluzzii*. Pour ce qui est de la résistance métabolique, elle est principalement marquée dans l'ensemble du pays par la surexpression des cytochromes P450s chez *An. gambiae* s.l. et des glutathione S-transferase chez *An. gambiae* s.l. et *An. funestus* s.l. (Profil entomologique du Cameroun, 2021).

Anopheles gambiae s.l. est sensible à la clothianidine et au chlorfénapyr, cependant des populations résistantes ont été rencontrées dans quelques sites notamment Garoua, Santchou, Mbalmayo et Ngaoundéré (Rapport vectorlink 2022, Rapport PNLP 2021).

Les études sur l'évaluation de l'efficacité des moustiquaires de différentes marques indiquent une efficacité supérieure des moustiquaires PBO (avec synergiste) comparé aux moustiquaires standard (pyréthrinoïde seul). Les taux d'efficacité les plus faibles ont été observées chez *An. gambiae* s.l. dans l'Adamaoua et le Centre (Tchouakui *et al.* 2019 ; Menze *et al.* 2018 ; Elanga-Ndille *et al.* 2019).

Ces données actualisées de l'état de la résistance dans le pays devraient aider à une meilleure gestion de cette résistance et à la mise en œuvre des stratégies de lutte anti vectorielle adaptées aux spécificités des différentes localités du pays.

3.2.3 Espèces plasmodiales et résistance aux antipaludiques

Plasmodium falciparum est l'espèce plasmodiale la plus fréquente, (97,6%), secondée par *P. vivax*, *P. malariae* et *P. ovale* (97,6%, Quakyi, et al., 2000 Antonio-Nkondjio et al., 2019).

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 des résistances du *Plasmodium* aux antipaludiques classiques (monothérapies), 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 (ACT/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. Des études d'efficacité thérapeutiques conduites en 2021 dans la région du Centre et en 2022 dans la région du Nord ont rapporté une efficacité et une tolérance brutes élevées de l'AS-AQ et de l'AL pour le traitement du paludisme simple à *P. falciparum* chez les enfants au Cameroun. Toutefois, avec l'avènement de la résistance aux ACT en Asie du Sud-Est et en Afrique, il est nécessaire de surveiller en permanence les ACT par des études d'efficacité thérapeutique.

3.2.4 Evolution de la morbidité liée au paludisme

○ Prévalence parasitaire

Le paludisme est la cause majeure de morbidité dans le pays. La prévalence parasitaire chez les enfants âgés de 6 à 59 mois est de 26,1% pour l'ensemble du pays (EIPC, 2022). Toutefois, les disparités régionales sont importantes. Elle est forte dans la zone forestière du pays, en particulier dans les régions du Centre (sans Yaoundé) (49,1%), du Sud (45,6%) et de l'Est (41,4%) et dans la zone soudano-sahélienne de l'Adamaoua (31,3%). Elle est relativement faible dans les grands centres urbains de Douala (6,9%) et de Yaoundé (10,0%) et dans les hautes terres du Nord-Ouest (10,9%), de l'Ouest (18,7%), puis dans la Région sahélienne de l'Extrême Nord (27,1%). La prévalence parasitaire chez les enfants de 6 à 59 mois a diminué, passant de 30% en 2011 (EDSC 2011) à 26% en 2022 (EIPC 2022), soit une réduction de 20%. Cette diminution a été observée dans toutes les régions à l'exception des régions de l'Extrême-Nord, du Sud et du Littoral sans la ville de Douala centre.

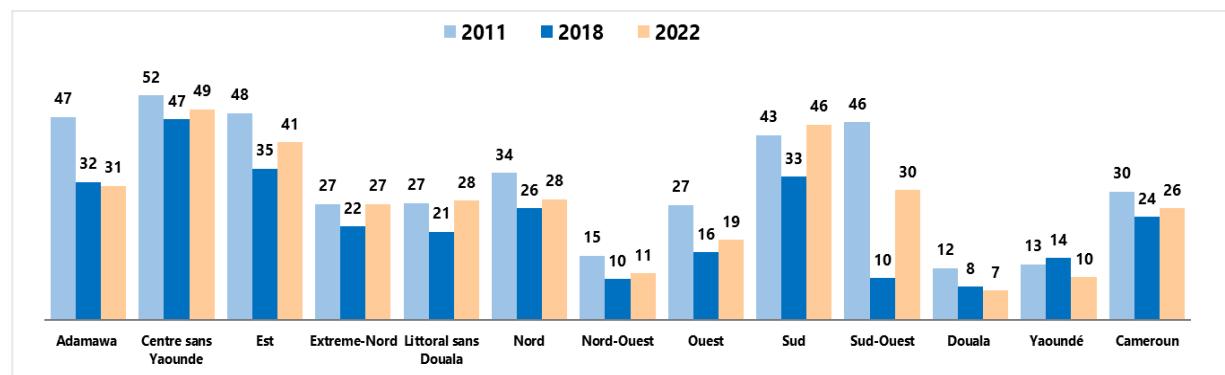


Figure 4 : Evolution de la prévalence parasitaire de 2011 à 2022

Sources : EDSC (2011, 2018), EIPC (2022)

○ Incidence et morbidité proportionnelle

De 2018 à 2022, la morbidité proportionnelle due au paludisme est passée de 26,3% à 29,6% soit une augmentation relative de près de 13% (Tableau 10) ; le nombre de cas de paludisme rapportés par les

formations sanitaires et les agents de santé communautaire a évolué de 2 217 422 à 3 327 381, soit une augmentation de 50,1% tandis que le nombre de consultations toutes causes passait de 8 443 484 à 11 230 193, soit une hausse de 33,0%. Le nombre de cas de paludisme pour 1 000 habitants a évolué de 89,2 à 120,2 sur la même période. Malgré cette tendance à la hausse depuis 2019, on peut noter une baisse de tous les indicateurs de morbidité au cours de l'année 2022.

Tableau 10 : Évolution de la population et des indicateurs de morbidité de 2018 à 2022

Indicateur	2018	2019	2020	2021	2022	Tendance
Population	24 863 337	25 492 354	26 153 972	27 076 679	27 686 430	
Consultations toutes causes	8 443 484	9 674 975	9 459 051	10 755 957	11 230 193	
Cas de paludisme confirmés	2 217 422	2 819 282	2 890 185	3 335 174	3 327 381	
Cas de paludisme pour 1000/an	89,2	110,6	110,5	123,2	120,2	
Morbidité proportionnelle (%)	26,3	29,1	30,6	31,0	29,6	

Source : Rapport annuel 2022, PNLP

L'analyse de la distribution géographique du taux d'incidence montre que les régions de l'Est, du Centre, de l'Adamaoua et du Nord ont enregistré le taux d'incidence le plus élevé en 2022 avec plus de 120 cas pour 1000 hab. tandis que la région du Littoral a enregistré le taux d'incidence le plus faible avec moins de 100 cas pour 1000 hab. Quant à la morbidité proportionnelle, elle est plus élevée dans le Nord, l'Adamaoua et l'Est et plus faible dans le Centre et la partie Ouest du pays.

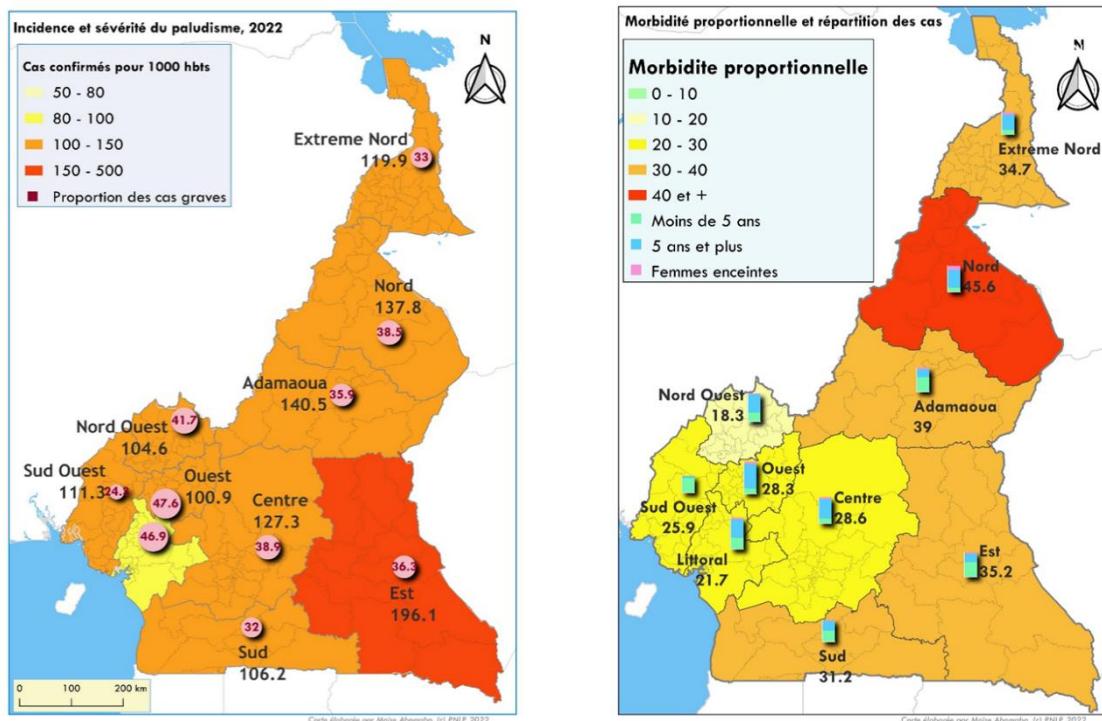


Figure 5 : Distribution géographique des indicateurs de morbidité en 2022

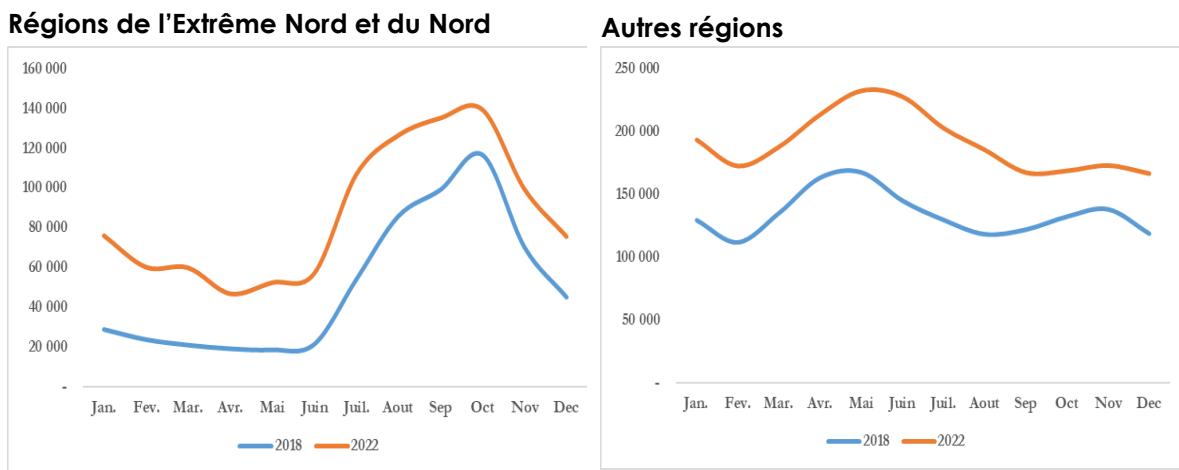


Figure 6 : Saisonnalité de la transmission du paludisme en 2022

Source : Rapport annuel 2022, PNLP

La transmission du paludisme reste fortement saisonnière dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord avec un pic au mois d'octobre. On note 49% des cas de paludisme confirmés enregistrés entre juillet et octobre 2022 contre 59% en 2018. Dans les autres régions, le nombre de cas de paludisme oscille autour de 200 000 cas par mois avec une valeur plus élevée au mois de mai

Entre 2018 et 2022, la morbidité proportionnelle du paludisme dans la tranche d'âge des moins de 5 ans a connu une augmentation progressive passant de 33,5% en 2018 à 49,7% en 2022 (figure 7). Cette augmentation est attribuable à l'intensification progressive des interventions sous directives communautaires ciblant prioritairement les enfants de moins de 5 ans. Toutefois, le taux d'incidence du paludisme dans cette tranche d'âge est passé de 280 à 261 cas pour 1000 soit une réduction de 7% après une évolution à la hausse entre 2018 et 2020. Le taux d'incidence chez les moins de 5 ans a baissé de 33% au cours des deux dernières années. Cette réduction serait attribuable à toutes les actions de prévention entreprises par le gouvernement et ses partenaires en faveur de ce groupe vulnérable (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, Traitement Préventif Intermittent).

Chez les femmes enceintes, après une tendance à la hausse entre 2018 et 2020, la morbidité proportionnelle et le taux d'incidence ont connu une réduction en 2022 passant respectivement de 27,3% en 2020 à 21,3% en 2022. Cette évolution en dents de scie sur la période s'explique par les difficultés rencontrées par le PNLP dans la mise en œuvre des interventions spécifiques à ce groupe vulnérable (rupture de stock de MILDA et de la Sulfadoxine Pyriméthamine, faible fréquentation des services de CPN, recours tardif à la CPN). Par ailleurs, le dépistage systématique du paludisme chez la femme enceinte effectué 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 surdiagnostic du paludisme chez les femmes enceintes (diagnostic des cas d'infection au plasmodium avec ou en l'absence de fièvre).

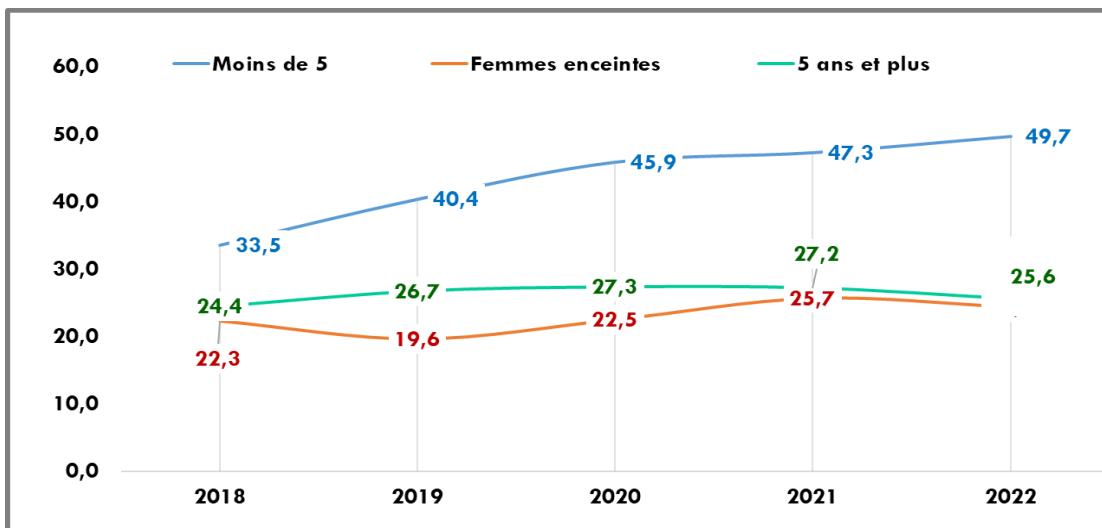


Figure 7 : Évolution de la morbidité proportionnelle par groupe cible de 2018 à 2022

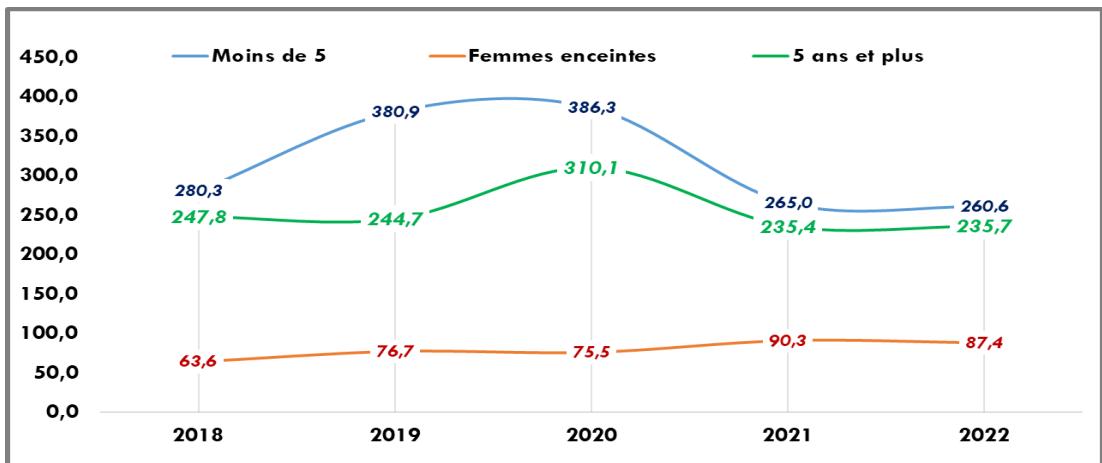


Figure 8 : Évolution du taux d'incidence par groupes cibles de 2018 à 2022

3.2.5 Evolution de la mortalité liée au paludisme

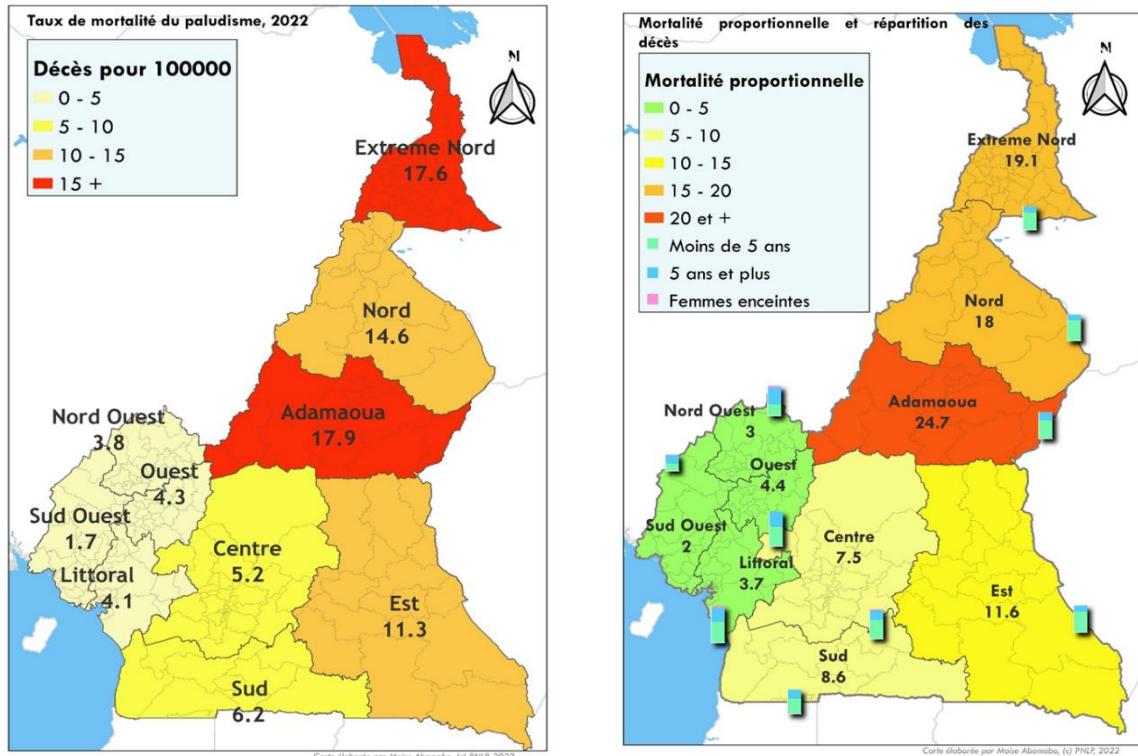
La mortalité proportionnelle liée au paludisme dans les formations sanitaires a connu une hausse entre 2018 à 2020 en passant de 15,5% à 18,8%, puis une baisse de 2020 à 2022 en passant de 18,8% à 10,9% (Tableau 11). Le taux de mortalité spécifique du paludisme dans les formations sanitaires a évolué dans le même sens passant de 13,1 à 17,7 décès de paludisme pour 100 000 habitants entre 2018 à 2019 puis de 17,7 à 9,0 décès de paludisme pour 100 000 habitants entre 2020 et 2022. Le nombre total de décès de paludisme a diminué de 24% entre 2018 et 2022 alors que le nombre de décès toutes causes confondues a connu une augmentation de près de 9%.

Tableau 11 : Évolution de la population et des indicateurs de mortalité de 2018 à 2022

Indicateur	2018	2019	2020	2021	2022	Tendance
Population	24 863 337	25 492 354	26 153 972	27 076 679	27 686 430	
Décès de maladie	21 008	22 394	21 879	25 650	22 801	
Décès de paludisme	3 263	4 510	4 121	3 782	2 481	
Décès de paludisme pour 100000/an	13,1	17,7	15,8	14,0	9,0	
Mortalité proportionnelle (%)	15,5	20,1	18,8	14,7	10,9	

Source : Rapport annuel 2022, PNLP

L'analyse désagrégée par région ressort une mortalité plus importante dans les régions de l'Adamaoua, de l'Extrême-Nord et du Nord qui contribue à 65% de la mortalité globale en 2022. A l'inverse, la mortalité palustre est plus faible dans les régions de la partie Ouest du pays (Littoral, Nord-Ouest, Sud-Ouest, Ouest) avec des taux de mortalité inférieurs à 5 décès pour 100 000 habitants et des mortalités proportionnelles inférieures de 5%.



Source : Rapport annuel 2022, PNLP

Répartition des décès

Mortalité proportionnelle

Décès pour 100 000

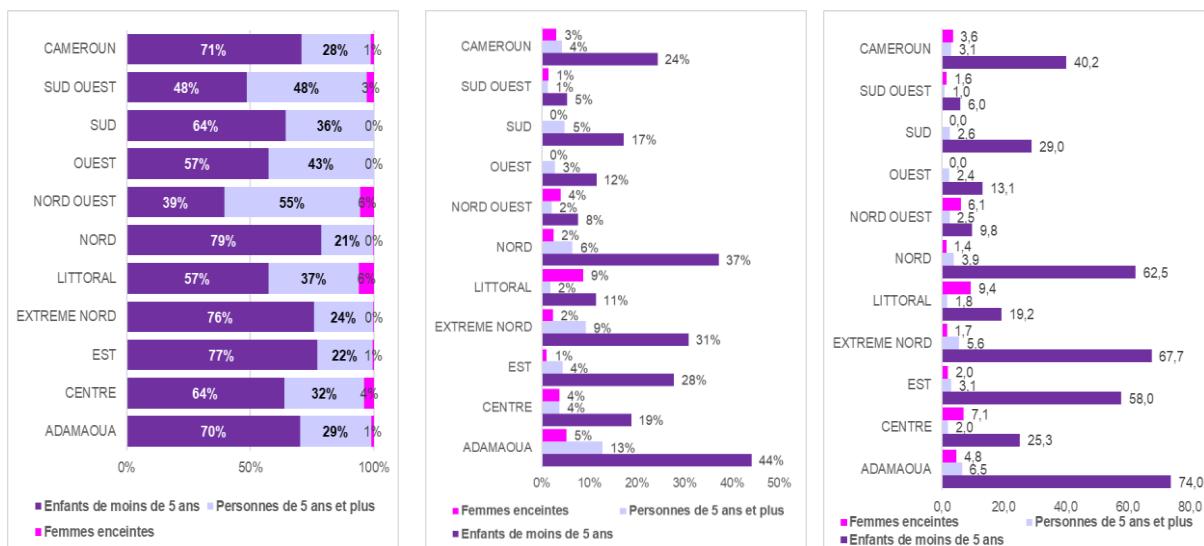


Figure 10 : Désagrégation de mortalité par groupe cible et par région en 2022

Source : Rapport annuel 2022, PNLP

La mortalité liée au paludisme reste fortement concentrée chez les enfants de moins de 5 ans et représente 71% des décès liés au paludisme en 2022. La mortalité proportionnelle et le taux de mortalité du paludisme sont plus élevés chez les enfants de moins de 5 ans que dans les autres groupes cibles. En effet, en 2022, ces deux indicateurs étaient respectivement 6 et 10 fois plus élevés dans le groupe des enfants de moins de 5 ans que dans les autres groupes cibles (Figure 10).

On note néanmoins une diminution significative de la mortalité du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans au cours des 3 dernières années. En effet, la mortalité proportionnelle du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 39,6% en 2019 à 24,3% en 2022, soit une baisse relative de 39% alors que le taux de mortalité baissait de 67% passant de 121,9 à 40,2 décès pour 100 000 habitants. Sur la même période les baisses relatives de la mortalité proportionnelle du paludisme étaient de 72% chez les femmes enceintes et de 51% chez les personnes de 5 ans et plus ; les baisses du taux de mortalité étaient quant à elles de 59% et 50% dans ces deux groupes respectivement (Figures 11 et 12).

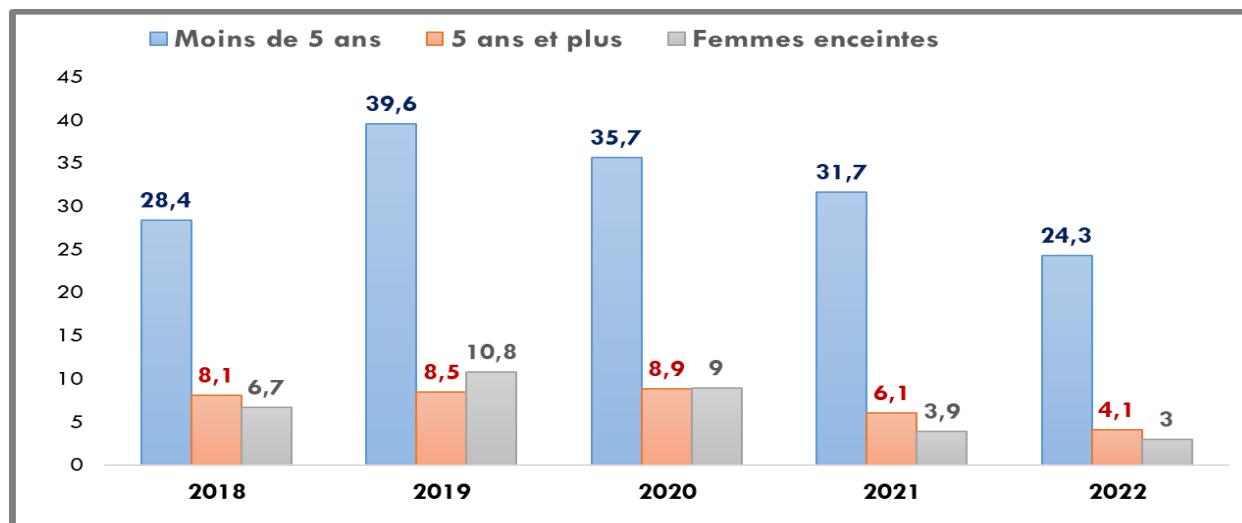


Figure 11 : Évolution de la mortalité proportionnelle par groupe cible de 2018 à 2022

Source : Rapports annuels de 2018 à 2022, PNLP

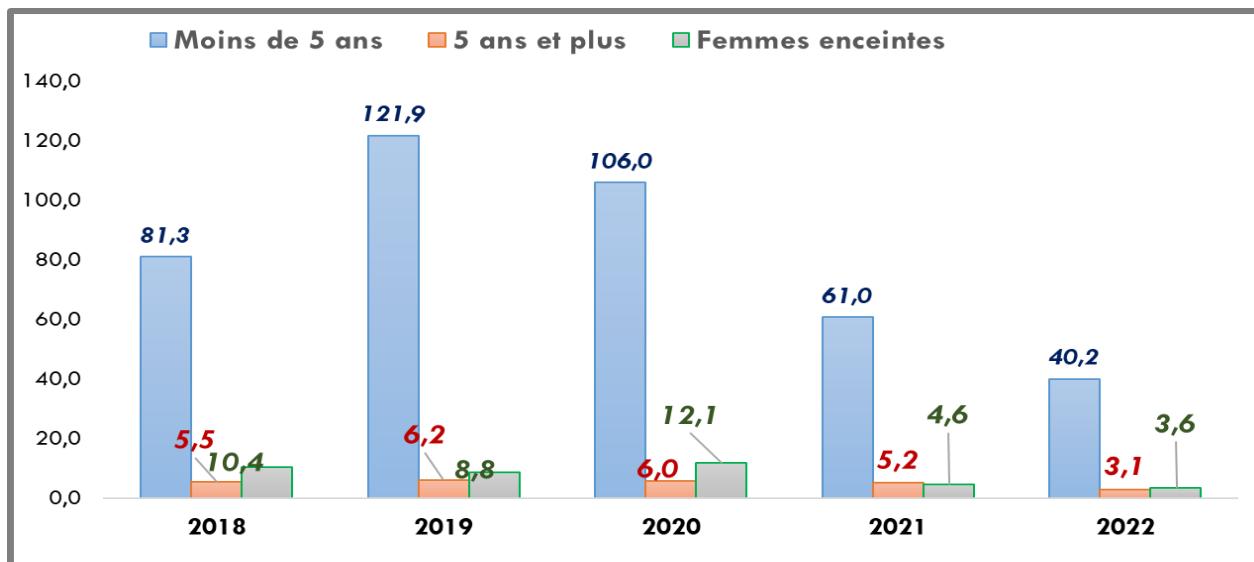


Figure 12 : Evolution du nombre de décès palustre pour 100 000 par groupes cibles de 2018 à 2022

Source : Rapports annuels PNLP de 2018 à 2022

3.2.6 Stratification du risque palustre

Ce travail de stratification a été réalisé en 2022 avec la collaboration de l'OMS-GMP, SWISS-TPH et CHAI. La prévalence du *Plasmodium falciparum* par district, l'incidence ajustée du paludisme (cas pour 1000 habitants) et les décès toutes causes pour 100 000 chez les moins de 5 ans ont été considérées dans cette analyse.

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

En utilisant des méthodes géo spatiales, les données sur la prévalence du parasite *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 2018 à 2022) et par district. Les estimations de la PfPR ont été normalisées en fonction du groupe d'âge de 2 à 10 ans.

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'interventions ont été estimées à partir des données sur la distribution et la couverture de la population. Le travail a été effectué par le projet Atlas du paludisme de l'Université d'Oxford. Les cartes de la PfPR 2018 et 2022 sont illustrées dans la figure 13.

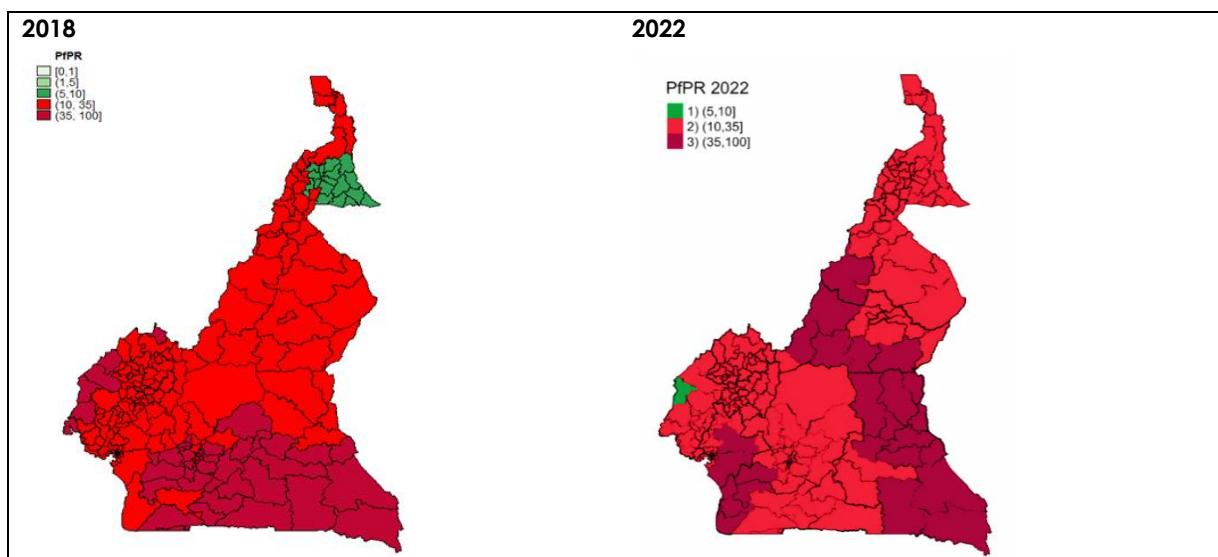
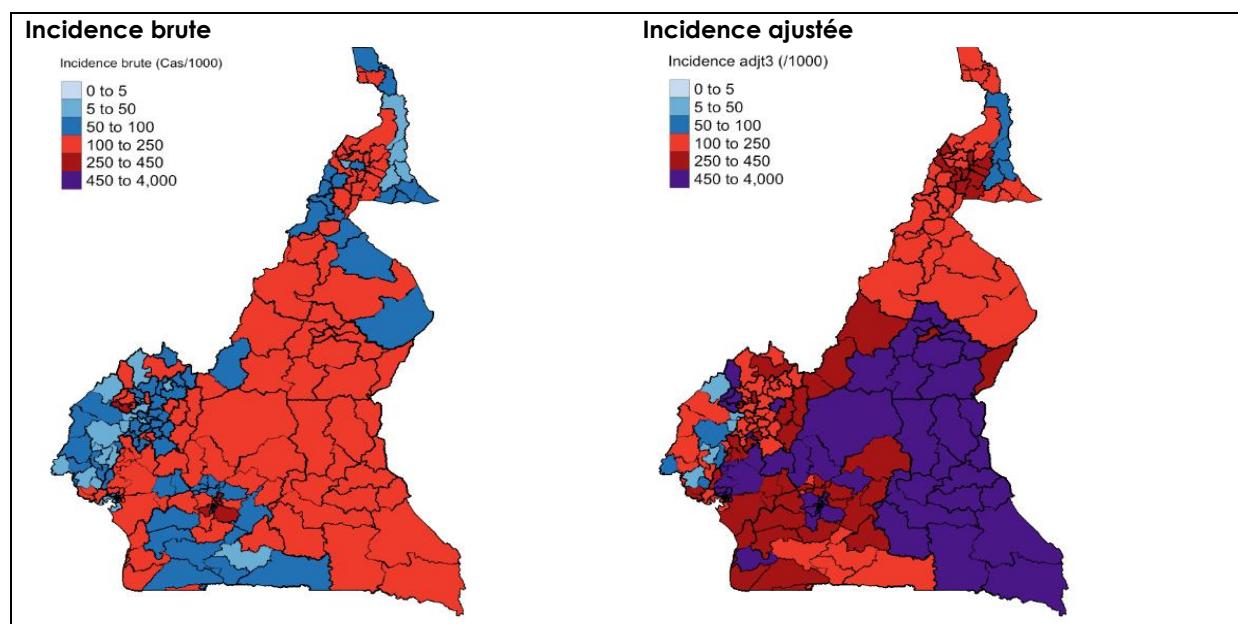


Figure 13 : Prévalence de *P. falciparum* parasite par district en 2018 et 2022

Source : Malaria Atlas Project, 2023

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 14.

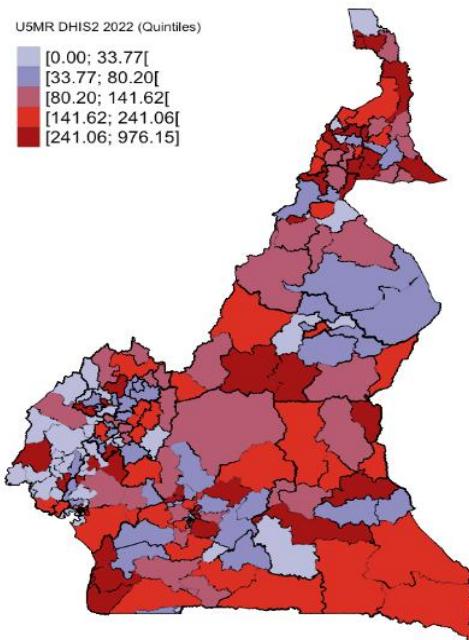


Source : Malaria Atlas Project, 2023

c. Taux de mortalité toutes causes confondues des enfants de moins de cinq ans

Il s'agit du nombre de décès de maladies toutes causes confondues chez les enfants de moins de 5 ans rapportés par les formations sanitaires pour 100 000 personnes. Ces données sont issues du Système National d'Informations Sanitaires. Les valeurs obtenues ont été réparties en 5 quintiles.

Figure 15 : Taux de mortalité toutes causes confondues chez les moins de 5 ans par districts



d. Stratification épidémiologique

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 (Figure 16).
- **Étape 2** : Une fois la première série de strates selon les scores de prévalence et d'incidence obtenue, de nouveaux scores leur ont été attribués. Le Taux de mortalité toutes causes confondues a été ajouté aux scores combinés des strates de prévalence et d'incidence pour obtenir la classification finale des strates (Figure 16).

Figure 16 : Algorithme de classification des Districts suivant prévalence, d'incidence et de mortalité de moins de 5 ans.

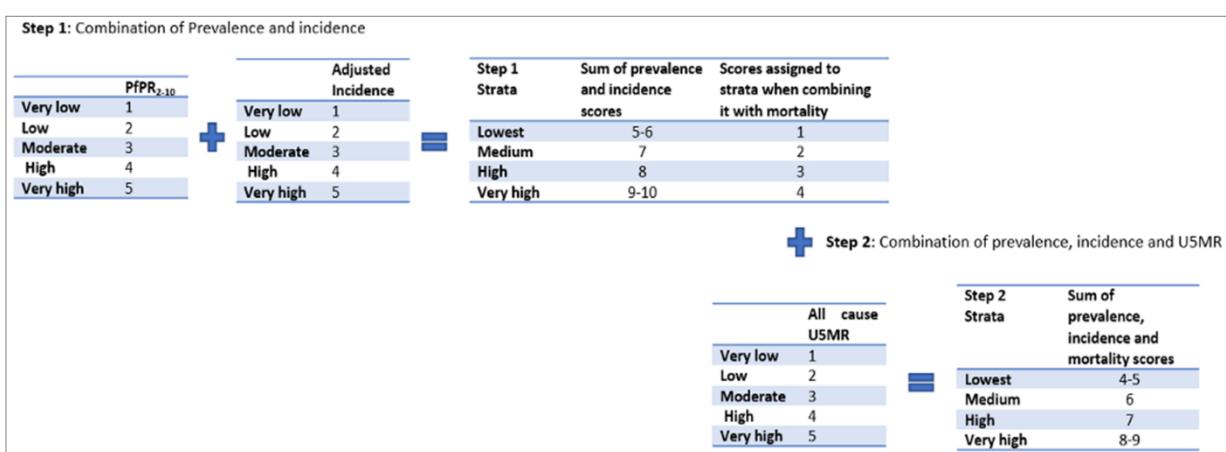


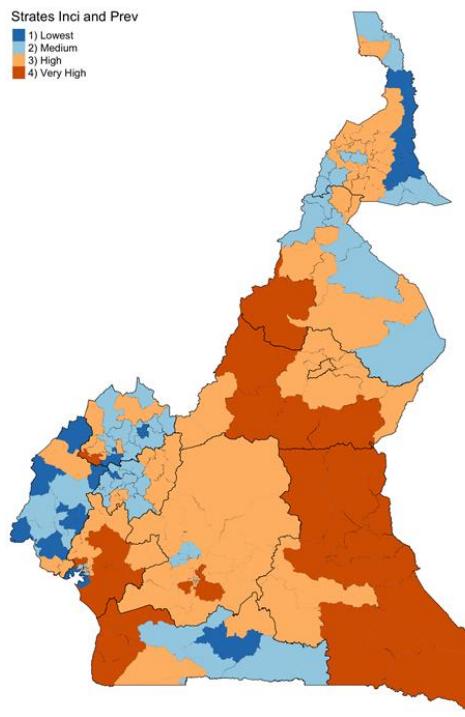
Figure 17 : Strates de risque de paludisme en 2022 selon les indicateurs utilisés

Prévalence et l'incidence

Prévalence, incidence et mortalité

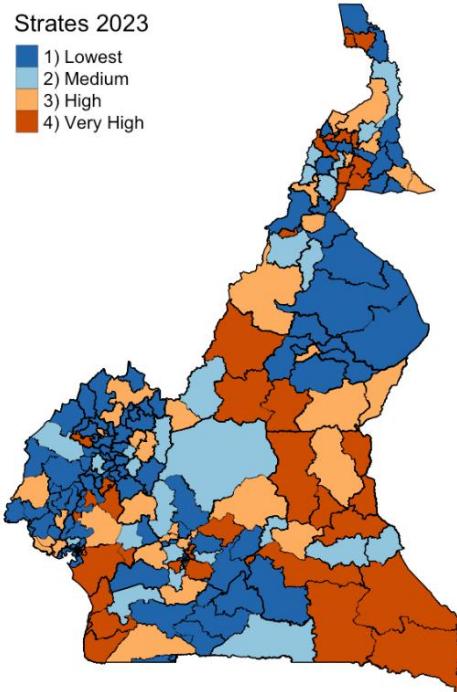
Strates Inci and Prev

- 1) Lowest
- 2) Medium
- 3) High
- 4) Very High



Strates 2023

- 1) Lowest
- 2) Medium
- 3) High
- 4) Very High

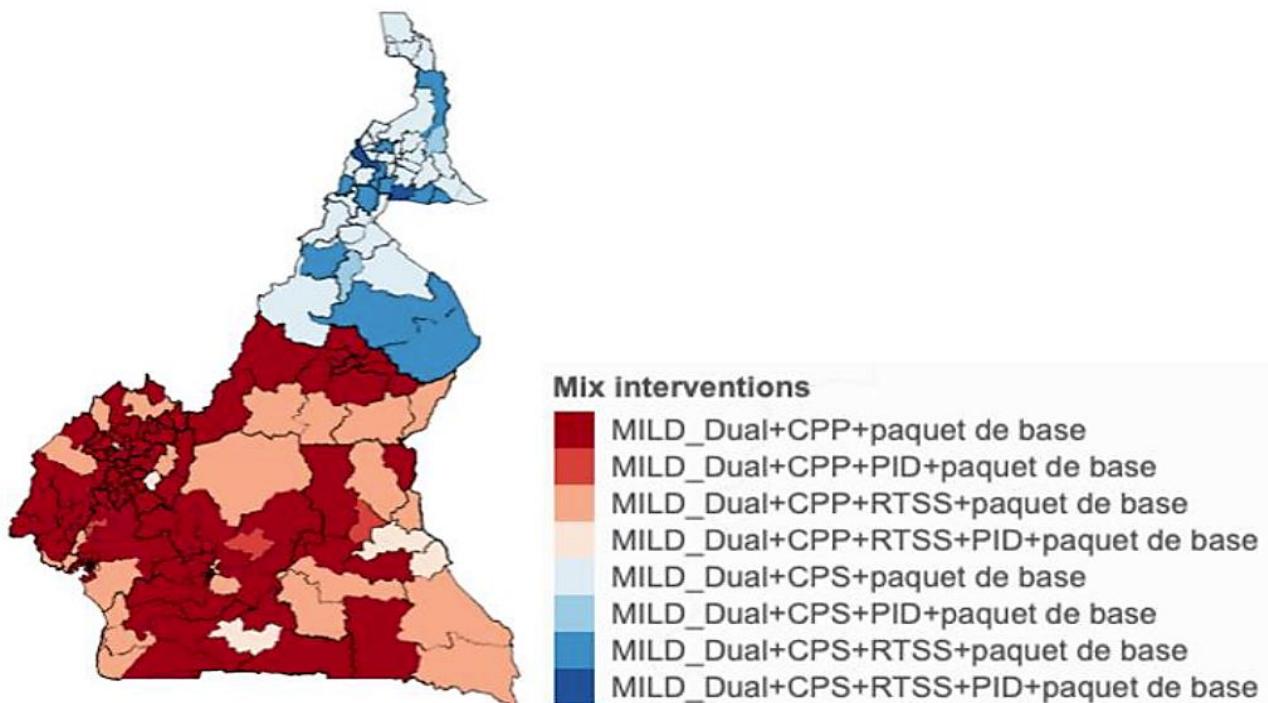
**Tableau 12 : Répartition des districts selon les strates par régions**

	Adamaoua	Centre	Est	Extreme Nord	Littoral	Nord	North West	Ouest	South West	Sud	
1. Lowest	3	12	1		12	11	7	16	13	13	7
2. Medium	1	8	3		5	3	3	0	4	1	2
3. High	4	7	2		6	2	3	3	2	5	1
4. Very High	3	5	9		9	8	2	1	1	0	2

e. Mix des interventions

La stratification a permis de déterminer les interventions cibles par districts de santé tels que la CPP, CPS, MILDA et les paquets de base (Figure 18)

Figure 18 : Mix d'interventions de lutte contre le paludisme recommandées pour les différentes strates épidémiologiques (2022)



MILD_Dual : Moustiquaires bi-traitées ; **CPP** : Chimio prévention du Paludisme Pérenne ; **CPS** : Chimio prévention du Paludisme Saisonnier
PID : Pulvérisations Intra Domiciliaires ; **RTSS** : Vaccin antipaludique ; **Paquet de base** : Traitement Préventif Intermittent chez la femme enceinte + prise en charge des cas

3.3. Revue du PNSLP 2019-2023

3.3.1. Aperçu des réalisations du PSNLP 2019-2023

3.3.1.1 Lutte antivectorielle

La lutte antivectorielle est un important pilier de la lutte contre le paludisme au Cameroun. Entre 2019 et 2022, deux campagnes de distribution des Moustiquaires Imprégnées d'insecticides à Longue Durée d'Action (MILDA) ont été organisées. La campagne de distribution de masse 2019 s'est étalée sur 3 ans et s'est déroulée dans 9 régions sur les 10 avec un taux de couverture des ménages planifiés de 95,6%, un taux de couverture de la population de ces régions de 92,8%. Seule la région du Centre n'a pas été couverte. Au total, selon les données d'enquête (EIPC, 2022), 51,5% des ménages ne disposent pas de MILDA en quantité suffisante (1 MILDA pour 2) et 31% des personnes vivant dans les ménages qui disposent des MILDA ne les utilisent pas.

3.3.1.2 Chimio prévention

La chimio prévention est l'une des stratégies à haut impact recommandées par l'OMS dans la lutte contre le paludisme.

Au Cameroun, elle comporte 3 composantes : (i) le Traitement Préventif Intermittent du paludisme chez la femme enceinte (TPIg), (ii) le Traitement Préventif Intermittent du paludisme chez les nourrissons de moins de 2 ans (TPIn) ou Chimio prévention du Paludisme Pérenne (CPP) et (iii) l'administration de la combinaison Sulfadoxine-Pyriméthamine + Amodiaquine (SPAQ) aux enfants de 03 à 59 mois dans les zones où sévit le paludisme saisonnier, lors de la Campagne de Chimio prévention du Paludisme Saisonnier. Récemment le Cameroun a opté pour l'administration du vaccin antipaludique chez les enfants de moins de 2 ans. Par ailleurs, la proportion de femmes enceintes

ayant reçu au moins 3 doses de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) pendant les Consultations Prénatales (CPN) est restée en dessous de la cible (60%) dans toutes les régions, mais a augmenté, passant de 48,6% à 54,1% (Rapports annuels PNLP, 2019 et 2022).

Les femmes enceintes sont encouragées à fréquenter les services de CPN et à comprendre l'importance de recevoir au moins trois doses de SP pendant leurs grossesses. Par ailleurs, du fait de la pandémie à Covid-19, le PNLP a dû modifier les modalités de mise en œuvre de plusieurs interventions. A titre d'exemple, la stratégie de la CPS a connu des modifications avec un accent mis sur la protection des acteurs et des populations ; mais, ceci n'a toutefois pas empêché l'atteinte des objectifs. En vue de pérenniser la CPS, la stratégie de distribution en mode routine par les ASCp de la SPAQ a été élaborée et mise en œuvre. Pour ce qui concerne la CPP, des guides de mise en œuvre de la CPP-SP et aide-mémoires ont été finalisés en 2021 et sont en cours de dissémination, mais les ruptures en intrants ont perturbé le début effectif de la mise en œuvre de la CPP, d'où la faible couverture des enfants en TPI en 2022, soit 2,1% (Synthèse des données épidémiologiques PNLP, 2022). En outre, le pays n'a pas mené des études d'efficacité thérapeutique de la SP depuis l'année 2013.

3.3.1.3 Prise en charge

Prise en charge des cas de paludismes dans les FOSA

Au Cameroun, la prise en charge des cas de paludisme dans les formations sanitaires et en communauté est l'un des principaux axes stratégiques de la lutte contre le paludisme. Les principales activités dans cette thématique sont : le diagnostic du paludisme aux niveaux des formations sanitaires et communautaire, le traitement des cas de paludisme dans les formations sanitaires et dans les communautés. Ces activités comportent aussi la gestion des intrants, la pharmacovigilance et la mise en œuvre du processus qualité.

Diagnostic du Paludisme

Conformément au Guide de diagnostic du paludisme au Cameroun, le diagnostic du paludisme est clinique et biologique. Le diagnostic biologique se fait par le Test de Diagnostic Rapide (TDR) ou la microscopie. La confirmation du diagnostic est exigée avant la mise sous traitement de tout cas suspect de paludisme. Le Programme a continué avec la mise en œuvre de la politique nationale laquelle recommande de «tester, traiter et traquer» tous les cas de paludisme. Il est en effet question de tester tous les cas suspects de paludisme avec le TDR ou la microscopie de qualité en vue de n'administrer le traitement antipaludique qu'aux cas de paludismes confirmés. Le diagnostic par le TDR est passé à échelle et a contribué à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des malades. L'obligation du diagnostic biologique contribue à la diminution du nombre de traitement présomptif (cas de fièvre traités comme paludisme sans confirmation biologique) causés par d'autres pathologies infectieuses initialement traitées comme le paludisme. Le nombre de cas suspects de paludisme simple dont le test de confirmation n'a pas été réalisé ou le test réalisé a donné un résultat négatif, qui ont reçu un antipaludique est passé de 85 836 cas (6,8% des cas en 2019, Rapport annuel PNLP 2019) en 2020 à 38 695 (1,2 % des cas en 2023, synthèse annuelle du PNLP, 2023) en 2022 (Source : DHIS 2). La proportion des cas suspects testés dans les FOSA est passée de 89,9% en 2019 à 96% en 2023.

Au cours de la période d'exécution du précédent plan stratégique, les activités suivantes ont été réalisées : i) l'acquisition de 20 microscopes et réactifs pour l'opérationnalisation des sites sentinelles ; ii) le renforcement des capacités des acteurs en microscopie a été réalisé à trois niveaux , iii) la formation continue de 1203 techniciens de laboratoire dans les 10 régions (pour 6000 FOSA environ) ; iv) le briefing de 206 responsables de laboratoires des hôpitaux de district ; v) la formation avancée (pool d'expert

régionaux) de 49 experts dans les 10 régions ; vi) la Certification OMS en microscopie de 10 techniciens dans tout le pays.

Pour ce qui est de l'assurance qualité du diagnostic biologique du paludisme, plusieurs activités et tâches ont été réalisées à savoir : l'élaboration, la production et la dissémination du guide d'assurance qualité et les SOPs pour le diagnostic biologique du paludisme, l'élaboration des modules sur la qualité du diagnostic et leur prise en compte au cours de la formation des biologistes et techniciens de laboratoire, l'analyse des échantillons de lames et cassettes de TDR en vue du contrôle qualité. Aussi, les missions de supervision sur site des techniciens de laboratoire ont débuté dans les 10 régions.

Cependant le nombre de personnel formé au diagnostic biologique du paludisme reste insuffisant pour couvrir les (6000 FOSA des 10 régions du pays, qui prennent en charge le paludisme, ce qui nécessite un renforcement de capacité supplémentaire pour l'amélioration de la qualité du diagnostic biologique.

Traitemen~~t~~ des cas dans les FOSA

La prise en charge du paludisme dans les FOSA s'est faite selon les directives du guide de prise en charge des cas de paludisme au Cameroun, lequel prescrit que tous les cas suspects de paludisme soient pris en charge dans les 24h suivant l'apparition des premiers symptômes. Le diagnostic biologique reste obligatoire avant tout traitement. La mise en pratique de la gratuité a continué et a été évaluée. Les résultats de cette évaluation ont été pris en compte dans la révision des directives et lors de la révision des textes portant tarification des prestations pour le traitement du paludisme. La prise en charge du paludisme simple s'est faite comme prévu dans les directives jusqu'au début de l'année 2019, par la Combinaison Thérapeutique Artésunate-Amodiaquine (ASAQ) en première ligne et Arthémeter-Luméfantrine (AL) en deuxième ligne dans les Formations Sanitaires (FOSA). Cependant, dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord, la prise en charge du paludisme simple a été assurée par l'AL. La prise en charge communautaire a été assurée par l'AL dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord et par l'ASAQ dans les huit autres régions.

A la suite de la révision des directives de prise en charge en 2019, la prise en charge du paludisme simple s'est faite avec trois médicaments à base des dérivés de l'artémisinine comme recommandé en première intention, notamment l'Artéméthéter-Luméfantrine (AL), l'Artésunate-Amodiaquine (ASAQ), la DiHydro-Artemisinine-Pypéraquine (DHPQ). Toutefois, dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord, la première intention en routine a été réduite à deux médicaments (AL, DHPQ), l'ASAQ étant contre indiqué compte tenu de la mise en œuvre de la chimio prévention du paludisme saisonnier, laquelle utilise une combinaison contenant déjà l'amodiaquine notamment la Sulfadoxine Pyriméthamine-Amodiaquine (SPAQ).

La proportion des cas de paludisme simple et grave pris en charge selon les directives nationales était de 92% et 55% en 2023 respectivement contre 84% et 26% en 2019. La proportion des cas de moins de 5 ans pris en charge gratuitement était **de 44% en 2019 respectivement 49% en 2023 (Rapport annuel PNLP, 2019 et 2023)**

L'année 2020 a été marquée par la survenue de la pandémie à COVID-19, laquelle a impacté la mise en œuvre de plusieurs activités de lutte contre le paludisme y compris la prise en charge des cas (le programme a connu un retard dans la livraison des intrants de PEC du paludisme, ce qui a impacté la disponibilité de ceux-ci dans les FOSA. L'on a observé aussi la baisse de la fréquentation dans les FOSA. Nonobstant cet événement mondial, les activités de prise en charge ont pu se mener à différents niveaux de la pyramide sanitaire notamment dans les FOSA publiques, privées et en communauté dans le cadre de la mise en œuvre des Interventions Sous-Directives Communautaires (ISDC) par les Agents de Santé

Communautaires (ASC) polyvalents. Le guide pratique pour le suivi de routine et l'amélioration de la qualité de prise en charge des cas de paludisme au Cameroun a été finalisé et produit. Les directives revues en 2019 ont été utilisées pour le renforcement des capacités des prestataires à la PEC du paludisme et le module COVID a été pris en compte lors des différentes sessions de formation. En ce qui concerne le suivi de la disponibilité des intrants, celui-ci s'est fait de manière passive et active, les réunions de coordination de la Gestion des Approvisionnements et des Stocks (GAS) ont permis de faire régulièrement le point sur la disponibilité des intrants.

S'agissant de l'amélioration de la qualité de la PEC, le guide pratique pour le suivi de routine et l'amélioration de la qualité de prise en charge des cas de paludisme au Cameroun en référence au guide générique de l'OMS a été finalisé et produit. L'élaboration du guide qualité débuté en 2021 s'est achevée en 2022. Il s'en est suivi la traduction et la production dudit guide en vue de sa dissémination. Un module sur la qualité de la prise en charge a été élaboré et ajouté aux paquets de formations des prestataires aux nouvelles directives de prise en charge. La qualité a été prise en compte au cours de diverses missions de supervisions des prestataires.

En 2021, a eu lieu la formation de 2907 prestataires de soins (pour les 6000 FOSA prenant en charge le paludisme) à la PEC du paludisme selon les nouvelles directives de prise en charge, ce qui reste très insuffisant.

Pour ce qui du mentorat clinique, la formation des mentors dans les 2 régions du Nord et l'Extrême Nord a marqué le début de sa mise en œuvre . Trente responsables de ces 2 régions septentrionales ont été formés comme mentors au niveau central (Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé (CHU). Par la suite, ces formations ont été répliquées dans les 8 autres régions du pays, avec un total de 45 mentors formés sur les 60 prévus. A la suite de la formation faite au CHU et à l'Hôpital Central de Yaoundé, les mentors formés ont effectué des restitutions dans leurs FOSA respectives en présence des responsables régionaux de lutte contre le Paludisme.. Les visites de formation sur site ont par la suite été menées dans les régions du Nord et de l'Extrême -Nord dès 2021 et dans les autres régions à partir de 2022.

En ce qui concerne la PEC du paludisme grave, elle s'est faite soit avec l'Artésunate injectable, l'Artémether injectable ou la Quinine injectable. A l'effet d'améliorer la prise en charge du paludisme grave et notamment réduire le fort taux de gravité observé dans les FOSA, les FOSA dites prioritaires (identifiées comme rapportant un taux élevé de paludisme grave) ont été sélectionnées et incluses systématiquement dans la liste des FOSA à superviser. Ceci a contribué à réduire le taux de paludisme grave entre 2019 et 2022, lequel est passé de 44,9% en 2020 à 38% en 2022 (Rapport annuel PNLP, 2019 à 2022). Il sera utile de continuer et renforcer la mise en œuvre du processus qualité à l'effet d'améliorer la qualité de la PEC du paludisme.

Pharmacovigilance

Malgré la mise à disposition des outils de notification des cas, les activités de Pharmacovigilance n'ont pas été mises en œuvre dans la plupart des régions, bien que la recommandation soit faite au cours des formations, de mener cette activité de manière routinière. Cependant dans le cadre de la mise en œuvre des campagnes CPS, les prestataires des régions du Nord et de l'Extrême-Nord ont eu à détecter, notifier et prendre en charge quelques cas d'effets indésirables faisant suite à l'administration de la SPAQ. Du fait de l'insuffisance des ressources dédiées à la pharmacovigilance, cette activité a été menée de manière incomplète dans les régions cibles de la CPS et n'a pas été mise en œuvre dans les 8 autres régions. Cependant des prestataires des 8 autres régions signalent des plaintes concernant les effets indésirables liés à l'administration de l'ASAQ, mais ceci n'est pas suivi d'une déclaration formelle. En 2022, les Points focaux régionaux de pharmacovigilance ont été désignés dans les différents programmes et régions du

pays pour améliorer la mise en œuvre de cette intervention. Ces acteurs ont bénéficié d'un renforcement de capacités sur la collecte et la notification des effets indésirables dans leurs programmes et régions respectifs en 2023. La sensibilisation a continué sur la nécessité de détecter et rapporter en routine les effets indésirables.

Gestion des intrants

Dans le cadre du renforcement de la chaîne d'approvisionnement, les activités suivantes ont été planifiées et conduites : i) l'audit de la chaîne d'approvisionnement, suivi de l'élaboration d'un Plan stratégique de renforcement de la chaîne d'approvisionnement, lequel avait pour but, de rendre disponible d'ici 2025 et, d'une façon ininterrompue et accessible financièrement, les produits de santé de bonne qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire , avec l'appui des partenaires techniques et financiers, ii) la tenue régulière des réunions trimestrielles de coordination du Comité de Gestion des Approvisionnements et stocks, iii) la mise en place du module gestion logistique dans le DHIS2 et la formation des 10 points focaux GAS des régions à l'utilisation des modules paramétrés dans le DHIS2, iv) des enquêtes EUV ont été menées de 2021 à 2023 et ont contribué à vérifier la disponibilité des intrants dans les FOSA sélectionnées. Le problème qui demeure est celui de la disponibilité insuffisante des intrants dans les FOSA, lesquelles ont connu plusieurs ruptures en intrants. En 2022, la proportion des FOSA disposant des 4 présentations d'ACT de la première ligne est de 27,2% contre 23,9% en 2021. Par ailleurs 65,3% des FOSA ont disposé de l'Artésunate injectable en 2023 contre 54,1% en 2021. S'agissant des FOSA disposant d'au moins une présentation d'ACT de 1^{ère} ligne, la proportion est 73,9% en 2023 contre 70,3% en 2021. (Rapports annuel PNLP, 2021 et 2022).

Prise en charge du paludisme en communauté dans le cadre des ISDC

Les ASCp contribuent à ce que les membres de la communauté adoptent des pratiques familiales saines en vue de participer à l'amélioration de leur santé, mais également à la prise en charge des cas de paludisme simple. La mise en œuvre des Interventions Sous Directives Communautaires (ISDC) s'appuie sur la stratégie intégrée ISDC 2016-2017 et le Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC) 2021-2025. La prise en charge communautaire a été assurée par l'AL dans les régions du Nord et de L'Extrême-Nord et par l'ASAQ et l'AL dans les huit autres régions. Les ASCp assurent également le traitement de pré référence des cas de paludisme grave chez les moins de 5 ans avec Artésunate suppositoire.

L'extension des ISDC a été poursuivie tout au long de la mise en œuvre de ce plan, qui a vu le nombre de districts couverts passer de 88 en 2019 à 136 en 2023 (68.71% des districts de santé).. Outre les ASC polyvalents pris en charge dans le cadre du financement Fonds Mondial (FM), plusieurs autres partenaires du PNLP ont appuyé la mise en œuvre des ISDC. Il s'agit de UNICEF, PMI, Medecine for Humanity (MFH), Jhpiego, ACMS, Action contre la faim et la Mairie d'Akom II. Bien que ces chiffres soient en nette augmentation, cette couverture reste insuffisante, en prenant en compte le besoin exprimé qui est de 1 ASCp pour 1000 habitants (PSN-SC, 2021).

Les activités menées dans le cadre des ISDC ont comporté : la supervision de la mise en œuvre des activités communautaires à tous les niveaux y compris par le niveau central ; le paiement de la motivation des ASCp ; l'organisation des réunions de Tasks Force à tous les niveaux, ; la validation, la compilation des données et le rapportage à tous les niveaux. Les données chiffrées y relatives sont parcellaires et ne sont pas encore disponibles.

En 2021, il y a eu la révision et dissémination des outils de collecte des données et de communication des ASCp, l'élaboration et validation du PSN de Santé Communautaire 2021-2025 et le plan opérationnel 2023-2025, le dossier d'investissement de la santé communautaire ; l'analyse coût-bénéfice des soins de

santé primaire au Cameroun 2022-2026; l'élaboration et la validation du formulaire du RMA communautaire, le paramétrage du RMA communautaire et des indicateurs de suivi dans la plateforme DHIS2 ; la révision des modules ISDC avec l'ajout de trois modules supplémentaires (sur la prévention COVID 19, la méthode kangourou communautaire , le genre et droits humains).

Un total de 9613 ASCp ont été formés dans les 136 Districts de Santé (DS). Par ailleurs 85 Organisations de la Société Civile de District (OSDC) et les Chefs d'aires de santé ont été recyclés dans les DS couverts. Dans le cadre du passage à échelle des ISDC, un outil de modélisation pour l'optimisation de l'expansion des ASCp au Cameroun a été conçu pour plus d'efficience dans le positionnement des ASCp. Une étude a été conduite sur la modélisation et l'expansion des ASCP au Cameroun et a permis élaboration d'un outil d'aide à la décision pour augmenter le nombre d'ASCp en vue du passage à l'échelle des Interventions Sous Directives Communautaires.

Dans le cadre du développement de la médecine traditionnelle, un projet de loi proposé par le Ministère de Santé Publique sur le développement de la médecine traditionnelle a été validé par l'Assemblée Nationale.

3.3.1.4 Communication, engagement politique et multisectorialité

Un Plan de Communication pour le Développement du PSNLP 2019-2023 a été élaboré et validé. Cinq (05) Axes stratégiques avaient été retenus parmi lesquels l'engagement politique, la communication pour le développement et la multisectorialité. Pour sa mise en œuvre 154 activités réparties en 447 tâches ont été définies. Les activités de Communication pour le Développement représentaient 71% de ces activités. Aucune activité relative à la stratégie mobilisation des partenaires n'a été planifiée. Cependant, quelques activités ont été menées dans le cadre des commémorations de la Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme (JMLP), les cérémonies de lancement des campagnes de distribution de MILDA, la CPS et des Symposiums scientifiques. Plusieurs autres actions de plaidoyer ont permis de mobiliser les partenaires internationaux et nationaux issus des différents secteurs (Bill et Melinda Gates Foundation, SWISS TPH, les Maires, les Parlementaires, les Médias nationaux, la Société civile etc.) pour la mobilisation des ressources additionnelles en vue de combler le gap de financement des activités du plan stratégique.

En définitive, sur les 154 activités planifiées, 15 activités ont été entièrement réalisées (10%) et 15 activités ont été faiblement réalisées (10%).

Les activités de communication de routine (Conception, production, diffusion des programmes radiophoniques, télévisés ainsi que les visuels) n'ont pas pu être menées à cause de la lourdeur dans le processus de contractualisation des agences de communication.

De plus, la stratégie de Renforcement de la Collaboration multisectorielle, le Plaidoyer institutionnel et la Mobilisation communautaire ont été très faiblement menés du fait de l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières.

3.3.1.5 Surveillance, Suivi et Evaluation, recherche opérationnelle

Conformément à la priorisation de la surveillance du paludisme faite dans le PSNLP 2019-2023, le système de surveillance et de suivi évaluation de la lutte contre le paludisme a été renforcé. Le rapportage des données de routine et des campagnes de lutte contre le paludisme a été renforcé par l'automatisation de la transmission des données à travers une parfaite intégration de données dans la plateforme en ligne DHIS2. La promptitude de la transmission des rapports d'activités des FOSA est passée de 55% en 2018 à 65% en 2021 ; la complétude des rapports d'activité des FOSA est quant à elle passée de 85 % à 89% au cours de la même période. La mise en œuvre régulière de la vérification sur site (FOSA) de la qualité des données, complémentaire à la tenue régulière des réunions de revue et de validation trimestrielle des données au niveau régional a amélioré la qualité des données rapportées en routine. Le pourcentage des formations sanitaires qui transmettent des rapports d'activités n'ayant aucune valeur incohérente est passé

de 59,6% en 2020 à 86,4% en 2022 (Synthèse des données de surveillance du paludisme, mars 2023). Une Enquête sur les Indicateurs du Paludisme a été mise en œuvre en 2022(EIPC 2022).

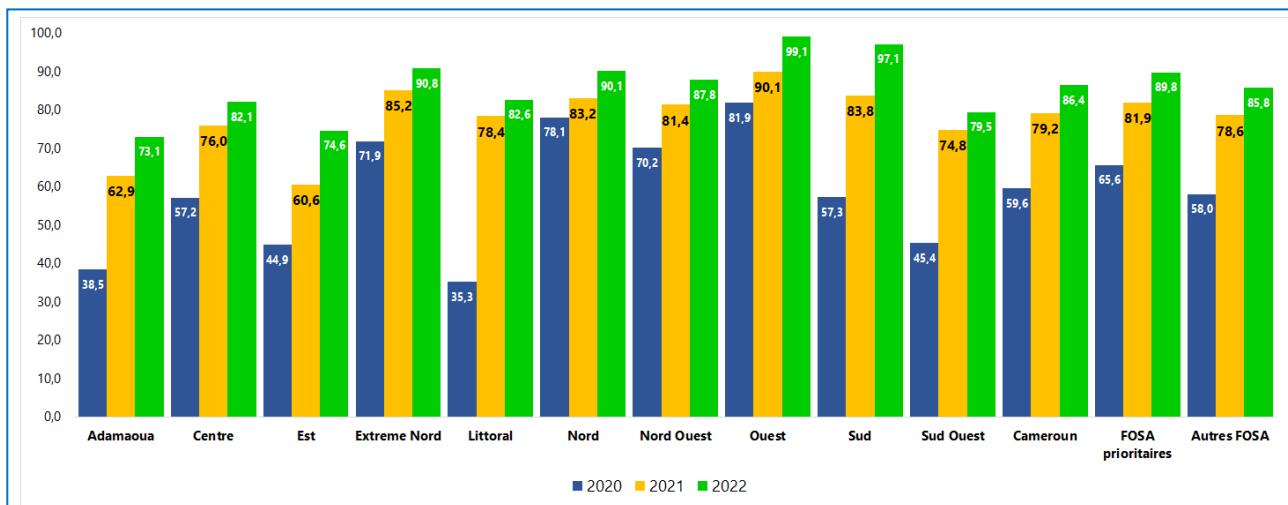


Figure 19 : Analyse comparative de la consistance des données entre 2020 et 2022

Source : Synthèse des données de surveillance du paludisme, 2023

Une revue des indicateurs du paludisme a été organisée en 2022 et a permis d'actualiser la plupart des indicateurs d'impact et de résultats du PSNLP 2019-2023 (tableau). L'analyse et l'utilisation des données ont été renforcées par le développement d'un entrepôt des données qui centralise les bases de données sur les différents volets de la lutte contre le paludisme (épidémiologiques, entomologiques, programmatiques, EDS, ...). Celui-ci est associé à un tableau de bord de visualisation des tendances. Bien plus, les activités d'élaboration des bulletins épidémiologiques périodiques, de revue planification annuelle, de revue à mi-parcours du PSN, d'élaboration du nouveau PSN, d'élaboration de demande de financement au Fonds Mondial, de planification opérationnelle et de micro planification des interventions de lutte contre le paludisme ont été régulièrement réalisées. Il est utile de continuer l'amélioration de la qualité des données en vue d'une prise de décision efficiente.

3.3.1.6 Gestion du programme et renforcement des capacités

Malgré la forte volonté exprimée par le Gouvernement, le financement de la lutte contre le paludisme demeure très faible au Cameroun. Pour un besoin global de 179,95 milliards de F CFA exprimé dans le Plan Stratégique National pour la période 2019 à 2021, seulement 48,29% ont été mobilisés. La contribution de l'Etat, représentait 9,38% des ressources mobilisées pour la période, soit 8,1 milliards de FCFA. Cette contribution demeure très faible et est en deçà de ses engagements fixés à 11,54 milliards de F CFA. L'engagement de l'Etat représente les 20% du cofinancement inclus de la subvention budget du Fonds mondial et le budget de fonctionnement auquel il s'est engagé. :

Il apparaît néanmoins que la lutte contre le paludisme demeure financièrement très dépendante des contributions des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) estimées sur la même période à 78,7 milliards de F CFA, soit 90,62% des ressources mobilisées. Les partenaires du programme sont par ailleurs limités dans leur nombre. Aujourd'hui, le financement des activités du programme demeure largement appuyé par PMI et le Fonds mondial, bien que de nouveaux partenaires techniques et financiers aient apporté leur soutien au PNLP sur la durée de la précédente subvention (Plan International, Reach Out, CHAI, Impact Sante Afrique, ...). Il conviendrait de diversifier les sources de soutien financier afin de veiller à la pérennité des financements du programme.

Si l'important gap de financement du PSN persiste, les ressources disponibles ne sont pas entièrement absorbées. Sur la période 2019-2021, plus de 13% de ressources disponibles n'ont pas été consommées, limitant ainsi le taux d'exécution des activités et mettant en évidence des faiblesses opérationnelles de mise en œuvre des activités planifiées. Sur les 42 activités planifiées (planification 6, gestion des ressources humaines et matérielles 32, et gestion financière 4), 8 soient 19 %, ont été entièrement réalisées, 31 soient 73,8% faiblement réalisées et 3 soient 7,1% non réalisées. Nous constatons alors que 80,9% des activités planifiées ont été réalisées de manière sous optimale, voire non réalisées. Ce qui représente une menace pour la performance du PNLP qui doit faire l'objet d'une vigilance renforcée.

Tableau 13 : Financements mobilisés par rapport aux besoins sur la période 2019-2021

	Mobilisées	Besoins PSNLP	Proportion mobilisée	Ecart
Etat(1)	8 151 595 000	11 540 000 000	70,64%	3 388 405 000
Fonds mondial	38 759 186 461	36 054 904 308	107,50%	2 704 282 153
OMS	68 750 000	300 000 000	22,92%	231 250 000
UNICEF	-	205 407 000	0,00%	205 407 000
PMI	39 730 000 000	32 400 000 000	122,62%	7 330 000 000
Autres(Exon Mobil)	192 201 829	708 433 560	27,13%	516 231 731
Total PTF(2)	78 750 138 290	69 668 744 868	113,04%	9 081 393 422
Tota l(1)+(2)	86 901 733 290	81 208 744 868	107,01%	5 692 988 422
Gap(absence de sources de financement)		98 739 590 001	0,00%	98 739 590 001
Total	86 901 733 290	179 948 334 869	48,29%	93 046 601 579
Pourcentage de mobilisation par l'Etat	9,38%	14,21%		
Pourcentage de mobilisation par les PTF	90,62%	85,79%		

Tableau 14 : Niveau d'atteinte des indicateurs d'impact et d'effets du PSNLP 2019-2023 au 31 décembre 2021

Indicateurs	Données de base			Cible	Realisations	Evaluation des progrès		SOURCE
	Donnée	Année	Source			Progrès 2021 vs cible PSN 2021	Progrès 2021 vs données de base	
Indicateurs d'impact								
Taux de mortalité, toutes causes confondues (moins de 5 ans)	103	2014	MICS5	90	80	11	22,3	EDS 2018
Proportion des décès paludisme en hospitalisation	18,7%	2015	Rapport PNLP	10,3%	13,5%	-31	27,8	PNLP 2021
Nombre de décès paludisme en hospitalisation pour 100 000 habitants	15,5	2015	Rapport PNLP	8,5	14	-65	9,7	PNLP 2021
Prévalence parasitaire chez les enfants âgés de 6 à 59 mois	30,0%	2011	EDS-MICS	15%	26,0%	-73	13,3	EDS 2018
Taux de positivité des tests diagnostiques de paludisme	56,9%	2015	Rapport PNLP	31,5%	68,0%	-116	-19,5	PNLP 2021
Nombre de cas de paludisme confirmés pour 1000 habitants	79,6	2015	Rapport PNLP	43,7	113,4	-159	-42,5	PNLP, 2021
Nombre de cas de paludisme estimés pour 1000 habitants	250	2016	World Malaria Report	143	245	-71	2,0	WMR 2022
Indicateurs de résultats (effets)								
Chimio prévention								
% des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI3 durant leur dernière CPN	26,0%	2014	EDS-MICS	40%	45,8%	15	76,2	EIP 2021
Pourcentage d'enfants de 03 à 59 mois ayant reçu les 4 doses de CPS dans les zones ciblées	86,0%	2016		90%	95,5%	6	11,0	DHIS2
Pourcentage des femmes enceintes reçues en CPN ayant reçu 3 doses de SP dans les formations sanitaires	38,1%	2017	Rapport annuel PNLP	69%	50,8%	-26	33,3	Rapport annuel PNLP
Lutte anti vectorielle								
Pourcentage de la population à risque dormant sous MILDA	58,0%	2016	EPC-MILDA	75%	53,9%	-28	-7,1	EDS 2018
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dormant sous MILDA la nuit précédente	63,2%	2016	EPC-MILDA	77%	57,6%	-25	-8,9	EIP 2021
Pourcentage des femmes enceintes dormant sous MILDA la nuit précédente.	65,5%	2016	EPC-MILDA	77%	62,8%	-18	-4,1	EIP 2021
Proportion de ménages disposant d'au moins une MILDA pour 2 personnes	48,0%	2016	EPC-MILDA	71%	48,5%	-32	1,0	EIP 2021
Proportion de personnes utilisant une MIL dans les ménages disposant d'au moins une MIL	68,0%	2016	EPC-MILDA	77%	68,5%	-11	0,7	EDS 2018
% femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans ayant bénéficié des MILDA en routine	60,8%	2017	Rapport annuel PNLP	86,90%	87,10%	0	43,3	Rapport annuel PNLP 2021
Surveillance épidémiologique								
Pourcentage des rapports complets de surveillance épidémiologique de routine transmis par les formations sanitaires et saisis dans les délais	52%	2015	Rapport Annuel PNLP	88%	58,0%	-34	11,5	Rapport annuel PNLP

Indicateurs	Données de base			Cible	Réalisations	Evaluation des progrès		SOURCE
	Donnée	Année	Source			Progès 2021 vs cible PSN 2021	Progès 2021 vs données de base	
Proportion des formations sanitaires ayant une concordance des données de surveillance ≥ 80%	23%	2017	HFA	48%	16,0%	-66	-28,9	MRDQA
% des Districts de Santé utilisant les informations issues de la surveillance pour guider l'action	ND			60%	35,0%	-42	ND	Rapports de supervision
Prise en charge du paludisme								
% d'enfants de moins de 5 ans avec une fièvre au cours des 15 derniers jours qui ont subi une piqûre au doigt ou au talon pour le diagnostic du paludisme	15,9%	2014	MICS5	66%	26,7%	-60	67,9	EIPC 2022
% 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%	2014	MICS5	81%	45,2%	-44	199,3	EIPC 2022
Fonctionnement du SGII, Gestion des intrants et Approvisionnement								
% des structures sanitaires sans rupture de stock en médicaments et produits antipaludiques à tout moment.	ND			20%	23,9%	20	ND	Rapport annuel PNLP 2021
Formation								
Proportion de personnels de santé formés	ND			60%	26,0%	-57	ND	Rapports de supervision

3.3.2. Résumé de l'analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces de la mise en œuvre du PSNLP 2019-2023

Tableau 15 : Analyse Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces à la mise en œuvre du PSNLP 2019-2023

FORCES	FAIBLESSES
<p>1. Lutte anti vectorielle et Chimio prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Bonne couverture des ménages planifiés lors des campagnes de distribution de masse de MILDA (95%) ; o Bonne couverture de la chimio prévention du paludisme saisonnier chez les enfants âgés de 3 à 59 moins dans les zones ciblées ; o Profil entomologique du paludisme mis à jour en 2018 et 2021; o Disponibilité d'un plan de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides. <p>2. Prise en charge des cas : Diagnostic, traitement, gestion des approvisionnements et des stocks</p> <ul style="list-style-type: none"> o Existence d'un groupe technique de travail sur la prise en charge et la prévention (PEC) des cas de paludisme ; o Elaboration des documents normatifs sur la prise en charge des cas et leur diffusion à tous les niveaux opérationnels ; o Disponibilité des procédures opérationnelles standards (POS/SOP) et autres lignes directrices pour le diagnostic biologique du paludisme ; o Amélioration de la qualité des soins à travers l'OTSS+, le mentorat clinique, le DQA et l'EUV ; o Début de la mise en œuvre du renforcement de la qualité du diagnostic biologique du paludisme ; o Elaboration d'un plan stratégique national de la santé communautaire 2021-2025 ; o Étude de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques effectuée au niveau de certains sites depuis 2006 ; o Amélioration du taux de confirmation du diagnostic de paludisme avec au moins 80% des cas suspects testés dans les FOSA et en communauté ; o Pourcentage des cas simples traités avec les ACT au niveau communautaire, conformément aux directives nationales est supérieur à 90% ; o 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 et femmes enceintes) ; o Disponibilité des produits de qualité pour un diagnostic et une prise en charge adéquate des cas y compris ceux de la gratuité de la prise 	<p>1. Lutte anti vectorielle et Chimio prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. L'absence des indicateurs d'impact sur la bionomie des vecteurs et la résistance des vecteurs aux insecticides dans le PNSLP 2019-2023 ne permet pas de mesurer l'efficacité des interventions de lutte anti vectorielle ; b. Faible couverture et utilisation des MILDA entre deux campagnes de masse ; c. Faible taux de couverture en TPI3 (54%) ; d. Faible performance du TPI1 ou CPP ; e. La participation aux quatre cycles de la CPS reste insuffisante ; f. Faible couverture des femmes enceintes reçues aux CPN en MILDA g. Disponibilité insuffisante des MILDA dans les ménages ; h. Utilisation insuffisante des MILDA par les populations ; i. Insuffisance des données sur la durabilité des MILDA afin de planifier leur renouvellement et la périodicité des campagnes ; j. La résistance des vecteurs aux insecticides (Pyréthrineoïdes) ; k. Insuffisance de stratégies de distribution des MILDA pour couvrir les personnes socialement vulnérables ; l. Insuffisance des ressources humaines et techniques pour la lutte anti vectorielle ; <p>2. Prise en charge des cas : Diagnostic, traitement, gestion des approvisionnements et des stocks</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Respect insuffisant des directives nationales de diagnostic et de traitement des cas de paludisme ; o Mise en œuvre insuffisante de la gratuité chez les moins de 5 ans b. La Fréquente rupture de stock des intrants de la prise en charge des cas de paludisme dans tous les niveaux du SYNAME ; c. L'inexistence d'un comité national de quantification des Intrants de Lutte contre le Paludisme (ILP) ; o Insuffisance dans l'Assurance qualité du diagnostic du paludisme ; d. L'inexistence d'un SGIL pour une gestion standardisée et harmonisée des ILP à tous les niveaux ; e. Sur utilisation des formes injectables (plusieurs cas simples sont traités par les formes injectables des antipaludiques) ; f. Le système d'assurance et de contrôle qualité interne et externe des examens microscopiques n'est pas fonctionnel ; g. L'insuffisance de prise en compte des nouvelles directives de prise en charge dans les curricula des écoles de formation initiale ;

FORCES	FAIBLESSES
<p>en charge des cas de paludisme chez les moins de 5 ans en communauté ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcement des capacités de stockage et de distribution des intrants au niveau national (CENAME) et au niveau régional ; ○ Existence d'un personnel chargé de la gestion logistique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (PF GAS des régions, de district) ; ○ Formation des responsables de districts et des commis de pharmacie à la gestion logistique des intrants de lutte contre le paludisme. <p>3. Surveillance, SNIS, Suivi et évaluation, Recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Système de rapportage des données est parfaitement intégré à celui du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) ; ○ Tenue effective des réunions de revue et de validation des données est effective aux niveaux central et au niveau régional ; ○ Missions de vérification sur site de la qualité des données (MRDQA) sont régulièrement organisées et mises en œuvre ; ○ Bonne complétude des rapports mensuels dans le DHIS 2 est constatée (Réalisation > 80%) ; ○ Automatisation réussie des systèmes de gestion des données de suivi des interventions à travers la plateforme DHIS2 ; ○ Centralisation des bases de données au niveau national pour le suivi des tendances (OPENHEXA) ; ○ Supervisions thématiques ou intégrées régulièrement tenues et à tous les niveaux ; ○ Revues annuelles et à mi-parcours réalisées ; ○ Collecte des données relatives aux indicateurs d'effets et d'impact intégrée dans certaines enquêtes nationales commanditée par le Ministère de la Santé Publique (EDS, MICS) ou des enquêtes spécifiques à la lutte contre le paludisme (EIP, EPC MILDA) ; ○ Enquête sur les indicateurs du Paludisme a été mise en œuvre en 2022 ; ○ Existence d'une bonne collaboration entre le PNLP, les institutions et centre de recherche (Centre de Biotechnologie /Université de Yaoundé 1, CRID, etc.) et les organisations sous régionales et internationales. <p>4. Communication pour le Changement Social et Comportemental, Engagement politique et multisectorialité</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elaboration et mise en œuvre d'un plan de communication ; ○ Engagement des décideurs au plus haut niveau et mobilisation des champions paludisme à travers l'initiative « Stop Malaria » ; 	<ul style="list-style-type: none"> h. La faiblesse du système national de pharmacovigilance ; i. La non accréditation du LANACOME pour le contrôle de qualité des antipaludiques par l'OMS. <p>3. Surveillance, Pharmacovigilance, SNIS, Suivi et évaluation, Recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> a. La disponibilité continue des outils de collecte des données dans les FOSA (Registres, RMA, outils de stocks) reste très faiblement assurée ; b. Le système de pharmacovigilance peu fonctionnel dans les formations sanitaires ; c. L'insuffisance dans l'Assurance qualité du diagnostic du paludisme ; d. L'assurance qualité des données au niveau opérationnel (remplissage, revue qualité) reste très faiblement assurée ; e. La faible analyse et d'utilisation des données au niveau opérationnel ; f. Les sites sentinelles de surveillance épidémiologique partiellement fonctionnels ; g. La faible coordination de la gestion de l'information sanitaire collectée ; h. La qualité insuffisante du remplissage des outils harmonisés de gestion des données au niveau des formations sanitaires ; i. Le suivi des progrès dans l'exécution technico financière du Plan de Travail annuel reste faiblement assuré ; j. La faiblesse de la micro planification opérationnelle des activités rendant difficile le suivi des activités ; k. La disponibilité des données demeure insuffisante pour évaluer l'impact attribuable aux interventions (CPS, Lutte anti vectorielle, TPI) et l'impact du Programme (Mortalité spécifique au paludisme) ; l. Insuffisance du financement pour mener les activités de recherche et de formation ; m. Insuffisance de ressources (humaines, matériels) en matière de formation et de recherche ; n. Absence d'une plateforme d'échanges pour la recherche entre le PNLP et les instituts de recherche. <p>4. Communication pour le Changement Social et Comportemental, Engagement politique et multisectorialité</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Faible niveau de mise œuvre de la stratégie de mobilisation sociale et de participation /mobilisation communautaire liée à l'insuffisance des ressources ; b. Insuffisance de diversification des canaux de diffusion notamment les réseaux sociaux ; c. Insuffisance des ressources humaines, matérielles et logistiques pour CCSC aux niveaux opérationnels et communautaire ; d. Lourdeur dans le processus de contractualisation des agences de communications ;

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Existence d'une Task force des parlementaires pour la lutte contre le paludisme ; ○ Existence d'une Task force nationale PNLP-CS4ME (Société Civile) ; ○ Mise en œuvre de l'étude MBS dans les régions Nord et Extrême Nord ; ○ Existence des points focaux CCSC au niveau des régions ; ○ Expérimentation de la stratégie SBC Flow Chart dans les DS de Kaelé, Mokolo et Guider (Engagement communautaire) ; ○ Partenariat avec le MINPROFF pour la mobilisation et l'engagement des Réseaux des Associations des Femmes dans la CPS dans le Nord et l'Extrême-Nord. <p>5. Gestion du Programme et formation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Une forte implication des directions techniques du Ministère de la Santé :planification des activités de lutte contre le paludisme des directions techniques du Ministère de la Santé lors des conférences budgétaires; ○ L'élaboration et la mise à jour régulière des documents stratégiques et normatifs du programme et leur dissémination à tous les niveaux ; ○ L'existence des instances de coordination stratégiques et techniques chargées d'assurer le pilotage et le suivi du plan stratégique ; ○ La disponibilité des ressources humaines qualifiées dédiées au programme tant au niveau central qu'au niveau décentralisé ; ○ La volonté politique en faveur de la lutte contre le paludisme corroboré par l'effectivité de la mise à disposition des fonds de cofinancement ; ○ L'existence des financements pour la lutte contre le paludisme à travers le Chèque Santé mis en œuvre dans le septentrion et qui contribue à l'amélioration de l'accès aux soins. 	<ul style="list-style-type: none"> e. L'insuffisance de planification des activités relatives à la mobilisation des partenaires ; f. Faible ciblage de la communication envers les personnes socialement vulnérables en tenant compte de leur spécificités (populations autochtones vulnérables, personnes réfugiées, migrants, personnes déplacées internes, personnes handicapées notamment sensorielles, etc.) ; g. Faible prise en compte du genre et l'inclusion sociale dans la stratégie et mise en œuvre de la communication. <p>5. Gestion du Programme et formation</p> <ul style="list-style-type: none"> a. La production et diffusion insuffisante des documents normatifs ; b. La mobilisation insuffisante des ressources pour le financement du PSN ; c. La faible implication de l'équipe cadre de district dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme ; d. Les instances de coordination et de planification régionales insuffisamment opérationnelles faute de financement ; e. L'organigramme du PNLP ne lui permet pas de remplir de manière optimale ses missions ; f. La faible capacité à implémenter les activités dans les zones en crise ; g. L'insuffisance des financements alloués à la lutte contre le paludisme ; h. La faible implication du secteur privé dans la lutte contre le paludisme ; i. L'insuffisance de prise en compte des populations spéciales (détenus, migrants, nomades, réfugiés, déplacés, forces armées etc.) ; j. La faible collaboration entre les programmes de lutte contre la maladie et les secteurs apparentés ; k. La faible utilisation des résultats de recherche pour la révision des politiques et une prise de décision ; l. Les difficultés à évaluer les coûts indirects supportés par l'Etat, les contributions des autres secteurs dans la lutte contre le paludisme et celles de certains partenaires tels que OMS, UNICEF ; m. L'insuffisance dans la promptitude de l'exécution budgétaire liée notamment aux longues procédures de passation des marchés.
Opportunités	Menaces
<ol style="list-style-type: none"> 1. La Stratégie sectorielle de santé 2016-2027 faisant du PNLP l'un des Programmes Prioritaires de santé au Cameroun ; 2. L'augmentation substantielle du budget de l'Etat dans le financement des activités de lutte contre le paludisme de 2015-2022 à travers le Fonds de contrepartie ; 3. L'augmentation du nombre des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La résistance des vecteurs aux insecticides (Pyréthrinoides). 1. Financement très dépendant des PTF ; 2. Faible collaboration multisectorielle ; 3. Faible accès des ménages aux services dans les formations sanitaires ; 4. Utilisation inefficiente des ressources disponibles du fait d'un faible alignement des ONG humanitaires aux politiques sanitaires du pays ; 5. Insécurité dans plusieurs régions du pays ;

FORCES	FAIBLESSES
4. La mise en œuvre de la décentralisation.	6. Invasion d' <i>Anophèles Stephensi</i> dans les pays voisins.

3.3.3 Résumé des principales recommandations de la revue du PSNLP 2019-2023

Tableau 16 : Principales recommandations de la revue du programme

Recommendations
Progrès vers l'impact épidémiologique du Plan Stratégique <ul style="list-style-type: none"> Assurer une mise en œuvre optimale des interventions à haut impact pour la survie de l'enfant dans toutes les régions ; Renforcer la mobilisation des ressources ; Assurer une mise en œuvre régulière des enquêtes de ménages pour une mise à jour des indicateurs (MIS tous les 3 ans, EDS tous les 5 ans) ; Assurer la mise en œuvre régulière des études d'impact des interventions (TPI, CPS, Vaccination antipaludique) ; Renforcer le système de surveillance sentinelle pour le suivi régulier des indicateurs d'impact entomologique, le suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides, la surveillance de la délétion du gène HRP2, la surveillance des espèces plasmodiales en circulation et l'efficacité thérapeutique des antipaludiques.
Progrès vers l'impact entomologique du Plan Stratégique <ul style="list-style-type: none"> Renforcer la LAV par la mise en œuvre du plan de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides ; Mobiliser les ressources des autres secteurs pour mettre en œuvre le plan intégré de lutte contre les vecteurs y compris la gestion de la résistance aux insecticides ; Renforcer le système de surveillance pour un suivi régulier des indicateurs d'impact entomologique à travers (notamment les sites sentinelles) ; Réaliser régulièrement les enquêtes ménages (MBS, EIP) pour évaluer la couverture et l'utilisation des interventions à haut impact ainsi que leur impact ; Mettre à jour la stratification du paludisme dans le pays afin de mieux prioriser les interventions à mettre en œuvre ; Introduire les indicateurs d'impact entomologique dans le prochain plan.
Analyse du paysage de financement du plan stratégique 2019-2023 <ul style="list-style-type: none"> Réaliser périodiquement des études sur le paysage de financement de la lutte contre le paludisme y compris les financements liés aux coûts indirects supportés par l'Etat (infrastructures, équipements, ressources humaines, etc...) ; Développer des synergies d'intervention avec les projets qui visent l'amélioration de l'accès des populations aux soins de qualité tels que le chèque santé et le PBF ; Renforcer le plaidoyer pour la mobilisation des financements nationaux publics et privés en faveur de la lutte contre le paludisme y compris celles des collectivités territoriales ; Renforcer les capacités des acteurs dans le plaidoyer et la mobilisation des ressources.
Fonctionnalité du système d'appui à la gestion du programme <ul style="list-style-type: none"> Accompagner les DS dans l'élaboration des PTA intégrant les activités de lutte contre le paludisme ; Former l'Equipe Cadre de District sur le Leadership, Management et Gouvernance (LMG) de la lutte contre le paludisme ; Accompagner les autres secteurs pour élaborer et mettre en œuvre les plans sectoriels de lutte contre le paludisme ; Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation continue des personnels du programme ; Poursuivre le plaidoyer pour positionner le Comité National Roll Back Malaria au niveau de la primature ; Prendre en compte les situations d'urgences, les questions liées au genre, à l'équité et aux droits humains dans le prochain plan stratégique ; Rendre fonctionnels les cadres de coordination du partenariat à travers les réunions mensuelles de coordination avec les partenaires y compris le recours aux réunions virtuelles des GTC et GTR ; Renforcer la mobilisation des ressources nationales et internationales ; Renforcer la collaboration entre le PNLP et les services techniques du MINSANTE en vue d'une meilleure intégration du paludisme dans les autres programmes.
Lutte anti vectorielle (LAV) <ul style="list-style-type: none"> Assurer une couverture universelle en MILDA à travers l'organisation des campagnes de distribution de masse tous les 3 ans et la distribution de routine chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ;

Recommandations

- Assurer une distribution continue des MILDA de routine chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans dès leur premier contact au niveau des FOSA ;
- Assurer la distribution des MILDA aux personnes socialement vulnérables (prisons, écoles, migrants, déplacés) ;
- Poursuivre les efforts de renforcement des capacités des acteurs de terrain en surveillance entomologique ;
- Diversifier les activités de lutte contre les vecteurs notamment dans les zones urbaines ;
- Promouvoir l'approche One-Health dans la lutte contre le paludisme (associer d'autres acteurs (Direction en charge des MTN, communautés...) directement ou indirectement affectés ou bénéficiant des interventions de lutte contre le paludisme) ;
- Surveiller de manière particulière l'*Anopheles stephensi*
- Conduire les activités de vérification de l'utilisation des MILDA.

Chimio prévention

- Développer et mettre en œuvre la stratégie de distribution communautaire de la SP chez les FE ;
- Introduire en phase pilote (la stratégie de distribution communautaire de la SP) ;
- Actualiser la cartographie des districts de santé éligibles à la CPS ;
- Réaliser des études sur l'impact de la CPS ;
- Mener des études sur le suivi continu de l'efficacité de la SP-AQ ;
- Mettre à disposition l'addendum sur l'administration du TPI à partir de la 13ème semaine de grossesse à tous les niveaux ;
- Renforcer la sensibilisation des FE sur le recours précoce aux CPN ;
- Utiliser d'autres opportunités telles que les campagnes de santé (SASNIM, JLV, JNV) pour rattraper le TPI chez les femmes enceintes ;
- Renforcer l'intégration des FOSA privées et des autres secteurs dans la mise en œuvre de la chimio-prévention du paludisme.

Prise en charge des cas et GAS

- Poursuivre le renforcement des compétences des laboratoires nationaux ;
- Assurer la mise en œuvre effective du système de contrôle de qualité interne et externe du diagnostic biologique du paludisme ;
- Continuer la production et la dissémination des directives de diagnostic et de traitement du paludisme à tous les établissements de santé impliqués dans la lutte contre le paludisme, y compris le matériel de sensibilisation et d'information (affiches, aides visuelles, SOPs sur les protocoles de traitement et DG) ;
- Assurer une supervision efficace et régulière des prestataires de soins afin de garantir le respect des directives du traitement (y compris en matière de gratuité) ;
- Assurer la mise en œuvre des missions d'inspection auprès des FOSA qui persistent dans le non-respect des directives de prise en charge ;
- Poursuivre dans les sites sentinelles, les tests d'efficacité thérapeutique (TET) tous les 2 ans pour déterminer l'efficacité des antipaludiques ;
- Mettre en place un système de surveillance de la détection de la délétion du gène HRP2 ;
- Mettre en place un système de surveillance génomique dans les sites sentinelles ;
- Intégrer les nouvelles directives de prise en charge du paludisme dans les curricula de formation médicale et paramédicale de base ;
- Assurer la mise en place d'un système de formation continue du personnel de santé sur la PEC du paludisme (E-learning...).

Gestion des approvisionnements et des stocks

- Redynamiser les structures de coordination des approvisionnements à tous les niveaux de la pyramide ;
- Former les gestionnaires des pharmacies à la gestion des achats et des stocks ;
- Mettre sur pied un comité national de quantification des intrants des programmes prioritaires ;
- Mener un plaidoyer pour la mobilisation des ressources supplémentaires auprès des partenaires en vue de l'acquisition des intrants en quantité suffisante ;
- Renforcer le SGIL pour une gestion standardisée et harmonisée des ILP à tous les niveaux ;
- Renforcer la régulation du secteur pharmaceutique (lutte contre la vente parallèle de médicaments antipaludiques, lutte contre les médicaments contrefaits et sous dosés) ;
- Mener un plaidoyer auprès du MINSANTE pour l'accréditation du LANACOME ;

<p>Recommandations</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mener un plaidoyer pour le renforcement des capacités opérationnelles de la CENAME en vue d'améliorer la disponibilité des intrants du programme ; ○ Elaborer et vulgariser un plan d'approvisionnement en intrants de lutte contre le paludisme (ILP) pour assurer le ravitaillement de la CENAME, des FRPs.
<p>Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC), engagement politique et multisectorialité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réaliser régulièrement les enquêtes socio-comportementales (MBS) pour suivre les tendances des connaissances, des croyances et des comportements des populations liées au paludisme et pour orienter le choix des stratégies et des outils de communication ; • Renforcer la capacité des acteurs sur la mobilisation sociale, la participation communautaire, le cycle d'action communautaire et le plaidoyer (SMART ADVOCACY) ; • Mettre à échelle et améliorer la qualité des activités mises en œuvre par les groupes communautaires (traditionnels, femmes, jeunes, ASCp) et passer à échelle ; • Mobiliser les ressources humaines, matérielles et logistiques pour la mise en œuvre des interventions de CCSC à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; • Prendre en compte des aspects liés au Genre, droits humains et inclusion sociale (implication des hommes et des femmes comme acteurs et bénéficiaires des interventions de lutte contre le paludisme ; ainsi que d'autres minorités sociales) ; l'Equité (prévoir des interventions spécifiques aux enfants en détresse, prisonniers, populations autochtones vulnérables, réfugiés, déplacés internes, migrants, personnes handicapées, personnes âgées, , populations riveraines/affectées par des projets de développement, migrants, personnes nécessiteuses/indigentes, malades chroniques, etc.) et la diversité culturelle (normes sociales, us et coutumes, religions) ; • Signer une convention avec les Fonds Régionaux de Promotion de la Santé (FRPS) pour accompagner la mise en œuvre des interventions de communication et éviter les lenteurs procédurales ; • Plaider pour l'allégement de la procédure de contractualisation des prestations liées à la communication ; • Elaborer une stratégie de mobilisation des partenaires ; • Diversifier les canaux de diffusion notamment les réseaux sociaux.
<p>Gestion des épidémies et urgences complexes</p> <p>Les recommandations suivantes ont été formulées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer les directives pour l'analyse des seuils épidémiques et revoir la méthodologie de calcul pour tenir compte de la qualité insuffisante des données historiques ; • Utiliser les données climatiques pour effectuer la prévision des cas de paludisme et affiner le calcul des seuils épidémiques ; • Réviser les termes de référence et les manuels de surveillance pour inclure les fonctions de préparation et riposte aux épidémies ; • Analyser hebdomadairement les seuils épidémiques du paludisme à l'aide des données de surveillance des MAPE à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour détecter précocement les épidémies ; • Renforcer les capacités des sites sentinelles à fournir régulièrement des données promptes, exactes et fiables, y compris la surveillance des seuils ; • Inclure les activités de préparation et de riposte aux épidémies dans tous les plans de travail annuels nationaux, régionaux et des districts de santé.
<p>Surveillance Suivi-Evaluation et Recherche opérationnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Former le personnel du niveau opérationnel sur l'analyse et utilisation des données au niveau opérationnel ; • Renforcer les supervisions pour améliorer la qualité des données et l'archivage des données ; • Digitaliser la collecte des données des ASC ; • Mettre à la disposition des structures du niveau opérationnel, de façon permanente les supports de collecte des données ; • Intégrer les données de communication (communautaire) dans le DHSI2.

3.3.4 Implications programmatiques des enseignements tirés de la mise en œuvre du PSNLP

Leçons apprises et principaux défis

Des progrès ont été réalisés par le programme durant la mise en œuvre du PSNLP 2019-2023, respectivement dans la réduction de la mortalité liée au paludisme, dans l'amélioration du recours aux soins en cas de fièvre, la couverture du diagnostic parasitologique, l'accès au traitement, la couverture des interventions de prévention. En dépit de ces progrès, les principales leçons apprises et les défis sont ci-après synthétisés, par axe stratégique.

Lutte anti vectorielle

- Les insecticides utilisés dans l'imprégnation des moustiquaires sont de moins en moins efficaces contre les vecteurs du paludisme qui y sont devenus résistants ;
- L'efficacité des interventions de la lutte anti vectorielle est affectée par l'hétérogénéité de la transmission du paludisme ainsi qu'une diversité des espèces vectorielles ;
- Il existe peu de données sur la durabilité des MILDA afin de planifier leur renouvellement et la périodicité des campagnes de distribution de masse ;
- L'absence des indicateurs d'impact de la bionomie des vecteurs et de la résistance des vecteurs aux insecticides dans le PNSLP 2019-2023 ne permet pas de mesurer l'impact des interventions de lutte anti vectorielle sur la transmission du paludisme.

Chimio prévention

- L'indisponibilité des intrants du TPI sur site après l'élaboration et la validation de la stratégie du TPI a retardé la mise en œuvre optimale de cette activité ;
- La faible disponibilité des supports de communication dans les FOSA n'a pas permis d'améliorer l'utilisation des services de CPN par les femmes ;
- L'absence d'action coercitive auprès des responsables des formations sanitaires ne permet pas de garantir la gratuité des soins du TPI ;
- Le recyclage des prestataires de soins aux nouvelles directives nationales de prévention notamment l'addendum du début de l'administration du TPI à 13 semaines de grossesse a permis d'améliorer la performance du TPI3.

Prise en charge des cas et GAS

- L'amélioration de la qualité de formation des prestataires de soins ainsi que le mentorat ont contribué à une amélioration significative de la qualité du diagnostic biologique et du traitement du paludisme (Rapport supervision OTSS+) ;
- L'insuffisance des données de consommation ne permet pas de faire une quantification réaliste en intrants antipaludiques ;
- L'amélioration de la prise en charge des cas est tributaire d'une disponibilité continue des intrants, d'une mise en place des mécanismes de compensation du manque à gagner des FOSA, des sanctions des contrevenants aux directives nationales, et d'un soulagement des difficultés structurelles de la CENAME ;
- L'insécurité socio politique qui prévaut depuis l'année 2016 dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest est un défi à surmonter pour assurer une mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme ;
- Le faible respect des directives de prise en charge du paludisme entraîne une surconsommation de certains intrants du paludisme grave engendrant ainsi des ruptures fréquentes des stocks.

Communication pour le changement social et comportemental, engagement politique et multisectorialité

- L'organisation des initiatives de plaidoyer telles que la campagne « STOP MALARIA » permet d'impliquer des acteurs majeurs (sectoriels, secteur privé, OSC, CTD, PTF, parlementaires) afin de mobiliser des ressources en faveur de la lutte contre le paludisme ;
- La coordination des actions des Structures de C4D, le financement adéquat des activités de communication, sont indispensables pour une mise en œuvre efficace des activités de communication en faveur de la lutte contre le paludisme ;

- L'absence d'un cadre de partenariat entre le PNLP et les réseaux de la société civile à tous les niveaux (national, régional, district) ne permet pas de capitaliser les contributions des OSC dans la lutte contre le paludisme ;
- L'ancrage actuel du CNRBM au MINSANTE ne lui permet pas d'assurer efficacement les missions qui lui sont assignées ;
- La complexité des procédures de sélection et de contractualisation d'une agence de communication n'a pas permis de mettre en œuvre plus de 80% des activités de communication pour le développement ;
- La prise en compte des données de l'enquête MBS a permis de réorienter les stratégies de lutte contre le paludisme dans les régions du Nord et de l'Extrême -Nord d'où la nécessité d'étendre l'enquête MBS aux autres 8 régions.

Utilisation de l'information stratégique pour la prise de décision et l'action

- Le non-respect des délais de mise en œuvre des enquêtes ménages a été une contrainte à la mise à jour des indicateurs d'effet et d'impact, nécessaires au suivi des progrès vers les cibles du Plan Stratégique ;
- La faible mise en œuvre des activités de recherche opérationnelle ne permet pas d'identifier les facteurs déterminants de succès ou d'échec des nouvelles interventions adoptées et mise en œuvre par le Programme ;
- L'intégration réussie du système de rapportage du paludisme en routine dans le DHIS2 et les mesures incitatives en faveur de la remontée des données de surveillance constituent des déterminants clés pour l'amélioration de la qualité des données du SNIS (complétude, promptitude, cohérence) ;
- L'automatisation du système de rapportage des données de suivi de la mise en œuvre des campagnes de masse (via DHIS2) a permis d'améliorer la promptitude dans la remontée des données, la coordination journalière de la mise en œuvre ainsi que l'atteinte des résultats (produits).
- La faible adhésion des prescripteurs aux directives de PEC du paludisme affecte la qualité des données rapportées sur la surveillance du paludisme en routine.

Par ailleurs, les principaux défis sont de :

- Générer des évidences du risque épidémique au Cameroun compte tenu du contexte d'une transmission forte à modérée ;
- Renforcer les capacités du personnel dans l'utilisation des données climatiques dans les modèles prédictifs ;
- Assurer la disponibilité des données de qualité relatives à la surveillance du paludisme en routine afin de soutenir l'utilisation stratégique de l'information pour guider la prise de décision et l'action ;
- Produire des évidences devant soutenir le choix des procédés opérationnels pour une mise en œuvre optimale des nouvelles activités.

Recommandations générales pour le prochain plan stratégique

Au cours de la revue à mi-parcours, plusieurs actions et recommandations ont été formulées pour résoudre les différents problèmes notés. Les recommandations prioritaires ont été identifiées en s'assurant qu'elles sont pertinentes, réalisables et mesurables. Elles suggèrent au gouvernement de mener avec l'appui des partenaires les actions ci-après par niveaux d'implémentation.

Au Ministère de la Santé Publique (MINSANTE)

- Augmenter le financement de la lutte contre le paludisme en adoptant des méthodes innovantes pour mobiliser les ressources internes et externes ;
- Renforcer les capacités institutionnelles du programme afin de lui donner un leadership et les moyens suffisants pour assumer sa mission ;

- Améliorer la communication entre les différents partenaires pour permettre à chaque acteur d'atteindre les objectifs que le programme lui assigne ;
- Renforcer la mise en œuvre des Interventions Sous Directives Communautaires ;
- Renforcer la fonctionnalité de la CENAME et du LANACOME ;
- Promouvoir la production locale des antipaludéens de qualité ;
- Mettre en place une Task force MINSANTE-MINMAP chargée de traiter les questions urgentes de santé (flexibilité des procédures d'attribution des marchés pour plus de célérité dans l'exécution des activités du Programme).

Au Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)

- Capitaliser toutes les expériences réussies (bonnes pratiques), notamment dans le cadre des partenariats pour une meilleure prévention et prise en charge des cas de paludisme ;
- Renforcer la gouvernance dans le programme (respect de la chaîne d'approvisionnement, des directives des guides de diagnostic et de prescriptions, dupliquer les bonnes pratiques, etc.) ;
- Mettre en place des mécanismes pour atteindre toutes les cibles les plus vulnérables des districts prioritaires ;
- Renforcer la surveillance communautaire et encourager les activités de suivi communautaire du paludisme.

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

- Promouvoir et améliorer la disponibilité, l'accessibilité ainsi que la gestion de tous les intrants de la lutte contre le paludisme.

Aux institutions de recherche et de formation

- Mettre à jour les curricula de formation médicale et paramédicale initiale sur la base des nouvelles directives de lutte contre le paludisme ;
- Orienter d'avantage les activités de recherche dans les domaines de la lutte contre le paludisme en vue de générer des évidences pour une prise de décision éclairée ;
- Renforcer les capacités des acteurs de la lutte contre le paludisme sur la recherche opérationnelle et l'utilisation des données.

Aux partenaires techniques et financiers

- Aider à la production et l'appropriation du nouveau PSN à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Apporter un appui technique ou financier à la mise en œuvre des recommandations de la revue du PSN ;
- Contribuer au renforcement de la fonctionnalité des instances de coordination de la lutte contre le paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Accompagner les secteurs partenaires dans la mise en œuvre des interventions identifiées dans le cadre national multisectoriel de lutte contre le paludisme..

CHAPITRE 4 : CADRE STRATÉGIQUE DU PSNLP 2024-2028

4.1. Vision

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

4.2. Mission et principes directeurs

4.2.1. Mission

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** ».

4.2.2. Principes directeurs

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 socioculturel) aux services de santé, les droits de l'homme et la promotion du genre :** les interventions de lutte contre le paludisme prendront à la fois en compte la dimension territoriale, la situation socioéconomique et socioculturelle des populations (Couverture Santé Universelle).
- ❖ **L'engagement communautaire :** la responsabilisation effective des communautés sera favorisée, pour une meilleure implication dans la gestion de leurs problèmes de santé.
- ❖ **La gestion optimale de l'information sanitaire et de la stratification des interventions :** il s'agit de mettre en place un système intégré de collecte des données, d'analyse, de stockage et de production d'informations factuelles pour une meilleure orientation dans la prise de décision en santé.
- ❖ **La dispensation de soins et de services de qualité :** l'offre de soins et services de lutte contre le paludisme sera conforme aux normes et standards nationaux et internationaux.
- ❖ **La gestion axée sur les résultats :** les résultats doivent être mesurables répondant aux objectifs et aux cibles définis préalablement. La chaîne PPBS (Planification Programmation Budgétisation Suivi/Evaluation) devra être optimisée pour atteindre les objectifs/cibles fixés, à partir des ressources disponibles.
- ❖ **La bonne gouvernance du Programme dans la redevabilité, la transparence et le contrôle social renforcé :** la redevabilité, la transparence et le contrôle social seront renforcés en vue d'une meilleure participation et coordination des acteurs. L'obligation de rendre compte des actions et le contrôle social permettront d'être plus efficace.
- ❖ **La déconcentration et la décentralisation** seront renforcées en vue mieux rapprocher les services et les soins aux usagers. Ceci se fera par le renforcement du pilotage stratégique au niveau des districts de santé avec l'implication des 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.
- ❖ Pour accélérer les progrès attendus, **le leadership, le partenariat et la collaboration multisectorielle** seront renforcés.

4.3 Orientations stratégiques et priorités nationales

4.3.1 Orientations stratégiques

Le choix des orientations et des priorités du PSNLP 2024-2028 a été inspiré par les documents de politiques internationaux (ODD 2030, STM 2016-2030, approche "High burden to high impact") et nationaux (SND30, SSS 2020-2030) (Tableaux 17 et 18).

Tableau 17 : Arrimage du PSNLP 2024-2028 à la Stratégie Technique Mondiale (STM) de lutte contre le paludisme 2016-2030 et aux Objectifs de Développement Durable (ODD) 2030

Objectifs généraux du PSNLP 2024-2028	Objectifs de la STM de lutte contre le paludisme 2016-2030 et des ODD 2030
D'ici 2028, réduire d'au moins 75%, la mortalité liée au paludisme par rapport à la situation de 2015.	Objectifs de la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 • D'ici à 2030, réduire les taux de mortalité liée au paludisme de 90% par rapport à la situation de 2015 ; • D'ici à 2030, réduire l'incidence du paludisme de 90% par rapport à la situation de 2015 ; • D'ici à 2030, éliminer le paludisme dans au moins 35 pays où il y avait transmission en 2015 .
D'ici 2028, réduire d'au moins 75%, la morbidité liée au paludisme par rapport à la situation de 2015.	ODD 2030 ODD 3.3 : d'ici 2030, mettre fin à l'épidémie de SIDA, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmissibles par l'eau et autres maladies transmissibles.

Tableau 18 : Arrimage du PSNLP 2024-2028 à la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2020-2030

Objectifs généraux du PSNLP 2024-2028	Objectif SSS 2020-2030
D'ici 2028, réduire d'au moins 75%, la mortalité liée au paludisme par rapport à la situation de 2015.	D'ici 2030 réduire d'au moins 30% un tiers de l'incidence/ prévalence des principales maladies transmissibles (VIH, paludisme et tuberculose) et éliminer certaines MTN (filariose lymphatique et THA)
D'ici 2028, réduire d'au moins 75%, la morbidité liée au paludisme par rapport à la situation de 2015.	

Le PSNLP 2024-2028 constitue donc l'un des documents d'opérationnalisation de la Stratégie Sectorielle de Santé 2020-2030. Il définit les objectifs et les interventions à mener qui contribueront à l'atteinte d'un des objectifs de cette stratégie qui est **de réduire d'au moins 30% l'incidence/prévalence des principales maladies transmissibles (VIH, paludisme et tuberculose) et éliminer certaines MTN (filariose lymphatique et THA)**.

Dans ce Plan Stratégique National, la réponse au problème du paludisme est structurée autour des quatre piliers préconisés par l'approche « HBHI » ; les orientations stratégiques et les priorités nationales retenues permettront 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** ».

L'approche « High Burden High Impact »

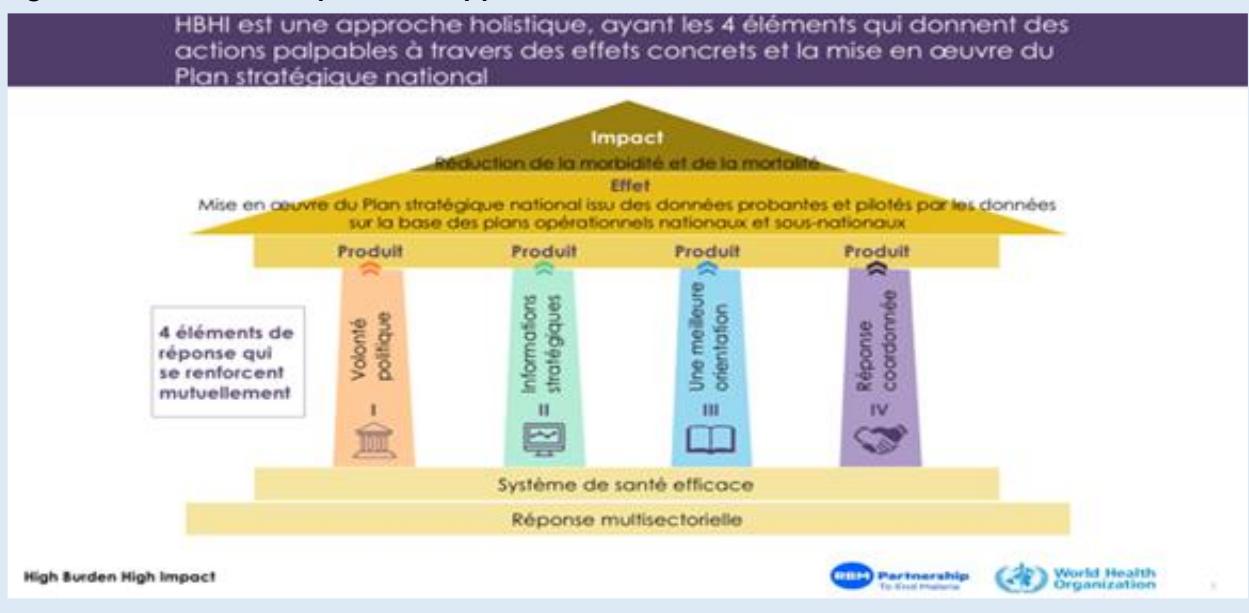
L'approche « *High Burden to High Impact* » (HBHI) est une approche recommandée par l'OMS et le Partenariat RBM pour mettre fin au Paludisme. Elle vise à relancer et à catalyser les progrès dans la lutte contre le paludisme dans les onze pays les plus lourdement affectés par le fardeau du paludisme (OMS 2018). 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 20 : Cadre conceptuel de l'approche « HBHI » selon RBM/OMS



Source : OMS

4.3.2 Priorités nationales

4.3.2.1 Axes stratégiques prioritaires

Sur la base des orientations stratégiques susmentionnées, de la stratification du risque paludisme au Cameroun en 2022, des recommandations de la revue du PSNLP 2019-2023 et des priorités nationales, le présent PSNLP s'articulera autour des 4 piliers de l'approche « HBHI », soutenus par un système de santé efficace et une réponse multisectorielle. Il s'agit de :

1. L'engagement politique à l'échelle nationale et communautaire à accroître les ressources en faveur de la lutte contre le paludisme ;
2. L'utilisation stratégique de l'information pour la prise de décision et l'action ;
3. L'adoption des meilleures politiques et stratégies antipaludiques;

4. La coordination de la réponse nationale.

4.3.2.2 Les populations prioritaires

La population cible de la lutte contre le paludisme correspond à l'ensemble de la population du pays. Toutefois, les populations les plus à risque (cas et décès) sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Une attention particulière sera par ailleurs accordée aux enfants et femmes enceintes dont la condition physique, sociale, mentale, culturelle et/ou économique, ou dont la perte d'autonomie (totale ou partielle, permanente ou ponctuelle) est de nature à les exposer davantage au paludisme. C'est le cas des femmes et/ou enfants déplacés internes du fait de la situation sécuritaire qui prévaut dans certaines régions (Nord, Extrême-Nord, Est, Nord-Ouest et Sud-Ouest), handicapés, en détresse, détenus, issus des populations autochtones (communautés « 4B »¹ et Mbororos), membres de communautés riveraines/affectées par des projets de développement, etc.

4.3.2.3 Les zones d'intervention prioritaires

La priorisation des zones d'intervention s'appuiera sur la stratification du risque paludisme d'une part, et les résultats des enquêtes de couverture effectuées au cours du précédent PSNLP d'autre part. Il ressort que les zones d'interventions prioritaires du présent Plan Stratégique seront dans l'ordre décroissant les Régions de :

1. Est
2. Adamaoua
3. Centre Rural
4. Nord
5. Extrême Nord
6. Sud-Ouest
7. Sud
8. Littoral rural
9. Ouest
10. Nord-Ouest
11. Métropole de Yaoundé
12. Métropole de Douala.

Mieux encore, les zones rurales de chaque Région seront priorisées par rapport aux zones urbaines.

4.4. Buts et objectifs

4.2.1 But

Le but de ce Plan Stratégique National 2024-2028 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.

4.2.3 Objectifs généraux

D'ici à 2028, il s'agira de :

- Réduire d'au moins 75%, la mortalité liée au paludisme par rapport à la situation de 2015 ;
- Réduire d'au moins 75%, la morbidité liée au paludisme par rapport à la situation de 2015.

¹ Bakas, Bakola, Bagyelis, Bedzan

4.2.4 Objectifs stratégiques

Objectif stratégique 1 : D'ici 2028, renforcer l'engagement politique au niveau national et au niveau communautaire ;

Objectif stratégique 2 : D'ici 2028, utiliser des informations stratégiques pour guider la prise de décision et l'action ;

Objectif stratégique 3 : D'ici 2028, adopter les meilleures orientations politiques et stratégiques (fondées sur des données probantes) de lutte contre le paludisme ;

Objectif stratégique 4 : D'ici 2028, renforcer la coordination de la réponse nationale.

4.2.5 Objectifs spécifiques

Conformément aux orientations de l'approche « HBHI », les objectifs spécifiques sont déclinés par objectifs stratégiques ainsi qu'il suit :

Tableau 19 : Objectifs stratégiques et objectifs spécifiques

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques
1. D'ici 2028, Renforcer l'engagement politique au niveau national et au niveau communautaire	1.1 : D'ici 2028, augmenter le financement pour la lutte contre le paludisme de 20% par rapport à sa valeur de 2022. 1.2 : D'ici 2028, au moins 80% des populations y compris les personnes socialement vulnérables utilisent les services et produits de lutte contre le paludisme.
2.D'ici 2028, Utiliser des informations stratégiques de qualité pour guider la prise de décision et l'action	2.1 : D'ici 2028, fournir 100% des informations de qualité nécessaires à la prise de décision et l'action.
3.D'ici 2028, Adopter les meilleures orientations politiques et stratégiques (fondées sur des données probantes) de lutte contre le paludisme	3.1 : D'ici 2028, au moins 80% de la population est protégée par une intervention de prévention contre le paludisme. 3.2 : D'ici 2028, 100% des cas de paludisme confirmés, sont traités conformément aux directives nationales. 3.3 . D'ici 2028, les intrants antipaludiques sont disponibles de façon permanente dans 70 % des structures sanitaires et dans les communautés.
4.D'ici 2028, Renforcer la Coordination de la réponse nationale	4.1 : D'ici 2028, au moins 95% des activités planifiées sont mises en œuvre selon les procédures administratives, financières et comptables en vigueur au PNLP.

4.5. Stratégies et activités clés

La réalisation des sept (07) objectifs spécifiques du présent plan stratégique se fera à travers seize (16) principales stratégies antipaludiques, déclinées en cinquante-sept (57) interventions, réparties ainsi qu'il suit (tableau 20) :

Tableau 20 : Résumé du cadre stratégique du PSNLP 2024 - 2028

Objectifs stratégiques (piliers)	Objectifs spécifiques	Stratégies	Interventions
Objectif stratégique 1 : D'ici 2028 Renforcer l'engagement politique au niveau national et au niveau communautaire	Objectif spécifique 1. 1 : D'ici 2028, Augmenter le financement pour la lutte contre le paludisme de 20% par rapport à sa valeur de 2022	1.1.1. Communication institutionnelle 1.1.2. Renforcement des interventions multisectorielles 1.1.3. Engagement communautaire pour la mobilisation des ressources	1.1.1.1. Plaidoyer institutionnel et engagement politique 1.1.1.2. Promotion du partenariat et mobilisation des ressources 1.1.1.3. Promotion de la visibilité des actions de lutte contre le paludisme 1.1.2.1. Formalisation des cadres de partenariats intersectoriels 1.1.2.2. Renforcement des actions de lutte contre le paludisme dans les autres secteurs 1.1.2.3. Mobilisation des financements domestiques Innovants 1.1.3.1. Plaidoyer Communautaire y compris en direction des CTD 1.1.3.2. Mobilisation Communautaire 1.1.3.3. Leadership Communautaire 1.1.3.4 Suivi communautaire et renforcement des capacités de la société civile
	Objectif spécifique 1.2 : D'ici 2028 Au moins 80% des populations y compris les personnes socialement vulnérables utilisent des services et produits de lutte contre le paludisme	1.2.1. Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC)	1.2.1.1. Communication sur les interventions de lutte contre le paludisme 1.2.1.2. Communication en zone de crise 1.2.1.3 Communication destinée aux personnes Socialement vulnérables 1.2.1.4 Communication en direction des prestataires de soins 1.2.1.5 Communication en faveur de la promotion des normes sociales positives 1.2.1.6 Communication à l'endroit des groupes particuliers (secteur du tourisme et loisirs, transport, voyageurs en transit, travailleurs saisonniers, etc.) 1.2.1.7 Communication en faveur de la lutte contre le paludisme à travers un cadre de collaboration formel avec le MINCOM
		1.2.2: Engagement et mobilisation communautaire	1.2.2.1. Promotion des soins et services de lutte contre le paludisme par les groupes de femmes et des jeunes 1.2.2.2. Education à la prévention du paludisme dans les écoles et les structures d'encadrement des jeunes y compris ceux vulnérables

Objectifs stratégiques (piliers)	Objectifs spécifiques	Stratégies	Interventions
			1.2.2.3. Sensibilisation dans les chefferies traditionnelles et les lieux de culte 2.1.1.1. Surveillance épidémiologique en routine 2.1.1.2. Surveillance sentinelle 2.1.1.3. Surveillance entomologique et gestion de la résistance aux insecticides y compris à travers les plateformes multisectorielles MINSANTE, MINADER, MINRESI, MINEPDED, MINDUH, MINEPIA 2.1.1.4. Préparation à la riposte aux épidémies
Objectif stratégique 2 : D'ici 2028, Utiliser des informations stratégiques de qualité pour guider la prise de décision et l'action	Objectif spécifique 2.1 : D'ici 2028, Fournir 100% des informations de qualité nécessaires à la prise de décision	2.1.1. Surveillance du paludisme 2.1.2. Suivi et Evaluation 2.1.3. Recherche	2.1.2.1. Suivi des activités 2.1.2.2. Evaluation des interventions et du Plan Stratégique 2.1.3.1. Recherche opérationnelle 2.1.3.2. Recherche clinique y compris celles impliquant les phyto-médicaments 2.1.3.3 Recherche action sur les déterminants psycho-socio anthropologiques en rapport avec l'adhésion aux interventions de lutte contre le paludisme
			3.1.1.1. Distribution des MILDA en campagne de masse (Prise en compte des personnes socialement vulnérables) 3.1.1.2. Distribution des MILDA en routine (aux FE en CPN , enfants de moins de 2 ans en vaccination, marketing social) 3.1.1.3. Pulvérisation Intra domiciliaire (PID) dans les districts ciblés (Impliquer les CTD) 3.1.1.4. Lutte Anti Larvaire (LAL) dans les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) ciblées
Objectif stratégique 3 : D'ici 2028, Adopter les meilleures orientations politiques et stratégiques (fondées sur des données probantes) de lutte contre le paludisme	Objectif spécifique 3.1 : D'ici 2028, au moins 80% de la population est protégée par au moins une intervention de prévention contre le paludisme	3.1.1. Lutte anti vectorielle 3.1.2. Chimio prévention 3.1.3. Vaccination	3.1.2.1. Administration de la SP aux femmes enceintes (pendant les CPN, en communauté) 3.1.2.2. Administration de la SP en communauté aux femmes enceintes 3.1.2.3. Administration de la SPAQ aux enfants de 03 à 59 mois dans les districts éligibles lors de la CPS 3.1.2.4. Administration de la SP aux enfants de moins de 2 ans dans les districts éligibles lors des visites de vaccination (Chimio prévention du Paludisme Pérenne CPP anciennement TPIn- SP) 3.1.3.1. Appui à l'administration du vaccin antipaludique aux enfants de moins de 5 ans dans les districts de santé ciblés ;
	Objectif spécifique 3.2 : D'ici 2028, 80% des cas de paludisme sont pris	3.2.1: Diagnostic biologique du paludisme	3.2.1.1. Diagnostic biologique du paludisme dans les formations sanitaires

Objectifs stratégiques (piliers)	Objectifs spécifiques	Stratégies	Interventions
Objectif stratégique 4 : D'ici 2028, Renforcer la Coordination de la réponse nationale	en charge conformément aux directives Nationales		3.2.1.2. Diagnostic biologique du paludisme dans la communauté 3.2.1.3. Assurance qualité et contrôle qualité du diagnostic biologique du paludisme
		3.2.2: Traitement du Paludisme	3.2.2.1. Traitement des cas de paludisme dans les formations sanitaires 3.2.2.2. Traitement des cas de paludisme dans la Communauté 3.2.2.3. Assurance qualité du traitement du paludisme 3.2.2.4. Pharmacovigilance
	Objectif spécifique 3.3. D'ici 2028, les intrants antipaludiques sont disponibles de façon permanente dans 70 % des structures sanitaires et dans les communautés	3.3.1: Fonctionnement du SGIL, Gestion des intrants et Approvisionnement	3.3.1.1. Capacité de planification et d'achat 3.3.1.2. Systèmes d'information de la chaîne d'approvisionnement 3.3.1.3. Capacité d'entreposage et de distribution, conception et opérations
	Objectif spécifique 4.1 : D'ici 2028, au moins 95% des activités planifiées sont mises en œuvre selon les Procédures administratives, financières et comptables en vigueur au PNLP	4.1.1. Gestion du programme	4.1.1.1. Planification (stratégique, opérationnelle) 4.1.1.2. Gestion des ressources humaines 4.1.1.3. Gestion des ressources matérielles 4.1.1.4. Gestion des ressources financières 4.1.1.5. Digitalisation des opérations du programme
		4.1.2. Gouvernance et leadership	4.1.2.1. Coordination et coopération 4.1.2.2. Intégration du genre, de l'éthique, et de l'équité 4.1.2.3. Contrôle et Audit 4.1.2.4. Archivage et documentation

4.6 Théorie du changement dans la lutte contre le paludisme

La situation actuelle du paludisme au Cameroun est caractérisée par une forte morbidité (prévalence parasitaire=26%, incidence=231 cas pour 1000 personnes à risque) et une forte mortalité (taux de mortalité spécifique= 45 décès pour 100 000 personnes à risque).

Les principales causes sous jacentes à cette situation sont l'insuffisante couverture des services de lutte antipaludique et leur faible utilisation par les populations. Ces causes sous jacentes sont quant à elles induites par des facteurs tels que les faiblesses du système de santé, l'environnement socio économique, culturel, sécuritaire, sanitaire, les changements climatiques, etc. La mise en œuvre du **PSNLP 2024-2028**, élaboré suivant les orientations de la Stratégie Technique Mondiale 2016-2030 de l'OMS et de l'approche « **HBHI** », contribuera à changer cette situation.

Comme l'illustre la figure 21, la mise en œuvre du PSNLP produira à terme 02 impacts majeurs.

- La réduction de la mortalité liée au paludisme tributaire d'une prise en charge des cas de qualité et optimale dans les FOSA et dans la communauté ;
- La réduction de la morbidité tributaire de l'interruption de la transmission locale grâce à une lutte antivectorielle efficace et une couverture optimale des interventions de chimioprévention.

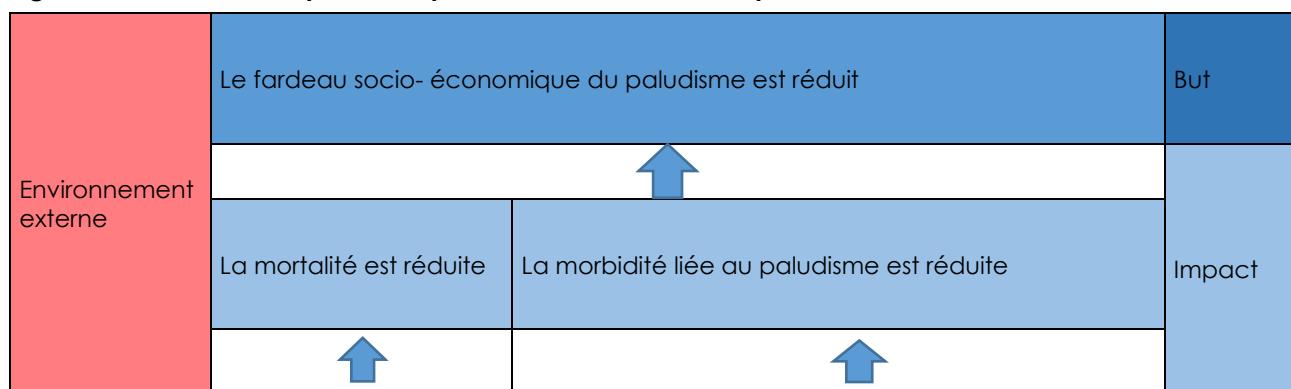
Trois effets sont donc nécessaires pour produire ces impacts :

- Une prise en charge optimale des cas de paludisme à travers un diagnostic de qualité et un traitement adéquat ;
- Une interruption de la transmission locale grâce à une utilisation optimale des outils de lutte anti vectorielle (MILDA, PID) ;
- Une couverture optimale des interventions de chimio-prévention appliquée à toutes les personnes cibles (femmes enceintes, enfants et personnes socialement vulnérables).

Pour produire ces effets combinés, 16 stratégies doivent être mises en place (voir tableau 20). Il s'agira entre autre de :

- Lever les barrières financières qui limitent l'accès et l'utilisation des paquets de soins et services offerts aux bénéficiaires par le PNLP;
- Mettre en œuvre de manière efficace les interventions à haut impact sélectionnées sur la base des données probantes ;
- Améliorer l'offre des soins et services dans toutes les zones prioritaires.

Figure 21 : Interactions possibles partant des intrants à l'impact souhaité



Environnement externe	La prise en charge des cas de paludisme est optimale (100% des cas sont traités conformément aux directives nationales)	La transmission locale est interrompue grâce à une lutte anti vectorielle efficace	La couverture des interventions de chimio prévention est optimale (toutes les cibles bénéficient d'une chimio-prévention)	Effets		
	↑					
Environnement externe	L'utilisation des soins et services de lutte contre le paludisme est effective					
	Les barrières financières limitant l'accès aux bénéficiaires sont levées		L'offre des soins et services est améliorée (personnels formés et intrants disponibles dans les FOSA et chez les ASC)	Les interventions de lutte contre le paludisme sont mises en œuvre	Produits	
Environnement externe	↑					
	Les intrants ont été acquis et mis à la disposition des FOSA et des ASC	Les inspections pour le respect des directives de PEC et de la gratuité sont menées (gouvernance améliorée)	Qualité des données de diagnostic et de traitement assurée ; La SS&E est assurée	Capacités des personnels communautaires et des FOSA renforcées et la supervision menée	Processus	
Environnement externe	Le financement de la lutte contre le paludisme a augmenté et est bien géré				Intrants	
	Les RH de qualité dédiées au programme sont disponibles					
	Les informations sanitaires de qualité sont disponibles					
	Les directives et les documents techniques sont disponibles					
	Le plateau technique est approprié					

NB : Tous les changements projetés dans cette théorie sont basés sur une analyse des liens de cause à effet qui existent dans la chaîne des résultats ; toutefois, il est important de rappeler que les facteurs externes (socioculturels, économiques, géographiques, sécuritaires, etc.) peuvent faciliter ou entraver la matérialisation des performances souhaitées.

CHAPITRE 5 : CADRE DE MISE EN ŒUVRE

5.1 Plan de mise en œuvre

5.1.1 Renforcement de l'engagement politique au niveau national et au niveau communautaire

Objectif stratégique 1 : D'ici 2028, Renforcer l'engagement politique au niveau national et au niveau communautaire

Objectif spécifique 1.1 : D'ici 2028, Augmenter le financement pour la lutte contre le paludisme de 20% par rapport à sa valeur de 2022

Pour atteindre cet objectif, trois stratégies ont été définies dans le présent Plan Stratégique. Ces stratégies seront mises en œuvre à travers 9 interventions clés.

Les stratégies de renforcement du dialogue politique retenues sont les suivantes :

Stratégie 1.1.1 : Communication institutionnelle

Elle permettra de maintenir la lutte contre le paludisme dans les priorités gouvernementales en matière de santé. Elle sera mise en œuvre à travers les interventions suivantes :

Intervention 1.1.1.1 : Plaidoyer institutionnel et engagement politique

Des réunions de plaidoyer impliquant les décideurs et les leaders influents seront organisées sur une base semestrielle (et en fonction des besoins) au niveau central et dans les régions. Des supports de communication seront produits et mis à disposition des décideurs et leaders lors de ces rencontres. Un mécanisme de redevabilité sera développé afin d'assurer que les échanges avec les leaders se transforment en véritables actions et résultats.

Actualiser le répertoire des projets à recherche de financement dans le cadre de la lutte contre le paludisme au Cameroun.

Prévoir la signature des conventions avec les partenaires dans le domaine de la lutte contre le paludisme
Planifier dans les ressources transférées aux CTDs une dotation pour les activités de lutte contre le paludisme (MINDEVEL)

Intervention 1.1.1.3 : Promotion de la visibilité des interventions de lutte contre le paludisme

La diffusion régulière des actions et interventions phares de la lutte contre le paludisme sera effectuée à travers la mise à jour régulière des plateformes digitales ; la médiatisation de tous les événements spéciaux relatifs à la lutte contre le paludisme (JIF, JMLP, Fête nationale de la jeunesse, Symposium, Foires, Séminaires et conférences internationaux...); la production et diffusion d'un bulletin semestriel d'information sur les interventions de lutte contre le paludisme. Des rencontres semestrielles de la Task force nationale des médias contre le paludisme seront organisées afin d'assurer leur engagement et une couverture optimale des actions de lutte contre le paludisme à tous les niveaux. Les organisations de la société civile, les mairies et les sectoriels à travers leurs actions augmenteront la visibilité des interventions à tous les niveaux.

Stratégie 1.1.2 : Renforcement des interventions multisectorielles

Cette approche stratégique va susciter et intensifier l'engagement de tous les secteurs en faveur de la lutte contre le paludisme, notamment à travers la mobilisation des ressources et la mise en œuvre effective des actions retenues dans le Cadre Stratégique Multisectoriel de Lutte contre le Paludisme au Cameroun 2024-2028. Cette stratégie va être implémentée à travers deux interventions :

Intervention 1.1.2.1 : Formalisation des cadres de partenariats multisectoriels

Dans le but d'encadrer la collaboration avec les secteurs clés, des conventions de partenariats seront signées. Une cartographie des points focaux santé sera dressée et actualisée annuellement. Leurs capacités seront renforcées en matière de lutte contre le paludisme lors des ateliers annuels animés par les experts du MINSANTE et des secteurs partenaires.

L'équipe focale assurera avec l'appui du Groupe technique central de lutte contre le paludisme (GTC), la planification, la mise en œuvre et le suivi évaluation des activités retenues dans leurs départements ministériels respectifs. Ils veilleront à impliquer les structures spécialisées sous leur tutelle.

La lutte contre le paludisme dans les Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) est une opportunité pour l'augmentation du budget en faveur de la lutte contre le paludisme par les sectoriels.

Intervention 1.1.2.2 : Renforcement des actions de lutte contre le paludisme dans les autres secteurs

Un appui technique continu sera apporté aux sectoriels dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme. Des visites de supervisions semestrielles seront exécutées par les équipes de PNLP vers les secteurs apparentés pour garantir une bonne mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme.

Intervention 1.1.2.3 : Mobilisation des financements domestiques Innovants

Cette mobilisation se fera à travers l'élaboration d'un cadre réglementaire et de mécanisme de prélèvement de financement sur certains produits (Cigarettes ; Boisson ; Tourisme ; Porte d'entrée du pays ; ..) et soumis à l'adoption à l'assemblée nationale.

Ces nouveaux financements prendront en compte, la réallocation des prélèvements déjà effectués, ainsi que l'implication du secteur privé et éventuels dons et legs.

Stratégie 1.1.3. Engagement communautaire pour la mobilisation des ressources

Cette stratégie va être implémentée à travers quatre interventions :

Intervention 1.1.3.1. Plaidoyer Communautaire

L'amélioration des performances du programme de lutte contre le paludisme passera par le Plaidoyer communautaire pour l'augmentation des ressources financières allouées à la mise en œuvre du plan stratégique.

Ceci pourra se faire à travers le plaidoyer pour la prise en compte de la lutte contre le paludisme dans les projets soumis par les CTDs (communes, régions) lors des rencontres régionales de maturation des projets organisées par le MINEPAT en liaison avec le MINDEVEL.

En outre les CTD bénéficieront d'un renforcement de capacités et d'un accompagnement à la prise en compte des ISDC dans les plans communaux et régionaux de développement, ainsi qu'à la mise en œuvre des dites interventions.

Intervention 1.1.3.2. Mobilisation Communautaire

La planification et la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme pour la mobilisation communautaire est faible. L'implication de la communauté dans cette lutte doit être améliorée. Il s'agira de s'assurer de l'implication des leaders communautaires (religieux, traditionnels et associatifs) dans la préparation, la mise en œuvre et le suivi des activités en vue de l'appropriation par les ménages de la lutte contre le paludisme. Il sera également question de fournir une assistance technique et logistique aux groupes communautaires clés pour faciliter leur mobilisation en faveur de la lutte contre le paludisme notamment en capitalisant sur les mécanismes communautaire existants.

Intervention 1.1.3.3. Leadership Communautaire

Le leadership communautaire permet de garantir une appropriation des services et produits de lutte contre le paludisme par la communauté. Il sera donc nécessaire d'accompagner les leaders communautaires dans l'accomplissement de ce rôle, pour renforcer la confiance et l'adhésion aux services de santé. Établir cette confiance permettra d'optimiser la demande et l'utilisation des services et produits de lutte contre le paludisme en vue d'un meilleur impact.

Intervention 1.1.3.4. Suivi communautaire et renforcement des capacités de la société civile

Les organisations de la société civile jouent un rôle primordial dans l'amélioration de l'accès et de l'appropriation des services et produits de lutte contre le paludisme ainsi que dans le suivi de la mise en œuvre des différentes interventions en communauté. La mise en œuvre d'une écoute sociale active permettra de recueillir les avis des membres de la communauté pour un meilleur ajustement des stratégies de lutte contre le paludisme. Les acteurs de la société civile verront leurs capacités renforcées dans le domaine du suivi communautaire intégrant l'écoute sociale.

Objectif spécifique 1.2 : D'ici 2028, au moins 80% des populations y compris les personnes socialement vulnérables utilisent des services et produits de lutte contre le paludisme

Stratégie 1.2.1. : Communication pour le changement social et comportemental

Elle aura pour but d'accroître la sensibilisation des ménages, des communautés, des prestataires de soins, des professionnels des médias (y compris les radios communautaires), des organisations de la société civile, en vue de promouvoir des comportements favorables à l'utilisation optimale des services et produits de lutte contre le paludisme. Sept interventions permettront de mettre en œuvre cette stratégie :

Intervention 1.2.1.1. : Communication sur les interventions de lutte contre le paludisme

Sur la base des résultats des enquêtes comportementales (MBS), des approches de communication basées sur les évidences seront élaborées. Divers canaux et outils adaptés aux différents groupes cibles seront mis à contribution pour accroître l'utilisation de la MILDA, le recours au Traitement Préventif Intermittent chez la femme enceinte et chez le nourrisson, l'observance de l'Administration du traitement préventif aux enfants de 3 à 59 mois en saison des pluies (CPS), l'adhésion par les ménages au vaccin contre le paludisme et le recours précoce aux soins en communauté et dans les formations sanitaires en cas de fièvre. Cette communication sera déployée dans le cadre d'interventions de routine et de campagne.

Intervention 1.2.1.2. : Communication en zones de crise

Elle permettra de faciliter l'accès aux services et produits de lutte contre le paludisme aux populations en zones de crise. La consultation des leaders lors des réunions d'engagement communautaire sera requise pour définir les approches et outils de communication adaptés à ces zones.

Intervention 1.2.1.3. : Communication destinée aux personnes socialement vulnérables

Elle permettra de faciliter l'accès des personnes socialement vulnérables aux messages clés et aux outils de lutte contre le paludisme. L'approche privilégiée sera un processus de co-création impliquant les représentants des groupes vulnérables, société civile, et les experts du MINSANTE et partenaires. Cette approche devra assurer la prise en compte des différences et spécificités des besoins des groupes vulnérables afin de mieux les adresser dans leur diversité. Un accent sera mis sur la prise en compte du genre, de l'équité (notamment via l'approche handicap/vulnérabilité) et de l'inclusion sociale dans la mise en œuvre des interventions de communication. L'appui technique et financier destiné à ces groupes permettra de développer des contenus de messages de prévention et de recours correct aux services et produits de lutte contre le paludisme, qui leur sont adaptés.

Intervention 1.2.1.4. : Communication destinée aux prestataires de soins

Les professionnels de santé représentent un point de contact essentiel pour les membres de la communauté qui souhaitent bénéficier de services et d'informations sur la santé. Les interactions entre ces derniers et les clients influencent la perception qu'ont les communautés des services et produits de lutte contre le paludisme. L'objectif de ces interventions sera d'améliorer la compréhension des interventions contre le paludisme par les professionnels de santé, afin de mieux conseiller les patients et améliorer la qualité des interactions entre les prestataires de soins et clients. Il s'agira également d'interventions visant à remédier au non-respect des lignes directrices nationales en matière de diagnostic et de prise en charge du paludisme. La mise en œuvre de cette intervention se fera à travers les activités ci-après :

- Elaboration et mise à disposition des prestataires de soins de toutes les FOSA, d'un guide d'entretien (*print et audio*) avec femmes enceintes pour renforcer l'adhérence au TPIg.
- Elaboration d'un outil d'évaluation des attitudes face à l'offre des services de lutte contre le paludisme par les FOSA.

Intervention 1.2.1.5 : Communication en faveur de la promotion des normes sociales positives

Les normes sociales sont des manières d'être, d'agir ou de penser qui organisent la vie collective et qui interviennent souvent à l'insu des personnes. Elles se manifestent dans des comportements approuvés ou désapprouvés dans un contexte donné, puis qualifiés de normaux, marginaux ou déviants. Elles peuvent certes favoriser la santé et le bien-être, mais aussi être source d'inégalités sociales de santé, de même qu'amplifier le sentiment d'isolement et la stigmatisation. Comprendre la dynamique des normes sociales est donc un atout pour toute approche de santé publique.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, la communication orientée vers l'adoption des normes sociales positives permettra d'améliorer les services et produits de lutte contre le paludisme. En outre, elle permettra de lever les goulots d'étranglements qui limitent encore l'atteinte des objectifs fixés à travers des interventions ciblées et contextualisées. A cet effet, un document sur les normes sociales sera élaboré, validé et disséminé.

Intervention 1.2.1.6 : Communication à l'endroit des groupes particuliers (secteur du tourisme et loisirs, transport, voyageurs en transit, travailleurs saisonniers, etc.)

Dans le cadre de cette intervention seront pris en compte la promotion des services de lutte contre le paludisme dans des lieux particuliers (instituts d'hébergement, espaces de loisir, agences de voyage, gares, aéroports) à travers la mise à disposition des documents d'information (dépliants, affiches, banderoles), à travers la vulgarisation des moyens de prévention (MILDA, PID) et de prise en charge. Les inspections régulières par les services compétents des tutelles respectives veilleront à l'effectivité de ces mesures. Le résultat de ces inspections pourraient être pris en compte dans le processus de certification de ces établissements en particulier.

Intervention 1.2.1.7 : Communication en faveur de la lutte contre le paludisme à travers un cadre de collaboration formel avec le MINCOM

Elle se fera à travers la mise en place d'un cadre formel de collaboration MISANTE-MINCOM à travers la formation des professionnels de média (publics et privés), à travers le développement des contenus promotionnels et la diffusion des programmes de promotion des interventions de lutte contre le paludisme. Ceci pourra être rendu possible à travers des chartes signées par les promoteurs des organes de média.

Stratégie 1.2.2.: Engagement et mobilisation communautaire

Elle permettra de créer et maintenir un lien fort entre les formations sanitaires et les communautés bénéficiaires, en vue de l'appropriation des soins et services de lutte contre le paludisme au sein des ménages et en communauté. Elles seront développées à travers la mise en œuvre des interventions suivantes :

Intervention 1.2.2.1.: Promotion des soins et services de lutte contre le paludisme par les groupes de femmes, hommes et des jeunes

Les femmes se réunissent régulièrement dans le cadre des tontines et des activités génératrices des revenus. Sur le plan socioculturel, la femme est en charge de la santé des enfants et de la famille. Elle constitue de ce fait un canal prioritaire pour l'adoption des comportements souhaités. Pour cette raison,

la sensibilisation par les groupes de femmes permettra d'accroître les connaissances des femmes en matière de prévention et de prise en charge du paludisme dans les ménages. Par ailleurs, les moins de 25 ans représentent 64,2% de la population camerounaise (3^{ème} RGPH volume 3 Tome3). Ces jeunes seront ciblés de façon spécifique dans le présent PSN pour intensifier la diffusion des messages en faveur de la lutte contre le paludisme. Aussi, en raison de la dynamique des pouvoirs au sein des ménages en ce qui concerne la prise des décisions en matière de recours aux soins de santé, des activités ciblant les hommes seront menées afin d'obtenir leur engagement vers une masculinité positive.

Intervention 1.2.2.2.: Education à la prévention du paludisme dans les écoles

La population éducative représente 85,5% de la population camerounaise. Le milieu éducatif constitue un environnement favorable à la diffusion des connaissances et à la normalisation des comportements. La créativité des élèves et des enseignants du milieu éducatif seront mises à contribution pour vulgariser les messages spécifiques et adaptés aux enfants pour la prévention de lutte contre le paludisme.

Intervention 1.2.2.3.: La sensibilisation dans les chefferies traditionnelles et les lieux de culte

Dans la plupart des communautés, l'accès aux ménages passe encore par les leaders traditionnels qui exercent une forte influence sur les comportements de leurs populations. Pour garantir l'appropriation des interventions de lutte contre le paludisme par les ménages, l'implication des leaders traditionnels est nécessaire. La stratégie d'engagement communautaire (SBC Flow Chart) expérimentée au Nord et à l'Extrême Nord, après évaluation sera mise à échelle.

5.1.2 Utilisation des informations stratégiques pour guider la prise de décision et l'action

Objectif stratégique 2 : D'ici 2028, Utiliser des informations stratégiques pour guider la prise de décision et l'action.

Objectif spécifique 2.1 : D'ici 2028, Fournir 100% des informations de qualité nécessaires à la prise de décision et l'action.

L'atteinte de cet objectif repose essentiellement sur trois (03) stratégies principales : (i) la Surveillance du paludisme, (ii) Le Suivi et Evaluation et (iii) la Recherche.

Stratégie 2.1.1 : Surveillance épidémiologique du paludisme

La surveillance épidémiologique du paludisme sera mise en œuvre à travers les interventions de surveillance épidémiologique en routine, surveillance sentinelle, préparation à la riposte aux épidémies, surveillance entomologique et gestion de la résistance aux insecticides.

Intervention 2.1.1.1 : Surveillance épidémiologique en routine

Les principales composantes du système de surveillance de routine sur le paludisme seront intégrées dans le Système National d'Informations Sanitaires (SNIS) suivant les recommandations de l'OMS et les directives nationales. Le PNLP apportera une contribution au fonctionnement de ce système à travers : (i) l'appui à la révision périodique (triennale) des outils, à leur production en quantité suffisante, à la distribution aux formations sanitaires et aux agents de santé communautaire ; (ii) l'appui à la formation ou 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 y compris les agents de santé communautaire ; (iii) la mise à disposition au niveau des acteurs (FOSA, ASCp) des facilités telles que le matériel informatique et téléphonique, le crédit de communication/internet, des mesures incitatives à la saisie des données de qualité dans la plate-forme DHIS2 ; (iv) l'appui à la saisie des données des RMA des formations sanitaires ou Agents de Santé Communautaire ; (v) le renforcement de la digitalisation du système de surveillance en routine à travers l'opérationnalisation des registres électroniques, la maintenance de la plateforme DHIS2, la centralisation et la visualisation des données.

L'appui à l'amélioration de la qualité à travers l'organisation des réunions de validation des données spécifiques au paludisme au niveau central (semestrielle) et régional (trimestrielle), et intégrée au niveau des districts de santé. En outre, les missions de vérification sur site de la qualité des données seront organisées à une périodicité semestrielle.

Des outils et modules de formation pour la revue intégrée des données au niveau des districts seront élaborés et les responsables des districts seront formés à leur utilisation.

La maintenance de l'entrepôt de données spécifiques au paludisme sera assurée ainsi que la centralisation des bases de données du SNIS, des enquêtes entomologiques (résistance aux insecticides, bio écologie des vecteurs, etc.), des campagnes de lutte contre le paludisme (MILDA, CPS) et des données climatiques. Des mises à jour régulières seront effectuées pour prendre en compte les données sur des financements, la gestion des approvisionnements et des stocks ; les tests d'efficacité thérapeutique, la pharmacovigilance, les enquêtes auprès des ménages. Un serveur sera acquis pour stocker localement toutes les données de l'entrepôt ainsi que des licences de logiciel de visualisation des tendances sur tableaux de bord. Les responsables du PNLP seront formés à la maintenance du serveur.

Les données de surveillance du paludisme en routine seront régulièrement analysées pour générer les informations afin de guider la prise de décision. Elles seront partagées dans le cadre des rapports semestriels ou annuels du Programme, de la publication des bulletins épidémiologiques trimestriels, semestriels ou annuels au niveau central, régional et district de santé. Les responsables du niveau central et régional seront formés à l'utilisation des tableaux de bord de l'entrepôt des données. Le bulletin épidémiologique du paludisme sera paramétré dans DHIS2 avec l'appui de la Cellule des Informations Sanitaires. 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. La stratification du risque paludisme sera régulièrement mise à jour.

Intervention 2.1.1.2 : Surveillance sentinelle du paludisme

La surveillance sentinelle vise à rendre disponible des données de meilleure qualité (fiables, complètes et promptes). Elle permettra de collecter les données complémentaires à la surveillance de routine dans les formations sanitaires. Cette surveillance couvrira les aspects épidémiologiques, parasitologiques, entomologiques et pharmacologiques. La cartographie de surveillance épidémiologique sentinelle du paludisme sera mise à jour en assurant la représentativité de l'ensemble des faciès épidémiologiques, sur la base des données de transmission du paludisme.

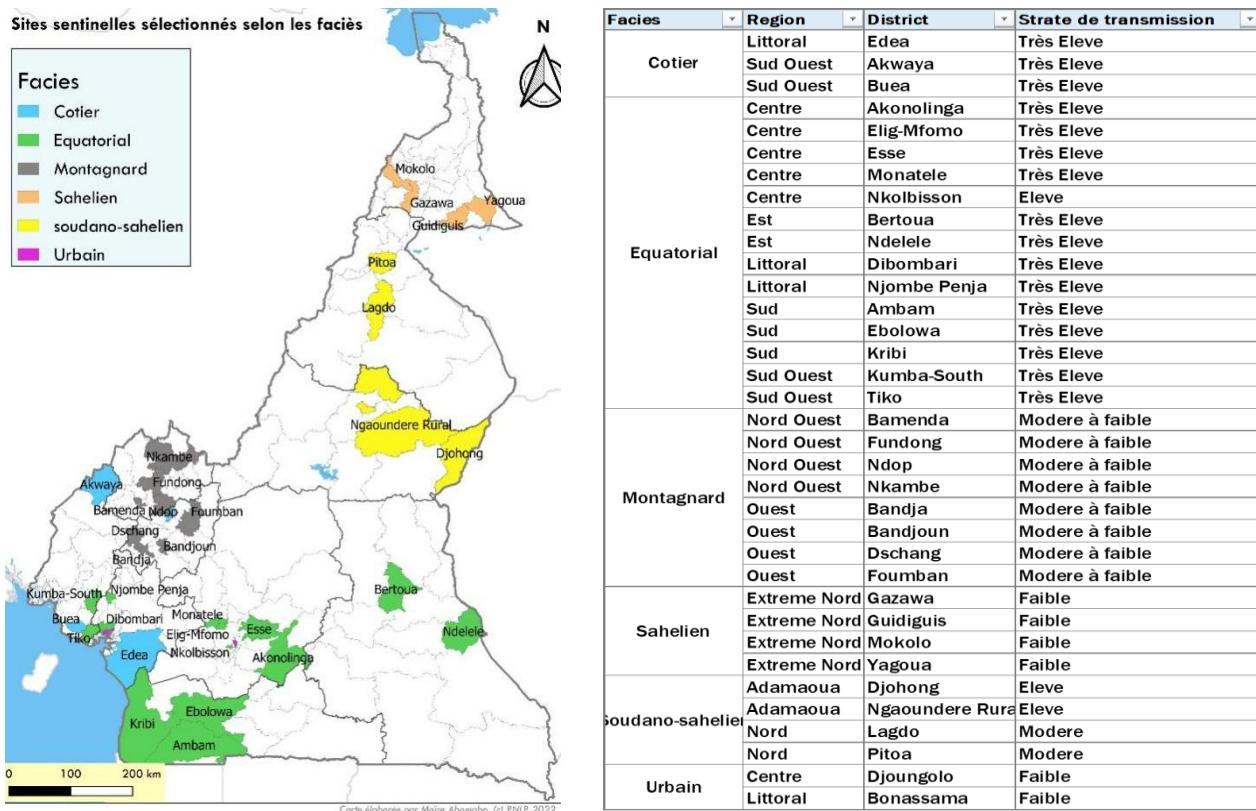


Figure 23 : Cartographie de surveillance sentinelle au Cameroun

Le guide de surveillance sentinelle sera mis à jour. Les sites sentinelles seront équipés et le personnel redéployé, puis formé sur le diagnostic, la prise en charge, la pharmacovigilance et la surveillance épidémiologique et entomologique. Un recyclage périodique de ce personnel sera organisé à travers les supervisions formatives conjointes. Les différentes études (d'efficacité thérapeutique, de transmission, de résistance des vecteurs aux insecticides, etc.) seront réalisées périodiquement dans ces sites sentinelles.

Intervention 2.1.1.3 : Surveillance entomologique et gestion de la résistance aux insecticides y compris à travers les plateformes multisectorielles MINSANTE, MINADER, MINRESI, MINEPDED, MINDUH, MINEPLA

La surveillance entomologique comporte les études sur la bionomie des vecteurs et la résistance des vecteurs aux insecticides. Elle sera menée dans les sites sentinelles par le PNLP et ses partenaires. Le matériel et les consommables pour la surveillance entomologique seront acquis et le personnel/agents à tous les niveaux de la pyramide sanitaire formés.

Les enquêtes sur la bionomie des vecteurs seront menées mensuellement, et les enquêtes de la résistance une fois par an dans chaque site. Les échantillons collectés seront analysés en laboratoire et les évidences générées aideront à la prise de décision.

La surveillance de l'espèce invasive *Anopheles stephensi* sera intensifiée dans les districts de santé frontaliers du Nigéria, en raison de la circulation de cette espèce dans l'Etat de Gombe State (Nigéria). A date, cette espèce n'a pas encore été identifiée au Cameroun. Ladite surveillance se fera à travers des prospections larvaires, l'élevage des larves jusqu'au stade adulte et des analyses d'identifications moléculaires.

La révision des documents normatifs (profil entomologique, manuel de procédures standards pour la surveillance entomologique, etc.) sera faite. Les réunions trimestrielles du Vector Control Committee (VCC) seront tenues et les recommandations formulées afin d'appuyer le PNLP dans la prise de décision en matière de lutte anti vectorielle.

La gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides consistera à la mise en place d'une combinaison d'interventions de lutte anti vectorielle dans les sites connaissant une forte résistance afin de maintenir la sensibilité des vecteurs aux insecticides et réduire la pression des insecticides. Les documents relatifs à la gestion de la résistance (plan de gestion intégrée des vecteurs) 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 (consommables, réactifs etc..) pour les études de la résistance (y compris les mécanismes de la résistance) aux insecticides seront disponibilisés.

Il sera question d'impliquer prioritairement au sein d'un cadre de concertation multisectoriel les ministères dont les actions influencent les comportements des vecteurs (MINADER, MINEPIA, MINRESI, MINDUH, MINEPED). A l'issue de leurs travaux, des recommandations visant à assurer un meilleur contrôle des vecteurs pourront être adressées à chaque sectorielle intervenant dans l'utilisation des produits chimiques influençant le comportement du vecteur.

Intervention 2.1.1.4 : Préparation à la riposte aux épidémies

Un plan de préparation à la riposte aux épidémies sera élaboré et mis à jour chaque année. Les responsables du niveau central et régional seront formés sur les stratégies et les techniques de contrôle des épidémies. Les seuils épidémiques seront déterminés par district de santé avec des outils adaptés. 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 analyser les tendances des cas et décès.

Stratégie 2.1.2 : Suivi et Evaluation

Intervention 2.1.2.1 Suivi des activités

Le suivi sera effectué par la collecte, l'analyse et l'utilisation des données sur la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme sur la base des indicateurs d'intrants, de processus et de produit définis dans le plan de suivi évaluation du présent PSNLP, 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 disséminés et 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 seront mises en œuvre par des responsables techniquement compétents à tous les niveaux et devront permettre le suivi des activités sur le terrain et en outre contribuer au renforcement des capacités des acteurs à leur poste de travail. Le programme devra développer et disséminer les outils y afférents. Les réunions de coordination de la lutte contre le paludisme, semestrielle aux niveaux régional et central seront mises en œuvre, et permettront d'assurer le suivi régulier de l'exécution des différents plans de travail. Les outils de suivi des activités de routine (collecte des données, supervision, gestion des intrants, revue de la qualité des données, etc.) seront digitalisés pour faciliter la consolidation et l'utilisation des données pour améliorer la mise en œuvre des activités. Les outils de micro planification ou de gestion des données des campagnes de lutte contre le paludisme seront également digitalisés, et rendu interopérables avec le DHIS2 du Ministère de Santé Publique, et seront utilisés pour la remontée des données.

Intervention 2.1.2.2 : Le Suivi dirigé par Communautaire (CLM) désigne l'évaluation par, les utilisateurs de services, de l'efficacité, de la qualité, de l'accessibilité et de l'impact des services et programmes de santé dont ils bénéficient. Il inclut tout type de suivi effectué par les communautés. Néanmoins, un élément essentiel du suivi communautaire est que les communautés décident de ce qu'elles évaluent et elles

interviennent en fonction des données collectées. C'est en d'autres termes, les mécanismes que les utilisateurs de services ou les communautés locales utilisent pour réunir, analyser et utiliser les informations de façon continue afin d'améliorer l'accès aux services ainsi que la qualité et l'impact de ces derniers, en contraignant les prestataires de services et les décideurs à rendre des comptes. Il s'agit pour le PNLP d'encourager un suivi parallèle des décisions et actions gouvernementales dans la lutte contre le paludisme et peut comprendre entre autres les activités de suivi axées sur la qualité de l'expérience des patients dans les établissements de santé, la qualité des systèmes (gestion clinique), la qualité des programmes, la disponibilité des médicaments essentiels et les violations des droits.

Intervention 2.1.2.2 Évaluation des interventions et du plan stratégique

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 ASCp pour évaluer la qualité des services d'autre part.

Les revues annuelles, 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.

Stratégie 2.1.3: Recherche

Intervention 2.1.3.1. Recherche opérationnelle

La recherche opérationnelle est une des interventions transversales identifiée devant permettre aux équipes pluridisciplinaires de se pencher sur des problèmes choisis localement, en vue d'informer les décisions programmatiques.

Le PNLP devra élaborer, produire et disséminer un agenda de recherches prioritaires sur le paludisme au Cameroun définissant les objectifs à atteindre et les études prioritaires à entreprendre, et ce, de façon concertée avec tous les acteurs de la recherche sur le paludisme au Cameroun. Les domaines de recherche choisis viseront à générer des évidences pour éclairer les politiques, les interventions et les décisions programmatiques. Cet agenda de recherches sur le paludisme devra être actualisé tous les 3 ans.

Le PNLP élaborera chaque année un sous-agenda de recherche opérationnelle sur le paludisme et celui-ci sera mis en œuvre en collaboration avec des institutions universitaires/de recherche nationales et internationales et des partenaires. Le PNLP appuiera la planification et la conduite des projets de recherche potentiels, contribuera à la mobilisation des ressources nécessaires et devra s'assurer de l'alignement des objectifs de ces études aux priorités dans les domaines programmatiques tels que la vaccination, la chimio prévention, la lutte anti-larvaire, la prise en charge des cas, les technologies innovantes etc. En dehors de la recherche continue, le PNLP continuera à mobiliser des ressources pour des études d'impact du Programme au niveau national.

Le PNLP en collaboration avec la Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS) du Ministère de la Santé Publique, mettra sur pieds un forum/plateforme d'échange pérenne entre les chercheurs et les acteurs divers dans le domaine du paludisme à l'échelle nationale et internationale pour s'assurer que les résultats de la recherche sont utilisés pour informer les politiques et la prise de décision du programme. Cette plateforme organisera avec le soutien du PNLP des conférences annuelles.

Intervention 2.1.3.2. Recherche Clinique y compris celles impliquant les phyto-médicaments

La recherche clinique est une intervention qui correspond aux études scientifiques réalisées sur les patients, en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales. Il s'agit des recherches prospectives interventionnelles ou non, qui impliquent le suivi des patients et/ou des volontaires sains. Ces recherches sont indispensables pour mieux comprendre les maladies, mieux les traiter, et pour mieux identifier les facteurs de risque afin d'élaborer de meilleurs protocoles thérapeutiques et de suivi.

Selon l'OMS, les études d'efficacité thérapeutique des médicaments utilisés dans les directives de prise en charge du paludisme doivent être menées tous les deux ans, ce qui nous permettra d'établir les profils actuels d'efficacité et de tolérance des médicaments utilisés en première intention dans notre contexte pour le traitement du paludisme simple. La dernière étude d'efficacité thérapeutique au Cameroun a été menée en 2022 avec un financement de PMI et conduite par le Centre de Biotechnologie (BTC) de l'Université de Yaoundé 1. Le PNLP devra promouvoir la conduite des études cliniques dans les formations sanitaires, les universités et instituts de recherche, mobiliser des financements auprès des partenaires, et contribuer à la planification et à la mise en œuvre de ces études pour une meilleure capitalisation des résultats de recherche clinique.

La prise en compte de la recherche clinique sur la pharmacopée traditionnelle impliquera la formalisation des collaborations entre le MINSANTE et le MINRESI à travers l'IMPM.

Surveillance de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques

La surveillance de l'efficacité des médicaments antipaludiques devra être menée tous les 02 ans avec l'appui technique des partenaires. La régularité de la mise en œuvre de telles études contribuera à surveiller de près l'efficacité des antipaludiques y compris la SPAQ compte tenu de la forte pression exercée sur ces médicaments. Cette activité financée par PMI en 2020 et 2022 sera prise en compte dans la présente reconduction et mise en œuvre en 2024. Chaque année 06 sites (02 dans le septentrion et 04 dans la partie sud du pays) seront identifiés parmi les sites sentinelles pour la conduite desdites études. Par ailleurs, les 35 sites sentinelles seront capacités pour la mise en œuvre des TES dans leurs sites respectifs et dans les différentes strates épidémiologiques du pays

*Surveillance de la prévalence du *P. vivax* et de la délétion du gène HRP2*

Dans le cadre de la surveillance de la prévalence du *P. vivax* et de la délétion du gène HRP2 une étude visant à déterminer si la prévalence locale des mutations des gènes HRP2/3 de *P. falciparum* (PfHRP2/3) à l'origine de faux négatifs aux tests de diagnostic rapide (TDR) a atteint un seuil pouvant justifier une modification locale ou nationale de la stratégie de diagnostic.

Intervention 2.1.3.3. Recherche action sur les déterminants psycho-socio anthropologiques en rapport avec l'adhésion aux interventions de lutte contre le paludisme

Les résultats issus de cette recherche contribueront à ajuster les choix des modèles d'intervention de lutte contre le paludisme : de la promotion à la prise en charge en passant par la prévention.

5.1.3 Meilleures orientations politiques et stratégiques (fondées sur des données probantes) de lutte contre le paludisme

Objectif stratégique 3 : D'ici 2028, Adopter les meilleures orientations politiques et stratégiques (fondées sur des données probantes) de lutte contre le paludisme

Objectif spécifique 3.1: D'ici 2028, Au moins 80% de la population est protégée par au moins une intervention de prévention contre le paludisme

Stratégie 3.1.1 : Lutte anti vectorielle

Les interventions sélectionnées dans cette stratégie sont :

- Distribution de masse des MILDA ;
- Distribution des MILDA en routine mise en œuvre à travers :
 - Distribution des MILDA aux femmes enceintes reçues dans les services de CPN ;
 - Distribution des MILDA aux enfants de moins 2 ans en vaccination ;
 - Distribution des MILDA aux enfants des écoles primaires ;
 - Distribution des MILDA aux pensionnaires des structures publiques et privées d'encadrement des enfants en détresse et des mineurs inadaptés sociaux ;
 - Distribution des MILDA par marketing social ;
- Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) dans les districts ciblés des zones à transmission saisonnière ;
- Lutte Anti Larvaire (LAL) dans les centres urbains ciblés avec la participation des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD).

Intervention 3.1.1.1 : Distribution des MILDA en campagne de masse

Cette stratégie d'intervention vise à :

- Acquérir et transporter les MILDA ;
- Former les acteurs à tous les niveaux ;
- Intensifier les actions de communication afin d'améliorer la possession et l'utilisation de la MILDA au sein des ménages ;
- Distribuer gratuitement et en priorité les MILDA de nouvelle génération et les MILDA avec du Pipéronyl Butoxide (PBO) en cas de besoin, et pré qualifiée par l'OMS lors des campagnes de masse et en routine ;
- Suivre et évaluer la campagne.

Les MILDA seront distribuées gratuitement à la population durant les campagnes de masse. Une campagne nationale de distribution des MILDA sera organisée en 2025-2026. A cette fin, une stratification permettra de mieux cibler la distribution des MILDA par district de santé. La stratégie de 01 MILDA pour deux personnes sera appliquée lors de la distribution.

Sur la base des données d'études, les MILDA à base de chlorfénapyr ont un effet létal accru sur les vecteurs du paludisme résistants aux pyréthroïdes et, ont, un plus grand impact contre le paludisme. En situation de résistance, l'OMS recommande de privilégier les MILDA de nouvelle génération (à base de chlorfénapyr) ou des MILDA avec synergistes (Pipéronyl Butoxide (PBO)) aux MILDA standards.

Tant pour la campagne de distribution de masse que pour les MILDA campagnes en routine, les MILDA à base de chlorfénapyr et pré qualifiées par l'OMS seront prioritairement acquises pour la distribution sur toute l'étendue du territoire. Les MILDA-PBO pourront être acquises et distribuées si besoin.

Un contrôle qualité des MILDA sera effectué à la réception, puis un suivi de la durabilité assuré avec un retour d'information aux fournisseurs. Les résultats des études sur la durabilité et la bio efficacité des MILDA permettront d'avoir des informations sur la durée de vie efficace. Les études de la durabilité des MILDA seront planifiées sur 03 ans dans divers sites géo climatiques en prenant en compte les variations socio anthropologiques pouvant influencer l'utilisation et l'entretien de la MILDA

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 la distribution.

Intervention 3.1.1.2 : Distribution des MILDA en routine

Plusieurs canaux seront utilisés pour la distribution des MILDA en routine :

- Distribution des MILDA aux femmes enceintes en consultation prénatale ;
- Distribution des MILDA aux enfants de moins de 2 ans en vaccination ;
- Distribution des MILDA aux enfants des écoles primaires ;
- Distribution des MILDA aux pensionnaires des structures publiques et privées d'encadrement des enfants en détresse et des mineurs inadaptés sociaux ;
- Distribution des MILDA par marketing social.

Activité 3.1.1.2.1 : Distribution des MILDA aux FE en CPN

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 MILDA acquises seront stockées dans des magasins régionaux. Un transporteur sera sélectionné dans chaque région afin d'acheminer les MILDA dans les structures identifiées (FOSA, Ecole...) sous la coordination des Délégations Régionales de la Santé Publique (DRSP). Les actions des partenaires seront encouragées dans cette stratégie, notamment dans le renforcement du suivi logistique des MILDA de routine.

Activité 3.1.1.2.2 : Distribution des MILDA aux enfants de moins de 2 ans en vaccination

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 en vaccination pour la première dose du vaccin Rougeole Rubéole (RR1) recevront également une MILDA pendant les activités du Programme Elargi de Vaccination.

En plus des femmes enceintes et des enfants, les MILDA seront distribuées également aux populations spéciales en prenant en compte 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.

Activité 3.1.1.2.3 : Distribution des MILDA aux enfants des écoles primaires

Des quantités de MILDA seront acquises et distribuées une fois par an aux élèves des écoles primaires. Une étude pilote permettra de collecter les données préliminaires avant une mise à échelle de ce canal de distribution des MILDA.

Activité 3.1.1.2.4 : Distribution des MILDA aux pensionnaires des structures publiques et privées d'encadrement des enfants en détresse et des mineurs inadaptés sociaux

Des quantités de MILDA seront acquises et distribuées une fois par an aux pensionnaires des structures publiques et privées d'encadrement des enfants en détresse et des mineurs inadaptés sociaux. Une étude pilote réalisée en collaboration notamment avec le MINAS permettra de collecter les données préliminaires avant une mise à échelle de ce canal de distribution des MILDA. Au demeurant, le complément en MILDA pour couvrir ces populations cibles pourrait être acquis par les administrations compétentes avec l'appui des partenaires.

Activité 3.1.1.2.5 : Distribution des MILDA par marketing social

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

Intervention 3.1.1.3 : Pulvérisation Intra domiciliaire (PID) dans les districts ciblés

Activités adoptées :

- Sélectionner les districts ciblés pour bénéficier de la PID ;
- Acquérir les intrants pour la PID des insecticides adéquats ;
- Former les acteurs de la mise en œuvre ;
- Intensifier les actions de communication afin de favoriser l'adhésion des populations ;
- Réaliser la PID dans les districts dans les districts ciblés ;
- Suivre et évaluer les interventions de la PID.

Douze 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. Ces districts sont : dans la région du Centre (Mbandjock), de l'Est (Ndelele, Batouri, Bertoua), de l'Extrême-Nord (Maga, Kaele, Mokolo), du Littoral (Loum, Njombe Penja), Nord (Lagdo), de l'Ouest (Foumbot), du Sud (Sangmelima). Les zones couvertes par la PID seront en combinaison avec les MILDA.

Les pulvérisateurs, intrants (insecticides) et les équipements de protection individuelle (bottes, gants, combinaisons...) pour la PID seront acquis pour une mise en œuvre de cette intervention dès 2024.

Les acteurs de mise en œuvre (les aspergeurs/agents pulvérisateurs, 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 structures à couvrir seront réalisés.

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

Dans les 12 districts éligibles, la PID sera organisée et les supervisions menées à tous les niveaux. Des indicateurs d'impact entomologique (densité anophélienne, agressivité, taux d'infection, taux d'inoculation entomologique, évaluation de la rémanence des insecticides...) seront collectés avant et après l'intervention.

Un plan de renforcement des capacités à tous les niveaux y compris les CTD et les entreprises privées sera développé, pour la mise en œuvre et la pérennisation de la PID.

Intervention 3.1.1.4 : Lutte Anti Larvaire (LAL) dans les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) ciblées

Les activités adoptées sont :

- Renforcer les capacités des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) et des groupes communautaires dans la mise œuvre de la Lutte Anti Larvaire (LAL) ;
- Superviser la mise en œuvre de la Lutte Anti Larvaire (LAL) par les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) ;
- Evaluer l'intervention de la LAL par les CTD.

La mise en œuvre de la LAL se fera par les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD). Un Memorandum of Understanding (MoU) / protocole d'accord sera établi entre le ministère de la Santé et les Ministères de l'Habitat et du Développement Urbain et de l'Administration Territoriale pour leur engagement dans la lutte contre les trois maladies (Paludisme, SIDA et Tuberculose). Pour la composante paludisme, cette intervention va cibler les CTD des milieux urbains des grandes villes dans les 10 régions du pays. Un constant plaidoyer sera mené afin d'engager d'autres CTD désireuses de mettre en œuvre la LAL. Les CTD ciblées seront capacités par le PLNP à la mise en œuvre (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...). Des supervisions seront planifiées dans le CTD mettant en œuvre la LAL. Les CTD seront encouragées à organiser des concours afin de primer les communautés respectueuses de l'hygiène et la salubrité. Des

réunions de coordinations trimestrielles seront organisées par le PNLP dans chaque région afin de faire le point sur la mise en œuvre de la LAL dans les CTD ciblées.

Les maladies à transmission vectorielle étant modulées par les arthropodes vecteurs, l'agent pathogène, l'hôte humain et l'environnement, l'approche One Health sera mise en œuvre afin de prendre en compte ces facteurs interdépendants régissant la transmission du paludisme. Une approche collaborative, multisectorielle et transdisciplinaire sera utilisée dans la lutte contre le paludisme et les autres maladies à transmission vectorielle, notamment à travers la gestion de l'environnement (assainissement, gestion des déchets, gestion des eaux...) et les interconnexions sociales et climatiques qui déterminent les modes de transmission du paludisme.

Stratégie 3.1.2 : Chimio prévention

Intervention 3.1.2.1: Administration de la SP pendant les CPN

Afin de poursuivre l'implémentation de cette stratégie de prévention du paludisme chez les femmes enceintes, l'État du Cameroun acquerra des quantités suffisantes de SP à temps et se chargera de les acheminer dans les Districts et Aires de santé concernés.

La SP sera dispensée gratuitement aux femmes enceintes. La première dose sera administrée dès la 13^{ème} semaine de grossesse, chaque mois, jusqu'à l'accouchement.

L'administration de la SP aux femmes enceintes pourra également s'effectuer en communauté par les ASCp et lors des campagnes de santé (SASNIM, JLV, JNV).

Intervention 3.1.2.2: Administration de la SP en communauté aux femmes enceintes

Cette intervention sera mise sur pied pour renforcer l'administration de la SP aux femmes enceintes perdues de vue pendant les CPN et pour faire face à la faible accessibilité des femmes enceintes en CPN. A cet effet, les ASCP rechercheront les femmes enceintes perdues de vue en communauté et dispenseront à ces dernières la SP à partir de la 2^{ème} dose. Ils n'initieront pas le traitement.

En effet, l'analyse des données épidémiologiques du PNLP en 2022 fait état d'une fréquentation insuffisante des femmes enceintes lors des CPN. Dans le cadre de la lutte intégrée, en vue d'améliorer sa performance, le Programme va se déployer en communauté.

Les sous activités à mettre en œuvre vont consister à :

- Élaborer et valider la stratégie de distribution communautaire du TPI aux femmes enceintes ;
- Introduire la stratégie dans le Document révisé des directives de Prise en Charge du Paludisme ;
- Introduire la stratégie dans les modules de formation des ASCp ;
- Briefe les Agents de Santé Communautaires polyvalents sur cette stratégie ;
- Introduire la stratégie dans les outils de collecte révisés des ASCp et paramétrier dans le DHIS2 ;
- Distribuer la SP en communauté aux femmes enceintes perdues de vue en CPN par les ASCp à partir de la 2^{ème} dose ;
- Distribuer la SP en communauté aux femmes enceintes lors des CPN recentrées et pendant les campagnes de santé (SASNIM, JLV, JNV) par les prestataires de soins ;
- Prendre en charge financièrement le personnel lors des SASNIM ;
- Suivre et évaluer la mise en œuvre de la SASNIM à tous les niveaux.

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.

Intervention 3.1.2.3: Administration de la SPAQ aux enfants de 03-59 mois dans les districts éligibles lors de la CPS

Durant la période allant de 2024 à 2028, chaque année, pendant 04 ou 05 cycles de distribution, la SPAQ sera administrée aux enfants de 03 à 59 mois lors des campagnes de la Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) dans les districts de santé éligibles des régions du Nord et de l'Extrême Nord. Cette distribution de la SPAQ s'effectuera soit en mode campagne, soit en mode routine par les ASCp. Afin de garantir la pérennité de l'intervention, le mode routine sera progressivement étendu à tous les districts de santé éligibles. Des analyses minutieuses seront effectuées afin de déterminer les Districts de santé éligibles et de sortir les DS inéligibles à l'intervention. Il sera également réalisé des évaluations portant sur l'efficacité de la SPAQ, la surveillance épidémiologique, l'enquête post campagne de la CPS.

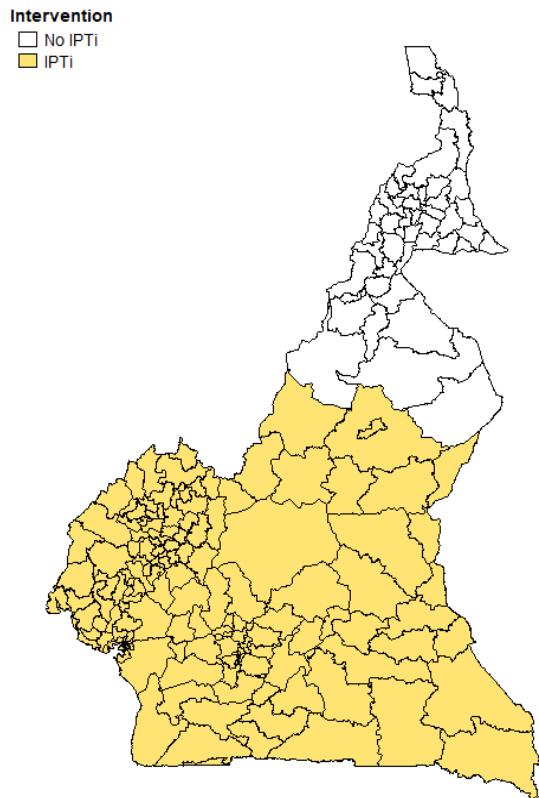
Les sous activités à mettre en œuvre vont consister à :

- Acquérir les intrants;
- Approvisionner les ASCp en intrants pour la CPS;
- Renforcer les capacités des acteurs de la CPS;
- Dispenser la SPAQ aux enfants de 03-59 mois lors de la CPS en mode campagne ou en mode routine;
- Sensibiliser en faveur de la CPS dans les zones ciblées;
- Réaliser des évaluations portant sur l'efficacité de la SPAQ, la surveillance épidémiologique et,
- Réaliser l'enquête post-campagne de la CPS.

Intervention 3.1.2.4: Administration de la SP aux enfants de moins de 2 ans dans les districts éligibles lors des visites de vaccination (Chimio prévention du Paludisme Pérenne CPP anciennement TPIn- SP)

La Chimio prévention du Paludisme Pérenne, anciennement appelée Traitement Préventif Intermittent des nourrissons à la Sulfadoxine+Pyriméthamine (TPIn-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), aux nourrissons exposés au risque de paludisme lors des rendez-vous aux âges de 10 semaines, 14 semaines, 6 mois, 9 mois et 15 mois. Cette intervention est mise en œuvre dans les Districts de santé ne mettant pas en œuvre la CPS.

Figure 24 : Districts de santé mettant en œuvre la CPP



Pour une meilleure mise en œuvre de l'intervention, les sous-activités à mettre en œuvre vont consister à :

- Cartographier les districts de santé éligibles à la CPP en fonction des données épidémiologiques et des niveaux de résistance de la SP ;
- Acquérir les quantités suffisantes de SP et les acheminer dans les formations sanitaires des districts de santé concernés ;
- Former les prestataires de soins supplémentaires. ;
- Suivre et évaluer la stratégie ;
- Renforcer le système national de Pharmacovigilance. ;
- Renforcer la communication afin d'assurer l'adhésion de la population à l'intervention

Stratégie 3.1.3 : Vaccination

Intervention 3.1.3.1: Administration du vaccin antipaludique (VAP) aux enfants de moins de 5 ans dans les districts de santé cibles (Vaccin RTS, S A01)

La lutte contre le paludisme est une priorité pour l'Etat du Cameroun comme édictée dans le PNDS. Cela du fait de la charge de morbidité et de mortalité liée à cette maladie, mais aussi du fait de l'existence de moyens efficaces de prévention parmi lesquels la vaccination contre le *Plasmodium falciparum*.

En 2022, le Cameroun a atteint des couvertures satisfaisantes en interventions de prévention de la maladie. Cependant, le taux d'incidence reste élevé. Des nouveaux outils de prévention doivent aussi compléter les outils disponibles afin d'accélérer la réduction du fardeau de la maladie.

L'OMS recommande le vaccin antipaludique dans les zones de transmission modérée à forte (telles que définies par l'OMS) pour prévenir le paludisme à *P. falciparum* chez les enfants.

L'introduction du vaccin contre le paludisme dans le PEV de routine permettra de donner une chance égale à tous les enfants vivant au Cameroun d'être protégés contre le paludisme, quel que soit leur lieu de

résidence et leur niveau socio-économique, avec un focus sur la réduction des enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés.

La vaccination a été introduite dans le dernier plan stratégique par un addendum. Le PEV et le PNLP ont travaillé main dans la main et après accord du NYTAGNITAG, la stratégie et un plan d'introduction ont été élaborés et validés.

Pour déterminer les zones ayant le plus besoin du vaccin, l'OMS a développé un cadre basé sur un processus en deux étapes, à savoir :

- La stratification des DS en zones d'intensité de transmission faible, modérée ou forte en fonction des indicateurs de morbidité ;
- La classification des DS en zones de priorité en fonction de l'intensité de la transmission et du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans toutes causes confondues.

Une modélisation a été réalisée pour déterminer les DS prioritaires pour un meilleur impact.

Les sous-activités à mettre en œuvre vont consister à :

- Élaborer et valider la stratégie d'administration du vaccin antipaludique aux enfants de moins de 5 ans ;
- Organiser des activités visant à susciter l'engagement communautaire en faveur de la vaccination ;
- Organiser un Atelier d'engagement communautaire ;
- Introduire la stratégie dans le document révisé des Directives de Prise en Charge du Paludisme.
- Paramétriser les outils de collecte de l'intervention dans le DHIS2 ;
- Produire et distribuer les outils de collecte des données dans le DHIS2 à toutes les FOSA des DS ciblés ;
- Former les prestataires de soins à cette stratégie ;
- Distribuer le vaccin aux formations sanitaires ciblées ;
- Administrer le vaccin antipaludique aux enfants de moins de 5 ans en service de vaccination ;
- Produire et distribuer les outils de collecte des données dans le DHIS2 à toutes les FOSA des DS ciblés ;
- Superviser la mise en œuvre de la stratégie d'administration du vaccin antipaludique aux enfants de moins de 5 ans.

5.1.2.2 Axe Stratégique prise en charge des cas

Objectif spécifique 3.2: *D'ici 2028, 80% des cas de paludisme sont pris en charge conformément aux directives nationales*

La prise en charge des cas de paludisme sera conduite à travers quatre stratégies prioritaires dans les formations sanitaires et au niveau des communautés.

Stratégie 3.2.1: Diagnostic biologique du paludisme

La politique nationale de prise en charge du paludisme (depuis 2009) stipule que tous les cas suspects de paludisme doivent bénéficier d'une confirmation biologique par TDR ou par microscopie avant le traitement. La politique s'applique à tous les groupes d'âge, toutes les formations sanitaires (publiques et privées) et les communautés (Guide de Prise en Charge Paludisme 2019).

Intervention 3.2.1.1 : Diagnostic biologique du paludisme dans les formations sanitaires

En prenant en compte les directives de l'OMS et l'analyse de la situation, l'approche choisie en vue d'accroître l'accès au diagnostic biologique sera soit de réaliser le TDR, soit de pratiquer la microscopie en fonction du niveau de la pyramide sanitaire. Il est recommandé d'utiliser le TDR et/ou la microscopie

pour le diagnostic biologique du paludisme dans les formations sanitaires publiques ou privées, selon le plateau technique disponible et la qualification du personnel. Dans le cadre de la mise en œuvre du diagnostic biologique au niveau des formations sanitaires, les activités clés suivantes seront conduites: i) le développement des modules en ligne pour la formation des prestataires de soins sur le diagnostic et l'introduction dans les curricula de formation des personnels de santé; ii) l'approvisionnement des formations sanitaires en TDR et intrants pour le diagnostic du paludisme et l'approvisionnement des FOSA éligibles en réactifs de qualité pour la microscopie; iii) la tenue des sessions de certification des experts internationaux ECAM; iv) la surveillance de la délétion du gène HRP2; vi) la mise en œuvre d'une étude pour déterminer la prévalence des espèces plasmodiales circulantes sur le territoire national; vii) la tenue d'un plaidoyer pour l'acquisition des TDR PF/PAN à l'effet de détecter rapidement les autres espèces plasmodiales en circulation dans les différents sites sentinelles et en fonction du besoin dans des sites identifiés.

En outre, les frais relatifs à la gestion et l'approvisionnement des intrants seront pris en charge par le MINSANTE afin d'assurer la livraison des intrants jusqu'aux derniers kilomètres. En prenant en compte les directives de l'OMS et l'analyse de la situation, la réalisation du TDR ou de la microscopie se fera en fonction du niveau de la pyramide sanitaire, ainsi qu'il suit : i) dans les centres de santé, le diagnostic biologique sera fait par le TDR; dans les autres formations sanitaires publiques ou privées, la méthode recommandée pour le diagnostic biologique du paludisme est le TDR ou la microscopie lorsque le plateau technique le permet et sous réserve de l'existence d'un personnel qualifié. Il sera question de faire une évaluation externe régulière de la qualité dans les FOSA pratiquant la microscopie en vue de déterminer leurs capacités ou non à faire la microscopie de qualité. Ceci étant, le processus de certification des experts en microscopie devra se faire de manière continue. ii) l'approvisionnement des formations sanitaires en TDR pf et des gants pour le diagnostic du paludisme. iii) la tenue des sessions de certification des experts internationaux ECAM. iv) Assurer la surveillance de la délétion du gène HRP2. v) Une étude sera menée pour déterminer la prévalence des espèces plasmodiales sur le territoire national. vi) un plaidoyer sera fait pour l'acquisition des TDR PF/PAN à l'effet de détecter rapidement les autres espèces plasmodiales en circulation.

Intervention 3.2.1.2 : Diagnostic biologique du paludisme dans la communauté

Au niveau communautaire y compris les officines pharmaceutiques, le TDR est la seule méthode recommandée devant tout cas suspect de paludisme. Il sera réalisé par les ASCp formés à cet effet. L'achat et la mise à disposition des TDR, des gants et autres intrants seront effectués afin de permettre aux ASCp de diagnostiquer le paludisme dans la communauté. Les chefs des aires de santé seront également formés sur le contrôle qualité du diagnostic du paludisme par TDR en vue d'assurer la qualité du diagnostic biologique fait dans la communauté. Aussi, des missions de contrôle qualité de diagnostic du paludisme au niveau communautaire seront réalisées. Par ailleurs, le renforcement des capacités des responsables des officines, des infirmeries des écoles et institutions sera poursuivi sur la réalisation des TDR en vue d'une confirmation biologique du paludisme avant la mise sous traitement.

Intervention 3.2.1.3 : Assurance qualité du diagnostic biologique du paludisme

Afin de garantir la fiabilité du diagnostic du paludisme, le système d'assurance qualité tel que spécifié dans le guide d'assurance qualité du diagnostic biologique sera mis en œuvre. La production et la diffusion du document de contrôle qualité pour le diagnostic du paludisme s'effectueront à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les prestataires de laboratoire seront formés pour renforcer leurs compétences en matière d'assurance qualité et de contrôle qualité du diagnostic du paludisme, et ce à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les audits internes et externes seront conduits à tous les échelons de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire. Dans le cadre de l'évaluation de la qualité, l'on procédera à

la collecte et au transport des échantillons des lames et cassettes de TDR paludisme depuis les niveaux inférieurs vers les niveaux hiérarchiques (des centres de santé jusqu'aux laboratoires de référence régionaux et ou centraux). D'autre part les laboratoires de référence devront envoyer des échantillons des lames aux structures du niveau inférieur, afin de vérifier et valider leurs réponses. La mise en réseau des différents laboratoires en utilisant le réseau One Health déjà existant, y compris le LNSP sera assurée. Dans le but de renforcer l'opérationnalisation du LANACOME, le Programme prévoit l'achat du matériel de laboratoire pour cette entité. Les sites sentinelles vont être renforcés pour détecter les espèces plasmodiales et surveiller la prévalence. Les TDR seront acquis en priorité pour les sites sentinelles en attendant le renforcement des capacités des responsables de laboratoire au diagnostic biologique de qualité à l'effet de disposer d'une cartographie à jour des espèces plasmodiales en circulation au Cameroun. Par ailleurs, le Programme prévoit l'introduction de la surveillance génomique dans ces sites sentinelles. Dans le présent plan, il est prévu de renforcer la mise en place du système d'AQ/CQ, de mettre en œuvre le contrôle de qualité interne et externe du diagnostic, d'auditer les structures de soins publics et d'enrôler les structures du secteur privé y compris le niveau communautaire. La formation/recyclage des experts centraux et régionaux et leur certification se poursuivra dans le but d'assurer de manière continue le contrôle des lames en routine. La mise à jour du guide qualité s'effectuera de manière régulière, y compris les modules de formation y relatifs. Il s'agira d'assurer aussi la surveillance moléculaire en vue de détecter la délétion du gène HRP2/3.

Stratégie 3.2.2: Traitement du Paludisme

Intervention 3.2.2.1 : Traitement des cas de paludisme dans les formations sanitaires

Le traitement de tous les cas confirmés de paludisme se fera conformément aux directives nationales mises à jour selon les recommandations de l'OMS tant au niveau des formations sanitaires publiques que privées. Pour ce faire, le guide de PEC du paludisme sera révisé, produit et disséminé. De même, un module de formation sur la PEC du paludisme sera également élaboré, révisé et des formations des prestataires de soins sur la PEC du paludisme seront organisées à tous les niveaux. Les ACT et Artésunate injectable seront acquis pour le traitement respectif des cas de paludisme simple et grave au sein des FOSA. Par ailleurs, les frais inhérents à la gestion et l'approvisionnement des intrants DAP seront pris en charge pour la livraison des médicaments jusqu'aux derniers kilomètres. De plus, il est prévu de conduire tous les 02 ans les études sur l'efficacité thérapeutique des médicaments antipaludiques.

En vue de renforcer le respect des directives nationales relatives à la PEC gratuite du paludisme chez les moins de 5 ans, des activités clés seront mises en œuvre avec l'appui des partenaires techniques et financiers. Le programme aura recours à un mécanisme de financement avec pour objectif de garantir la gratuité pour les groupes les plus vulnérables. Ce mécanisme permettra de rendre disponible les médicaments dans les fonds régionaux et dans les FOSA. En plus, il prévoit la possibilité du paiement d'une prime variable versée aux FOSA pour les inciter au respect des protocoles en vigueur sera envisagée. Cette disposition sera complétée par la mise en œuvre effective de la CSU qui prendra le relais. Les activités comprendront : i) l'assistance technique, ii) le renforcement des capacités, iii) l'achat des prestations complémentaires aux prestations gratuites, iv) le paiement des primes, v) l'appui des OSC pour le suivi communautaire, vi) le suivi évaluation.

Intervention 3.2.2.2 : Traitement des cas de paludisme dans la Communauté

Le traitement de tous les cas confirmés de paludisme au niveau communautaire se fera conformément aux directives nationales mises à jour selon les recommandations de l'OMS. Tous les cas de paludisme grave devront être référés dans les formations sanitaires par les ASCp après administration d'un traitement de pré-référence avec l'Artésunate suppositoire si le TDR est positif chez les enfants de moins de 5 ans. Cette intervention sera encadrée par les supervisions. Les ACT pour les différentes tranches d'âge seront acquis et mis à la disposition des ASCp pour traiter les cas de paludisme simple dans la communauté. Dans le cadre de la mise en pratique de la référence des cas au niveau communautaire,

l'Artésunate suppositoire sera acquis et mis à la disposition des ASCp. Par ailleurs, les frais de gestion et d'approvisionnement des intrants seront pris en charge pour la livraison des médicaments jusqu'aux derniers kilomètres. Le matériel et les équipements nécessaires pour la réalisation des activités seront acquis acheté et mis à la disposition des ASCp. Dans le cadre du programme, il est envisagé de réviser les différents outils de travail et de collecte des données des ASCp. Les formations à tous les niveaux seront maintenues pour renforcer les capacités des acteurs à la mise en œuvre des ISDC. Afin d'assurer une meilleure coordination des activités et la prise de décisions fondée sur les évidences, les réunions des Task forces seront organisées à tous les niveaux, à l'effet de faire le suivi de la mise en œuvre des activités et identifier d'éventuels goulets. Des missions de supervision seront effectuées par les acteurs à tous les niveaux de la pyramide afin de garantir une mise en œuvre de qualité et optimale des activités.

Intervention 3.2.2.3 : Assurance qualité du traitement du paludisme

En vue d'assurer une prise en charge optimale des cas de paludisme, un système d'assurance qualité du traitement sera mis en place selon le manuel d'assurance qualité du traitement des cas de paludisme au Cameroun, élaboré au regard du guide générique de l'OMS. Pour ce faire, une assistance technique sera requise à l'effet d'opérationnaliser le système qualité dans l'ensemble du pays. La production du manuel d'Assurance Qualité de la PEC (Guide d'amélioration de la qualité de la PEC) validé et traduit va se poursuivre et celui-ci sera largement diffusé. De plus les personnels du niveau central, régional et district auront leurs capacités renforcées sur le contrôle et l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Des missions de supervision pour le contrôle et l'amélioration de la qualité de la prise en charge seront menées à tous les niveaux en plus de la mise en place dans les FOSA d'un système d'audit des décès dus au paludisme. Des mesures incitatives sur la base des performances seront octroyées aux prestataires des FOSA les plus performantes. Cette approche devra veiller au renforcement du système de référence contre-référence, y compris au niveau communautaire pour assurer un continuum de soins.

En vue de garantir la qualité des médicaments et autres intrants, le Programme contribuera au fonctionnement du LANACOME pour l'acquisition des Minilab, lesquels permettront de faire les tests rapides de contrôle de la qualité des intrants antipaludiques à différents niveaux. Il sera également question d'appuyer le transport du personnel impliqué dans le prélèvement de lot, d'intégrer davantage le volet paludisme dans les missions d'inspection en apportant un appui à leur mise en œuvre.

Intervention 3.2.2.4 : Pharmacovigilance

Le système de pharmacovigilance sera redynamisé afin de renforcer la remontée des notifications des effets indésirables tant au niveau des formations sanitaires qu'au niveau communautaire. La tenue des réunions par les comités dédiés en vue de l'analyse des fiches/données permettra d'établir l'imputabilité et communiquer. Cette intervention sera reconduite en vue d'assurer un meilleur suivi des effets indésirables qui pourraient survenir à la suite de la mise en œuvre des nouvelles interventions telles que la CPP par la Sulfadoxine-Pyriméthamine, la vaccination, la prise en charge des maladies en communauté, y compris toute autre réaction anormale observée au cours de l'utilisation des antipaludiques en campagne ou en routine. Les capacités des acteurs seront renforcées et il sera mis en place un système pour inciter à la collecte et la remontée des données des effets indésirables liés aux médicaments, vaccin et TDR, de lutte contre le paludisme. Un chapitre y relatif sera mis à jour et intégré dans le guide de prise en charge du paludisme. Il sera aussi question de mettre à jour et de renseigner régulièrement les plateformes dédiées en ligne.

Objectif spécifique 3.3. D'ici 2028, Les intrants antipaludiques sont disponibles de façon permanente dans 70 % des structures sanitaires et dans les communautés

Stratégie 3.3.1.: Fonctionnement du SGIL, Gestion des intrants et Approvisionnement

Intervention 3.3.1.1.: Capacité de planification et d'achat

Dans le cadre du présent plan stratégique, il s'agira de contribuer à l'élaboration et la validation d'une procédure opérationnelle standard pour la quantification des médicaments avec un accent sur le rôle des différents intervenants depuis le niveau opérationnel jusqu'au niveau stratégique. Un appui sera apporté à la DPML pour la mise en place d'un comité national de quantification des intrants. Par la suite, des plans d'approvisionnement en produits antipaludiques seront élaborés et vulgarisés à tous les niveaux. Aussi, un plaidoyer sera mené en direction des partenaires pour la mobilisation des ressources supplémentaires en vue de l'acquisition des intrants en quantité suffisante. Des réunions de coordination GAS se tiendront régulièrement à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour assurer la disponibilité effective des médicaments jusqu'au dernier kilomètre. Le contrôle technique, la coordination du PNLP et des structures de stockage et distribution seront renforcés. Les réunions trimestrielles de Gestion des Approvisionnements et des Stocks avec toutes les parties prenantes du système d'approvisionnement seront tenues à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Intervention 3.3.1.2.: Systèmes d'information de la chaîne d'approvisionnement

Dans le cadre du renforcement du système de gestion d'information logistique intégré des intrants dans le présent PSNLP, il s'agira de travailler avec les directions techniques du Ministère de la Santé Publique et les partenaires techniques pour l'élaboration/mise à jour des textes réglementaires afin de mettre en place le SGIL au Cameroun. D'autres interventions de soutien seront réalisées pour renforcer le fonctionnement de ce SGIL. Un système pour assurer une rétro-information sera mis en place pour soutenir la prise de décisions sur la base des données de qualité. L'élaboration d'un guide d'analyse et d'utilisation des données permettra d'aider le personnel impliqué à tous les niveaux de la chaîne à devenir plus réactifs et proactifs dans la prise de décision. Une matrice des indicateurs GAS sera élaborée pour faciliter permettre le suivi des performances GAS. Ces indicateurs de performance GAS couvriront les différentes composantes du système de gestion des achats et des stocks.

Le renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux, la conduite des visites de supervision formative sont autant d'interventions qui seront conduites pour assurer la qualité des données rapportées. Des modules de formations seront élaborés/mis à jour ainsi que l'élaboration des tableaux de bord pour faciliter la visualisation et l'exploitation des données. Les évaluations notamment l'End User Verification (EUV) et Data Quality Assessment (DQA) fourniront les données pour le suivi des performances GAS.

Intervention 3.3.1.3.: Capacité d'entreposage et de distribution, conception et opérations

Les capacités d'entreposage et de distribution, conception et opération seront renforcées à tous les niveaux à travers l'appui pour la construction ou la location des entrepôts supplémentaires. Par ailleurs, le Programme apportera un appui à la CENAME et aux FRPS pour le paiement des frais d'entreposage et de distribution des intrants de lutte contre le paludisme. Les conventions entre la CENAME/FRPS et les programmes de santé prioritaires seront mises à jour. Pour assurer la disponibilité effective des médicaments jusqu'au dernier kilomètre, le contrôle technique, la coordination du PNLP et des structures de stockage et distribution seront renforcés. Une étude des coûts logistiques (stockage et distribution) au niveau central et régional sera mise en œuvre sur la base des outils disponibles pour renforcer la livraison des intrants au dernier kilomètre (assistance technique).

5.1.4 Coordination de la réponse nationale

La coordination de la réponse nationale prend en compte des interventions déclinées dans deux grands axes stratégiques : la gestion du programme, et la gouvernance et leadership. Elle tient compte des nouvelles orientations ministérielles sur le renforcement de la participation communautaire et locale, le renforcement des capacités des acteurs, l'engagement du personnel du programme à tous les niveaux, et la digitalisation des opérations du programme.

Objectif stratégique 4 : D'ici 2028, la coordination de la réponse nationale est renforcée.

Objectif 4.1: *D'ici 2028, Au moins 95% des activités planifiées sont mises en œuvre selon les Procédures administratives, financières et comptables en vigueur au PNLP*

Axes stratégiques

Stratégie 4.1.1 : Gestion du programme

Elle consiste à renforcer la gestion des ressources allouées au programme pour la mise en œuvre optimale du PSN, mettant à contribution les partenaires, les structures locales et les systèmes communautaires. Ceci passera par une bonne planification, un renforcement de la coordination des acteurs et du suivi de la mise en œuvre des activités planifiées conformément aux procédures standards de gestion financière à tous les niveaux. La stratégie portera également sur l'engagement et la motivation du personnel du PNLP pour la réalisation optimale des activités de lutte contre le paludisme. Un effort renforcé sera mis sur la digitalisation des opérations du programme, et la mobilisation des ressources dont celles émanant des Fonds de Contreparties de l'État.

Intervention 4.1.1.1 : Planification opérationnelle

Le PNLP a pour objectif de renforcer la planification opérationnelle à tous les niveaux en y associant les CTDs, les communes et autres partenaires locaux. Cette intervention vise d'autre part à appuyer les régions et les districts de santé dans l'élaboration de leurs PTAs. Les aspects genre feront l'objet d'une attention particulière. Les activités retenues pour le déploiement de cette intervention sont :

- Renforcer les capacités des acteurs de la lutte contre le paludisme dans la planification opérationnelle et la prise en compte de l'aspect genre ;
- Élaborer les Plans de Travail Annuel (PTA) du PNLP à tous les niveaux ;
- Organiser la réunion de planification au niveau central pour valider le PTA de lutte contre le paludisme ;
- Élaborer des micros-plans par intervention, par axe stratégique et par section programmatique de mise en œuvre des activités ;
- Élaborer un Plan d'Actions Prioritaires (PAP) de lutte contre le paludisme (conformément au cadre logique du Ministère de la Santé Publique) ;
- Élaborer les Cadres de Dépenses à Moyen Terme de lutte contre le paludisme ;
- Participer aux réunions de revue en dehors du Cameroun, au niveau sous régional et global ;
- Effectuer des missions d'appui aux réunions de planification annuelle des activités de lutte contre le paludisme au niveau régional et sous régional ;

Intervention 4.1.1.2 : Gestion des ressources humaines

Cette intervention vise à assurer la disponibilité et l'engagement d'un personnel qualifié et motivé au PNLP pour la réalisation optimale du PSNLP. Ceci passera par une révision de l'organigramme du PNLP pour y ajouter des postes clés nécessaires à l'atteinte des objectifs du PSNLP. Il s'agit notamment d'un économiste de la santé, un psychologue, un Community manager, et des assistants aux postes clés. Pour garantir les conditions saines de travail et le respect de la dignité du personnel, il sera opportun de revoir le statut du personnel ainsi que le règlement intérieur et le code de conduite du personnel. La motivation du personnel reste un défi essentiel à relever par le programme : elle passera par un paiement régulier des primes en vigueur et l'octroi des primes spéciales au personnel en poste dans les environnements complexes. Le programme prévoit offrir au personnel des opportunités pour le développement de leurs carrières professionnelles et aptitudes techniques à travers des appuis pour la participation à des

formations thématiques. Il sera mis en place des directives liées à l'évaluation du personnel pour apprécier les efforts consentis au travail. Les activités retenues pour le déploiement de cette intervention sont :

- Réviser les textes de création du PNLP ;
- Mettre à jour le statut du personnel du PNLP selon les documents normatifs en vigueur ;
- Aligner la rémunération du personnel des programmes sur la réglementation en vigueur ;
- Payer une prime de risque au personnel en poste dans les zones en crise humanitaire ;
- Payer les primes dans les délais réglementaires ;
- Améliorer la couverture sociale (Assurance maladie) du personnel du PNLP à tous les niveaux ;
- Organiser une cérémonie annuelle de reconnaissance du personnel du programme le plus performant et fidèle, y compris ceux prévoyant un prochain départ à la retraite ;
- Organiser une cérémonie annuelle de reconnaissance des ASCp les plus performants par Région, y compris ceux décédés dans l'exercice de leurs fonctions ;
- Organiser un atelier national d'élaboration des directives sur l'évaluation du personnel du PNLP ;
- Tenir un registre électronique (master list) de tout le personnel du PNLP à tous les niveaux, y compris les ASCp ;
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de développement des connaissances et des compétences du personnel clés du PNLP à tous les niveaux ;
- Elaborer un plan de développement des carrières ;
- Subventionner annuellement la participation des acteurs du programme aux conférences internationales sur la lutte contre le paludisme ;
- Effectuer des stages d'imprégnation et d'échange d'expériences au niveau national et international;
- Maintenir ou recruter des nouveaux personnels qualifiés conformément aux besoins identifiés dans le nouvel organigramme ;
- Former tous les personnels aux nouvelles directives ;
- Renforcer les capacités des responsables du programme aux niveaux central et régional sur la prise en compte du genre et des droits humains dans la lutte contre le paludisme ;
- Harmoniser les primes du personnel à tous les niveaux.

Intervention 4.1.1.3 : Gestion des ressources matérielles

Le PNLP va solliciter auprès du MINSANTE une amélioration des infrastructures du programme à tous les niveaux, afin d'offrir au personnel un meilleur cadre de travail propice à la réalisation optimale de leurs activités. Une évaluation des infrastructures du programme en rapport au personnel sera conduite à tous les niveaux afin de recueillir les besoins en aménagement des infrastructures. Les équipements informatiques seront également fournis en nombre et en qualité suffisante pour permettre la réalisation des activités définies. Les activités retenues pour le déploiement de cette intervention sont :

- Doter le PNLP de structures et d'infrastructures adéquates nécessaires à la mise en œuvre optimale des activités du PSN ;
- Maintenir les infrastructures du PNLP à tous les niveaux ;
- Acquérir des ordinateurs portables et autres matériels informatiques au personnel du programme ;
- Acquérir des véhicules.

Intervention 4.1.1.4 : Gestion des ressources financières

La proportion du budget du MINSANTE allouée à la lutte contre le paludisme était de 2% pour les années 2019 et 2020 et de 1% en 2021. Ceci a eu pour conséquences la non réalisation de certaines activités. Néanmoins, 86% du budget mobilisé a été exécuté conformément aux procédures de gestion. Pour améliorer davantage le taux d'exécution du budget du PNLP, le Programme souhaite renforcer le processus de maturation des projets, densifier les contrôles internes, poursuivre la supervision financière des activités, et former les acteurs de la chaîne des dépenses à tous les niveaux aux procédures d'exécution des budgets, quelle que soit la source de financement. Pour maximiser la consommation des fonds alloués à la lutte contre le paludisme au Cameroun, le Programme vise à revoir les mécanismes de passation des marchés pour réduire les lourdeurs administratives et saisir les opportunités disponibles pour expédier l'exécution des marchés. Les activités retenues pour le déploiement de cette intervention sont :

- Mettre en œuvre des procédures standards de gestion financière à tous les niveaux ;
- Former les acteurs de la mise en œuvre aux procédures de gestion financière ;
- Réaliser l'audit annuel des comptes des acteurs dans le temps imparti ;
- Réaliser les réunions de validation des données financières ;
- Réaliser les paiements des acteurs et des activités de lutte contre le paludisme ;
- Rédiger les rapports financiers ;
- Réaliser la supervision financière régulière des activités de lutte contre le paludisme.

Intervention 4.1.1.5 : La digitalisation des opérations du programme

Pour renforcer le suivi de la mise en œuvre des activités du programme et assurer la traçabilité des interventions, ainsi que la promptitude dans la transmission des rapports financiers et autres documents comptables, le PNLP a pour ambition de digitaliser les opérations de gestion et de mise en œuvre des activités du programme à tous les niveaux. Les activités retenues pour le déploiement de cette intervention sont :

- Recruter un cabinet de conseil spécialiste de la transformation digitale des organisations ;
- Acquérir et maintenir les équipements informatiques (fibre Internet, ordinateurs, serveurs...) ;
- Acquérir des licences pour les outils digitaux payants (Pack Office, Teams...) ;
- Recruter ou former le personnel compétent pour la réalisation de la digitalisation du programme.

Stratégie 4.2.1 : Gouvernance et leadership

La gouvernance a pour but d'assurer la redevabilité des acteurs de la lutte contre le paludisme à tous les niveaux. Elle contribue à l'atteinte des objectifs du Programme à travers l'implémentation des 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, et enfin de documentation et d'archivage des activités menées.

Condition sine qua non de la bonne gouvernance, le leadership est l'une des caractéristiques essentielles d'une gestion réussie des programmes de santé. Au niveau central, le leadership assure la mémoire institutionnelle et la continuité des activités du programme, ainsi que les liens directs avec les autres ministères (eau/énergie, finances, développement, agriculture, etc.). Au niveau opérationnel, le leadership doit être capable de résoudre des problèmes pratiques d'approvisionnement, de financement et de personnel. Il doit également être capable de s'adapter aux évènements imprévus de servir de médiateur entre des priorités concurrentes parmi les différents secteurs ; et de maintenir l'accent sur les tâches clés de la surveillance et la réponse. Un leadership efficace habilite également le personnel du niveau inférieur à travailler en autonomie sans attendre des directives du niveau central lorsque cela est impertinent, encourageant ainsi l'appropriation locale des activités et minimisant les délais de réponse.

Intervention 4.2.1.1 : Coordination et coopération

L'efficacité de la gestion du Programme dépend de la mise en œuvre des activités de manière coordonnée par l'ensemble des acteurs institutionnels et communautaires, y compris ceux créés dans le cadre de la décentralisation - dont notamment les CTDs. Les réunions de coordination doivent faire l'objet d'une participation active d'un large éventail d'acteurs pour assurer la prise en compte d'une pluralité de points de vue. Ainsi, les DS et les FRPS devront participer aux réunions de coordination au niveau régional, et les GTRLP aux réunions de coordination hebdomadaires. Pour cela, des activités de coordination tant au niveau central que périphérique doivent être mises en œuvre. Les activités résultant de cette intervention se déclinent comme suit :

- Appuyer le fonctionnement des différentes plateformes de coordination à tous les niveaux, y compris les plateformes communautaires telles que les structures de dialogue ;
- Organiser les réunions trimestrielles de coordination des partenaires financiers et de MEO des projets (FM, PMI, CHAI...) ;
- Tenir des réunions de coordination à différentes fréquences (hebdomadaire, mensuelle, semestrielle et annuelle selon les niveaux).

Intervention 4.2.1.2.: Intégration du genre, de l'éthique, et de l'équité

Pour assurer la prise en compte du genre et des besoins des personnes socialement vulnérables, le PNLP réalisera l'enquête Malaria Matchbox afin de mettre à jour la cartographie des populations vulnérables au Cameroun et d'identifier leurs besoins. Il s'agira aussi d'assurer un environnement de travail plus sain et digne dans le respect du genre et des principes de prévention de l'exploitation, des abus, et du harcèlement sexuel (PEAHS) dans le programme à tous les niveaux. Ainsi, le PNLP mènera définit les activités suivantes :

- Réaliser l'enquête Malaria Matchbox afin de mieux identifier les besoins des publics, populations cibles vulnérables et développer les axes d'intervention en réponse à ces besoins ;
- Organiser un atelier de restitution et de validation des résultats de l'enquête Malaria Matchbox ;
- Développer un plan d'action national pour prendre en compte les conclusions et recommandations de l'enquête Malaria Matchbox ;
- Actualiser, produire et disséminer le règlement intérieur/code de conduite au sein du PNLP afin d'y intégrer les attentes du personnel sur le respect de l'équité des genres et la prévention des risques PEAHS au travail ;
- Former les acteurs du PNLP à tous les niveaux aux bonnes pratiques en matière de respect de l'éthique dans les procédures au sein du PNLP ;
- Mettre à contribution les inspections générales pour veiller au respect de l'éthique dans les procédures au sein du PNLP (fraude, conflits d'intérêt, transparence...) ;
- Développer des moyens de dénonciation anonyme afin de mieux relever les cas de manquements aux exigences éthiques du PNLP ;
- Mettre en place une politique de protection des dénonciateurs afin de les protéger d'éventuelles représailles ;
- Former tous les acteurs à l'utilisation des documents des procédures révisées ;
- Sensibiliser les acteurs de la chaîne de dépenses à l'éthique dans la gestion des ressources publiques.

Intervention 4.2.1.3 : Contrôle et audit

Dans l'environnement économique du pays, il est important pour améliorer la crédibilité du PNLP, d'engager un ensemble d'actions visant l'amélioration de la gouvernance du Programme. 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. 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 ; et la sanction des responsables indécents. Les opérations d'audit permettront d'assurer la fluidité et le respect des normes dans la mise en œuvre des actions. Un audit organisationnel permettra de mesurer la prise en compte de la parité au sein du PNLP. Le plan d'exécution des activités intègre les activités et mécanismes d'audit selon les contours suivants :

- Améliorer le contrôle interne et externe du programme ;
- Impliquer davantage les structures nationales de contrôle de la gestion des finances publiques ;
- Effectuer trimestriellement des missions d'audit interne ;
- Effectuer annuellement des missions d'audit externe ;
- Effectuer un audit organisationnel du PNLP.

Intervention 4.2.1.4. : Archivage et documentation

L'archivage, la documentation et la sécurisation de toute la documentation du programme renforcent son système de gouvernance. Ce plan d'archivage sera développé et intégrera la digitalisation des processus d'archivage et de documentation. Les activités retenues pour le déploiement de cette intervention sont :

- Former aux techniques de base de l'archivage numérique à tous les niveaux ;
- Procéder à un archivage physique et numérique des documents du PNLP à tous les niveaux ;
- Mettre à jour, produire et disséminer le guide de PEC du paludisme et autres documents normatifs pour la lutte contre le paludisme ;
- Diffuser tous les documents des procédures révisées à tous les niveaux et ;
- Développer et mettre en œuvre un agenda de recherche opérationnelle pour le programme.

5.2. Modalités de mise en œuvre

5.2.1 Mécanismes de planification et de mise en œuvre

5.2.1.1 Organigramme et structures de mise en œuvre

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

- Le niveau central, structure de pilotage des stratégies (élaboration et dissémination des directives), est composé du Comité National « Roll Back Malaria », dont l'organe technique est le Groupe Technique Central ;
- Le niveau intermédiaire dans lequel figure le Groupe Technique Régional de Lutte contre le Paludisme (GTRLP). Le GTRLP 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. A ce niveau interviennent également les structures de dialogue et de participation communautaire ;
- Le niveau périphérique, où les activités de lutte contre le paludisme sont intégrées dans le fonctionnement normal du DS. L'équipe cadre assure la responsabilité d'offrir les services de soins de base selon les dispositions du document de stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS). Les structures de participation communautaire, à l'instar des communes et les structures de dialogues, jouent un rôle important dans la mise en œuvre des activités de santé du pays.
- Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF): 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 constat des résultats obtenus.
- Les Ministères apparentés et le secteur privé, qui jouent également un rôle essentiel dans la mobilisation des ressources.

Quid de l'actualisation de la structuration organique et fonctionnelle de cette instance pour qu'elle reflète mieux l'intersectorialité

Création d'une section chargée de la réponse des secteurs apparentés...

5.2.1.2 Coordination de la planification

La planification annuelle des activités de lutte contre le paludisme se fera à différents niveaux de la pyramide sanitaire :

- Au niveau central, des réunions annuelles de planification des activités seront organisées par le Groupe Technique Central du PNLP, au cours desquelles la revue et l'évaluation des Plans de Travail Annuels (PTA) de la précédente année, et l'élaboration du PTA de l'année suivante, seront effectuées. Les leçons apprises de la mise en œuvre du PTA précédent seront utilisées pour guider l'élaboration du prochain PTA. Ces réunions seront organisées avec la participation des parties prenantes nationales (Directions Techniques du MINSANTE, GTRLP, PTF de mise en œuvre) et internationales (OMS, PMI, UNICEF, ...) et facilitées par les Responsables des Sections Programmatiques et financières du Groupe Technique Central du PNLP. Elle est basée sur les prévisions de financement de l'Etat du Cameroun et de ses Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Ces réunions aboutiront à l'adoption d'un macro Plan de Travail Annuel pour chaque

acteur de mise en œuvre, et d'un macro-Plan de Travail Annuel consolidé par le PNLP. Le Comité National Roll Back Malaria (CNRBM) adoptera les Plans de Travail Annuels préparés par le Groupe Technique Central du PNLP et, mobilisera les ressources nécessaires à leur mise en œuvre.

- Au niveau intermédiaire, des réunions de planification annuelle seront organisées par le GTRLP Technique Régional de Lutte contre le Paludisme sous la supervision du DRSP Régional de la Santé Publique. Elles seront organisées avec la participation des parties prenantes régionales (Services techniques de la DRSP, FRPS, Partenaires de mise en œuvre) et facilitées par les Responsables des Unités Programmatiques et financières du GTRLP Technique Régional du PNLP. Elles aboutiront à l'adoption d'un macro-Plan de Travail Annuel pour chaque DS.
- Au niveau opérationnel, la planification de la lutte contre le paludisme est intégrée à celle de l'ensemble des activités de santé définies dans les paquets minimum et complémentaire d'activités des structures sanitaires des différentes catégories. Elle est organisée par l'ECD avec la participation des responsables des Aires de santé et des Organisations de la Société Civile de District (OSCD). Elle est basée sur le macro-plan d'activités financées fourni par le niveau régional (GTRLP). Elle aboutira à l'adoption d'un micro-plan annuel des activités pour chaque Aire de santé.

5.2.2. Renforcement des capacités

Sur la base 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'assurance qualité des soins antipaludiques, l'entomologie, la gestion des approvisionnements et des stocks, l'utilisation rationnelle des médicaments, ainsi que la surveillance, le suivi et l'évaluation de la lutte contre le paludisme. Un accent particulier sera également mis sur le renforcement des capacités techniques et professionnelles du personnel du Programme à la suite des évaluations périodiques de leurs performances, et suivant le plan annuel arrêté. Des visites d'échanges sur le plan national et international permettront aussi d'accroître les capacités du personnel. Le Programme envisage la formation des étudiants médecins et personnels paramédicaux en fin de formation, les personnels des officines privées, et éventuellement les personnels des infirmeries des écoles maternelles et primaires sur la prise en charge et la surveillance du paludisme. A cet effet, les curricula de formation et les outils de collecte des données seront revus/élaborés pour prendre en compte ces groupes d'acteurs.

La rétention du personnel au poste devient un impératif pour le programme. A ce titre, le programme va mettre en place un comité d'évaluation du personnel qui se chargera d'identifier et de valoriser le personnel qui se démarque par son engagement au service du programme. Ce comité fera des propositions pour la reconnaissance du personnel du PNLP au cours d'une cérémonie officielle. Le développement professionnel et des compétences passera par la participation du personnel du PNLP à des formations nationales et internationales sur des thématiques sélectionnées chaque année.

Qui du renforcement des capacités des sectoriels et des OBC à l'élaboration de budgets sensibles au palu et l'organisation et la mise en route des activités de prévention combinée et différenciée du paludisme ?

5.2.3. Partenariat et modalités de coordination

La coordination des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme se fait à travers les réunions du CNRBM au niveau central. Aux niveaux central et régional, cette rencontre est présidée par le Ministre

de la Santé Publique et le Délégué Régional de la Santé Publique. Sous le leadership de l'UCS, un deuxième mécanisme de coordination au niveau central est constitué par les réunions périodiques de coordination des partenaires de la lutte contre le paludisme, sous le leadership de l'UCS, des réunions périodiques des groupes thématiques ; ou des réunions du personnel sous le leadership du PNLP. Il s'agit des réunions des Groupes Thématiques : (i) Prise en Charge des cas ; (ii) Lutte anti vectorielle ; (iii) Communication pour le Changement Social et Comportemental ; (iv) Surveillance, Suivi et Evaluation ; (v) des Tasks force communautaire ; vi) et des réunions de coordination hebdomadaire du GTC et des GTRLP, activités au GTC du PNLP et ses Sections Programmatiques et dans les GTRLP.

Pour la mise en œuvre des campagnes, des instances de coordination à tous les niveaux seront mises sur pied le temps de la campagne pour le suivi des différents aspects (logistique, sécurité, finance, suivi évaluation...).

Au niveau régional, la coordination des activités sera conduite par le GTRLP, les PTF et les Sous-Récipliendaires (SR). Le suivi de la mise en œuvre reposera sur un pool d'experts régionaux formés sur l'assurance qualité du diagnostic et le traitement des cas de paludisme dont le rôle sera de : (i) Assurer une coordination, une orientation stratégique et un appui programmatique aux ECD sur l'assurance qualité du diagnostic et traitement du paludisme, (ii) Assurer l'accompagnement des DS dans la mise en œuvre du programme d'assurance qualité, (iii) Assurer le suivi du travail des mentors/superviseurs, et (iv) Conduire des audits de la qualité des données des cas de paludisme grave et les décès rapportés par les FOSA attribués au paludisme selon le manuel d'assurance et de contrôle qualité de la prise en charge du paludisme au Cameroun.

Au niveau de chaque district, la coordination des activités sera faite par le CDS et le suivi des activités par le point focal paludisme du district qui s'appuiera sur un pool de mentors qui auront pour responsabilités : (i) Assurer la formation sur sites des prestataires de soins, et (ii) Organiser des visites de supervision régulières avec les outils appropriés dans les FOSA pour s'assurer du respect des directives nationales et renforcer les compétences des prestataires de soins sur l'assurance qualité de la prise en charge des cas.

Au niveau communautaire, la prise en charge sera intégrée et s'appuiera sur le Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC), le Plan Opérationnel du PSNSC, le Plan de contingence dans les zones de crise et d'insécurité et la Stratégie Intégrée de mise en œuvre des Interventions Sous Directives Communautaires. Il s'agira de l'extension de la stratégie des ISDC dans tous les districts non encore couverts sur la base des résultats du rapport de modélisation et stratification des interventions. La coordination et le suivi de la mise en œuvre des activités seront faits par le point focal ISDC du district, les chefs des aires de santé et les représentants des OSCD. Ils seront impliqués dans la planification et la mise en œuvre des activités de prise en charge et auront pour rôles: (i) assurer le renforcement des capacités des ASCp, (ii) suivre l'approvisionnement et la disponibilité régulière du matériel, des intrants et médicaments chez les ASCp et (iii) suivre la remontée des données de qualité des ASCp dans le système d'information sanitaire.

Dans le cadre de la collecte et l'utilisation des données de prise en charge pour la prise de décisions, les données seront collectées à travers un outil électronique par les ASCp. Par ailleurs, pour améliorer la qualité de services de santé offerts aussi bien dans les FOSA qu'en communauté, un système de feedback effectif sera mis en place pour apporter des solutions aux attentes exprimées par les communautés c'est-à-dire le Community Lead Monitoring (CLM).

Les directives nationales sur la prise en charge des cas s'appliquent à l'ensemble du territoire national, y compris dans les zones d'insécurité. Toutefois, pour améliorer l'accessibilité aux soins, le programme procèdera à la revue des modules de formation des ASCp pour prendre en compte les activités sur la mise en œuvre des ISDC, la gestion des intrants et médicaments et les attitudes à avoir en contexte d'insécurité. Le renforcement des capacités des acteurs (OSDC et les ASCp) sera conduit sur la base de ces modules. Un système de supervision et e-monitoring avec des appels hebdomadaires sera mis en place pour les districts inaccessibles. La mise à l'échelle des cliniques mobiles pour la prise en charge des cas dans la communauté et la réponse aux épidémies contribuera à améliorer davantage l'accès aux soins dans ces zones.

Des réunions trimestrielles de coordination au niveau régional avec les partenaires seront aussi tenues. Une cartographie des acteurs /partenaires sera élaboré pour une meilleure coordination des interventions de prise en charge. Les réunions de Taskforce regroupant tous les partenaires de mise en œuvre seront organisées pour discuter de la mise œuvre des interventions et des opportunités de mutualisation.

Le PNLP bénéficiera de l'Appui des partenaires qui mettront à la disposition des ressources humaines, financières et matérielles conformément à leur mandat. La coordination des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme se fera à travers des réunions mensuelles et ou trimestrielles ; les réunions des GTT et des groupes thématiques pourraient également être exploités.

Toutes les acquisitions seront identifiées et les spécifications techniques élaborées. Ces spécifications techniques seront envoyées aux unités d'achats pour passation de marchés suivant les procédures en vigueur. La conformité des acquisitions sera vérifiée à la réception.

5.2.4. Système de Gestion des achats et approvisionnements

Le système de gestion des achats et des approvisionnements sera renforcé à tous les niveaux de la pyramide pour assurer la disponibilité continue des intrants sur site. Ce renforcement consistera à l'élaboration/mise à jour des procédures standards opérationnelles, des outils de gestion pour la prise en compte des données essentielles à la collecte pour la prise de décisions.

Des ateliers annuels de revue de la quantification et de l'élaboration du plan d'approvisionnement des médicaments et intrants seront organisés avec la participation des différentes parties prenantes, et sous le leadership de la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires au Ministère de la Santé Publique. La mise à jour des documents normatifs, l'amélioration des procédures administratives pour l'acquisition des intrants et médicaments, une procédure standard opérationnelle sera élaborée pour l'approvisionnement en médicament et intrants des acteurs du niveau communautaire.

Il est prévu d'appuyer le LANACOME par l'achat du matériel de laboratoire (Minilab) 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 qualiticiens. Il s'agira de renforcer la coordination des approvisionnements à tous les niveaux et d'assurer un renforcement de capacité des structures et des acteurs impliqués. L'élaboration des procédures standards pour la quantification des besoins, la mobilisation des ressources y compris les ressources locales pour l'acquisition des intrants et des réactifs antipaludiques et la gestion des approvisionnements permettra d'optimiser les bonnes pratiques de gestion et de stockage et de mettre en place les approches durables de détermination des besoins en produits antipaludiques et de planification des approvisionnements.

Un accent sera mis sur le suivi des aspects fondamentaux des systèmes de gestion des achats et des stocks et sur l'application des mesures correctives pour améliorer l'efficacité du système.

La gestion du stockage, de l'inventaire ainsi que le transport et la distribution des intrants sera assurée par la CENAME et les FRPS grâce à la mise à jour des conventions entre la CENAME/FRPS et les programmes de santé prioritaires. Une étude des coûts logistiques (stockage et distribution) des intrants des programmes prioritaires sera mise en œuvre avec l'appui d'une assistance technique au niveau central et régional sur base de l'outil OCCL (ACAME) pour renforcer la livraison des intrants au dernier kilomètre (assistance technique). Il s'agira enfin de mettre en place une stratégie de passation et de validation des commandes du secteur public en ligne pour optimiser la disponibilité continue et les distributions des intrants sur site.

5.2.5 Gestion des ressources financières

Le PNLP sollicitera auprès de l'Etat 20% du coût opérationnel du PSN ainsi que l'écart de financement restant après la contribution des partenaires. Ceci a pour objectif de permettre le financement complet du PSN et la pleine réalisation des activités. Il compte aussi améliorer la visibilité et l'estimation de la contribution de l'Etat. Le PNLP compte aussi renforcer les capacités de gestion financière des acteurs à tous les niveaux et assurer leur redevabilité envers le programme ainsi que leur conformité aux procédures de gestion financière. Cela passera par la réalisation des activités, comme recommandé par la revue à mi-parcours.

Revoir l'estimation de la contribution de l'Etat comme FCP : (i) Réaliser périodiquement des études permettant de capter clairement les coûts indirects supportés par l'Etat dans le cadre de la lutte contre le paludisme (infrastructures, équipements, ressources humaines, etc.) en vue d'un meilleur plaidoyer ; (ii) Développer les mécanismes permettant de capter les contributions financières des autres secteurs et les partenaires dans la lutte contre le paludisme.

Tirer profit des ressources disponibles et opportunités offertes : (i) Structurer des synergies d'intervention du PNLP avec les projets qui visent l'amélioration de l'accès des populations aux soins de qualité tels que le chèque santé, le PBF, etc. ;(ii) Renforcer le plaidoyer de haut niveau en faveur de la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le paludisme ; (iii) Renforcer les capacités de plaidoyer du GICAM en matière de mobilisation des ressources ; (iv) Rendre effectif le cadre de coordination multisectoriel de lutte contre le paludisme.

Optimiser l'utilisation des ressources disponibles : Actualiser la stratification sous nationale des interventions de lutte contre le paludisme et intégrer des plans de contingences dans la planification stratégique des activités de lutte contre le paludisme.

Assurer la redevabilité des acteurs à tous les niveaux : Par le renforcement des capacités et les supervisions financières ainsi que les audits réguliers.

Les fiches techniques des différentes activités seront produites et soumises à la validation. Les exécutions financières et les justifications seront faites suivant le manuel de procédures en vigueur. Les paiements des acteurs à tous les niveaux se feront par transfert mobile.

Le mécanisme de la CSU sera mis à profit pour la prise en charge gratuite des cas de paludisme et leurs complications chez les enfants de moins de 5 ans dans les régions ciblées.

5.2.5 Risques, contraintes et mesures d'atténuation

Le tableau ci-dessous récapitule les principaux risques dont la survenue pourrait compromettre la mise en œuvre efficiente du présent PSN, ainsi que les mesures d'atténuation identifiées et devant y faire face. Il s'agit de :

N°	RISQUES	NIVEAU	CONSÉQUENCE(S) PROBABLES	MESURES D'ATTÉNUATION
Sur le Plan sanitaire				
1	Survenue d'urgences Sanitaires telles que la Résurgence de l"épidémie de COVID-19 ou de Choléra	Moyen	Perte de priorité accordée à la lutte contre le paludisme par le Gouvernement et ses partenaires	Elaboration et mise en œuvre d'un plan de contingence pour la lutte contre le paludisme en fonction du contexte
Sur le Plan sécuritaire				
2	Résurgence des troubles socio-politique et sécuritaire (Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua, de l'Est, du Sud-Ouest et du Nord-Ouest, autres régions)	Moyen	Non/ perturbation de la mise en œuvre de certaines activités (Distribution MILDA, CPS, Surveillance, ...) dans les Régions en crise	Adaptation et mise en œuvre d'un plan de contingence pour la lutte contre le paludisme en fonction du contexte
Sur le Plan financier et Gestionnaire				
3	Allocation annuelle insuffisante des ressources financières locales au profit de la lutte contre le Paludisme	Elevé	Absence de programmation de certaines activités à haut impact, non atteinte des résultats escomptés	Renforcer la stratification du fardeau du paludisme et le ciblage des interventions ; Prioriser les interventions à haut impact ; Rechercher les financements extérieurs additionnels ; Renforcer le plaidoyer et la multisectorialité
4	Retard dans les procédures d'acquisition des intrants	Elevé	Retard dans la mise en œuvre des interventions ; non atteinte des objectifs fixés	Renforcer le suivi stratégique de la mise en œuvre du PSNLP dans la haute administration ; Alléger les procédures
5	Approvisionnement insuffisant en intrants (MILDA, ACT, TDR, ...)	Elevé	Rupture de stock ; Faible accès aux soins de qualité ; Augmentation de la morbidité/ mortalité	Améliorer les procédures de quantification des intrants ; Appuyer les acteurs communautaires et partenaires pour la mise à disposition des intrants au dernier kilomètre
Sur le Plan humain/comportemental				
6	Non-Respect des Directives nationales de diagnostic et de traitement des cas	Moyen	Surestimation de la morbidité ; Surconsommation des intrants ; Rupture de stocks d'intrants ; Survenue précoce de la résistance aux antipaludiques ;	Renforcer le système d'assurance qualité du diagnostic et de prise en charge ; Réaliser des études d'efficacité thérapeutique ; Renforcer le Système de Gestion d'Information Logistique intégré des intrants ; Renforcer les missions de contrôle et d'inspection

			La péremption des médicaments subventionnés	
7	Turn over élevé du personnel dans les FOSA	Moyenne	Disponibilité insuffisante du personnel formé aux directives nationales de lutte contre le paludisme	<p>Renforcer la supervision formative sur site ;</p> <p>Mettre en place le E-learning sur la paludologie avec certification ;</p> <p>Mettre en œuvre régulièrement des missions de supervision avec formation sur site (mentorat) ;</p> <p>Elaborer des aides visuelles et affiches sur les différents protocoles et exiger leur affichage dans les FOSA et point d'administration des soins</p>
8	Démotivation / démobilisation massive du Personnel dédié à la lutte contre le paludisme	Faible	<p>Faible suivi des interventions à différents niveau ;</p> <p>Non-respect des directives ;</p> <p>Abandon de poste ;</p> <p>Fuite vers les activités des programmes qui payent le plus</p>	<p>Identifier et mettre en œuvre les meilleures mesures incitatives afin de fidéliser davantage le personnel dédié à la lutte contre le paludisme ;</p> <p>Opérationnaliser la mise en œuvre des mécanismes compensatoires ;</p> <p>Renforcer la sensibilisation du personnel</p>

5.3 Budget du PSNLP 2024-2028

Le budget global du PSNLP 2024-2028 s'élève à « trois cent quatre-vingt milliards trois cent quatre-vingt-seize millions sept cent vingt-neuf mille trois cent cinquante-huit (380 396 729 358) FCFA ». Dans ce budget, les interventions de base représentent 94% de montant total : il s'agit des interventions des axes stratégiques Prévention (43%), Diagnostic et traitement des cas (43%) et Surveillance, suivi évaluation (8%). Les détails du budget par objectif stratégique, stratégie, et catégorie de coût sont présentés dans les tableaux 22, 23 et 24 ci-dessous.

Tableau 22 : Résumé du budget du PSNLP 2024-2028 par objectifs stratégiques

Objectifs stratégiques	Budget année 1	Budget année 2	Budget année 3	Budget année 4	Budget année 5	Somme de Total	% objectif par au budget global
OBJ-SPEC 1.1 : D'ici 2028, Augmenter le financement domestique pour la lutte contre le paludisme de 20% par rapport à sa valeur de 2022	602,685,000	1,041,987,690	663,455,022	604,268,858	622,019,007	3,534,415,577	1%
OBJ-SPEC 1.2 : D'ici 2028, au moins 80% des populations y compris les personnes socialement vulnérables utilisent des services et des produits de lutte contre le paludisme.	725,000,000	559,604,250	355,898,845	725,633,839	443,252,460	2,809,389,394	1%
OBJ-SPEC 2.1 : D'ici 2028, fournir 100% des informations de qualité nécessaires à la prise de décision.	5,813,806,000	5,695,307,802	6,783,804,328	5,819,908,419	6,081,449,430	30,194,275,978	8%
OBJ-SPEC 3.1 : D'ici 2028, au moins 80% de la population est protégée par au moins une intervention de prévention contre le paludisme	11,411,146,438	48,935,190,139	35,443,086,190	14,131,470,526	54,185,126,793	164,106,020,086	43%
OBJ-SPEC 3.2 : D'ici 2028, 80% des cas de paludisme sont pris en charge conformément aux directives nationales	28,375,548,412	33,893,425,556	29,953,854,168	34,976,147,819	38,266,667,810	165,465,643,766	43%
OBJ-SPEC 4.1 : D'ici 2028, au moins 95% des activités planifiées sont mises en œuvre selon les procédures administratives, financières et comptables en vigueur au PNLP	2,752,773,000	2,964,199,050	2,807,344,775	2,831,034,363	2,931,633,368	14,286,984,557	4%
Grand Total	49,680,958,850	93,089,714,487	76,007,443,328	59,088,463,825	102,530,148,869	380,396,729,358	100%

Tableau 23 : Résumé du budget du PSNLP 2024-2028 par Stratégie

Stratégies	Somme total Coût année 1	Somme total Coût année 2	Somme total Coût année 3	Somme total Coût année 4	Somme total Coût année 5	Somme de Total	% Total
Stratégie 1.1.1 : Communication institutionnelle	539,480,000	461,453,580	511,745,511	484,692,059	497,200,141	2,494,571,291	1%
Stratégie 1.1.2 : Renforcement des interventions multisectorielles	49,325,000	35,671,275	26,891,514	24,193,054	27,813,597	163,894,440	0%
Stratégie 1.1.3 : Engagement communautaire	13,880,000	544,862,835	124,817,997	95,383,745	97,005,269	875,949,845	0%
Stratégie 1.2.1 : Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC)	725,000,000	559,604,250	355,898,845	725,633,839	443,252,460	2,809,389,394	1%
Stratégie 2.1.1 : Surveillance du paludisme	4,288,526,000	4,248,086,292	4,147,370,638	4,341,155,327	4,467,158,950	21,492,297,207	6%
Stratégie 2.1.2 : Suivi et Evaluation	1,311,680,000	1,288,976,310	2,115,565,749	1,315,081,822	1,323,745,365	7,355,049,246	2%
Stratégie 2.1.3 : Recherche	213,600,000	158,245,200	520,867,940	163,671,270	290,545,115	1,346,929,525	0%
Stratégie 3.1.1 : Lutte anti vectorielle	4,515,994,609	40,618,493,674	27,898,929,565	6,376,291,396	46,066,627,246	125,476,336,490	33%
Stratégie 3.1.2 : Chimio prévention	6,895,151,829	8,316,696,465	7,544,156,625	7,755,179,130	8,118,499,547	38,629,683,595	10%
Stratégie 3.2.1 : Diagnostic biologique du paludisme	4,503,215,353	6,181,031,922	5,088,511,878	5,675,349,136	7,657,540,685	29,105,648,975	8%
Stratégie 3.2.2 : Prise en charge des cas de paludisme	23,217,103,059	26,191,913,546	23,946,655,771	28,119,773,729	29,599,033,555	131,074,479,661	34%
Stratégie 3.2.3 : Fonctionnement du SGIL, Gestion des intrants et Approvisionnement	655,230,000	1,520,480,088	918,686,518	1,181,024,954	1,010,093,570	5,285,515,130	1%
Stratégie 4.1.1 : Gestion du programme	2,363,173,000	2,533,423,275	2,367,151,377	2,383,357,677	2,476,346,179	12,123,451,508	3%
Stratégie 4.1.2 : Gouvernance et leadership	389,600,000	430,775,775	440,193,398	447,676,686	455,287,190	2,163,533,049	1%
Grand Total	49,680,958,850	93,089,714,487	76,007,443,328	59,088,463,825	102,530,148,869	380,396,729,358	100%

Tableau 24 : Résumé du budget du PSNLP 2024-2028 par catégorie de coût

Catégorie de coût	Budget année 1	Budget année 2	Budget année 3	Budget année 4	Budget année 5	Somme de Total	% Total
Matériels de communication	738,027,500	1,186,225,241	706,351,124	827,649,637	1,002,875,406	4,461,128,907	1%
Equipements et produits de santé	4,863,159,173	29,406,899,089	20,873,257,542	5,993,892,835	33,361,470,485	94,498,679,123	25%
Ressources humaines	7,230,900,000	7,353,825,300	5,993,187,611	6,095,071,800	6,198,688,020	32,871,672,731	9%
Infrastructures et équipements	1,062,232,000	1,569,721,194	1,329,818,465	1,078,728,307	1,307,166,322	6,347,666,287	2%
Coût du soutien à la subsistance	8,761,835,000	10,456,080,405	10,258,860,914	10,013,678,609	11,993,328,272	51,483,783,200	14%
Médicaments et produits pharmaceutiques	10,298,686,196	10,511,878,806	11,005,306,559	11,524,179,791	12,069,961,846	55,410,013,198	15%
Suivi et évaluation	6,478,624,000	8,520,765,678	9,201,951,841	7,510,874,565	9,641,844,463	41,354,060,547	11%
Coûts indirects	-	-	-	-	-	-	0%
Planning et administration	507,150,000	477,125,550	474,893,794	4,427,486,663	4,502,753,936	10,389,409,943	3%
Gestion des approvisionnements de stocks	4,172,237,982	11,581,813,341	9,334,414,175	5,026,263,509	13,136,586,110	43,251,315,117	11%
Assistance technique	116,965,000	134,055,855	45,963,803	83,771,079	47,539,856	428,295,593	0%
Coût de formation	5,451,142,000	11,891,324,028	6,783,437,500	6,506,867,031	9,267,934,153	39,900,704,712	10%
Grand Total général	49,680,958,850	93,089,714,487	76,007,443,328	59,088,463,825	102,530,148,869	380,396,729,358	100%

5.4 Plan de mobilisation des ressources

Pour une mise en œuvre optimale du présent plan stratégique, une mobilisation efficace des ressources humaines, matérielles et financières devra être assurée durant toute la période 2024-2028. En ce qui concerne les ressources financières et les intrants antipaludiques, les tableaux 25 et 26 ci-dessous récapitulent les gaps connus à la date de finalisation du présent PSN.

5.4.1 Analyse des gaps de financement

Sur les besoins de financement du PSNLP 2024-2028 s'élevant à 380,396,729,358 FCFA, les promesses de financement de l'Etat et de ses partenaires couvrent 45% et le gap cumulé de financement est de 55%. Il ressort des détails du tableau 25 que les prévisions de financement de l'Etat et de ses partenaires restent insuffisantes.

Tableau 25. Récapitulatif des gaps de financement du PSNLP 2024-2028 en janvier 2024

ANNEE		2024	2025	2026	2027	2028	TOTAL	Pourcentage contribution(s) prévisionnelle(s)
BESOINS DE FINANCEMENT PSNLP 2024-2028 (FCFA)		49 680 958 850	93 089 714 487	76 007 443 328	59 088 463 825	102 530 148 869	380,396,729,358	
PREVISIONS DE FINANCEMENT PAR SOURCE (FCFA)	Budget de l'Etat	5 717 936 500	5 510 978 786	3 250 290 549	3 250 290 549	5 717 936 500	23 447 432 885	6%7,0%
	FMSTP	16 338 398 948	43 674 002 014	12 383 623 746	0	0	72 396 024 709	19%21,5%
	PMI	13 152 480 326	13 152 480 326	13 152 480 326	13 152 480 326	0	52 609 921 306	14%15,6%
	OMS	20 000 129	30 000 193	40 000 258	50 000 322	59 999 731	200 000 633	0,05%0,1%
	UNICEF	282 342 916	110 000 053	110 000 053	110 000 053	110 000 053	722 343 128	0,19%0,2%
	GIZ	2 970 173	2 970 173	2 970 173	0	0	8 910 520	0,00%0,0%
	CHAI	301 004 236	297 756 593	0	0	0	598 760 829	0,16%0,2%
PREVISIONS TOTALES		35 815 133 228	62 778 188 140	28 939 365 106	16 562 771 251	5 887 936 284	149 983 394 010	39%44,5%
GAP DE FINANCEMENT PSNLP 2024-2028 (FCFA)		13 865 825 622	30 311 526 347	47 068 078 222	42 525 692 574	96 642 212 585	230 413 335 348	
Pourcentage du Gap de financement		28%	33%	62%	72%	94%	6155%	

5.4.2 Analyse des gaps programmatiques

Suivant le tableau 26 ci-dessous, à l'exception de la CPS dont la promesse d'acquisition des intrants par le Partenaire PMI est assurée jusqu'en 2027, les gaps portent sur tous les autres intrants sur toute la durée du PSN. Il s'agit des gaps en MILDA, TDR, ACT, Artésunate injectable et insecticide (PID).

Tableau 26. Récapitulatif des gaps programmatiques (intrants) du PSNLP 2024-2028 en janvier 2024

ANALYSE GAP PROGRAMMATIQUES	Intrant (s)	Quantité Année 1	Quantité Année 2	Quantité Année 3	Quantité Année 4	Quantité Année 5
BESOINS DU PSNLP 2024-2028	MILDA	2 451 271	13 867 352	9 636 507	2 729 438	14 829 493
	SP pour FE dans les FOSA (cp)	1 164 172	1 235 113	1 340 374	1 454 007	1 576 672
	SP pour la CPP (cp)	191 673	230 054	272 636	318 003	366 284

ANALYSE GAP PROGRAMMATIQUES	Intrant (s)	Quantité Année 1	Quantité Année 2	Quantité Année 3	Quantité Année 4	Quantité Année 5
BESOINS COUVERTS	SP+AQ 03-11 mois pour la CPS (doses)	2 214 954	2 275 160	2 329 756	2 385 677	2 442 931
	SP+AQ 12-59 mois pour la CPS (doses)	3 613 873	3 712 103	3 801 181	3 892 420	3 985 836
	TDR	6 273 815	6 635 863	7 026 400	7 439 604	7 876 898
	ACT	5 130 714	3 859 396	3 952 022	4 046 870	4 143 994
	Artésunate injectable (ampoule)	7 123 206	7 408 138	7 585 933	7 767 995	7 954 427
	Insecticide pour la PID (Kgs)			1 900	1 901	1 902
GAP	MILDA	1 251 271	10 268 158	9 153 426	-	-
	SP pour FE dans les FOSA (cp)	501 890	553 664	621 713	-	-
	SP pour la CPP (cp)	191 673	230 054	272 636	318 003	366 284
	SP+AQ 03-11 mois pour la CPS (doses)	2 214 954	2 275 160	2 329 756	2 385 677	
	SP+AQ 12-59 mois pour la CPS (doses)	3 613 873	3 712 103	3 801 181	3 892 420	
	TDR	2 145 044	2 194 772	2 230 352	-	-
	ACT	3 206 385	3 202 624	3 199 083	-	-
	Artésunate injectable (ampoule)	641 277	480 404	319 909	-	-
	Insecticide pour la PID (Kgs)			-	-	-

5.4.3 Stratégies de mobilisation des ressources

Au moment où nous achérons le présent plan stratégique, et suivant les prévisions de financement annoncées, les besoins de financement sont couverts à 45% répartis ainsi qu'il suit :

- L'Etat du Cameroun : 7%
- Le Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme : 21,5% ;
- Président Malaria Initiative (PMI) : 15,6% ;
- Organisation Mondiale de la Santé : 0,1% ;
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance : 0,2% ;
- GIZ : 0,0% ;
- Clinton Health Access Initiative (CHAI) : 0,2%.

Pour la couverture du reste des besoins en ressources pour la mise en œuvre du PSNLP 2024-2028, des actions de plaidoyers devront être menées par le PNLP et ses partenaires de mise en œuvre et auprès des

pouvoirs publics, en vue de l'augmentation annuelle de 20% de la contribution du budget de l'Etat dans la lutte contre le paludisme.

Une fois les ressources manquantes du programme identifiées par rapport à ses missions, ses buts et objectifs, le PNLP doit identifier quels bailleurs peuvent potentiellement combler ses besoins ; ce processus permettra également d'aider le programme à identifier les besoins qui seront les plus difficiles à combler et donner la priorité à son travail de mobilisation des ressources.

Pour la mobilisation des ressources additionnelles, plusieurs méthodes peuvent être utilisées notamment : envoyer des demandes avec une lettre de présentation ; contacter les bailleurs qu'on ne connaît pas par lettre, courrier postal, électronique ou par téléphone ; envoyer des demandes pour un renouvellement de financement et utiliser les occasions comme les conférences, les séminaires et évènements sociaux. Mais la méthode la plus efficace pour demander des ressources demeure la rencontre face à face avec un bailleur de fonds.

La Collaboration intersectorielle devra être renforcée afin d'augmenter et de diversifier davantage les acteurs et les sources de financement de la lutte contre le paludisme. La plupart des bailleurs travaillent avec des institutions qui fonctionnent de façon structurée disposant des champs d'intérêts spécifiques. Dans le secteur public, il s'agira de travailler conjointement avec les administrations publiques impliquées dans la lutte contre le paludisme afin de mobiliser davantage de ressources. Dans le secteur privé, il s'agira de mobiliser les grandes entreprises nationales pour investir dans la lutte contre le paludisme. Des actions devront être également menées en vue de l'implication des nouveaux partenaires financiers internationaux. Le processus de décentralisation de l'Etat du Cameroun donnera l'occasion d'impliquer davantage les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) à la lutte contre le paludisme.

CHAPITRE 6 : CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

La mise en œuvre du PSNLP 2024–2028 nécessite la 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 de ses objectifs. 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 général. 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 PSNLP 2024-2028 qui prend en compte des indicateurs sélectionnés sur la base des outils existants et des besoins de toutes les parties prenantes, 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 PSNLP 2024–2028 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 basée 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 23).

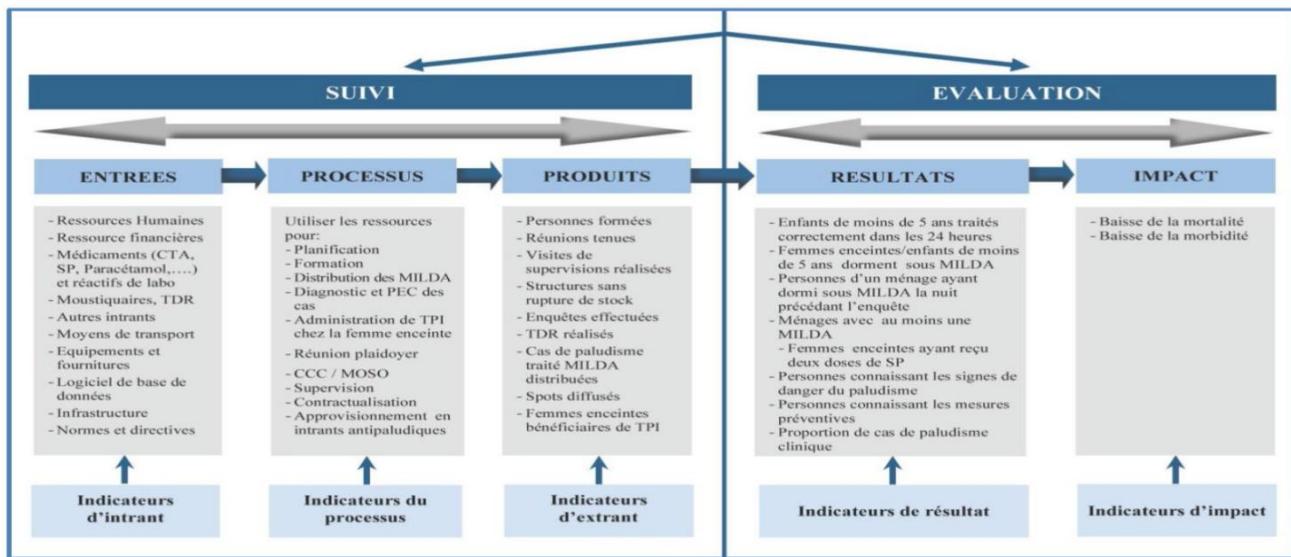


Figure 25 : Modèle Logique de suivi-évaluation

Source : MEASURE Evaluation

6.1. Cadre de Performance

Les tableaux 27, 28 et 29 ci-dessous présentent le cadre de performance du PSNLP 2024–2028. Il inclut un ensemble d'indicateurs consensuels à rapporter régulièrement et des cibles visées durant la période d'exécution du plan 2024-2028. 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 27 : Objectifs généraux et indicateurs d'impact

Objectifs généraux	Indicateurs d'impact	Source/année	Valeur de base	Cibles					Sources de vérifications
				2024	2025	2026	2027	2028	
Réduire d'au moins 75%, la mortalité liée au paludisme par rapport à la situation de 2015	Proportion des décès des patients hospitalisés dus au paludisme	Rapport annuel PNLP 2015	18,70%	8,98%	7,90%	6,82%	5,74%	4,66%	Rapport annuel PNLP
	Mortalité imputable au paludisme : Nombre et taux pour 100 000 personnes par an	Rapport annuel PNLP 2015	15,50	7,49	6,60	5,71	4,82	3,93	Rapport annuel PNLP
	Mortalité proportionnelle du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	Rapport annuel PNLP 2015	38,0%	14,6%	2413,1%	11,8%	10,6%	9,5%	Rapport annuel PNLP
	Mortalité toutes causes confondues chez les enfants de moins de 5 ans	EDS-MICS 2011	103‰	48	-	41	-	62‰34	EDS-MICS
Réduire d'au moins 75%, la morbidité liée au paludisme par rapport à la situation de 2015	Prévalence parasitaire	EDS-MICS 2011	30,00%	21,00%	20,00%	19,00%	18,00%	17,00%	EDS-MICS
	Taux de positivité des tests diagnostiques de paludisme	Rapport annuel PNLP 2015	56,90%	29,90%	26,90%	23,90%	20,90%	17,90%	Rapport annuel PNLP
	Incidence du paludisme : Nombre de cas confirmés et taux pour 1000 personnes par an	Rapport annuel PNLP 2015	79,50	38,19	33,60	29,01	24,42	19,83	Rapport annuel PNLP
	Hospitalisation des patients atteints du paludisme : taux pour 10 000 personnes par an	Rapport annuel 2019	492	339	314	292	271	251	Rapport annuel PNLP
	Proportion des hospitalisations pour cause du paludisme	Rapport annuel 2019	47,764,4%	44,5%	41,3%	38,3%	35,5%	11,933,0%	Rapport annuel PNLP

Tableau 28 : Objectifs Stratégiques et indicateurs d'effet et de produits

Piliers	Objectifs stratégiques	Indicateurs	Source/anné e	Valeur de base	Cibles					Sources de vérifications
					2024	2025	2026	2027	2028	
Pilier 1 : Renforcement du dialogue politique au niveau national y compris communautaire	D'ici 2028, renforcer l'engagement politique au niveau national y compris communautaire	% des ressources locales dans le financement du plan stratégique de lutte contre le paludisme	Rapport annuel PNLP et Rapport revue à mi-parcours du PSNLP 2019-2023	ND	4,0%	8,0%	12,0%	16,0%	20,0%	Rapport annuel PNLP et Rapport revue à mi-parcours du PSNLP 2024-2028
		Proportion du Budget PSNLP mobilisée à travers les mécanismes de financement innovant en faveur de la lutte contre le paludisme.	Rapport d'exécution du Budget-MINFI	ND	N/A	24%	33%			
Pilier 2 : Utilisation des informations stratégiques pour l'action	D'ici 2028, Utiliser des informations stratégiques de qualité pour guider la prise de décision et l'action	Proportion des cas de paludisme détectés par les systèmes de surveillance	Rapport annuel 2023 du PNLP	47,5%	54,0%	60,5%	67,0%	73,5%	80%	Rapport annuel PNLP et Rapport revue à mi-parcours du PSNLP 2024-2028
		Proportion des districts de santé utilisant les informations issues de la surveillance pour guider l'action	Rapport revue à mi-parcours du PSNLP 2019-2023	35,0%	44,0%	53,0%	62,0%	71,0%	80,0%	Rapport annuel PNLP et Rapport revue à mi-parcours du PSNLP 2024-2028
Pilier 3 : Principales stratégies de lutte contre le paludisme	D'ici 2028, Adopter les meilleures orientations politiques et stratégiques (fondées sur des données probantes) de lutte contre le paludisme	Proportion de la population à risque potentiellement couverte par des moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées	Rapports annuels PNLP	64,2%	-	-	90%	-	-	Rapports annuels PNLP

Pilier 4 : Coordination de la réponse nationale	D'ici 2028, Renforcer la Coordination de la réponse nationale	Proportion des districts de santé ayant reçu une allocation suffisante de ressources nécessaires à la réalisation de leur PTA de lutte contre le paludisme		ND	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP
---	---	--	--	----	------	------	------	------	------	--------------

Tableau 29 : Objectifs spécifiques et indicateurs d'effets et de produits (réf. Lutte contre le Paludisme : surveillance, suivi et évaluation. Un manuel de référence, OMS 2019)

Piliers	Objectifs Stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Valeur de base	Source / année	Cibles					Sources de vérifications
						2024	2025	2026	2027	2028	
Pilier 1 : Renforcement du dialogue politique du niveau national y compris communautaire	D'ici 2028, Renforcer l'engagement politique niveau national y compris communautaire	Objectif spécifique 1. 1 : D'ici 2028, Augmenter le financement pour la lutte contre le paludisme de 20% par rapport à sa valeur de 2022	% du budget de l'Etat alloué au financement du plan stratégique de lutte contre le paludisme			+5	+5	+5	+5	+5	Rapport annuel PNLP
			% du budget de l'Etat alloué au financement du plan stratégique de lutte contre le paludisme provenant des secteurs partenaires		ND	1%	2%	3%	4%		PTA d'exécution des Ministères
			Proportion de communes ayant bénéficiées des dotations dans le cadre de la lutte contre le paludisme à travers le MINEPAT et MINDEVEL.		ND					30%	
			% des ressources domestiques mobilisées pour la lutte contre le paludisme par rapport au budget requis	ND		+5%	+10%	+15%	+20%	+25%	Rapport annuel PNLP
			Nombre d'accords de partenariats (MOU) entre les secteurs répertoriés et le PNLP	ND		11	12	13	14	15	Rapport PNLP
		Objectif spécifique 1.2 :	Proportion de personnes qui connaissent les mesures	93%	EIP (2022)	94%	95%	96%	97%	98%	Enquête EIP /

Piliers	Objectifs Stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Valeur de base	Source / année	Cibles					Sources de vérifications
						2024	2025	2026	2027	2028	
		D'ici 2028, au moins 80% des populations y compris personnes socialement vulnérables utilisent des services et des produits de lutte contre le paludisme	préventives contre le paludisme								Enquête MBS
			Proportion de personnes désignant les moustiques comme la cause du paludisme	90%	Rapport MBS 2020	91%	92%	93%	94%	95%	Enquête EIP / Enquête MBS
			Proportion de personnes qui pensent que les conséquences du paludisme sont graves	72,4%	EIP (2022)	75%	77%	79%	81%	83%	Enquête EIP /
			Pourcentage qui approuve que les gens dans la communauté amènent généralement leurs enfants à un prestataire de santé le jour même ou le jour suivant l'apparition de la fièvre	43,1%	EIP (2022)	45%	55%	65%	75%	80%	Enquête EIP / Enquête MBS
			Proportion de personnes se souvenant avoir entendu ou vu un message concernant le paludisme au cours des six derniers mois	55%	EIP (2022)	60%	65%	70%	75%	80%	Enquête EIP / Enquête MBS
			Proportion des structures d'hébergement qui mettent en œuvre au moins une mesure de lutte antivectorielle (MILDA, PID)		ND	20%	40%	60%	80%		

Piliers	Objectifs Stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Valeur de base	Source / année	Cibles					Sources de vérifications
						2024	2025	2026	2027	2028	
			Proportion d'organes de média qui ont ratifié la charte MINSANTE-MINCOM				20%	40%	60%	80%	

Piliers	Objectifs Stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Valeur Actuelle de base	Source/année	Cibles					Sources de vérifications
						2024	2025	2026	2027	2028	
Pilier 2 : Utilisation des informations stratégiques pour l'action	D'ici 2028, Utiliser des informations stratégiques de qualité pour guider la prise de décision et l'action	Objectif spécifique 2.1 : D'ici 2028, Fournir 100% des informations de qualité nécessaires à la prise de décision	% de structures ayant transmis tous leur rapports (Taux de complétude)	90,50%	Synthèse des données du PNLP	93,7%	95,3%	96,8%	98,4%	100%	Synthèse des données du PNLP
			% de structures ayant transmis les rapports à temps (Taux de promptitude)	70,20%	Synthèse des données du PNLP	80,1%	85,1%	90,1%	95,0%	100%	Synthèse des données du PNLP
			Prévalence du <i>Plasmodium falciparum</i> dans les sites sentinelles de surveillance épidémiologique	100,00%	WMR, 2022	97,0%	97,0%	97,0%	97,0%	97%	Rapport de surveillance sentinelle PNLP, WMR
			Prévalence des autres espèces plasmodiales (ovale, malaria, vivax) dans les sites sentinelles de surveillance	0,00%	WMR, 2022	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	3%	Rapport de surveillance sentinelle PNLP, WMR

Piliers	Objectifs Stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Valeur Actuelle de base	Source/année	Cibles					Sources de vérifications
						2024	2025	2026	2027	2028	
			épidémiologique du paludisme								
			Proportion des FOSA ayant une concordance des données de surveillance supérieure ou égale à 80%	16%	Rapport RMP PSNLP 2019-2023	22,8%	29,6%	36,4%	43,2%	50%	Rapport RMP PSNLP 2024-2028
			Proportion de cas de paludisme détectés par le système de surveillance	51%	WMR, WHO, 2022	52,8%	54,6%	56,4%	58,2%	60%	World Malaria Report, WHO
			% des Districts de Santé utilisant les informations issues du suivi et évaluation pour guider l'action	ND		10%	20%	30%	40	50	Rapport HFA/Rapport d'évaluation des DS
			Proportion des résultats de recherche sur le paludisme au Cameroun ayant fait l'objet d'une restitution								
			Proportion des résultats de recherche sur le paludisme au Cameroun traduits en directives ou qui ont	ND					50,0%	80,0%	Rapport annuel PNLP

Piliers	Objectifs Stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Valeur Actuelle de base	Source/année	Cibles					Sources de vérifications
						2024	2025	2026	2027	2028	
			guidé la prise de décision								
			Proportion de restauration de la sensibilité aux insecticides dans les sites de résistance élevée			Disponible (à rechercher)					

Piliers	Objectifs Stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Valeur Actuelle de base	Source/année	Cibles					Sources de vérifications
						2024	2025	2026	2027	2028	
Pilier 3 : Principales stratégies de lutte contre le paludisme	D'ici 2028, adopter les meilleures orientations politiques et stratégiques (fondées sur des données probantes) de lutte contre le paludisme	Objectif spécifique 3.1: D'ici 2028, s'assurer qu'au moins 80% de la population est protégée par une intervention de prévention contre le paludisme.	Proportion de la population à risque potentiellement couverte par des moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées	64,2%	EIPC (2022)			90%			EPC, EDS
			Proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes	48,5%	EIPC (2022)			85%			EPC, EDS
			Proportion de la population ayant accès à une MII au sein de son ménage		EIPC (2022)						

Piliers	Objectifs Stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Valeur Actuelle de base	Source/année	Cibles					Sources de vérifications
						2024	2025	2026	2027	2028	
			Proportion de la population à risque ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente	68,50%	EIP (2022)			80%			EPC, EDS
			Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous la MILDA la nuit précédent l'enquête								
			Pourcentage des pensionnaires des structures publiques et privées d'encadrement des enfants en détresse et mineurs inadaptés sociaux dormant sous la MILDA la nuit précédent l'enquête			ND				80%	MINAS MINPROFF
			Proportion des MII existantes utilisées la nuit précédente								
			Proportion du groupe à risque ciblé qui reçoit les MILDA (Femmes enceintes)								
			Pourcentage des ménages dont les murs intérieurs du logement ont été pulvérisés d'insecticide (PID) au cours des 12 derniers mois	49%	EIP (2022)	53%	57%	67%	77%	80%	Rapport d'activité annuelle
			Proportion de sites sentinelles ayant une population de vecteurs (<i>An. gambiae</i> sl)	0%	Rapport enquête 2022	17%	22%	27%	32%	37%	Rapport d'activité annuelle

Piliers	Objectifs Stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Valeur Actuelle de base	Source/année	Cibles					Sources de vérifications
						2024	2025	2026	2027	2028	
			sensibles à au moins un pyréthrinoïde à la dose diagnostique (Deltaméthrine, alpha cyperméthrine et perméthrine)								
			Proportion des CTD mettant en œuvre la LAL	NA	NA	5%	10%	15%	20%	25%	Rapport d'activité annuelle
			% des femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins trois doses de TPI durant leur dernière grossesse	54.1 %	Rapport Annuel PNLP, 2022	63.1%	67.6 %	72.1 %	76.6 %	80%	Rapport Annuel PNLP
			Proportion de nourrissons ayant reçu trois doses chimioprévention du paludisme pérenne (CPP)	2,10%	Synthèse des données PNLP 2022	28,07%	41,05 %	54,03 %	67,02%	80,00 %	Synthèse des données PNLP
			Pourcentage d'enfants de 03 à 59 mois protégés par la chimio-prévention saisonnière(CPS) dans les zones ciblées (ayant effectué tous les cycles)	93.5%	Rapport General CPS	96%	97%	98%	99%	100%	Rapport General CPS
			Pourcentage de districts ciblés ayant atteint les 80% d'enfants de 03 à 59 mois ayant bénéficié d'une CPS complète dans les zones ciblées	98,00%	Rapport CPS PNLP 2023	98,40%	98,80 %	99,20 %	99,60%	100,0 0%	Rapport CPS PNLP

Piliers	Objectifs Stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Valeur Actuelle de base	Source/année	Cibles					Sources de vérifications
						2024	2025	2026	2027	2028	
		Objectif spécifique 3.2 : d'ici 2028, 100% des cas de paludisme confirmés, sont traités conformément aux directives nationales	Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont présenté de la fièvre au cours des 2 dernières semaines et pour lesquels des conseils ou un traitement ont été demandés	55,80%	EIPC 2022					80,00 %	Enquête ménage (MICS, EDS, EIP)
			Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre dans les 2 semaines précédentes qui ont subi un prélèvement de sang au doigt ou au talon	26.7%	MICS 2022	41.7%		55%		70%	Enquête ménage (MICS, EDS, EIP)
			Proportion des cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique dans les FOSA.	95%	Rapport annuel PNLP	95%	96%	97%	98%	100%	Rapport annuelle PNLP
			Proportion des cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique dans la communauté.	88.8%	Rapport annuel PNLP	89,90%	90,94 %	91%	93%	9510 0%	Rapport annuel PNLP
			Proportion des prestataires de soins qui posent un diagnostic biologique correct selon le guide d'assurance qualité du diagnostic au Cameroun désagrégé par sexe	ND	ND	20%		30%		50%	Rapport OTSS
			Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement	57.90%	Rapport annuelle PNLP	60%	65%	70%	80%	85,10 0%	Rapport annuelle PNLP

Piliers	Objectifs Stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Valeur Actuelle de base	Source/année	Cibles					Sources de vérifications
						2024	2025	2026	2027	2028	
			antipaludique de première intention dans les FOSA conformément aux directives								
			Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention dans la communauté conformément aux directives	95.5%	Rapport annuelle PNLP	96%	97%	98%	99%	100%	Rapport annuelle PNLP
			Proportion d'enfants de moins de 5 ans/femmes enceintes ayant bénéficié du paquet minimum de service de santé conformément aux directives au cours des 3 derniers mois	45%	MICS 2022	55%		60%		70%	MICS 2022
			Proportion des formations sanitaires ayant notifié des cas des effets indésirables	ND	ND	20%	40%	50%	65%	75,10 %	Rapport du comité national de pharmaco vigilance
			Objectif spécifique 3.3. D'ici 2028 les intrants antipaludiques sont disponibles de façon	Pourcentage des structures sanitaires sans rupture de stock en médicaments et produits antipaludiques à tout moment. taux de disponibilité des produits de lutte contre le	Rapport d'activités PNLP	40%-	45%	55%	65%	70%	Rapport d'activités PNLP

Piliers	Objectifs Stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Valeur Actuelle de base	Source/année	Cibles					Sources de vérifications
						2024	2025	2026	2027	2028	
		permanente dans 70 % des structures sanitaires et dans les communautés	paludisme (pourcentage de structures n'ayant pas connu de rupture) dans le mois								
			Pourcentage d'établissements de santé en rupture de stock en ACT le jour de la visite	81%	Rapport EUV	76%	65%	54%	45%	35%	Rapport EUV / Rapport Supervision
			Durée moyenne des ruptures de stock en ACT dans les établissements de santé visités au cours des trois derniers mois précédent la visite		Rapport EUV					20%	Rapport EUV
			Pourcentage d'établissements de santé en rupture de stock en TDR au cours de la visite	25%	Rapport EUV	18%	15%	12%	8%	5%	Rapport EUV
			Durée moyenne des ruptures de stock en ACT dans les établissements de santé visités au cours des trois derniers mois précédent la visite		Rapport EUV					20%	Rapport EUV

Piliers	Objectifs Stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Valeur Actuelle	Source/année	Cibles					Sources de vérifications
						2024	2025	2026	2027	2028	
Pilier 4 : Coordination de la réponse nationale	D'ici 2028, renforcer la Coordination de la réponse nationale	Objectif spécifique 4.1 : D'ici 2028, au moins 95% des activités planifiées sont mises en œuvre selon les Procédures administratives, financières et comptables en vigueur au PNLP	Disponibilité d'un rapport annuel validé, produit et disséminé à tous les parties prenantes	0	Rapport annuel PNLP	1	1	1	1	1	Rapport annuel PNLP
			Proportion des districts avec au moins 80% de leurs PTA exécutés ;	NA	NA	100%	100%	100%	100%	100%	Rapports trimestriels
			Disponibilité d'un rapport de revue à mi-parcours et d'un rapport final du PSNLP	0				1		1	Rapport RMP, Rapport final PSNLP 2024-2028
			Proportions des activités mises en œuvre en respectant les procédures de gestion du PNLP	100%	Rapport annuel PNLP	100%	100%	100%	100%	100%	Rapports des auditeurs
			% des enfants de moins de 5 ans qui ont été pris en charge gratuitement pour le paludisme simple	49%	Rapport de synthèse des données DHIS2	60%	70%	80%	90%	100%	Rapport de synthèse des données DHIS2
			% des enfants de moins de 5 ans qui ont été pris en charge gratuitement pour le paludisme grave	44%	Rapport de synthèse des données DHIS2	60%	70%	80%	90%	100%	Rapport de synthèse des données DHIS2
			% des recommandations des plateformes multisectorielles de lutte contre le paludisme du	ND						100%	

Piliers	Objectifs Stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Valeur Actuelle	Source/année	Cibles					Sources de vérifications
						2024	2025	2026	2027	2028	
			niveau central mises en œuvre								
			Proportion des structures auditées (GTC, GTR, SR) ayant mis en œuvre toutes les recommandations issues des audits internes	ND	Rapport des audits internes	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport de l'auditeur interne

6.2. Système de gestion de données

6.2.1 Organisation du système

Le système de gestion des données de lutte contre le paludisme en routine du présent PSNLP 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.

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

Les acteurs au niveau des formations sanitaires et les agents de santé communautaires assureront la collecte des données, l'analyse des données de couverture et de performance des activités de lutte contre le paludisme, puis l'élaboration de leur rapport d'activités et de leur saisie dans le DHIS2 ou leur transmission au District de santé. Les outils de rapportage utilisés seront le Rapport Mensuel d'Activités de la Formation sanitaire (RMA) et le Rapport Mensuel d'Activités de l'ASCP (RMAC).

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 et pour les agents de santé communautaire. 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 et l'interprétation des données. Le niveau central (PNLP) est chargé en plus de l'utilisation des informations pour la prise de décision stratégique de même que sa diffusion auprès de ses partenaires techniques et financiers.

Par ailleurs, des outils de gestion des données intégrés multisectoriels seront élaborés/actualisés et rendus disponibles, pour assurer la visibilité de la contribution des secteurs apparentés et leur prise en compte dans les choix stratégiques.

6.2.3 Le circuit de l'information

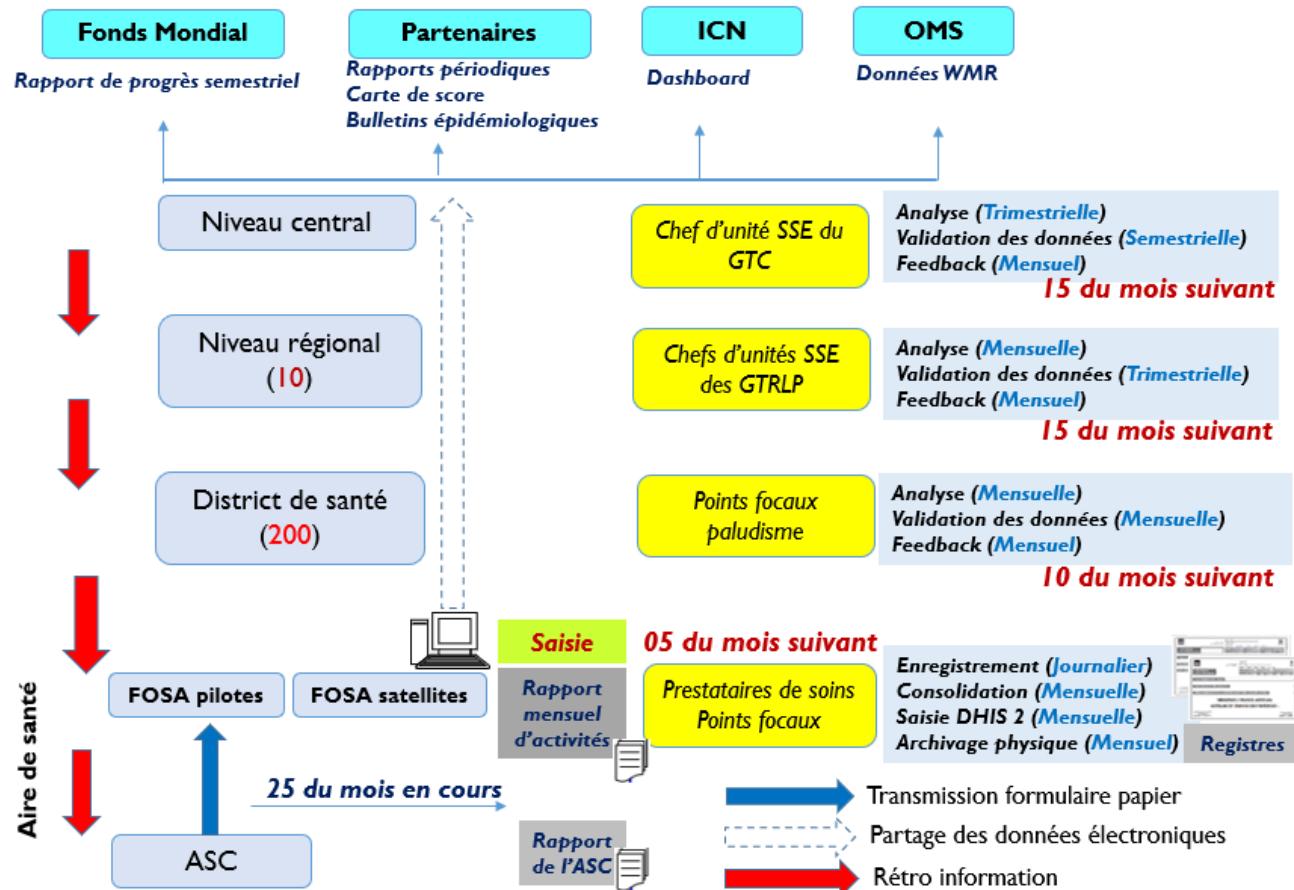
Le circuit de l'information s'établit comme suit (Fig. 14) :

- 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 validation puis transmission au district de santé pour saisie dans DHIS2;
- Les FOSA élaborent à une périodicité mensuelle le rapport d'activités, à saisir dans la plateforme DHIS2 ou à transmettre au district de santé pour saisie dans la plateforme DHIS2 en vue de la compilation et l'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 et les agents de santé communautaires, puis la revue de la qualité, l'analyse et l'utilisation afin de guider la prise de décision prenant en compte des données des administrations sectorielles

- 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 central 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-après décrit le circuit de l'information.

Figure 26 : Circuit de l'information du niveau opérationnel au niveau central



6.2.4 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 réunions de revue et validation des données (mensuelles au niveau district, trimestrielles au niveau régional et semestrielles au niveau central) et d'autre part lors des missions d'audit de la qualité des données sur site qui seront réalisées semestriellement de manière conjointe par des acteurs de niveau central, régional et district.

6.3. Mécanisme de coordination du M&E

6.3.1 Composante « Surveillance épidémiologique » (SNIS/SIMR)

Sous le leadership de la DLMEP, le Ministère de la Santé Publique 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 DLMEP et bénéficiera d'un support du PNLP en termes de mobilisation de ressources.

6.3.2 Enquêtes périodiques et enquêtes spécifiques

Considérant que les données issues du 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 rationnelle et stratégique. 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). Des enquêtes ménages seront également menées pour évaluer la couverture des interventions spécifiques dans la population générale (Enquête Post-Campagne MILDA, etc.).

6.3.3 Surveillance sentinelle

Le système de collecte des données en routine et les enquêtes ont montré certaines limites par rapport aux besoins en information attendue 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 du système de santé), de faible promptitude et complétude (rapportage partiel des structures intégrées et non prise en compte de structures non intégrées) 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 pallier 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 DHIS2 se fera à partir des structures sanitaires (CS et HGR), et les sites sentinelles seront des sites d'enquêtes spécifiques.

6.3.45 Supervision, suivi de la mise en œuvre

Le suivi opérationnel de la mise en œuvre du PSNLP 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 implication 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 l'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 mesurer les performances mais aussi procéder à l'élaboration du PTA de l'année suivante. Une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale du PSNLP 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 besoin du niveau central vers les Délégations Régionales 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 communautaires.

L'ensemble du personnel du PNLP participera au suivi des progrès dans la réalisation des objectifs du PSNLP 2024-2028. 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.

6.3.6 Évaluation des effets et impacts du PSNLP 2024-2028

La revue annuelle, à mi-parcours et à terme des performances du Programme sera réalisée. 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.

6.3.7 Utilisation et dissémination des données

Les principaux résultats issus de la mise en œuvre de ce PSNLP 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 ces résultats à l'occasion des différentes conférences nationales et internationales.

6.3.8 Suivi et Evaluation des activités de communication

Un plan de suivi évaluation du plan de communication du PSNLP 2024-2028 sera développé pour assurer le suivi des indicateurs des interventions de communication. Dans le présent plan stratégique, 10 indicateurs ont été définis pour suivre les actions de communication. Ce suivi sera assuré au niveau central par le PNLP et au niveau régional par les GTR et les points focaux communication au niveau districts et aires. Des outils de suivi des activités de communication seront développés et mis à disposition des acteurs à tous les niveaux. Les indicateurs de communication ciblant les communautés seront intégrés dans le suivi communautaire par la société civile. Des ateliers de planification et de suivi des activités de communication seront organisés pour les acteurs impliqués à tous les niveaux. Un mécanisme de suivi évaluation incluant le circuit de remontée des données sera mis sur pied.

De plus les enquêtes nationales MBS seront menées dans le but de mieux suivre les effets de la communication sur les comportements des ménages en 2024 et 2028. A mi parcours, une enquête CAP sera réalisée pour évaluer les premiers effets et ajuster les stratégies de mise en œuvre. Des visites de supervisions seront organisées pour veiller à la qualité de la mise en œuvre de la communication.

Liste des contributeurs

NOM ET PRENOM	Fonction et structure d'attache
Pr NDJOCK Richard	Secrétaire Général, MINSANTE
Dr ETOUNDI MBALLA Georges	Directeur de la Lutte contre la Maladie, Epidémies et Pandémies, MINSANTE
Dr KAMGA SIMO	Conseiller Technique N°3, MINSANTE
Dr Arsène BENG	Secrétaire Permanent, ST-ICN
Dr MINTOP Anicet	Coordonnateur, CTN/CSU
Dr NKO'O AYISSI	SD – Paludisme et MTN/ MINSANTE
Mr KOMBO Thomas,	Coordonnateur, UCS-FMP / MINSANTE
Mr BANGWEN Cyril	CGP, UCS-FMP/ MINSANTE
Mr ESSAME Ervey	RSE, UCS-FMP/ MINSANTE
Dr ATEBA Marcellin Joël	Secrétaire Permanent, PNLP
Dr FOSSO Jean	Secrétaire Permanent Adjoint, PNLP
Mme TCHOUNGA Florentine	Chef Section Administration et Finances, PNLP
Dr MESSE FOUDA	Chef Section Planification, Surveillance, Suivi Evaluation, PNLP
Dr EKOYOL EKOBE Germaine	Chef Section Prise en Charge des Cas, PNLP
Dr BOMBA Dominique	Chef Section Prévention, PNLP
Dr MEDOU KOUMOU Hortense	Chef Section Formation et Recherche, PNLP
Mr OUMAROU NGAMBE	Chef Section Information, Education, Communication, Mobilisation Sociale et Partenariat, PNLP
Dr TABUE Raymond	Chef d'Unité Lutte Intégrée contre les vecteurs, PNLP
Dr VOUNDI Junior	Chef d'Unité Chimio Prévention, PNLP
Dr SOTAKWO KEGNNE Gisèle	Chef d'Unité Prise en Charge des Cas, PNLP
Dr MOTA Serge	Chef d'Unité Gestion des Produits Pharmaceutiques, PNLP
Dr NDONGO Nelly Patricia	Chef d'Unité Formation, PNLP
Mme NGANDEU Neuly	Chef d'Unité Recherche, PNLP
Mme ZINTSEM Philomène	Expertise Communication pour la santé et le développement
Mme DOHTSAD Jeannette	Chef d'Unité Partenariat, PNLP
Mr ABOMABO Moïse Hugues René	Chef d'Unité Suivi et Evaluation, PNLP
Mr SIELENOU TEMA Audrey Francklin	Chef d'Unité Planification Stratégique, PNLP
Mr KUETCHE TAKOUGANG Chancellin Magloire	Statisticien Economiste, Clinton Health Access Initiative (CHAI)
Mr BELLA Hervé	Statisticien, Clinton Health Access Initiative (CHAI)
Mr BAILLA Henri	Chef d'Unité Administration et Personnel, PNLP
Mr TONYE HAGBE Polycarpe	Cadre d'appui, PNLP
Dr PAN'NA Sandrine	Chef de service paludisme, MINSANTE
Dr VOUGMO Clémence	Pédiatre , Cadre d'appui /Section prévention , PNLP
Dr BONGHA ONDOA Ornella	Médecin de Santé Publique, Cadre d'appui, SPSSE
Mme TAMEN	Cadre d'appui, SPEC
Mme NEH Flora,	Cadre d'appui, PNLP
Dr NWALL Esther	Coordonnateur, GTRLP
Dr BESSONG TABOT	Coordonnateur, GTRLP

NOM ET PRENOM	Fonction et structure d'attache
Mr NEKEHFORBA Elvis	Cadre d'appui , SDLPMTN ,DLMEP
Dr Judith HEDGE	Conseiller Résident, CDC/PMI
Dr AÏSSATA	Conseiller Résident, USAÏD/PMI
Dr Wirngo MOHAMADOU	Malaria Specialist, USAID/PMI
Mr NGBWA AVEZO'O	Coordonnateur, RESIPAT
Mme Olivia NGUOU	Experte plaidoyer et communication Impact Sante Afrique
Mme Laure MOUKAM	Experte Suivi Apprentissage Evaluation Impact Sante Afrique
M. WATO Joseph	Expert engagement Communautaire APDSP
Dr DOUNTIO Benjamin	Deputy Chief of Party, Plan International
Dr METUGE Alain	Health Specialist, Reach Out
Dr KWAKE Simon	Chief of Party, Plan International Cameroun
Pr WONDJI Charles	Entomologiste, CRID
Pr BIGOGA Jude	Entomologiste, Université de Yaoundé 1
Dr ANTONIO NKONDJIO Christophe	Entomologiste, OCEAC
Pr MBIDA MBIDA Arthur	Entomologiste, Université de Douala
Mr NGWAYU Claude	Epidemiologist, CHAI
Dr FONDJO Etienne	Entomologiste, Evolve/VectorLink
Pr MBATCHAM Wilfried	Expert, BTC, Université de Yaoundé 1
Pr KINGUE Samuel	CTI-MINSANTE
Dr MATSEZOU Jacqueline	Consultant National, Expert en Planification
Dr NDONG A BESSONG Prosper	Consultant National
Dr KARIBURYO Juma Mohamed	Consultant International
Dr TOUGRI Gautier	Consultant International
Dr KLA Christian	Consultant International

Bibliographie

- Addendum au Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2019-2023
- Guide de mise en œuvre de la Chimio prévention du Paludisme Saisonnier 2022
- Guide de mise en œuvre du Traitement Préventif Intermittent du nourrisson
- Guide méthodologique de planification stratégique, édition 2011 MINEPAT
- High burden to high impact, A targeted malaria response, OMS
- Lignes directrices de l'OMS sur le paludisme, Organisation Mondiale de la Santé 2021
- Lutte contre le Paludisme : surveillance, suivi et évaluation. Un manuel de référence. OMS.02019
- Manuel du cadre modulaire, Fonds Mondial période d'allocation 2023-2025
- Manual for developing national malaria strategic plans, OMS, 2019
- Objectifs du Développement Durable
- Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme (PSNLP) 2019-2023
- Rapport annuel PNLP 2019
- Rapport de revue à mi-parcours du Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme (PSNLP) 2019-2023
- Stratégie Technique Mondiale de Lutte contre le Paludisme 2016–2030, Edition 2021 OMS
- Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027

- Synthèse des données épidémiologiques PNLP 2022
- Modélisation de l'expansion des ASCp au Cameroun. <https://www.pmi.gov/data-saves-lives-how-cameroun-is-using-data-to-make-sure-every-community-receives-essential-health-care/>

Annexes