
**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE
PALUDISME**

A graphic consisting of three overlapping, horizontal blue banners with a brown border. The banners are arranged in a descending staircase pattern from top-left to bottom-right. The text is centered on the largest, front-most banner.

**PLAN STRATEGIQUE
NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME
AU CAMEROUN
2014-2018**

AVRIL 2014

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE I. PROFIL DU PAYS.....	11
A. Situation administrative et politique	12
B. Situation démographique et ethnologique.....	12
C. Ecosystème, environnement et climat	14
D. Situation socio-économique.....	15
E. Situation communicationnelle	17
F. Analyse du système de santé	17
CHAPITRE II. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME AU CAMEROUN EN JUILLET 2013 ET REVUE DU PLAN STRATEGIQUE 2011-2015.....	23
A. Epidémiologie du paludisme au Cameroun et défis opérationnels	24
B. Performance du programme national de lutte contre le paludisme	30
CHAPITRE III. PLAN STRATEGIQUE 2014-2018	39
A. CADRE STRATEGIQUE.....	40
B. INTERVENTIONS, STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE ET PRINCIPALES ACTIVITES	43
C. INTERVENTIONS PRIORITAIRES PRINCIPALES.....	44
D. INTERVENTIONS D'APPUI	48
CHAPITRE IV. SUIVI EVALUATION DU PSNLP 2014-2018	60
A. Cadre de performance	61
B. Suivi des progrès.....	67
C. Evaluation de l'impact et des résultats.....	68
D. GESTION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME	68
E. CARTOGRAPHIE DES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS DU PNLN	71
CHAPITRE V. BUDGET ET PLAN FINANCIER	73
A. MOBILISATION DES RESSOURCES.....	82
B. Analyse des écarts budgétaires	83
C. RISQUES, CONTRAINTES ET STRATEGIES D'ATTENUATION	83

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Population 2013 par tranche d'âge.....	13
Tableau II: répartition de la population par région en 2013	14
Tableau III: Indice de développement humain en 2012 au Cameroun.....	16
Tableau IV: Les différents niveaux du secteur santé	18
Tableau V: Evolution du budget du MINSANTE de 2009 à 2013 au Cameroun	20
Tableau VI: Répartition des sources de financement de la santé	20
Tableau VII: Évolution des indicateurs de santé 2004-2011	21
Tableau VIII: Efficacité thérapeutique des ACT au Cameroun (2007-2012)	27
Tableau IX: Sommaire du budget par interventions (en 1000 000 de F CFA).....	74
Tableau X: Sommaire du budget par catégories de coûts (en 1000 000 de F CFA).....	78
Tableau XI : Sommaire de l'analyse des écarts budgétaires	83
Tableau XII: Risques, contraintes et stratégies d'atténuation	83

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Durée de la transmission dans les différents faciès	25
Figure 2: Evolution des cas et de la morbidité liée au paludisme entre 2007 et 2012.....	28
Figure 3: Evolution de la morbidité palustre par groupe cible de 2008 à 2012.	29
Figure 4: Processus de supervision et de réunion de coordination	67

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACMS:	Association Camerounaise pour le Marketing Social
ACT:	Artemisinin Combination Therapy
AID	Aspersions Intra-Domiciliaires
ASC	Agent de Santé Communautaire
ANVR:	African Network on Vector Resistance
AQ :	Amodiaquine
ASAQ	Artesunate Amodiaquine
BTC :	Biotechnology Centre
CAP :	Connaissance Attitude et Pratiques
CAPR :	Centre d'Approvisionnement des Produits Pharmaceutiques Régional Cameroon Coalition Against Malaria
MC-CCAM :	Malaria consortium Cameroon Coalition Against Malaria
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CVUC	Communes et Villes Unies du Cameroun
CENAME :	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels et consommables Médicaux
CEPCA :	Conseil des Eglises Protestantes du Cameroun
CHUY :	Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé
CNPS :	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNRBM:	Comité National Roll Back Malaria
COGE :	Comité de Gestion
COSA :	Comité de Santé de l'Aire de santé
COSADI :	Comité de Santé du District de santé
CPN	Consultation Pré Natale
CTA	Combinaisons Thérapeutique à base d'Artémisinine
CTD	Collectivités Territoriales Décentralisées
DSCE	Document de Stratégie de la Croissance
DSRP	Délégation Régionale de la Santé Publique
DCOOP :	Division de la Coopération
DDT:	Dichloro-Diphényl-Trichloroéthane
DEP :	Division des Etudes et des Projets
DLM :	Direction de la Lutte contre la Maladie
DPM :	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPS :	Direction de la Promotion de la Santé
DRH :	Direction des Ressources Humaines
DROS :	Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
DS:	District de Santé
DSCE :	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
DSF :	Direction de la Santé Familiale
EDS:	Enquête démographique et de Santé
FOSA:	Formation sanitaire
FMSB :	Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales
FS	Formation Sanitaire
GE	Goutte Epaisse
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
GTC :	Groupe Technique Central
GIZ:	Agence de Coopération Allemande
HCY :	Hôpital Central de Yaoundé
IEC :	Information Education Communication
IMPM :	Institut de Recherche Médicales et d'Etudes des Plantes Médicinales
INS :	Institut National de la Statistique
IRESO :	Institut pour la Recherche, le Développement Socio-économique et la Communication
JMLP :	Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme
LANACOME :	Laboratoire National de Contrôle de la qualité des Médicaments et d'Expertise
MINPROFF	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille

MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
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
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OSC	Organisation de la Société Civile
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
<i>P. falciparum</i> :	Plasmodium falciparum
PCIME :	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PECADOM	Prise en Charge du Paludisme à Domicile
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTTE :	Pays Pauvres Très Endettés
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PAP	Plan d'Action Prioritaire
PTA	Plan de Travail Annuel
PID	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PBF	Performance Based Performance
PTME	Prévention de la Transmission Mère et Enfant
PSNLP	Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme
PSE	Plan de Suivi Evaluation
RPP	Revue des Progrès du Programme
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMA	Rapport Mensuel d'Activités
RBM :	Roll Back Malaria
SNIS :	Système National d'Information Sanitaire
SONEU	Soins Obstétricaux et NeoNataux Essentiels d'Urgence
SP :	Sulfadoxine-Pyriméthamine
SASNIM	Semaine D'Action de Santé et de nutrition Infantile et Maternelle
SSS	Stratégie Sectoriel de Santé
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
SRO	Sel de Réhydratation Oral
SGIL	Système de Gestion de l'Information Logistique
SYNAME :	Système National d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Essentiels
TDR :	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
URLP	Unité Régionale de Lutte contre le Paludisme
VIH/SIDA :	Virus d'Immunodéficience Humaine/Syndrome Immunodéficitaire Acquis

RESUME D'ORIENTATION

Conscient du fardeau du paludisme sur le développement du pays, l'Etat Camerounais a fait de la lutte contre cette maladie une priorité. En effet, la lutte contre le paludisme est intégrée dans la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS 2001 – 2015) révisée en 2009, dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015 à concurrence de 13% du budget réservé à la "Lutte contre la Maladie" et dans le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE 2010– 2020).

Des Plans Stratégiques de la Lutte contre la Paludisme au Cameroun (PSNLP) ont été régulièrement mis en œuvre notamment les PSNLP 2002-2006, 2007-2010 et 2011-2015. Ce dernier a fait l'objet d'une évaluation à mi-parcours sous-forme d'une revue externe qui a abouti à des recommandations devant permettre de renforcer les acquis et améliorer les faiblesses de la lutte.

C'est dans ce contexte que le présent Plan Stratégique 2014-2018 dit de quatrième génération a été élaboré. Il s'inscrit dans le cadre de la Déclaration d'Abuja et de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), avec pour but de réduire de 75 % la mortalité et la morbidité dues au paludisme par rapport à la situation de 2000.

A l'issue de sa mise en œuvre les résultats suivants sont attendus:

- Au moins 80 % de la population dort sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action ;
- Au moins 80 % des populations à risque des zones d'intervention ciblées sont protégées par la PID avec des insecticides à effet rémanent ;
- Au moins 80 % des femmes enceintes reçoivent le traitement préventif intermittent conformément aux directives nationales ;
- Au moins 80% des enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées reçoivent la chimio prévention saisonnière du paludisme.
- Au moins 80 % des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires et dans la communauté sont testés par la GE ou le TDR ;
- 100% des cas de paludisme confirmés, sont traités conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté ;
- les intrants antipaludiques sont disponibles de façon permanente dans 100% des structures sanitaires et dans les communautés
- Au moins 80 % des communautés se sont appropriés et utilisent les interventions de lutte contre le paludisme ;
- Au moins 80% des prestataires des formations sanitaires offrent les prestations subventionnées et/ou gratuites dans le cadre de la lutte contre le paludisme.
- 100% des professionnels de santé et 100% des acteurs communautaires et professionnels des média ciblés mettent en œuvre les activités de lutte contre le paludisme conformément aux directives nationales
- Au moins 80% des intervenants (FS, ASC) transmettent à temps des données de qualité sur la lutte contre le paludisme conformément aux directives nationales;
- 100% d'épidémies et situations d'urgence sont contrôlées dans les deux semaines suivant leur détection.

- Au moins 80% des fonds nécessaires pour la mise en œuvre du plan stratégique sont mobilisés;
- Au moins 80% des ressources financières mobilisées à tous les niveaux du système de santé sont exécutées;
- Au moins 80% des activités programmées à tous les niveaux du système de santé sont réalisées.

Vingt cinq interventions ont été retenues réparties en 6 axes stratégiques à savoir :

1. Prévention :

- Distribution des MILDA en masse et en routine,
- Promotion de l'utilisation de la MILDA,
- Pulvérisation intra domiciliaire,
- Promotion de la PID,
- Administration de la Sulfadoxine pyriméthamine aux femmes enceintes pendant la CPN,
- Chimio-prévention saisonnière du paludisme chez les enfants de 03 à 59 mois.

2. Prise en charge

- Diagnostic biologique par la GE et/ou le TDR des cas suspects de paludisme,
- Traitement des cas de paludisme confirmés dans les formations sanitaires et la communauté conformément aux directives nationales,
- Mise en œuvre de la PCIME communautaire,
- Renforcement du système de pharmacovigilance,
- Le renforcement de la gestion des achats et des stocks.

3. Communication pour le développement et partenariat

- Plaidoyer,
- Communication pour le changement de comportement,
- Mobilisation sociale,
- Marketing social et partenariat,
- Formation des professionnels de santé, acteurs communautaires et professionnels des média.

4. Formation et recherche

- Formation,
- Recherche opérationnelle.

5. Surveillance suivi évaluation et riposte aux épidémies

- Renforcement du système de suivi évaluation,
- Suivi évaluation,
- Renforcement de la surveillance épidémiologique,
- Riposte aux épidémies.

6. Gestion du programme

- Mobilisation financière,
- Gestion financière,
- Gouvernance,
- Planification,
- Renforcement de la coordination et du cadre de partenariat.

L'élaboration du présent plan s'est faite suivant un processus participatif, avec une forte implication des représentants des partenaires au développement. Sa mise en œuvre placée sous la coordination du PNLP s'inscrit dans la dynamique de l'action gouvernementale, qui prône la bonne gouvernance et la gestion axée sur les résultats mettant l'accent sur les interventions à haut impact avec une insistance sur la réponse aux défis à relever dans la lutte contre le paludisme.

Des plans d'actions opérationnelles triennales et annuelles à tous les niveaux seront élaborés pour opérationnaliser ce PSNLP. Un plan national de suivi-évaluation (PSE) sera dressé pour assurer le suivi de la mise en œuvre ainsi que l'évaluation des performances et des progrès.

Le budget du PSNLP 2014-2018 s'élève à **237 319 000 000 (Deux cent trente sept milliards trois cent dix neuf millions) de francs CFA**. Le volet prévention représente **55,3 %** de ce budget.

INTRODUCTION

Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique au Cameroun. Il représente 28,7% des consultations toutes causes confondues et 49,8% de toutes les hospitalisations en 2013. Il est la cause de 22% des décès survenant dans les formations sanitaires du pays. Chez les enfants de moins de 5 ans, 45 % des décès sont liés au paludisme (PNLP 2013,).

Face à cette situation, le Gouvernement a fait de la lutte contre le paludisme une priorité. Ainsi, l'État Camerounais 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 (2001 – 2015) révisée en 2009, dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015 à concurrence de 13%¹ du budget réservé à la "Lutte contre la Maladie" et dans le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE 2010 – 2020);
- La décision du Chef de l'Etat en décembre 2010, de la gratuité de la prise en charge du paludisme simple chez les enfants de moins de cinq ans, effective depuis février 2011;
- La décision du Chef de l'Etat du 30 décembre 2013 relative à la gratuité du traitement du paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans ;

Par ailleurs, l'engagement politique au plus haut niveau a favorisé la participation effective des autorités administratives, des leaders politiques, traditionnels et religieux, des organisations de la société civile, des opérateurs économiques, des organisations socioprofessionnelles, des partenaires techniques et financiers ainsi qu'une meilleure implication des communautés dans la lutte contre cette endémie.

Le présent Plan Stratégique est de quatrième génération. Il couvre la période 2014-2018 et fait suite à l'évaluation à mi-parcours du précédent (2011-2015).

La revue externe du précédent Plan Stratégique a révélé une amélioration sur les scores d'un certain nombre d'indicateurs en matière de prévention, de prise en charge des cas, de

¹Un montant de 50 418 122 000 FCFA a été affecté au paludisme sur les 398 000 000 000 FCFA prévus pour la lutte contre la maladie (p 108 et p 4 of 14 du cadrage budgétaire), PNDS 2011-2015

coordination et de gestion des interventions de lutte contre le paludisme au Cameroun. L'élaboration du présent plan s'est faite suivant un processus participatif, avec une forte implication des partenaires au développement.

Le Plan Stratégique de Lutte contre le Paludisme 2014-2018 s'inscrit dans la dynamique de l'action gouvernementale, qui prône la bonne gouvernance et la gestion axée sur les résultats. Il met l'accent sur les interventions à haut impact. n outre, la mise en œuvre de ce plan vise la réalisation des engagements internationaux pris par le Cameroun, notamment dans le cadre de l'initiative Roll Back Malaria et l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement 4, 5 et 6².

²OMD 4 de réduction de la mortalité infanto-juvénile
OMD 5 de réduction de la mortalité maternelle
OMD 6 de lutte contre le paludisme et la tuberculose

CHAPITRE I. PROFIL DU PAYS

A. Situation administrative et politique

B. Situation démographique et ethnologique

C. Ecosystème, environnement et climat

D. Situation socio-économique

E. Situation communicationnelle

F. Analyse du système de santé

G. Analyse du système de santé

A. SITUATION ADMINISTRATIVE ET POLITIQUE

Le Cameroun est un Etat démocratique avec un pluralisme politique et des libertés individuelles et collectives. Il est bilingue, l'anglais et le français sont parlés respectivement par 30% et 70% des camerounais. Le Cameroun est un Etat laïc où le christianisme est pratiqué à 40%, l'animisme à 40% et l'islam à 20%.

Le pays est divisé en 10 Régions administratives, 58 Départements, 360 Arrondissements et 374 Collectivités Territoriales Décentralisées (communes et communautés urbaines).

Depuis les lois 2004/018 et 2004/019 du 22 juillet 2004, les collectivités territoriales décentralisées disposent de prérogatives leur conférant autorité en matière de i) création, équipement, gestion et entretien des centres de santé d'intérêt communal ou régional, ii) gestion de l'assistance au profit des nécessiteux et les impliquant dans l'organisation et à la gestion de l'approvisionnement des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels en conformité avec la politique nationale de santé.

B. SITUATION DÉMOGRAPHIQUE ET ETHNOLOGIQUE

D'après le 3^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH, 2010), la population du Cameroun est estimée au 1^{er} janvier 2014 à environ 21 657 488 habitants et devrait atteindre 23 794 164 habitants en 2018, avec un taux d'accroissement de 2,5%.

En 2013³, les femmes représentaient environ 50,6 % de la population totale et les hommes 49,4 %. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) constituent 24,3 % de la population totale et les enfants de 0 à 5 ans 16,8 %. La population est caractérisée par son extrême jeunesse. L'âge médian de la population est de 17,7 ans.

³3eme RGPH, Vol 3, tome 3, Projections démographiques

Tableau I : Population 2013 par tranche d'âge

Groupes d'âges	Sexe		Population totale
	Masculin	Féminin	
0-4 ans	1 798 405	1 754 924	3 553 329
5-9 ans	1 508 556	1 460 242	2 968 798
10-14 ans	1 314 157	1 255 307	2 569 464
15-19 ans	1 176 878	1 230 572	2 407 450
20-24 ans	950 851	1 092 715	2 043 566
25-29 ans	786 903	894 922	1 681 825
30-34 ans	643 174	676 728	1 319 902
35-39 ans	503 039	532 028	1 035 067
40-44 ans	422 573	434 174	856 747
45-49 ans	348 962	348 746	697 708
50-54 ans	276 327	269 066	545 393
55-59 ans	205 230	192 097	397 327
60-64 ans	161 698	164 950	326 648
65-69 ans	133 235	142 912	276 147
70-74 ans	96 890	107 791	204 681
75-79 ans	56 134	61 448	117 582
80-84 ans	32 398	39 576	71 974
85 ans et plus	30 493	39 136	69 629
CAMEROUN	10 445 903	10 697 334	21 143 237

Source : 3eme RGPH, Vol 3, tome 3, Projections démographiques

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 celles âgées de plus de 60 ans représentent 5,0%.

La majorité de la population réside en milieu urbain (52%, 3^{ème} RGPH, BUCREP). On note une forte concentration à Douala (2 586 741 habitants en 2013) et Yaoundé (2 565 868 habitants en 2013).

Tableau II: répartition de la population par région en 2013

REGION	ADAMA OUA	CENTRE	EST	EXTREME -NORD	LITTO RAL	NORD	NORS -OUEST	OUEST	SUD	SUD-OUEST	TOTAL
POPULATION	1 131 978	3 919 828	824 204	3 803 138	3 174 437	2 311 179	1 900 547	1 865 394	731 099	1 481 433	21 143 237

Source : 3eme RGPH, Vol 3, tome 3, Projections démographiques

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

- Taux brut de natalité : 39,6‰⁴ ;
- Taux brut de mortalité : 10,8‰ dont 10,1‰ chez les femmes et 11,5‰ chez les hommes (EDS-MICS ;
- Taux de mortalité infantile : 62 ‰ (EDS-MICS, 2011) ;
- Taux de mortalité infanto-juvénile : 122 ‰ (EDS-MICS, 2011) ;
- Espérance de vie à la naissance : 52,1 ans (Rapport sur le Développement Humain, PNUD, 2013) ;
- Indice synthétique de fécondité : 5,2 enfants par femme au niveau national. Cet indice est de 6,4 pour les femmes rurales et 4,2 pour les citadines en 2005⁵;
- 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^{ème} RGPH, 2010).

Sa population est une mosaïque de plus de 250 groupes ethniques aux coutumes et traditions diverses qui influencent leur participation aux actions de santé.

C. ECOSYSTÈME, ENVIRONNEMENT ET CLIMAT

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

Le milieu naturel a un relief très diversifié avec des écosystèmes multiples :

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

⁴3eme RGPH, Vol 3, tome 3, Projections démographiques

⁵ 3eme RGPH, Vol 3, tome 3, Projections démographiques

abondantes. La Plaine côtière au fond du Golfe de Guinée est une région de très faible altitude où prédomine une végétation de mangroves avec une pluviosité abondante. Ladite plaine est cependant traversée par une chaîne montagneuse où le Mont Cameroun culmine à près de 4100 mètres.

Les **hauts plateaux** de l'Ouest (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** (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 y distingue trois zones climatiques au Cameroun :

- **Le climat équatorial** (4^{ème} et 6^{ème} degrés de latitude nord) avec deux nuances climatiques :
 - type guinéen du Sud Cameroun à quatre saisons (2 saisons sèches et 2 saisons de pluies), caractérisé par une pluviométrie abondante (plus de 1500 mm/an) ;
 - 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.
- **Le climat tropical soudanien** (du 6^{ème} au 10^{ème} parallèle Nord) avec une saison de pluies (6 mois) et une saison sèche (6 mois).
- **Le climat tropical sahélien** au Nord du 10^{ème} parallèle, où la saison des pluies est réduite, variant entre 3 et 5 mois, les pluies se raréfiant 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), celui du Congo (Kadéï, Ngoko), celui du Niger (Bénoué) et celui du Tchad (Logone).

D. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE

En 2012, le PIB du Cameroun a atteint 25,321 milliards de dollars soit 1227 dollars par habitant (World Development Indicators, 2013), ce qui correspond à un classement parmi les pays à revenus intermédiaires. Selon ECAM III (2007), 2 personnes sur 5 (40%) vivaient en dessous du seuil de pauvreté estimé à 269 443 F CFA par adulte et par an. On note d'importantes disparités régionales : 21,6% au Centre vivent en dessous du seuil de pauvreté contre 65,9% à l'Extrême Nord (ECAM, 2007).

Avec un indice de développement humain de 0,495 en 2012, le Cameroun est classé 150^{ème} sur 187 pays.

Tableau III: Indice de développement humain en 2012 au Cameroun.

Indice de Développement Humain (IDH)	Espérance de vie à la naissance	Revenu national brut par habitant	IDH ajustés aux inégalités	Durée moyenne de scolarisation (en années)	Durée attendue de scolarisation (en années)	Indice des inégalités de genre	IDH non monétaire
0,495	52,1	2114	0,330	5,9	10,9	0,628	0,520

Source : Rapport sur le Développement Humain 2013 (http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2013_FR.pdf)

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, 201).

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 des femmes dans les postes d'encadrement et de direction (10,1%).

Le réseau de transport 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 en 201x (www.mintp.cm/). En effet, seulement 2,08 % des routes sont bitumées en 2013, les 1168⁶ km de voie ferrée reliant Nkongsamba, Kumba, Douala, Mbalmayo, Yaoundé et Ngaoundéré sont vétustes (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 en eaux profondes (Douala, Limbé et Kribi), trois aéroports internationaux (Douala, Yaoundé et Garoua) et cinq aérodromes (Bafoussam, Bamenda, Bertoua, Maroua et Ngaoundéré).

⁶<http://www.sitrafer.com/fr/en-savoir-plus/63-historique-du-chemin-de-fer-camerounais.html>, 02 Juillet 2010

E. SITUATION COMMUNICATIONNELLE

Le paysage médiatique est en pleine mutation du fait de la libéralisation intervenue dans le secteur. Il est dominé par quatre types de média :

- **audio** : 132 chaînes de radios commerciales, 36 chaînes de radios communautaires (Fichier national de la communication 2012) ;
- **audiovisuel** : une chaîne de télévision nationale bilingue, 42 chaînes de télévision et une centaine d'entreprises de télédistribution.(Fichier national de la communication 2012);
- **écrit** : 600 journaux à publication quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle (Fichier national de la communication 2012) ;
- **cybernétique** : La presse cybernétique est en plein essor et compte plusieurs dizaines de journaux en ligne. Seulement 4 % des populations avaient accès à une connexion internet en 2011 (ANTIC, 2011), dont le réseau se concentre essentiellement dans les grandes agglomérations.

En matière de **télécommunications**, le Cameroun a une capacité de 8 millions de lignes téléphoniques, avec un opérateur de téléphone fixe, quatre opérateurs de téléphonie mobile (mais seulement 34,2 % de la population était connecté au réseau mobile en 2006, MICS II, 2006).

En dehors des moyens de communication mentionnés ci-dessus d'autres sont utilisés : théâtre populaire ou communautaire, contes, saynètes, jeux de rôles, diapo-langage, photo-langage, communication interpersonnelle, publicité et de marketing social, réseaux associatifs, agents relais communautaires, crieurs publics, griots, joueurs d'instruments traditionnels...Sans oublier l'influence grandissante des réseaux sociaux, qui prennent de plus en plus d'ampleur dans notre société aujourd'hui.

Ces différentes formes de communication doivent être étendues et développées pour la promotion des activités de Communication pour le Développement.

F. ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE

1. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le système de santé est organisé en trois niveaux : central, intermédiaire, et périphérique. Le tableau IV résume l'organisation administrative du ministère de la santé l'offre des soins.

Tableau IV: Les différents niveaux du secteur santé

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

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

2. Ressources humaines

En 2010, on compte 1,07 médecins et infirmiers pour 1000 habitants, ce qui est en deçà de la densité minimale définie par l'OMS, soit 23 personnels de santé⁷ pour 10 000 habitants nécessaire pour une offre de services et de soins de santé appropriée (*OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2006*)

Les deux ratios cachent de fortes disparités dans la répartition des ressources humaines entre les différentes régions d'une part et, au sein d'une région, entre la zone rurale et la zone urbaine d'autre part. Ces disparités sont encore plus évidentes entre les grands hôpitaux (Généraux, Centraux, et Régionaux) et les Hôpitaux de Districts de Santé.

⁷Médecins, infirmiers, sage-femmes

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

a. Une gestion peu rationnelle du personnel pour les raisons suivantes :

- missions et profils de poste non clairement définis ;
- inégale répartition du personnel;
- mauvaise évaluation des performances du personnel ;
- Non harmonisation et prise en compte des nouvelles directives dans les curricula de formation du personnel de santé ;
- Non reconnaissance du diplôme de certaines catégories de personnel de santé dans le système LMD

b. Une faible productivité causée par :

- la démotivation du personnel, suite aux baisses drastiques des salaires ;
- la non généralisation de la valorisation de la performance ;
- la discrimination des personnels des formations sanitaires privées dans les actions de renforcement des capacités ;
- les mauvaises conditions de travail (équipements obsolètes et/ou inexistant, etc.) ;
- le développement de l'informel dans le secteur ;
- l'absence d'un système performant d'évaluation du personnel.

c. Un déficit quantitatif et qualitatif ayant pour causes entre autres :

- le gel du recrutement du personnel de 1987 à 2010 dans le secteur Santé ;
- les départs volontaires et/ou obligatoires sans remplacements ;
- la fuite des cerveaux.

3. Ressources financières

Budget de l'Etat

Tableau V: Evolution du budget du MINSANTE de 2009 à 2013 au Cameroun

FINANCEMENT	2009	2010	2011	2012	2013
Budget de l'Etat (milliards de FCFA)	2301,4	2570	2571	2800	3236
Budget de l'Etat alloué au MINSANTE (milliards de FCFA)	113,33	123,701	151,810	151,420	162,448
Proportion du budget du MINSANTE par rapport au budget national (%)	4,92%	4,81%	5,90%	5,41%	5,02%
Accroissement annuel de la proportion du budget du MINSANTE par rapport au budget national(%)		9,15%	22,72%	-0,26%	7,28%

Source : Extrait des lois de finances du Cameroun de 2009 à 2013

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

Les statistiques sanitaires OMS 2013 (données de l'année 2010 révèlent que les dépenses totales en santé représentent 5,1% du PIB. Ces dépenses totales en santé sont constituées à 29,6% des dépenses des administrations publiques pour la santé, et à 70,4% des dépenses privés pour la santé.

Tableau VI: Répartition des sources de financement de la santé

Dépenses totales sur la santé par habitantⁱ	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 dans les dépenses privées (mutuelle de santé, assurance privée, tontine)	5,52

Source : WDI, 2012

A) Equité

Au stade actuel, malgré les efforts du gouvernement 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).

B) Utilisation des ressources

L'organisation et le fonctionnement des formations sanitaires et Services de Santé du Cameroun ne permet pas d'optimiser l'utilisation des ressources mobilisées pour le secteur 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;
- la faible opérationnalité du système de supervision à différents niveaux des services de santé et formations sanitaires ;
- L'insuffisance de monitoring et évaluation des activités à différents niveaux des services de santé et formations sanitaires ;
- l'insuffisance d'un système de contrôle de qualité des soins et services de santé ;
- la faible régulation de la santé par l'Etat.

C) Effets et impacts du secteur

Le tableau ci-dessous indique l'évolution des indicateurs majeurs de santé entre les années 2004 et 2011.

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

Tableau VII: Évolution des indicateurs de santé 2004-2011

Indicateurs	2004	2011
Taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes	29	31
Taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes	74	62
Taux de mortalité juvénile pour 1000 naissances vivantes	75	63
Taux de mortalité infanto-juvénile pour 1000 naissances vivantes	144	122
Indice synthétique de fécondité	5,0	5,1
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	669	782
Espérance de vie à la naissance	54,8*	52,1**

Sources: EDSC-3, 2004 - EDSC-4, 2011, *3^e RGPH 2010, ** PNUD 2013

En 2011, l'utilisation des services de soins préventifs par la population cible reste encore non satisfaisante. En effet, le taux de couverture vaccinale (Penta 3) des enfants de 12-23 mois n'est 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 (EDS-MICS 2011) :

- Le manque d'autonomie décisionnelle (14 %)
- l'inaccessibilité géographique (18 %);
- l'inaccessibilité financière (35 %) ;
- l'automédication
- le recours aux tradi-praticiens ;
- la mauvaise qualité des services (le mauvais accueil, la négligence, les ruptures de stocks de médicaments) ;
- les pratiques socioculturelles (faible perception de la gravité de certaines maladies, etc.) ;
- l'ignorance des soins de santé disponibles.

D) Cadre du partenariat

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.

CHAPITRE II. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME AU CAMEROUN EN JUILLET 2013 ET REVUE DU PLAN STRATEGIQUE 2011-2015

A. Epidémiologie et fardeau du paludisme

B. Performances du Programme

A. EPIDEMIOLOGIE DU PALUDISME AU CAMEROUN ET DEFIS OPERATIONNELS

Le paludisme reste un problème majeur de santé publique au Cameroun. On distingue trois principaux faciès épidémiologiques liés aux variations géo climatiques (faciès soudano-sahélien, la grande savane de plateau intérieur, la grande forêt équatoriale). Les conditions climatiques existantes sont favorables au développement des vecteurs et des parasites. *Plasmodium falciparum* est l'espèce plasmodiale la plus fréquente (97,6%, Quakyi, 2000), secondée par *P. malariae* et *P. ovale*.

1. Vecteurs et transmission

Parmi les 48 espèces d'anophèles (Hervy *et al.*, 1998) observées au Cameroun, 13 sont vecteurs du paludisme. Il s'agit de : *Anopheles gambiaes.s.*, *An. funestus*, *An. mouchei*, *An. arabiensis*, *An. nili*, *An. hancocki*, *An. paludis*, *An. marshalli*, *An. coustani*, *An. wellcomei*, *An. ovengensis*, *An. ziemanni* et *An. pharoensis*.

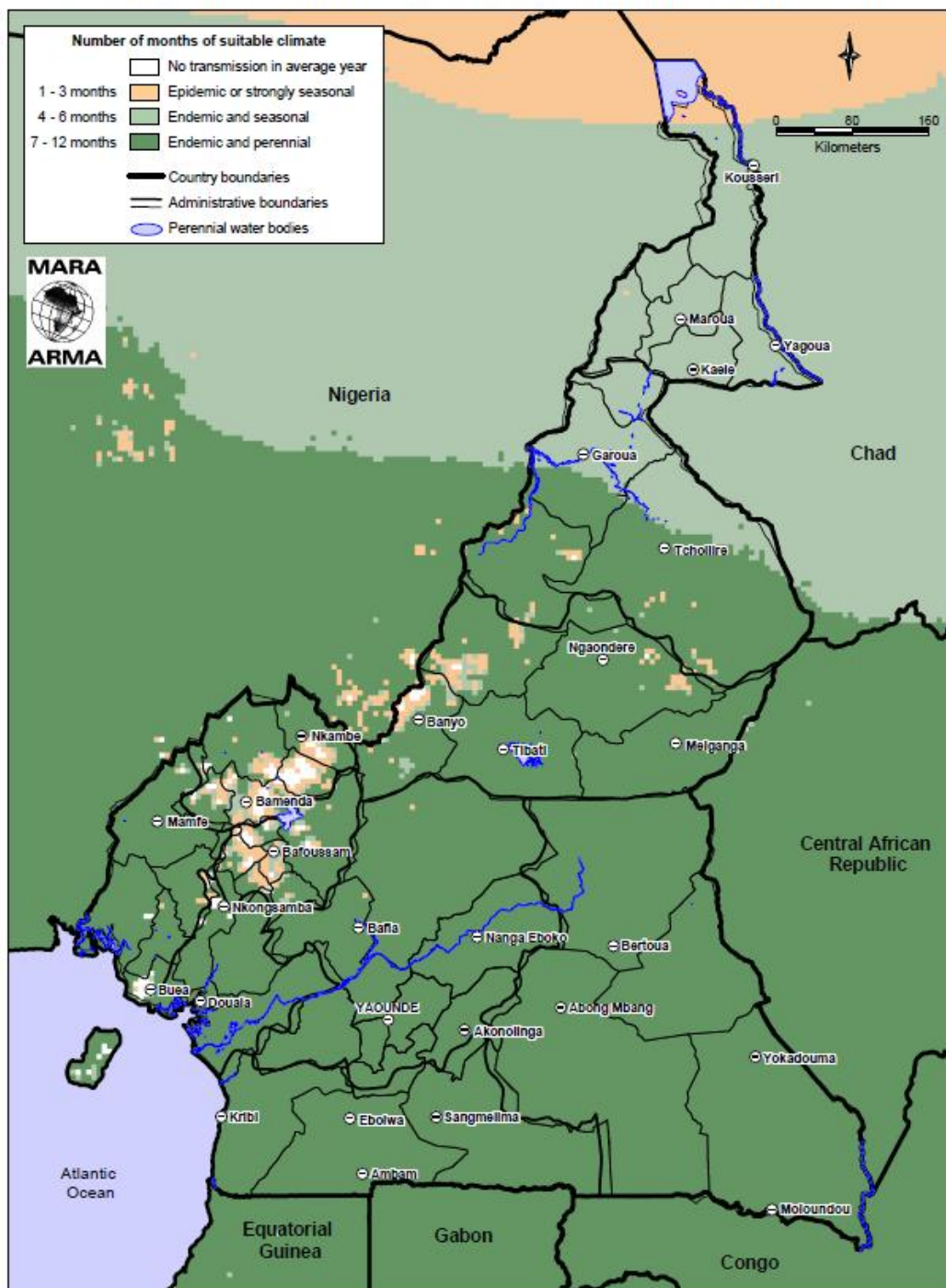
Le complexe *An. gambiae* qui joue un rôle clé dans la transmission du paludisme en Afrique est constitué de 3 vecteurs dont *An. gambiaes.s.*, *An. arabiensis* et *An. melas* (Fondjo, 1996 ; Hervy *et al.*, 1998 ; Fontenille *et al.*, 2000). Cette dernière espèce, présente uniquement dans la côte, n'a cependant pas été retrouvée infectée au Cameroun bien qu'elle assure ailleurs en Afrique la transmission du paludisme (Antonio *et al.*, 2006). La fréquence d'*An. Gambiaes.s.* diminue progressivement de la forêt vers la savane et le sahel, et inversement pour *An. Arabiensis* (PNLP, 2002-2006).

L'espèce *An. gambiaes.s.* se subdivise en deux entités appelées formes moléculaires M et S. La forme M prédomine dans la région littorale (Wondjiet *al.*, 2005 ; Slotman *et al.*, 2006).

La dynamique de la transmission se fait suivant les 3 principales modalités ci-dessous, les quelles sont cartographiées sur la figure 3 :

- ✓ transmission continue dans la zone forestière du sud où les taux d'inoculation sont de l'ordre d'une centaine de piqûres infectantes par homme par mois ;
- ✓ transmission saisonnière longue (6 à 9 mois) dans les zones de l'intérieur du pays (Plateaux de l'Ouest et de l'Adamaoua) : la transmission est intense pendant la période pluvieuse et peut atteindre une vingtaine de piqûres infectantes par homme par mois ;
- ✓ transmission saisonnière courte (3 à 4 mois) dans la zone soudano sahélienne des régions du Nord et de l'Extrême-Nord où les taux d'inoculation sont, durant la courte saison des pluies, en moyenne de 10 piqûres infectantes par homme par mois.

Cameroon: Duration of the Malaria Transmission Season



This map is a product of the MARA/ARMA collaboration (<http://www.mara.org.za>). July 2001, Medical Research Council, PO Box 17120, Congella, 4013, Durban, South Africa
 CORE FUNDERS of MARA/ARMA: International Development Research Centre, Canada (IDRC); The Wellcome Trust UK; South African Medical Research Council (MRC);
 Swiss Tropical Institute, Multilateral Initiative on Malaria (MIM) / Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases (TDR), Roll Back Malaria (RBM).
 Malaria seasonality model: Tanser, F et al. 2001. Paper in preparation. Topographical data: African Data Sampler, WRI, http://www.igc.org/wri/ids/maps/ads/ads_idx.htm.

Figure 1: Durée de la transmission dans les différents faciès

2. Résistance des vecteurs aux insecticides et implications sur la lutte anti vectorielle

Les résultats des travaux réalisés ces dix dernières années indiquent une sensibilité optimale des populations d'*An. gambiaes.l.* aux carbamates et aux organophosphorés. Les populations d'*An. arabiensis* majoritaires dans le domaine tropical sont moins résistantes au DDT que les populations d'*An. gambiaes.s.* Par ailleurs, la résistance au DDT et aux pyréthrinoïdes est observée aussi bien chez les formes moléculaires M et S d'*An. gambiaes.s.* que chez *An. Arabiensis*(Etang, 2003 ; Reimer et al, 2005 ; Etang et al., 2006 ; Fondjo, Unpublished data).

Des études opérationnelles et expérimentales ont indiqué soit une persistance de l'efficacité des moustiquaires imprégnées (Wondjiet al., 2005 ; Chouaïbouet al., 2006), soit une baisse de l'efficacité des moustiquaires (Etang et al., 2004). Il est donc nécessaire de confirmer ces résultats en menant des études opérationnelles dans les communautés.

3. Résistance des parasites aux antipaludiques

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. 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.

Compte tenu de ces résistances du *Plasmodium* aux antipaludiques classiques, la lutte médicamenteuse s'appuie maintenant sur l'utilisation des associations médicamenteuses et surtout, sur les combinaisons à base des dérivés de l'artémisinine (ACT) sur des évaluations d'efficacité thérapeutique (Tableau V). Par conséquent, les monothérapies ont été retirées du marché camerounais en 2006 suivant les recommandations de l'OMS.

Tableau VIII: Efficacité thérapeutique des ACT au Cameroun (2007-2012)

Localité	ASAQ	AL
Ebolowa	93.7%	98.24%

Source : L. Basco et al., 2007

Localité	ASAQ	AL
Njombé	94%	97.67%
Bafang	95.65%	98.24%

Source : R. Moyou et al., 2009

Localité	AQ-SP	AQ	SP
Mutenguene	80.90%	71.20%	70.10%
Yaoundé	81.90%	79.20%	62.50%

Source : Mbatcham et al., 2010

Localité	Artésunate-Méfloquine
Yaoundé	96.60%

Source : F. Tietche et al., 2010

Localité	Malartin (dérivé de l'artésunate)-SP
Dibamba	92.53%

Source : HK Kimbi et al., 2012

4. Morbidité et mortalité liées au paludisme

Le paludisme constitue la première cause de morbidité dans le pays. Bien qu'il existe au Cameroun quelques zones où le paludisme est encore hyper-endémique (surtout en milieu de forêt), le niveau d'endémicité du paludisme s'est stabilisé et est devenu méso-endémique grâce à l'amélioration du mode de vie des populations, aux mesures d'hygiène et d'assainissement et à une plus grande accessibilité aux services de santé. En zone urbaine, le paludisme est hypo-endémique.

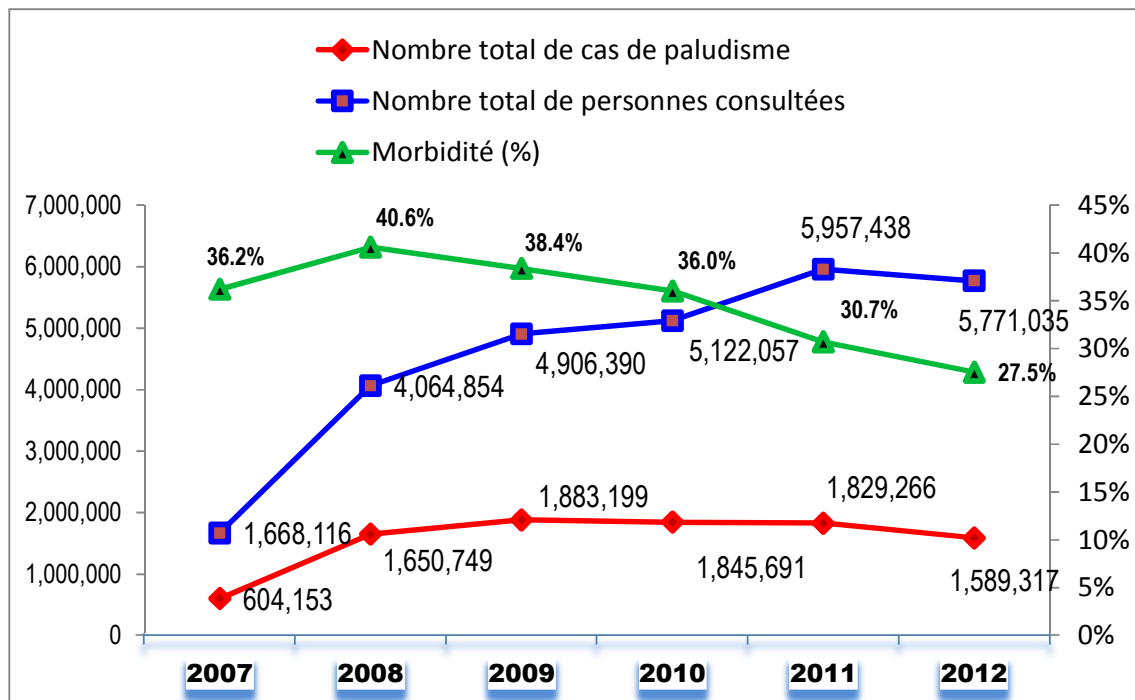


Figure 2: Evolution des cas et de la morbidité liée au paludisme entre 2007 et 2012

Il ressort de cette figure que :

- de 2008 à 2012, la morbidité hospitalière due au paludisme est passée de 41,6% à 27,5% soit une baisse relative de près de 34% ;
- De 2008 à 2009, le nombre de cas de paludisme recensé dans les formations sanitaires a connu une augmentation de 14,08% alors que le nombre de personnes consultées connaissait, une hausse de 20,70% ;
- De 2009 à 2012, on note d'une part une baisse de 15,61% du nombre de cas de paludisme et d'autre part, une augmentation de 17,62% du nombre de personnes consultées, ce qui implique une forte réduction de la morbidité.

Il est à noter qu'une part de la variation observée entre le nombre de personnes consultées et le nombre de cas de paludisme enregistré entre 2007 et les autres années (2008, 2009, 2010, 2011 et 2012) est due à l'amélioration du système de collecte de données.

Les enfants de moins de 5 ans demeurent un groupe vulnérable. En effet, entre 2008 et 2010, la morbidité due au paludisme dans ce groupe a connu une légère réduction mais est restée supérieure à 50%. De 56% en 2008, elle est située à 54% en 2009, à 52% en 2010 puis on note une accélération de la réduction entre 2011 et 2012, allant de 46% à 40%. La diminution absolue de près de 16% enregistrée est encourageante. Elle serait imputable à toutes

les actions entreprises par le gouvernement et ses partenaires en faveur de ce groupe vulnérable (traitement gratuit du paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans depuis février 2011, distribution gratuite des MILDA aux enfants de moins de 5 ans depuis 2005, etc.).

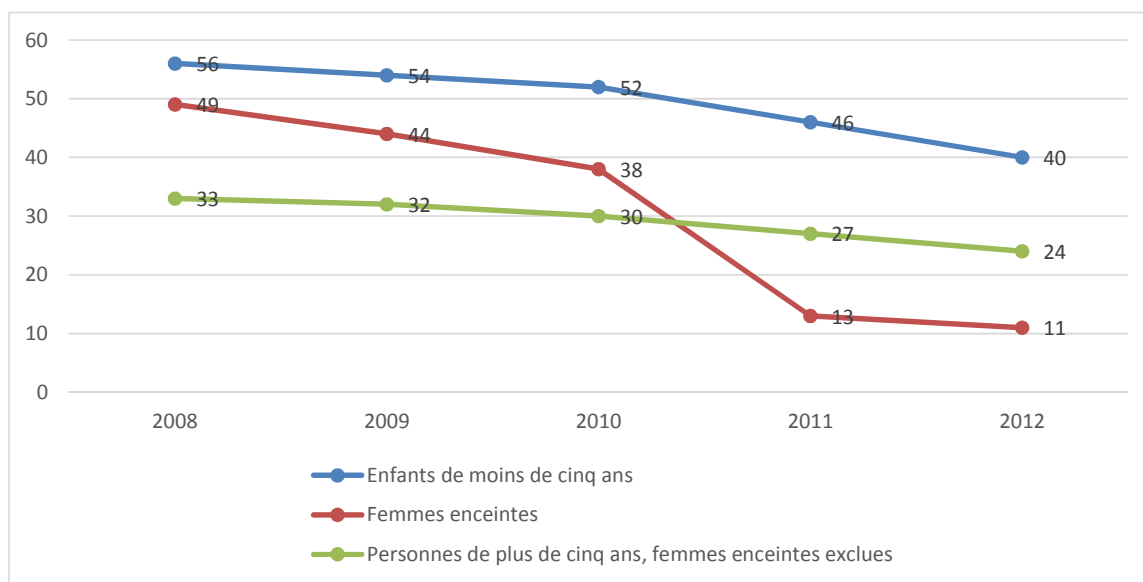


Figure 3: Evolution de la morbidité palustre par groupe cible de 2008 à 2012.

Entre 2008 et 2012, la morbidité palustre chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 56% à 40%, de 49% à 11% chez les femmes enceintes et de 33% à 24% chez les personnes de plus de 5 ans, femmes enceintes exclues. Ces résultats montrent l'efficacité des actions spécifiques de santé publique dont bénéficient ces groupes, à savoir les campagnes de communication de masse, la distribution gratuite des moustiquaires, de la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) pour le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse et la mise sur pied de la gratuité du traitement du paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans depuis février 2011.

En 2012, la mortalité hospitalière liée au paludisme est de 17,55%. Elle est passée de 29% en 2009 à 24% en 2010 puis à 18,36% en 2011. Ces résultats sont largement inférieurs à la mortalité spécifique de 43% enregistrée en 2008. On note une baisse de cinq points entre 2010 et 2012 ; de même qu'entre 2009 et 2010.

B. PERFORMANCE DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

La Revue des Performances du Programme réalisée en 2013 a évalué à mi-parcours le Plan Stratégique national de lutte contre le paludisme 2011-2015.

Ce plan avait les objectifs et les résultats attendus ci-après :

1. Objectifs du PSNLP 2011-2015

Objectif général :

Réduire de 75% d'ici 2015, la morbidité et la mortalité dues au paludisme par rapport à la situation de 2000.

Objectifs intermédiaires :

D'ici 2015 :

- 80% de la population a accès à au moins un moyen de prévention ;
- Au moins 80% des cas de fièvre bénéficient d'un diagnostic et d'un traitement approprié contre le paludisme.

Résultats attendus au terme du PSNLP 2011-2015 :

Prévention

- Au moins 80% de la population dort sous une MILDA d'ici 2015 ;
- Au moins 80% des ménages dans les districts cibles sont couverts par les PID d'ici 2015 ;
- 80% des femmes enceintes ont accès à la prévention contre le paludisme ;
- 80% des populations ont accès à une mesure efficace de lutte antivectorielle ;
- 80% des enfants de moins de cinq ans ont accès à la chimio prophylaxie saisonnière dans les régions ciblées.

Prise en charge des cas

- Au moins 80% des populations bénéficient d'un moyen de diagnostic et de traitement efficace dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre ;
- Au moins 80% des Districts de Santé à potentiel épidémique ont bénéficié d'une riposte adéquate.

Suivi-évaluation

- La promptitude de l'information sanitaire passe de 10 à 80% d'ici 2015 ;
- La complétude de l'information sanitaire passe de 77 à 100% d'ici 2015 ;
- Le score (niveau) de la qualité des données est déterminé et amélioré jusqu'au seuil de 80% en 2015 ;

- La fréquence des supervisions et contrôle de qualité à tous les niveaux est d'au moins 75% d'ici 2015 ;
- Les 4 sites sentinelles et 20 sites satellites sont opérationnels d'ici 2015.

Gestion du programme

- Le taux de mobilisation des ressources nécessaires à la lutte contre le paludisme passe de 21% à au moins 80% d'ici 2015 ;
- Le taux de consommation budgétaire chez les différents partenaires engagés dans la lutte contre le paludisme au Cameroun passe de 38,5% à au moins 80% d'ici 2015 ;
- Le nombre de prestataires mettant en œuvre les directives nationales en matière de lutte contre le paludisme est de 80% en 2015.

Communication pour le développement

- 80% des leaders/décideurs répertoriés, de tous ordres (politique, religieux, traditionnel, culturel, ...), posent des actes en faveur de la lutte contre le paludisme d'ici 2015;
- 80 % des partenaires formels répertoriés, tant nationaux qu'internationaux, s'impliquent dans la lutte contre le paludisme au Cameroun d'ici 2015 ;
- 80 % des OSC et groupes communautaires répertoriés s'impliquent dans la lutte contre le paludisme d'ici 2015 ;
- 100% des régions et des DS commémorent la JMLP chaque année ;
- Au moins 80 % des ménages ont reçu une visite à domicile chaque trimestre ou semestre ;
- 30% de la population a participé à une causerie de groupe au niveau communautaire ;
- Au moins 80% de l'audimat est couvert d'ici 2015 ;
- Au moins 80% des ménages sont exposés aux messages de CIP d'ici 2015 ;
- 80% de la population connaît au moins une méthode de prévention du paludisme ;
- 80% de la population connaît la conduite à tenir dès l'apparition de la fièvre ;
- 80% des femmes en âge de procréer savent qu'il faut prendre le TPI pendant la grossesse ;
- 80 % des ménages et de la population du Cameroun ont adopté les comportements recommandés en matière de lutte contre le paludisme d'ici 2015.

Formation et recherche opérationnelle

- 100% des cibles de formation sont dotés des compétences nécessaires pour la mise en œuvre efficace des interventions ;
- Les connaissances nécessaires à l'adéquation et à l'efficacité des interventions sont disponibles.

Développement du partenariat pour la lutte contre le paludisme

- Le cadre du partenariat dans la lutte contre le paludisme au Cameroun est formalisé d'ici 2015 ;
- Une cartographie dynamique des partenaires est disponible sur support numérique ;
- La coordination permanente des activités de toutes les parties prenantes intervenant dans la lutte contre le paludisme est effective d'ici 2015.

2. PRINCIPAUX RESULTATS ET RECOMMANDATIONS DE LA RPP 2013

Les principaux résultats de la RPP 2013 figurent dans l'aide-mémoire de la Revue en annexe de ce document. Les principales recommandations par axe stratégique sont les suivantes :

DOMAINE THEMATIQUE	RECOMMANDATIONS
Epidémiologie du paludisme	<p>Mettre à jour la stratification des régions sanitaires basée sur la prévalence du paludisme et la répartition des vecteurs ;</p> <p>Envisager la pré-élimination du paludisme dans les régions à faible transmission par la mise à échelle des interventions adéquates ;</p> <p>Renforcer les capacités du personnel du PNLP et des districts ciblés pour détecter et prévenir les épidémies, surtout dans les districts à potentiel épidémique (optimisation des moyens existants : flotte téléphonique, outils de surveillance hebdomadaire des MAPE ; exploration d'autres moyens).</p>
Gestion du programme	<p>Mener un plaidoyer pour le renforcement de la prise en charge gratuite du paludisme simple (comprenant les examens biologiques et le traitement) pour les enfants de moins de cinq ans et pour un traitement à cout minimum du paludisme sévère à l'ensemble de la population;</p> <p>Rendre abordable le traitement du paludisme à travers des mesures compensatoires telles que la subvention par l'Etat ou les partenaires, les tarifs forfaitaires, les mutuelles de santé, le financement basé sur la performance ;</p> <p>Mener un plaidoyer pour l'augmentation et la diversification des sources de financement des activités de lutte contre le paludisme ;</p> <p>Mettre en place des groupes techniques thématiques autour des domaines prioritaires tels que la prise en charge des cas, la lutte anti-vectorielle, la communication pour le développement et la recherche opérationnelle ;</p> <p>Elaborer des feuilles de route avec des résultats contractuels pour les structures décentralisées du PNLP (URLP et Districts) ;</p> <p>Continuer et renforcer la participation aux initiatives transfrontalières de lutte contre le paludisme en collaboration avec l'OCEAC et d'autres partenaires ;</p> <p>Prendre des mesures rigoureuses pour interdire l'importation et la prescription des monothérapies antipaludiques;</p>

DOMAINE THEMATIQUE	RECOMMANDATIONS
	<p>Renforcer l'intégration des interventions de lutte contre le paludisme dans le paquet d'activités à base communautaires ;</p> <p>Réviser la décision créant le CNRBM en y intégrant le secteur privé.</p>
<p>Gestion des achats et des stocks DES INTRANTS DE LUTTE</p>	<p>Envisager après étude, des solutions alternatives dans la gestion des médicaments pour éviter les ruptures et les péremptions en intrants antipaludiques (ACT, SP, Paracétamol et tests biologiques..) dans les FOSA des régions les plus éloignées en impliquant les districts de santé, les transporteurs privés sur base contractuelle ;</p> <p>Mettre à jour la liste des médicaments essentiels pour les intrants antipaludiques ;</p> <p>Mettre en place un système de suivi et de surveillance du marché des intrants antipaludiques dans le secteur privé ;</p> <p>Renforcer le système de quantification des intrants antipaludiques et le suivi des approvisionnements au niveau national, régional et district ;</p> <p>Redéployer les importants stocks de TDR et ACT en voie de péremption dans les FOSA vers d'autres CAPR ;</p> <p>Renforcer les capacités de LANACOME en vue de sa certification par l'OMS pour le contrôle de qualité des intrants antipaludiques.</p>
<p>Prise en charge des cas de paludisme</p>	<p>Sensibiliser les prestataires de soins à l'application effective des directives de prise en charge du paludisme simple (diagnostic biologique systématique, prescription de l'ASAQ, application de la gratuité...) et du paludisme grave ;</p> <p>Renforcer l'implication du secteur privé dans la mise en œuvre de la politique de prise en charge du paludisme (approvisionnement, supervision, contrôle de qualité...) ;</p> <p>Renforcer les capacités des laboratoires en équipements pour le diagnostic du paludisme;</p> <p>Renforcer l'application effective des directives ministérielles portant sur le retrait des monothérapies en impliquant</p>

DOMAINE THEMATIQUE	RECOMMANDATIONS
	<p>les Directions et Ministères concernés;</p> <p>Suivre l'application effective du texte portant sur l'interdiction de prescrire la SP pour la prise en charge des cas de paludisme ;</p> <p>Mettre à échelle le diagnostic biologique et rendre obligatoire la confirmation biologique (par TDR ou microscopie) de tous les cas suspects de paludisme avant le traitement;</p> <p>Mettre en place et rendre fonctionnel un système de contrôle de qualité des examens biologiques (microscopie et TDR) ;</p> <p>Mettre à échelle la prise en charge communautaire du paludisme (PECADOM) prioritairement dans les zones ciblées en vue d'assurer une réduction significative et durable des cas de paludisme ;</p> <p>Mettre en place un système de motivation viable des ASC impliqués dans la PECADOM ;</p> <p>Rendre opérationnel le système de Pharmacovigilance par la collecte et la transmission des notifications relatives aux effets indésirables liés au traitement du paludisme pour action.</p>
Prévention du Paludisme chez la Femme enceinte	<p>Renforcer le système d'approvisionnement des FOSA en SP pour éviter les ruptures artificielles de la SP dans les FOSA;</p> <p>Rendre disponible la SP à tous les postes de consultations prénatales ;</p> <p>Renforcer la gratuité du TPI sur l'ensemble du territoire national en interdisant la vente de la SP dans les formations sanitaires ;</p> <p>Développer des mécanismes d'adhésion des FOSA privées à la stratégie de prévention du paludisme par le TPI.</p>
Lutte contre les vecteurs	Mobiliser les ressources nécessaires pour une campagne de distribution de masse des MILDA prévue pour 2014;

DOMAINE THEMATIQUE	RECOMMANDATIONS
	<p>Assurer une distribution de routine de MILDA lors des CPN et des vaccinations ;</p> <p>Envisager la mise en application des mesures de la lutte anti larvaire (LAL) et des pulvérisations intra-domiciliaires (PID) ;</p> <p>Mobiliser les ressources nécessaires pour la mise en œuvre de la PID surtout dans les régions à potentiel épidémique ;</p> <p>Détruire de manière normative les sachets d'emballage des MILDA et d'insecticides périmés destinés pour la PID (Lambdacyhalothrine périmé en Janvier 2013) ;</p> <p>Utiliser le Bendiocarb (avant sa date de péremption, Avril 2014) qui était destiné aux pulvérisations intra domiciliaires sur financement PPT. Ceci pourrait se faire lors de la mise en œuvre de la PID financée par la Banque Islamique de Développement (BID);</p> <p>Elaborer les directives nationales sur la gestion des résistances des vecteurs aux insecticides.</p>
Formation et recherche opérationnelle	<p>Elaborer un plan de formation et une base des données des personnes formées à tous les niveaux ;</p> <p>Renforcer régulièrement les capacités des personnels de laboratoire en matière de diagnostic biologique, traitement et prévention du paludisme ;</p> <p>Capitaliser les opportunités de formations continues offertes par les initiatives locales (grands hôpitaux etc...) ;</p> <p>Elaborer un manuel unique de formation pour la prise en charge globale du paludisme par niveau d'intervention ;</p> <p>Renforcer les capacités des agents/associations communautaires et des leaders d'opinions en matière de lutte contre le paludisme ;</p> <p>Renforcer les capacités du personnel du PNLP dans les domaines de la recherche opérationnelle (réalisation des études d'efficacité thérapeutique, des études de sensibilité des vecteurs aux insecticides en usage, sur la gestion du</p>

DOMAINE THEMATIQUE	RECOMMANDATIONS
	<p>programme, le suivi et évaluation, la prévention et la prise en charge du paludisme) ;</p> <p>Mettre à jour les curricula des écoles de formation des personnels de santé conformément aux nouvelles directives de lutte contre le paludisme (prévention, diagnostic, traitement...).</p> <p>Identifier les priorités nationales de recherche en matière de lutte contre le paludisme par le PNLP en collaboration avec les Institutions nationales de recherche ;</p> <p>Renforcer les capacités des prestataires de soins en matière de recherche opérationnelle;</p> <p>Réaliser des études sur les domaines prioritaires en collaboration avec les institutions de recherche;</p> <p>Réaliser au moins une fois tous les deux ans des études sur l'efficacité clinique/thérapeutique des intrants utilisés dans la lutte contre le paludisme (ACT et MILDA) ;</p>
Communication pour le développement	<p>Arrimer le budget de la C4D du PNLP aux standards internationaux;</p> <p>Former un nombre suffisant de personnels de santé et d'ASC pour mieux couvrir les communautés et pouvoir les mobiliser dans la lutte contre le paludisme ;</p> <p>Instituer l'organisation des activités de la JMLP jusqu'au niveau décentralisé (district et communauté) ;</p> <p>Adapter les canaux de communication au contexte et aux cibles ;</p> <p>Suivre et évaluer les activités de C4D en faveur de la lutte contre le paludisme ;</p> <p>Explorer des mécanismes de partenariat gagnant-gagnant avec les mass médias pour obtenir une diffusion optimale des messages de promotion de la lutte contre le paludisme.</p>
Surveillance épidémiologique, suivi et évaluation et	<p>Renforcer les capacités des FOSA et des Hôpitaux de référence sur la collecte, l'analyse, l'interprétation continue des données et le suivi des tendances de la morbidité et mortalité palustre à travers des tableaux, graphiques,</p>

DOMAINE THEMATIQUE	RECOMMANDATIONS
prévention des épidémies	<p>diagramme et leurs dissémination ;</p> <p>Rendre fonctionnel les sites de surveillance épidémiologique;</p> <p>Organiser les réunions trimestrielles de contrôle qualité et de validation des données de lutte contre le paludisme à tous les niveaux ;</p> <p>Renforcer les capacités de l'équipe du PNLP et des URLP dans l'analyse et l'utilisation des données, sur la surveillance épidémiologique y compris la gestion des épidémies pour un appui technique efficace aux FOSA ;</p> <p>Dresser des courbes des seuils épidémiques (ou courbes de tendance) pour les districts situés dans les zones à potentiel épidémique ;</p> <p>Mettre en place un plan de préparation et de riposte aux épidémies de paludisme;</p> <p>Créer un bulletin épidémiologique trimestriel ou semestriel répondant aux standards internationaux et le disséminer à travers toutes les URLP et partenaires (électroniquement).</p>

CHAPITRE III. PLAN STRATEGIQUE 2014-2018

A) Cadre stratégique

B) Interventions, stratégies de mise en œuvre et principales activités,

C) Interventions prioritaires principales ,

D) Interventions d'appui

Ce chapitre présente les priorités de la lutte contre le paludisme au Cameroun pour le Plan stratégique de 4^{ème} génération et les axes stratégiques retenus. Pour chacun des axes stratégiques, les objectifs spécifiques, les cibles (résultats attendus), les domaines d'intervention et les approches de mise en œuvre sont énoncés et décrits.

A. CADRE STRATEGIQUE

1. Vision

« Un Cameroun émergent sans paludisme »

2. Mission

Assurer un accès universel aux interventions les plus efficaces de prévention et de prise en charge du paludisme à un coût abordable à toute la population camerounaise, y compris les plus vulnérables et défavorisées.

3. Orientations stratégiques

Au regard des résultats de la RPP, le Cameroun est globalement un pays à haute intensité de transmission qui aspire à la pré-élimination du paludisme sur son territoire. Dans ces conditions, l'orientation stratégique majeure du plan stratégique 2014-2018 s'inscrit dans l'accélération de la mise à échelle des interventions en vue d'une couverture universelle des interventions contre le paludisme, et à la pérennisation des acquis pouvant conduire à un impact durable sur la morbidité et la mortalité dues au paludisme.

L'accès universel au paquet d'interventions sera promu pour faciliter la protection des groupes vulnérables et des populations défavorisées. Les zones à forte densité de populations, les zones à forte endémicité, et les zones à forte transmission saisonnière seront ciblées dans ce sens pour atteindre rapidement les objectifs fixés.

4. Principes directeurs

Le Plan Stratégique 2014-2018 s'inscrit dans les priorités de la politique nationale de santé développée dans la SSS 2001-2015, le PNDS 2011-2015 et le DSCE 2010-2020, avec une articulation sur les objectifs 4, 5 et 6 des OMD, selon les principes directeurs suivants :

- Équité dans l'accès aux soins de qualité

L'accès aux soins de santé de qualité sera garanti à toute la population quels que soient le statut socio-économique et le genre. Ces soins seront assurés à travers une politique d'amélioration de l'accessibilité financière des médicaments, des moustiquaires et autres intrants de lutte contre le paludisme via le marketing social et la mise en place de subventions. L'accès

géographique des soins sera également renforcé par des interventions communautaires, le partenariat avec le secteur privé et la multisectorialité.

- **Gestion Axée sur les Résultats**

L'emphase sera mise sur l'obtention des résultats en veillant à la participation de tous les intervenants, à la définition et l'atteinte des résultats escomptés. La prise de décision reposera sur les évidences et les leçons apprises. La transparence, la probité et la reddition des comptes des gestionnaires des ressources sera renforcée pour assurer la rationalité de leur utilisation et la pérennité des financements.

- **Amélioration de la gouvernance sanitaire**

La responsabilisation des prestataires de soins sera renforcée à travers l'instauration d'une culture du « rendre compte ». La participation active des populations bénéficiaires sera aussi renforcée et des enquêtes de satisfaction seront régulièrement menées pour une meilleure prise en compte de leurs attentes dans la lutte contre le paludisme. La décentralisation du Programme sera accentuée à travers une meilleure implication des collectivités locales, des communautés et la planification participative. Des mécanismes garantissant la visibilité et le contrôle seront mis en place à tous les niveaux afin de renforcer la transparence dans la gestion du Programme.

- **Complémentarité et synergie**

L'appui des différents secteurs et parties prenantes (administrations apparentées, partenaires techniques et financiers, société civile, associations professionnelles, organisations confessionnelles, organisations à base communautaire, ménages, tradipraticiens, secteur privé à but lucratif) est impératif pour adresser les causes sous-jacentes liées à la forte morbidité et mortalité dues au paludisme.

La recherche de synergie d'actions avec les autres Directions et Programmes du Ministère de la Santé Publique, les partenaires d'appui et les autres secteurs de développement guidera la mise en œuvre de ce Plan Stratégique pour une efficience des interventions et la rationalisation des ressources engagées.

- **Droits de l'Homme et promotion du genre**

Le renforcement de l'approche genre et de l'approche basée sur les droits de l'Homme dans la programmation et la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme est essentiel pour assurer l'équité en faveur des plus vulnérables.

5. BUT

Le but de ce Plan Stratégique est de contribuer à l'amélioration de la santé des populations du Cameroun par la réduction du poids de la maladie et du fardeau socio-économique dû au paludisme.

6. OBJECTIFS

a) OBJECTIF GENERAL

Réduire de 75 % d'ici à 2018, la mortalité et la morbidité dues au paludisme par rapport à la situation de 2000.

b) OBJECTIFS SPECIFIQUES

Prévention

- Amener au moins 80% de la population à dormir sous la Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action ;
- Protéger au moins 80% des populations à risque des zones cibles avec les PID d'insecticides à effet rémanent ;
- Protéger au moins 80% des femmes enceintes par le Traitement Préventif Intermittent conformément aux directives nationales ;
- Protéger au moins 80% des enfants de 03 à 59 mois dans les zones ciblées par la chimio prévention saisonnière du paludisme.

Prise en charge des cas

- Tester au moins 80 % des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires et dans la communauté par la goutte épaisse ou le Test de Diagnostic Rapide ;
- Traiter 100% des cas de paludisme confirmés, conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté ;
- Rendre disponible de façon permanente les intrants antipaludiques dans 100% des structures sanitaires et dans la communauté.

Gestion du programme

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

Suivi-Evaluation, surveillance épidémiologique et riposte

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

Communication pour le Développement

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

Formation et recherche opérationnelle

- Amener au moins 80% des professionnels de santé et 100% des acteurs communautaires et professionnels des médias ciblés à mettre en œuvre les activités de lutte contre le paludisme conformément aux directives nationales ;
- Renseigner au moins 80% des indicateurs à travers les résultats probants issus de la recherche opérationnelle.

B. INTERVENTIONS, STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE ET PRINCIPALES ACTIVITES

Au terme de l'analyse de la revue du Plan Stratégique 2011-2015, les priorités en termes d'axes stratégiques principaux et d'appui, d'interventions à implémenter ont été définies. La prévention et la prise en charge ont été retenues comme les deux axes stratégiques principaux.

Quatre axes stratégiques d'appui ont été retenus. Il s'agit de la Communication pour le Développement, de la Formation et de la Recherche, de la Gestion du Programme, du Suivi-Evaluation et de la Surveillance épidémiologique. Pour chaque axe stratégique, les priorités, les cibles, les interventions, les stratégies de mise en œuvre et les principales activités seront énoncées.

C. INTERVENTIONS PRIORITAIRES PRINCIPALES

AXE STRATEGIQUE 1 : PREVENTION

Cible 1.1. : D'ici 2018, au moins 80 % de la population dort sous la Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action.

Intervention 1.1.1. : Distribution de masse des MILDA

Approche de mise en œuvre :

Les MILDA seront distribuées gratuitement en campagne de masse à toute la population. La disponibilité des MILDA sera assurée à travers l'organisation des campagnes de masse, et les interventions ponctuelles des partenaires impliqués dans la lutte contre le Paludisme. Deux campagnes nationales de distribution des MILDA vont être organisées respectivement en 2015 et en 2018.

La stratégie de quantification sera de 1 MILDA pour 1,8 personne lors des campagnes, pour espérer atteindre la couverture universelle qui est de 1 MILDA pour 2 personnes. Les ménages dénombrés par les membres des Organisations à Base Communautaire (OBC), recevront des tickets qui seront échangés contre la MILDA pendant la distribution. Une campagne « hang up » (d'installation et d'utilisation des MILDA) sera systématiquement organisée immédiatement après la campagne de distribution. Afin d'évaluer l'utilisation effective de la MILDA dans la communauté, une enquête post-campagne sera organisée dans un délai d'au moins 6 mois après chaque campagne de distribution des MILDA.

Les distributions ponctuelles des MILDA par les partenaires seront encouragées.

Intervention 1.1.2. : Distribution de routine des MILDA

Approche de mise en œuvre :

Les MILDA seront distribuées gratuitement aux femmes enceintes pendant les CPN et aux enfants ayant complété leur calendrier vaccinal pendant les activités du PEV/CPS.

En effet, les MILDA seront également distribuées en routine lors des consultations prénatales (1 MILDA par femme enceinte), les séances de vaccination (SASNIM, CARMMA) et les visites à domicile.

Cible 1.2. : D'ici 2018, Au moins 80 % des populations à risque des zones d'intervention ciblées sont protégées par la PID avec des insecticides à effet rémanent.

Intervention 1.2.1.: Pulvérisation intra-domiciliaire

Approche de mise en œuvre :

Les pulvérisations intra-domiciliaires (PID) seront mises en œuvre dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord où la transmission du paludisme est fortement saisonnière et dans certains districts de santé où la résistance des vecteurs aux pyréthrinoides est observée. Les insecticides de la famille des carbamates seront utilisés pour faire face à la résistance des vecteurs du paludisme aux pyréthrinoides.

Par ailleurs, les capacités techniques et logistiques des districts de santé cibles seront renforcées pour leur permettre de conduire efficacement cette activité. Les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) seront encouragées à entreprendre la PID. Le Ministère de la Santé Publique assurera dans ce cas le rôle de supervision et d'évaluation.

Cible 1.3. : D'ici 2018, au moins 80 % des femmes enceintes reçoivent le traitement préventif intermittent conformément aux directives nationales.

Intervention 1.3.1: Administration de la Sulfadoxine–Pyriméthamine aux femmes enceintes pendant les CPN

Approche de mise en œuvre : Malgré la gratuité du TPI pour les femmes enceintes au Cameroun depuis 2007, seulement 35% des femmes enceintes ont pris au moins deux doses de TPI durant leur dernière grossesse selon EDS-MICS 2011.

Conformément aux nouvelles directives de l'OMS (2013), le traitement préventif intermittent sera administré aux femmes enceintes à partir du quatrième mois de grossesse, puis à chaque CPN espacée d'au moins 1 mois.

Pendant les CPN et lors des campagnes de masse (MILDA, CARMMA et SASNIM), la TPI sera systématiquement administrée par le personnel formé. La sensibilisation des ménages à l'utilisation du TPI interviendra pendant des campagnes et les activités continues de communication. L'implication des leaders d'opinion sera promue par le plaidoyer. La sensibilisation des femmes à la prise du TPI s'effectuera pendant les campagnes et les activités continues de communication interpersonnelles (visites à domicile par les ASC), les mass-médias, etc. La mobilisation sociale au niveau communautaires sera assurée par le partenariat avec le MINPROFF, le MINAS et la société civile. Les prestataires de soins seront formés et accompagnés pour assurer l'intégration du TPI dans le paquet d'activité pour la femme enceinte (PTME,...). Un système de récompense des prestataires les plus performants en termes d'accueil, de conseils et de respect de la politique nationale du TPI sera mis en place, d'abord dans des districts pilotes, puis mis à l'échelle, ainsi que les initiatives telles que Performances Based Financing (PBF) de la Banque Mondiale pour améliorer la couverture.

La gestion de la SP dans les CAPR et les formations sanitaires fera l'objet de supervisions et de contrôles réguliers ; par ailleurs des actions de démantèlement des circuits de ventes parallèles de la sulfadoxine/pyriméthamine seront renforcées.

Cible 1.4. : D'ici 2018, Au moins 80% des enfants de 03 à 59 mois des zones ciblées reçoivent la chimio prévention saisonnière du paludisme.

Intervention 1.4.1.: Chimio-prévention saisonnière du paludisme chez les enfants de 03 à 59 mois

Approche de mise en œuvre :

La chimio-prophylaxie saisonnière chez les enfants de moins de cinq ans sera mise en œuvre dans les régions à transmission saisonnière du paludisme. Il s'agit notamment des régions de l'Extrême Nord, et du Nord du Cameroun où il y a risque d'épidémie durant la saison pluvieuse. Chaque année on a observé une recrudescence des cas de paludisme dans ces régions avec des conséquences néfastes. Pendant la période de ce plan stratégique, il sera mis en place la chimio prévention saisonnière (pendant les saisons de haute transmission du paludisme) pour les enfants de 03 à 59 mois à base de la combinaison de SP+ Amodiaquine. Pendant la période de forte transmission (3 à 4 mois maximum) chaque enfant de 03 à 59 mois recevra une dose curative de l'association SP + Amodiaquine une fois par mois pendant les 3 mois à 4 mois.

Selon les directives de l'OMS compte tenu de l'administration de la combinaison SP/Amodiaquine, l'ASAQ ne sera plus utilisé pour le traitement des cas de paludisme simple chez les enfants de moins de cinq ans dans ces régions. Pour cela, le traitement du paludisme simple chez ceux-ci reposera sur l'administration de l'ArtémétherLuméfantrine.

Pendant cette période, il sera nécessaire de mener des études pour confirmer la période de forte transmission ainsi que l'efficacité de SP + Amodiaquine pour la chimio prévention chez les enfants de moins de cinq ans.

AXE STRATEGIQUE 2 : PRISE EN CHARGE DES CAS

Cible 2.1. : D'ici 2018, au moins 80 % des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires et dans la communauté sont testés par la GE ou le TDR.

Intervention 2.1.1.: Diagnostic biologique par la GE et/ou le TDR des cas suspects de paludisme.

Approche de mise en œuvre :

La directive nationale recommande un diagnostic biologique systématique pour tous les cas de fièvre. Le diagnostic est fait dans les formations sanitaires par le personnel de santé ou à

domicile par les agents de santé communautaire. Pour assurer le succès de cette intervention, on devra veiller à un approvisionnement régulier en microscopes fonctionnels ; réactifs de laboratoire, Tests de Diagnostics Rapide (TDR) et autres consommables de laboratoire (coton, gants, alcool.).

Concernant l'approvisionnement en Tests de Diagnostic Rapide, les TDR contenant un seul diluant ont été utilisés jusqu'à présent, limitant l'accès aux TDR pour les patients désirant effectuer eux même leur test avant de prendre un antipaludique. Pour faire face à cette situation, des commandes de TDR avec diluant individuel seront effectuées. On devra assurer la formation et le recyclage des tous les agents concernés au diagnostic du paludisme. On devra enfin veiller à la qualité des TDR selon les scores établis par le programme OMS/FIND/CDC/TDR et la qualité des résultats du diagnostic biologique.

Cible 2.2.: D'ici 2018, 100% des cas de paludisme confirmés, sont traités conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté ;

Intervention 2.2.1.: Traitement des cas de paludisme confirmés dans les formations sanitaires et la communauté conformément aux directives nationales.

Approche de mise en œuvre

Les combinaisons Amodiaquine-Artésunate (AS-AQ) et Artéméther-Luméfantrine (AL) sont actuellement les molécules recommandées respectivement en première et deuxième intention pour le traitement des cas de paludisme simple. Néanmoins, pour les régions à forte transmission saisonnière où sera mise en œuvre la chimioprévention du paludisme saisonnier avec la combinaison Amodiaquine + Sulfadoxine-Pyriméthamine, l'AL sera utilisée en première intention pour le traitement des cas de paludisme simple au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire.

Concernant le paludisme grave, l'artésunate injectable a été adopté comme traitement de première ligne en Mai 2013. La quinine injectable vient en deuxième intention et l'artémétherin en cas de contre-indication de la quinine.

Intervention 2.2.2.: PCIME Communautaire (Intégration PECADOM-PCIME)

Approche de mise en œuvre :

La Mise à échelle de la PECADOM va s'intégrer dans la mise en œuvre de la PCIME communautaire (Pneumonie, Paludisme, Diarrhée, Rougeole, Malnutrition, VIH/SIDA, etc.). Les formations, et la gestion des intrants (CTA, Antibiotiques, SRO/Zinc, TDR, etc.) seront faites en collaboration avec la Direction de la Santé Familiale (DSF) en vue d'assurer une réduction significative de la mortalité infanto juvénile. Le guide national d'intégration des interventions sous

directives communautaires validé en 2013 avec l'appui de l'OMS et de l'UNICEF détaille les mécanismes de mise en œuvre.

La PCIME communautaire ciblera en priorité les zones éloignées des structures sanitaires ou enclavées. La sélection des sites, la planification des activités, la formation des ASC, l'équipement, la dotation en intrants et la supervision constituent les éléments essentiels de la mise en œuvre de la PCIME communautaire. Conformément aux orientations du guide national d'intégration des interventions sous directives communautaires, environ 22 000 ASC (1 ASC pour 1000 habitants) seront formés, équipés et supervisés pour assurer la prise en charge communautaire des maladies de l'enfant dans les 1749 aires de santé que compte le pays.

Intervention 2.2.3.: Renforcement du système de pharmacovigilance

Approche de mise en œuvre :

Un état des lieux ressortant la situation du système national de pharmacovigilance sera effectuée. Les outils de collecte et de transmission des données sur la pharmacovigilance existent mais ne sont pas régulièrement utilisés. Le système national de pharmacovigilance existant sera amélioré par le renforcement des capacités des prestataires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire au remplissage des outils de notification des événements indésirables liés à la prise des médicaments antipaludiques.

Les prestataires seront également formés au circuit de remonté des fiches de notification des événements indésirables.

Les aspects liés à la pharmacovigilance seront intégrés dans les grilles de supervision du PNLN. Les aspects liés à la pharmacovigilance seront intégrés au plan de communication du PSNLN.

D. INTERVENTIONS D'APPUI

Quatre axes stratégiques d'appui ont été retenus dont la Communication pour le Développement, la Formation et Recherche, la Gestion du Programme, le suivi évaluation et la surveillance épidémiologique. Pour chaque axe stratégique d'appui, les priorités, les cibles, les interventions, les stratégies de mise en œuvre et les principales activités seront énoncées.

AXE STRATEGIQUE 3 : COMMUNICATION POUR LE DEVELOPPEMENT

Cible 3.1. : D'ici 2018, Au moins 80% des leaders/décideurs répertoriés, de tous ordres (politique, religieux, traditionnel, culturel, ...) s'engagent en faveur de la lutte contre le paludisme.

Cible 3.2. : D'ici 2018, Au moins 80 % des partenaires répertoriés, tant nationaux qu'internationaux sont impliqués dans la lutte contre le paludisme au Cameroun.

Intervention 3.1.1.: Plaidoyer

Approche de mise en œuvre :

Les actions de plaidoyer seront menées en direction des leaders d'opinions de tous ordres (politiques, religieux, traditionnels, culturels, y compris des organes de presse), les partenaires et le secteur privé pour obtenir leur adhésion et leurs contributions de toute nature pour la lutte contre le paludisme au Cameroun.

D'autres activités seront planifiées et menées tant au niveau national qu'au niveau international pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le paludisme.

Il sera également question d'organiser les Journées Mondiales de Lutte contre le Paludisme au niveau central, régional, district de santé, aires de santé et de la communauté. La supervision des activités de plaidoyer sera renforcée à tous les niveaux.

Cible 3.3. : Au moins 80 % des OSC et groupes communautaires répertoriés sont impliqués dans la lutte contre le paludisme.

Cible 3.4. : Au moins 80 % des communautés se sont appropriés et utilisent les interventions de lutte contre le paludisme.

Intervention 3.3.1.: Communication pour le changement de comportement (CCC)

Approche de mise en œuvre :

La CCC vise à amener la population camerounaise y compris les personnes réticentes, à adopter des comportements en faveur de la lutte contre le paludisme. Les approches de mise en œuvre suivantes ont été retenues :

La communication mass média

- Cartographier le spectre de l'exposition effective aux mass media, aux organes respectifs et aux canaux communautaires -mise à jour de la cartographie du spectre mass media; exploration & analyse de l'effectivité de la couverture des communautés, des profils de cible, des prototypes des résistants et déviants) ;

- concevoir, produire et diffuser des supports variés correspondant aux cibles selon leurs modes de vie. Organiser un atelier de conception de messages dans le but d'élaborer un concept général de lutte contre le paludisme.

La communication interpersonnelle

Les activités de communication interpersonnelle (visites à domicile, causeries éducatives, counselling) seront menées sur toute l'étendue du territoire national par le biais des associations/organisations à base communautaires. Ces activités seront fréquemment supervisées pour assurer la mise en œuvre correcte des activités de communication.

Les critères de sélection des associations chargées de mener les activités de lutte contre le paludisme à tous les niveaux seront définis. Au moins une OBC sera sélectionnée par communauté sur toute l'étendue du territoire national. Leurs capacités seront renforcées. Elles mèneront une visite à domicile par trimestre et des causeries éducatives couvriront 30% de la population au moins selon les orientations et un plan d'action consensuel. Elles véhiculeront les messages contenus dans les supports de communication qui leur seront remis. Le suivi des activités des associations se fera à travers des supervisions à fréquence régulière.

Intervention 3.3.2.: Mobilisation sociale

Approche de mise en œuvre :

A travers la mobilisation sociale, les groupes communautaires (associations de tous ordres) vont s'impliquer dans la lutte contre le paludisme en vue de l'appropriation de la lutte contre le paludisme par la communauté. Ils vont planifier, mettre en œuvre et évaluer les activités de lutte contre le paludisme. Les principales activités à mener sont :

- Elaborer une cartographie de groupes réticents (pêcheurs, agriculteurs...);
- Sélectionner les associations et groupes communautaires ;
- Renforcer leurs capacités en communication pour le développement ;
- Renforcer l'implication des groupes organisés ;
- Accompagner les communautés (y compris les groupes réticents) en vue de leur appropriation des activités de lutte contre le paludisme.

Cible 3.5.: D'ici 2018, Au moins 80% des prestataires des formations sanitaires offrent les prestations subventionnées et/ou gratuites dans le cadre de la lutte contre le paludisme.

Intervention 3.5.1.: Marketing social et partenariat

Le PNLP développera des approches visant l'utilisation en permanence des intrants de lutte contre le paludisme (MILDA, PID, ACT, TDR, SP) par la population. On devra :

- élaborer une stratégie de marketing des services CCC, PECADOM, SP, PID et MILDA auprès des prestataires traditionnels ;
- former deux personnes pour chacune des 1 749 aires de santé, deux responsables du staff des OSC au marketing des services et produits PNLP ;
- susciter des rencontres de promotion de la demande et de la prestation des services avec des assemblées communautaires inclusives, réunissant les leaders (chefs traditionnels, religieux chefs d'OBC/associations de femmes, chefs de famille), les ASC et les prestataires traditionnels (matrones, accoucheuses, tradi-thérapeutes) et/ou les résidents;
- mener des activités de marketing des produits et services PNLP auprès des prestataires y compris traditionnels ;
- former et doter des prestataires traditionnels pour l'offre des services de la réponse paludisme.

AXE STRATEGIQUE 4 : FORMATION ET RECHERCHE

Cible 4.1.: D'ici 2018, 100% des professionnels de santé et 100% des acteurs communautaires et professionnels des média ciblés mettent en œuvre les activités de lutte contre le paludisme conformément aux directives nationales

Intervention 4.1.1.: Formation des professionnels de santé, acteurs communautaires et professionnels des média

Approche de mise en œuvre :

Le présent plan stratégique mettra un accent pour ce qui concerne son volet formation, sur l'harmonisation des documents de formation, la prise en compte de la lutte contre le paludisme dans les curricula de formation en collaboration avec les institutions de formation, la mise en place et la mise à jour régulière d'une base de donnée des personnes formées à différents niveaux et dans différents secteurs. Il s'agira aussi de mener des actions en vue de renforcer régulièrement les capacités du personnel du programme, des prestataires des soins et ceux du niveau communautaire pour une prise en compte adéquate des nouvelles directives de lutte contre le paludisme en ce qui concerne les domaines relatifs à l'homme, au parasite et au vecteur.. Les

aspects de la lutte contre les autres maladies et la promotion de la santé (PCIME, SONEU,...) seront également intégrés. Les supervisions seront organisées pour s'assurer de l'application des directives.

Cible 4.2. : D'ici 2018, au moins 80% des indicateurs sont renseignés à travers les résultats probants issus de la recherche opérationnelle.

Intervention 4.2.1.: Recherche opérationnelle

Approche de mise en œuvre :

La recherche opérationnelle dans le présent plan stratégique mettra un accent sur l'identification des priorités nationales de recherche en ce qui concerne la lutte contre le paludisme, le renforcement des capacités des intervenants en matière de recherche opérationnelle, l'implication des instituts et organisations dans la réalisation des études et la mise en œuvre des études d'efficacité thérapeutiques et de la sensibilité des vecteurs aux insecticides. Il s'agira aussi de créer des sites d'études vaccinales et de recherches démographiques. La mise en place d'une plateforme pour le partage régulier des données en vue de leur valorisation. Ces interventions viseront l'efficacité des interventions et leur adaptation à l'évolution de la situation épidémiologique en se basant sur des évidences scientifiquement générées.

AXE STRATEGIQUE 5 : SUIVI –EVALUATION, SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET RIPOSTE

Cible5.1.: D'ici 2018, au moins 80% des intervenants (FS, ASC) transmettent à temps des données de qualité sur la lutte contre le paludisme conformément aux directives nationales;

Cible 5.2.: D'ici 2018, au moins 80% des intervenants prennent des décisions sur la base des données collectées ;

Intervention 5.1.1.: Renforcement du système de suivi et évaluation des interventions

Approche de mise en œuvre :

Les activités de M&E permettront de suivre et évaluer la mise en œuvre du plan stratégique. Les différents indicateurs, les outils, les méthodes de collecte des données, les cibles, les moyens de vérification, les canaux de transmission et les échéances de collecte, les méthodes d'analyse des données seront adoptées dans le cadre de l'élaboration du plan de M&E du présent plan stratégique.

Le PNLP poursuivra l'amélioration de la qualité des données, de la régularité et de la célérité de leur analyse et de leur transmission ainsi que la prise de décision à tous les niveaux en organisant

des réunions de validation des données à tous les niveaux, les missions de contrôle de la qualité des données en appuyant financièrement la collecte et la transmission de ces données. Il va participer à l'effort de mise en place d'un système intégré d'information sanitaire et de riposte en appuyant techniquement et financièrement le système national d'information sanitaire.

Cible 5.3. :D'ici 2018, au moins 95% des indicateurs de lutte contre le paludisme sont renseignés;

Intervention 5.3.1.: Suivi – Evaluation

Approche de mise en œuvre:

Le suivi consistera à la collecte et l'analyse systématique des informations au fur et à mesure de la mise en œuvre du PSNLP afin d'améliorer son efficacité. L'évaluation visera à mesurer les progrès enregistrés dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme. Le suivi sera mis en œuvre par la collecte systématique des données à travers le système national d'informations sanitaire (SNIS) et le SIMR, leur analyse, leur interprétation. La collecte des données s'effectuera à l'aide des outils harmonisés et adaptés, conçus par la cellule des informations sanitaires (CIS/DEP) du Ministère de la Santé Publique. Le PNLP participera à la production des outils harmonisés et validés. Les données complémentaires qui ne seront pas collectées à travers le canevas de routine du SNIS, seront collectées dans des formulaires spécifiques conçus par le PNLP et des fiches d'enquêtes. L'analyse des données s'effectuera à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et de la société civile. Un plan de diffusion des données sera élaboré et mis à disposition des acteurs à tous les niveaux. Les supervisions et contrôles réguliers seront organisés.

L'évaluation sera mise en œuvre par la mesure périodique des indicateurs de résultats et d'impact du programme par l'intermédiaire des grandes enquêtes (EDS, MICS, MIS) ainsi que par les données du SNIS.

L'évaluation finale du Plan Stratégique se fera au cours d'une revue de performance du programme (RPP) qui utilisera entre autres les résultats de ces grandes enquêtes de couverture. Cette évaluation finale sera conduite avec des experts internationaux et nationaux à la fin du PSNLP.

Cible 5.4. : D'ici 2018,100% des épidémies et situations d'urgence sont détectées précocement ;

Intervention 5.4.1.: Renforcement de la Surveillance épidémiologique

Approche de mise en œuvre :

- **Renforcement de la surveillance de routine du paludisme**

Le paludisme fait partie du système de surveillance intégré des maladies et riposte (SIMR). La collecte et l'analyse des données de routine, et l'interprétation se font à des degrés divers à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La gestion des données est hebdomadaire par le système de surveillance des maladies à potentiel épidémique (MAPE) d'une part, et mensuelle par le rapport mensuel d'activité « RMA » d'autre part. La formation ou le recyclage de tous acteurs en charge de la gestion des données à tous les niveaux de la pyramide et l'approvisionnement régulier en outils de collecte permettra d'améliorer le système. Par ailleurs, le PNLN va renforcer l'utilisation du téléphone et de l'internet pour la transmission des données dans le SIMR.

- **Rendre opérationnel les sites sentinelles**

Un site sentinelle est une unité fonctionnelle de surveillance épidémiologique et de recherche opérationnelle couvrant une entité géographique représentative d'un faciès épidémiologique. La surveillance sentinelle est la collecte et l'analyse de données par des formations sanitaires sélectionnées en fonction de leur emplacement géographique, leur spécialité médicale et leur capacité à poser des diagnostics exacts de la maladie et à dresser des rapports de données de qualité. En outre, Un site sentinelle est une unité fonctionnelle de surveillance épidémiologique et de recherche opérationnelle couvrant une entité géographique représentative d'un faciès épidémiologique.

- L'opérationnalisation des sites sentinelles et satellites créés en 2008 se déroulera selon les volets chronologiques suivants L'identification et l'affectation du personnel qualifié ; Un atelier de formation réunissant les différents responsables et informateurs des sites pour adopter les différents modes opératoires (définitions opérationnelles, modalités de recueil, transmission et analyses des données) et programmer des activités
- Un stage de formation au logiciel de gestion des données pour les responsables du PNLN au niveau central et régional en charge de la surveillance et les agents chargés de statistiques sanitaires au niveau de chaque site ;

- La mise à niveau technique des sites sentinelles par la fourniture des équipements et des consommables ;
- La supervision et le contrôle de qualité, selon un rythme mensuel ou trimestriel
- La formation et le recyclage périodique des techniciens de laboratoire de sites ;
- Analyse hebdomadaire, mensuelle et trimestrielle des données transmises par ces sites sentinelles et rétro- information;
- La mise en œuvre des études d'efficacité thérapeutique et la pharmacovigilance des antipaludiques, sur la transmission, la résistance des vecteurs aux insecticides ;

Cible 5.5.: D'ici 2018, 100% d'épidémies et situations d'urgence sont contrôlées dans les deux semaines suivant leur détection.

Intervention 5.5.1.: Riposte aux épidémies

Approche de mise en œuvre :

Un plan de préparation de la riposte aux épidémies sera élaboré. Ce plan tiendra compte du contexte spécifique de la zone, des stratégies de réponse, de l'approvisionnement en intrants qui seront pré positionnés à tous les niveaux. Les intervenants seront formés à la détection, à l'investigation et à la prise en charge de l'épidémie. Cette formation théorique et pratique prendra en compte tous les aspects liés à la détection, gestion, surveillance et prévention des épidémies de paludisme ainsi que la communication. Les seuils épidémiques seront calculés par DS.

En cas de suspicion d'épidémie par les professionnels de santé ou toutes autres sources, une investigation à l'aide des outils adaptés sera menée pour infirmer ou confirmer l'épidémie. Pendant l'épidémie tous les cas diagnostiqués seront pris en gratuitement à l'aide des protocoles en vigueur adoptés par le PNLP.

Un comité de coordination sera mise en place à tous les niveaux sous le leadership de l'autorité administrative. Des réunions hebdomadaires seront organisées chaque semaine pour évaluer l'efficacité des mesures mises en place et discuter sur les tendances et des réajustements appropriés à faire.

AXE STRATEGIQUE 6 : GESTION DU PROGRAMME

Cible 6.1.: D'ici 2018, au moins 80% des activités programmées à tous les niveaux du système de santé sont réalisées.

Interventions 6.1.1.: Planification

Approche de mise en œuvre :

Au cours la période couverte par le présent plan stratégique, le PNLP se propose d'intégrer la planification au centre du management de la lutte contre le paludisme. Il s'agira particulièrement de :

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

Les activités retenues pour le déploiement de cette intervention sont :

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

Intervention 6.1.2.:Coordination et coopération

Approche de mise en œuvre :

Des réunions de coordination, sous le leadership du PNLP, entre les différents intervenants à différents niveaux de la pyramide sanitaire seront organisées. Il sera mise en place des comités de pilotage des différents projets de lutte contre le paludisme impliquant le PNLP, le partenariat RBM et les institutions en charge de la mise en œuvre.

Les différentes parties prenantes de la lutte contre le paludisme au Cameroun seront mises en réseau d'échange.

Cible 6.2.: D'ici 2018, Au moins 80% des fonds nécessaires pour la mise en œuvre du plan stratégique sont mobilisés.

Intervention 6.2.1.: Mobilisation des ressources financières

Approche de mise en œuvre :

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

Pour ce qui est des initiatives communes, le développement des mutuelles de santé, la gratuité et la subvention des services et intrants sont les principaux axes susceptibles d'améliorer le financement de la lutte contre le paludisme.

Il s'agira dans le cadre des mutuelles de santé que, le PNLP, veille à l'inscription du paludisme dans le kit des prestations délivrées dans le cadre contractuel entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires.

La politique du Gouvernement visant à améliorer l'accès des populations aux produits et prestations de soins de santé se poursuivra au cours de la période que couvre le présent plan stratégique. Le paludisme pourra dans ce cadre bénéficier de la réduction des coûts d'intrants ainsi que l'élargissement de l'assiette des produits et services gratuits.

En interne, le PNLP devra densifier le plaidoyer auprès des partenaires internationaux et locaux pour d'une part conserver les acquis et d'autres part, développer de nouveaux partenariats.

Sur le plan international, le PNLP se propose au cours de la période de mise en œuvre du présent plan stratégique, de dynamiser les relations du Cameroun avec les partenaires internationaux impliqués dans la lutte contre le paludisme. Par ailleurs, de nouvelles pistes de financement seront explorées.

Sur le plan national, il sera engagé des actions de promotion de la lutte contre le paludisme pour impliquer d'avantage les partenaires locaux notamment, les entreprises privées, les Collectivités Territoriales Décentralisées, les ONG et OBC.

Activités

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

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

Cible 6.3.: D'ici 2018, au moins 80% des ressources financières mobilisées à tous les niveaux du système de santé sont exécutées;

Intervention 6.3.1.:Gestion financière

Approche de mise en œuvre :

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

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

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

- Mettre en place des procédures standards de gestion financière à tous les niveaux ;
- Former les acteurs de la mise en œuvre aux procédures de gestion financière ;
- Systématiser l'audit annuel des comptes des acteurs ;
- Intégrer la supervision financière dans les grilles de supervision de la lutte contre le paludisme.

Intervention 6.3.2.: Gouvernance.

Approche de mise en œuvre :

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

Il s'agira entre autre :

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

Activités

- Contrôler régulièrement tous les services de gestion des finances ;
- Assurer la supervision des structures impliquées dans les dépenses publiques ;
- Réunions de sensibilisation à la gestion efficace des ressources financières du programme.
- Sanctionner les responsables indéclicats.

Cible 6.4. : D'ici 2018, les intrants antipaludiques sont disponibles de façon permanente dans 100% des structures sanitaires et dans les communautés.

Intervention 6.4.1.: Renforcement de la gestion des achats et stocks

Approche de mise en œuvre :

A. Cadre de performance

B. Suivi des progrès

C. Evaluation de l'impact et des résultats

D. Gestion du programme national de lutte contre le paludisme

E. Cartographie des partenaires techniques et financiers

Il s'agira de renforcer le SYNAME en médicaments antipaludiques et en moyens de diagnostic de qualité, accessibles et à moindre coût. Ceci suppose le renforcement du système de gestion de l'information logistique (SGIL). Un consultant sera recruté pour appuyer le Ministère de la Santé Publique en vue d'améliorer le système de gestion de l'information logistique des intrants antipaludiques. Les gestionnaires des médicaments seront formés et/ou recyclés en gestion de stock des médicaments avec un accent sur les intrants antipaludiques. Le fonctionnement du comité de gestion des achats et des approvisionnements sera renforcé par le financement des réunions trimestrielles de coordination des achats et approvisionnements en intrants.

La Liste Nationale des Médicaments Essentiels sera régulièrement mise à jour tous les 3 ans, incluant les médicaments antipaludiques. Des additifs spécifiques concernant les antipaludiques seront effectués en cas de nécessité. Les capacités du LANACOME seront renforcées en vue de sa certification par l'OMS pour assurer la qualité, le processus de certification du LANACOME est en cours, et intègre le paludisme.

CHAPITRE IV. SUIVI EVALUATION DU PSNLP 2014-2018

F. Cadre de performance

G. Suivi des progrès

H. Evaluation de l'impact et des résultats

I. Gestion du programme national de lutte contre le paludisme

J. Cartographie des partenaires techniques et financiers

A. CADRE DE PERFORMANCE

Item	Indicateurs	Données de Base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsables
		Valeurs	Sources	Années	2014	2015	2016	2017	2018				
Objectif Général	Indicateurs d'impact												
Objectif Général : Réduire de 75 % d'ici à 2018, la mortalité et la morbidité dues au paludisme par rapport à la situation de 2000.	Taux de mortalité toutes causes confondues chez les moins de 5 ans	122‰	EDS /MICS	2011	113‰	NA	107 ‰	NA	104 ‰	Tous les 3 à 5 ans	Enquêtes ménages	EDS, MICS	SNIS/INS
	Pourcentage d'enfants de 6-59 mois, porteur du plasmodium (Prévalence parasitaire)	33,3%	EIP	2011	22%	NA	14%	NA	8%	Tous les 3 à 5 ans	Enquêtes ménages	EDS, MICS, EIP	SNIS/INS
	Nombre de décès dus au paludisme confirmé pour 1000 personnes par an, chez les patients hospitalisés	43 ‰	Rapport annuel PNLP	2013	36‰	30‰	23 ‰	17‰	11 ‰	Mensuelle et tous les 3 à 5 ans	SNIS, Enquêtes formations sanitaires	Rapports périodiques du SNIS, EFS,	SNIS/MINSA NTE/INS
	Proportion de cas de paludisme confirmés (testés positifs) pour 1 000 personnes par an	53 ‰	Rapport annuel PNLP	2013	45 ‰	37 ‰	29 ‰	21‰	13 ‰	Mensuelle et tous les 3 à 5 ans	SNIS, Enquêtes formations sanitaires	Rapports périodiques du SNIS, EFS	SNIS/MINSA NTE

Item	Indicateurs	Données de Base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsables
		Valeurs	Sources	Années	2014	2015	2016	2017	2018				
Objectifs spécifiques	Indicateurs de résultats (effets)												
Objectif 1 : Amener au moins 80 % de la population à dormir sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action	Pourcentage de la population à risque dormant sous MILDA	39,3 %	EPC-MILDA	2013	39,3%	NA	80%	NA	85%	Tous les 3 à 5 ans	Enquêtes ménages	EDS, MICS	SNIS/INS
	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dormant sous MILDA	46 %	EPC-MILDA	2013	46%	NA	80%	NA	85%	Tous les 3 à 5 ans	Enquêtes ménages	EDS, MICS	SNIS/INS
	Pourcentage de femmes enceintes dormant sous MILDA	41 %	EPC-MILDA	2013	41%	NA	80%	NA	85%	Tous les 3 à 5 ans	Enquêtes ménages	EDS, MICS	SNIS/INS
Objectif 2 : Protéger au moins 80 % des populations à risque dans les zones cibles avec les pulvérisations intra-domiciliaire d'insecticides à effet rémanent	Pourcentage de la population à risque protégée par la PID dans les zones ciblées	NA	NA	NA	NA	50%	75%	80%	85%	Annuelle et tous les 3 à 5 ans	SNIS, Enquêtes ménages	Rapports périodiques du SNIS, EDS, MICS	SNIS/INS

Item	Indicateurs	Données de Base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsables
		Valeurs	Sources	Années	2014	2015	2016	2017	2018				
Objectif 3 : Protéger au moins 80 % des femmes enceintes par le traitement préventif intermittent conformément aux directives nationales.	Pourcentage des femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins trois doses de TPI durant leur dernière grossesse	NA	NA	NA	50%	60%	70%	75%	80%	Tous les 3 à 5 ans	Enquêtes ménages	EDS, MICS	SNIS/INS
Objectif 4 : Protéger au moins 80% des enfants de 03 à 59 mois dans les zones ciblées par la chimio prévention saisonnière du paludisme	Pourcentage d'enfants de 03 à 59 mois protégés par la chimio-prévention saisonnière dans les zones ciblées	NA	NA	NA	80%	80%	85%	85%	90%	Tous les 3 à 5 ans	SNIS, Enquêtes ménages	Rapports périodiques du SNIS, EDS, MICS	SNIS/INS
Objectif 5 : Tester au moins 80 % des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires et dans la communauté par la GE ou le TDR	Proportion des cas suspects de paludisme testés par TDR ou par GE	NA	NA	NA	80%	85%	90%	95%	100%	Mensuelle / Annuelle	Rapport PNL	Routine	SNIS/MINSA NTE

Item	Indicateurs	Données de Base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsables
		Valeurs	Sources	Années	2014	2015	2016	2017	2018				
Objectif 6 : Traiter 100% des cas de paludisme confirmés, conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté	Pourcentage de cas de paludisme confirmés qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale	NA	NA	NA	80%	85%	90%	95%	100%	Mensuelle / Annuelle	Rapport PNLN	Routine	SNIS/MINSA NTE
Objectif 7 : Rendre disponible de façon permanente les intrants antipaludiques dans 100% des structures sanitaires et des communautés.	Pourcentage des établissements de santé n'ayant signalé aucune rupture de stock de plus de deux jours consécutifs des principaux produits de base (ACT, SP, TDR, Artesunate Inj) au cours du mois précédent	75%	Rapport PNLN	2012	80%	85%	90%	95%	100%	Mensuelle / Annuelle	Rapport PNLN	Routine	SNIS/MINSA NTE

Item	Indicateurs	Données de Base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsables
		Valeurs	Sources	Années	2014	2015	2016	2017	2018				
Objectif 8 : Mobiliser au moins 80% des fonds nécessaires pour la mise en œuvre du plan stratégique	Taux de mobilisation des ressources du PSNLP	NA	NA	NA	NA	NA	50%	NA	80%	Tous les deux ans	Rapport sur les comptes de la santé/Rapport des partenaires/Rapport PNLP	Routine	SNIS/MINSA NTE
Objectif 9 : Amener au moins 80% des intervenants (FS, ASC) à transmettre à temps des données de qualité sur la lutte contre le paludisme conformément aux directives nationales	Pourcentage des établissements de santé soumettant des rapports complets dans les délais conformément aux directives nationales	12%	Rapports PNLP	2013	30%	50%	60%	70%	80%	Mensuelle/Annuelle	Rapports d'activité	Routine	SNIS/MINSA NTE
Objectif 10 : Contrôler 100% d'épidémies et situations d'urgence dans les deux semaines suivant leur détection	Pourcentage d'épidémie et de situations d'urgences ayant bénéficié d'une riposte adéquate	NA	NA	NA	100%	100%	100%	100%	100%	Mensuelle/Annuelle	Rapports d'activité	Routine	SNIS/MINSA NTE

Item	Indicateurs	Données de Base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsables
		Valeurs	Sources	Années	2014	2015	2016	2017	2018				
Objectif 11 : Amener au moins 80 % des communautés à s'approprier et utiliser les interventions de lutte contre le paludisme	Pourcentage des personnes qui connaissent la cause, les symptômes, le traitement ou les mesures préventives en lien au paludisme	81%	EPC-MILDA	2013	81%	85%	90%	95%	95%	Tous les 3 à 5 ans	SNIS, Enquêtes ménages	Rapports périodiques du SNIS, EDS, MICS	SNIS/INS
Objectif 12 : Amener au moins 80% des prestataires des formations sanitaires à offrir les prestations subventionnées et/ou gratuites dans le cadre de la lutte contre le paludisme	Pourcentage de cas de paludisme confirmé chez les enfants de moins de cinq ans traités gratuitement	NA	NA	NA	80%	85%	90%	95%	100%	Mensuelle/ Annuelle	Rapports d'activité	Routine	SNIS/MINSA NTE
Objectif 13 : Renseigner au moins 80% des indicateurs issus des résultats probants de la recherche opérationnelle	Proportion des indicateurs issus des résultats probants de la recherche opérationnelle qui sont renseignés	NA	NA	NA	50%	60%	70%	80%	85%	Annuelle	Rapports des études de recherche valides	Rapports des études de recherche valides	PNLP/ MINSANTE

B. SUIVI DES PROGRÈS

Les supervisions périodiques intégrées seront effectuées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec des outils élaborés à cet effet pour suivre la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme. Elles seront effectuées par des cadres d'un niveau supérieur techniquement compétents vers les niveaux inférieurs dans le but de s'assurer que les interventions sont menées conformément aux procédures mises en place. La supervision permettra d'accompagner les différents prestataires dans l'exécution de leurs missions, en vue d'améliorer la qualité de l'offre de services et des activités de lutte contre le paludisme. Le niveau central supervisera semestriellement le niveau régional, le niveau régional supervisera trimestriellement les districts de santé, les districts de santé superviseront mensuellement les aires de santé, et les responsables des aires superviseront mensuellement les Agents de Santé Communautaire (ASC). Les superviseurs seront les cadres du PNLP, du MINSANTE et des Partenaires. Les superviseurs seront tenus de vérifier les informations à tous les niveaux y compris le niveau communautaire pour s'assurer de l'utilisation des données de qualité pour la prise de décision. Les rapports des supervisions seront transmis au niveau supérieur pour prise de décision adéquate.

En plus des supervisions, il est prévu des missions de contrôle de la qualité des données et des réunions de restitution et de concertation à tous les niveaux (aire de santé, district de santé, région et central). Ces réunions constituent des lieux pour débattre et trouver des solutions aux éventuelles problèmes et lacunes rencontrés dans la mise en œuvre des activités. Le graphique ci-après résume le calendrier de supervisions et de réunions de coordination dans les différents niveaux du PNLP.

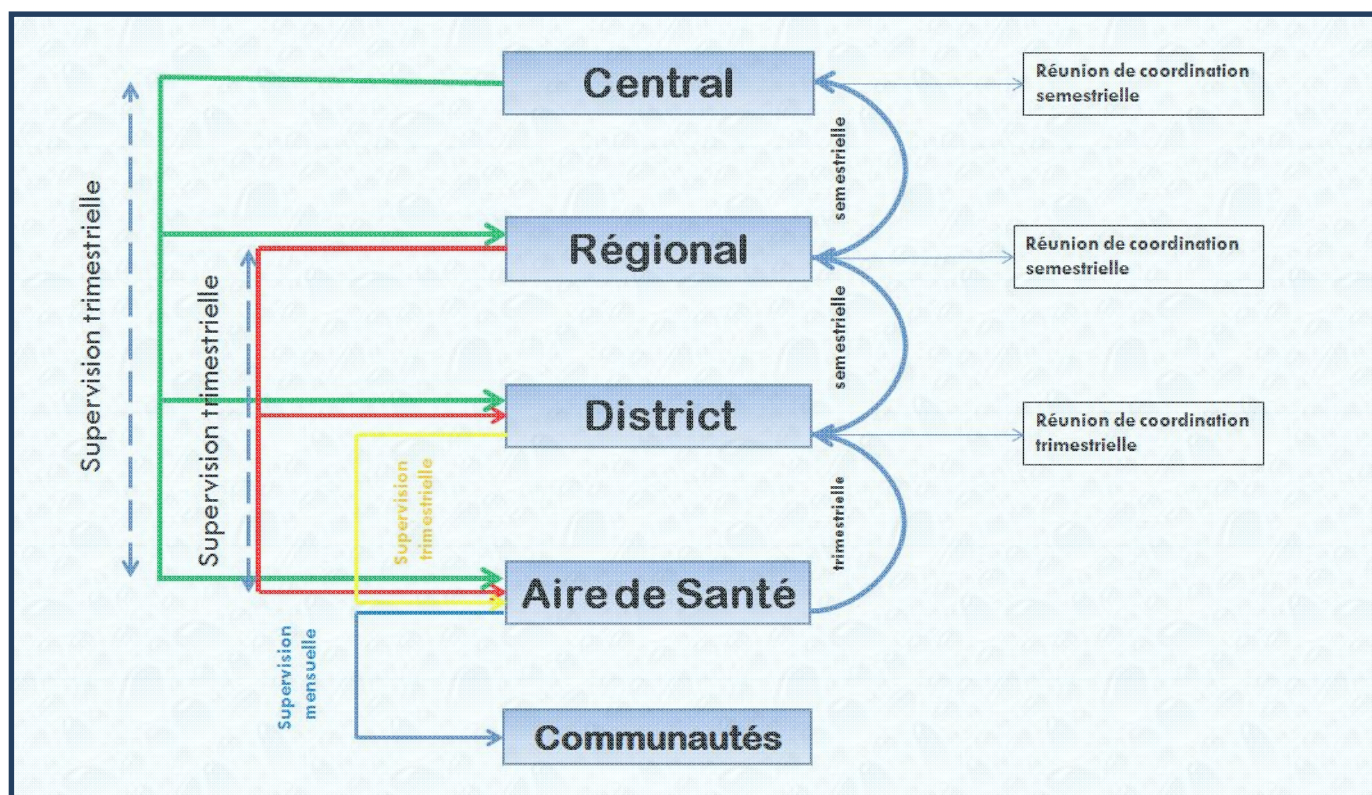


Figure 4: Processus de supervision et de réunion de coordination

C. EVALUATION DE L'IMPACT ET DES RESULTATS

Les données de routine seront utilisées au fur et à mesure de leur disponibilité en vue d'une réorientation des stratégies de mise en œuvre de ce plan stratégique.

Des enquêtes nationales sur les indicateurs du paludisme seront organisées tous les deux ans, et les résultats seront utilisés pour les évaluations externes à mi-parcours et l'évaluation finale. 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.

Les évaluations antérieures ont identifiés de nombreuses faiblesses parmi lesquelles la faible promptitude dans la transmission des données, les erreurs dans la consolidation des données, l'absence de compréhension des indicateurs par les acteurs et la non utilisation des données pour la prise des décisions. Ces faiblesses seront adressées dans le présent plan stratégique et les stratégies appropriées élaborées dans le plan de suivi évaluation qui sera annexé au présent document.

D. GESTION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Structure organisationnelle

Structure organisationnelle

Le PNLP est un programme prioritaire du Ministère de la Santé Publique dont l'objectif est de réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme. Sa gestion est assurée au niveau national par le Comité National Roll Back Malaria (CNRBM) et un Groupe Technique Central (GTC) .

Le CNRBM est chargé de :

- Elaborer et mettre en œuvre la politique nationale de lutte contre le paludisme;
- Coordonner, harmoniser et veiller à la cohérence de l'ensemble des interventions des différents partenaires;
- adopter les plan d'action annuels de lutte et les budgets y afférents;
- mobiliser les ressources nécessaires aux activités de lutte contre le Paludisme;
- coordonner et suivre la mise en œuvre des activités des différents volets du PNLP;
- suivre la réalisation des plans d'action et des objectifs;
- évaluer la mise en œuvre du PNLP

Le GTC qui est l'organe exécutif du CNRBM assure :

- la coordination et la gestion du PNLP sur l'ensemble du territoire national en collaboration avec les administrations, les collectivités, la société civile, les partenaires nationaux et internationaux;
- l'appui gestionnaire, technique aux partenaires privés et publics ainsi qu'aux services extérieurs du MSP, impliqués dans la lutte contre le Paludisme ;
- la coordination de la politique de communication en matière de lutte contre le Paludisme;
- l'appui à toute structure partenaire (gouvernementale et non gouvernementale) dans l'élaboration et l'exécution des stratégies de communication appropriées:
- la coordination des activités surveillance épidémiologique et comportementale;
- la coordination des activités de recherche et de formation.

Ressources humaines et matérielles

Dans le cadre de la revue interne du PNLP, des besoins dans certains domaines de compétence (gestion financière, suivi-évaluation, communication, recherche opérationnelle, etc.) ont été identifiés et des formations et stages ont été prévus pour y pourvoir.

De même, les besoins en ressources matérielles concernant le parc informatique et didactique, la logistique de transport sont identifiés et des prévisions ont été prises en compte dans le budget.

Renforcement des capacités

L'analyse de la structure organisationnelle permettra de renforcer/comblent les lacunes dans l'organigramme. Des formations continues et des recyclages seront organisés dans les divers domaines de compétence (gouvernance, élaboration des feuilles de route avec des résultats contractuels pour les structures décentralisées du PNLP (URLP), intégration des interventions de lutte contre le paludisme dans le paquet d'activités à base communautaire, suivi-évaluation, etc.).

Gouvernance

La bonne gouvernance sera garantie par la mise en place des procédures de gestion, la formation et le suivi de l'observance desdites procédures. Par ailleurs, des contrôles internes, des audits institutionnels et financiers, internes et externes, permettront d'apprécier et de réajuster la qualité de la gouvernance. La gestion programmatique sera faite selon la stratégie de Gestion Axée sur les Résultats (GAR).

A terme, des évaluations de la performance seront conduites, appréciées et réorientées pour la mise en œuvre en rapport aux résultats attendus.

Planification et mise en œuvre

Un plan opérationnel budgétisé de mise en œuvre du PSNLP 2014-2018 sera élaboré en collaboration avec tous les partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme selon l'approche GAR.

La stratégie de planification "bottom-up" avec une approche participative sera mise en œuvre sur une base annuelle par agrégation du niveau aire de santé jusqu'au niveau central.

Les intervenants à tous les niveaux de la pyramide sanitaire seront mis à contribution dans la mise en œuvre des plans opérationnels annuels par niveau :

- au niveau communautaire : mise en œuvre des activités à base communautaire : PECADOM, PCIME-communautaire, formation, visites à domicile, causeries éducatives, appropriation et chimioprévention saisonnière dans les zones ciblées par les ASC et supervision. Les collectivités territoriales décentralisées en collaboration avec le personnel de santé encadreront les communautés et soutiendront les ASC ;
- au niveau de l'aire de santé : suivi de la mise en œuvre des activités communautaires, formation, supervision formative, prise en charge des cas référés par l'ASC vers le centre de santé intégré, administration du TPI, chimioprévention saisonnière dans les zones ciblées ;
- au niveau du district de santé : coordination des activités des aires de santé, formation, supervision formative, prise en charge des cas référés du centre de santé vers l'hôpital de district, administration du TPI, chimioprévention saisonnière dans les zones ciblées ;
- au niveau régional : coordination et suivi des activités des districts de santé, formation, supervision formative, prise en charge des cas référés de l'hôpital de district à l'hôpital régional, administration du TPI ;
- au niveau central : coordination des activités des régions, formation, supervision, suivi des partenaires, mobilisation des ressources, recherche, communication pour le développement, suivi-évaluation.

Coordination des partenaires

Le Comité National Roll Back Malaria assure la coordination des actions de l'ensemble des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme. Les réunions dudit comité sont semestrielles.

Afin de rendre efficace son fonctionnement, le Comité RBM tiendra une réunion trimestrielle et des réunions ad hoc.

Des mesures seront prises par le PNLN pour que certains membres du Comité RBM participent à des supervisions mixtes selon leur expertise.

Les partenaires apportant leur appui dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme à date sont listés dans le tableau ci-dessous :

E. CARTOGRAPHIE DES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS DU PNL

PARTENAIRES	DOMAINE ET ZONES D'INTERVENTION	PARTENAIRES	DOMAINE ET ZONES D'INTERVENTION	PARTENAIRES	DOMAINE ZONES D'INTERVENTION	PARTENAIRES	DOMAINE ET ZONES D'INTERVENTION
OMS	Appui Technique Appui Financier National	MC-CCAM	Communication pour le changement de comportement Plaidoyer Prise en Charge Formation et Recherche National	JHPIEGO	Prise en charge Formation Kribi	MALARIA NO MORE	Communication pour le changement de comportement Plaidoyer Formation et Recherche National
UNICEF	Appui Technique Appui Financier Communication pour le changement de comportement Plaidoyer Prise en Charge Formation National	CHAI	Appui Financier Formation et Recherche Suivi et Evaluation National	BTC	Recherche	IRESKO	Communication pour le changement de comportement Recherche Prise en Charge National
FONDS MONDIAL PALUDISME HIV/TB	Appui Financier	COTCO FONDATION EXXONMOBIL	Appui Financier	OCEAC	Recherche	INS	Recherche National
CARN	Appui Technique Appui Financier National	IMPM National	Recherche	MTN FOUNDATION	Prévention	ACMS	Communication pour le changement de comportement Recherche et Formation Prise en Charge National
COORP. CHINOIS VESTERGAAD FRANDSEN SUMITOMO STANDARD DIAGNOSTICS	Prévention Prise en charge National Prévention	IRD	Etudes d'efficacité thérapeutiques	Faculté de Médecine	Formation Recherche	PLAN CAMEROUN	Communication pour le changement de comportement
		BID	Appui Financier				

Par ailleurs, le PNLP travaille en collaboration avec les autres départements ministériels, les autres institutions, la société civile et les Communes.

Système de Gestion des Achats et des Stocks

Conformément au manuel de procédures de la DPML le flux des médicaments et intrants de lutte contre le paludisme passera par la quantification par le PNLP, l'achat par la CENAME et la distribution (FOSA, communautés) selon le circuit national SYNAME. La gestion des stocks des intrants y compris ceux subventionnés sera renforcée dans les FOSA à travers la formation; la supervision et la mise en place de logiciels appropriés.

Un mécanisme pérenne de mise à disposition à temps des financements pour l'achat des intrants sera mis en place par le MINSANTE.

Une convention n°0016 du 17 mai 2013 signée entre la CENAME, le PNLP et le Ministère de la Santé Publique fixe les modalités de recouvrement des coûts des intrants.

Gestion des ressources financières

Le PSNLP 2014-2018 validé par l'ensemble des acteurs sera soumis à différents bailleurs de fonds pour mobiliser les financements additionnels à ceux de l'État.

Les ressources financières allouées au PNLP sont gérées selon les mécanismes propres aux différents bailleurs et les fonds alloués par l'Etat obéissent aux procédures de gestion des fonds publics.

CHAPITRE V. BUDGET ET PLAN FINANCIER

A. Mobilisation des ressources

B. Analyse des écarts budgétaires

C. Risques, contraintes et stratégies d'atténuation

Tableau IX: Sommaire du budget par interventions (en 1000 000 de F CFA)

Cible	Intervention	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL	%
D'ici 2018, 100% des professionnels de santé et 100% des acteurs communautaires et professionnels des média ciblés mettent en œuvre les activités de lutte contre le paludisme conformément aux directives nationales	Formation des professionnels de santé, acteurs communautaires et professionnels des média	1 966	4 818	1 572	1 964	4 924	15 245	6,4%
D'ici 2018, Au moins 80 % des populations à risque des zones d'intervention ciblées sont protégées par la PID avec des insecticides à effet rémanent	Pulvérisation intra-domiciliaire	5 126	5 360	5 496	5 635	5 778	27 395	11,5%
D'ici 2018, 100% d'épidémies et situations d'urgence sont contrôlées dans les deux semaines suivant leur détection	Riposte aux épidémies	53	37	37	37	37	200	0,1%
D'ici 2018, 100% des cas de paludisme confirmés, sont traités conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté	Traitement des cas de paludisme confirmés dans les formations sanitaires et la communauté conformément aux directives nationales	3 792	4 344	4 728	5 193	5 157	23 214	9,8%
	Renforcement du système de pharmacovigilance	65	73	65	65	65	333	0,1%
	PCIME Communautaire (Intégration PECADOM-PCIME)	1 481	2 357	1 752	1 752	1 752	9 094	3,8%
D'ici 2018, 100% des épidémies et situations d'urgence sont détectées précocement	Renforcement de la Surveillance épidémiologique	584	584	584	584	584	2 918	1,2%
D'ici 2018, Au moins 80 % de la population dort sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée	Distribution de routine des MILDA	2 091	3 432	3 514	3 597	3 681	16 315	6,9%

Cible	Intervention	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL	%
d'action	Distribution de masse des MILDA	-	38 374	-	-	39 249	77 623	32,7%
D'ici 2018, Au moins 80 % des activités programmées à tous les niveaux du système de santé sont réalisées	Coordination et coopération	3 740	3 866	3 741	3 791	3 741	18 877	8,0%
	Planification	28	-	-	-	50	78	0,0%
D'ici 2018, Au moins 80 % des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires et dans la communauté sont testés par la GE ou le TDR	Diagnostic biologique par la GE et/ou le TDR des cas suspects de paludisme.	2 495	3 353	2 256	2 258	3 251	13 613	5,7%
D'ici 2018, Au moins 80 % des femmes enceintes reçoivent le traitement préventif intermittent conformément aux directives nationales	Administration de la Sulfadoxine–Pyriméthamine aux femmes enceintes pendant les CPN	773	1 148	768	835	868	4 392	1,9%
D'ici 2018, Au moins 80 % des indicateurs sont renseignés à travers les résultats probants issus de la recherche opérationnelle	Recherche opérationnelle	780	702	656	346	750	3 234	1,4%
	Formation des professionnels de santé, acteurs communautaires et professionnels des média	36	21	21	36	21	133	0,1%
D'ici 2018, Au moins 80 % des intervenants prennent des décisions sur la base des données collectées	Renforcement du système de suivi et évaluation des interventions	470	460	460	460	456	2 306	1,0%
D'ici 2018, Au moins 80 % des intervenants (FS, ASC) transmettent à temps des données de qualité sur la lutte contre le paludisme conformément aux directives nationales	Renforcement du système de suivi et évaluation des interventions	930	781	781	781	781	4 053	1,7%
D'ici 2018, Au moins 80 % des leaders/décideurs répertoriés, de tous ordres (politique, religieux, traditionnel, culturel, ...) posent des	Plaidoyer	201	201	192	195	198	988	0,4%

Cible	Intervention	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL	%
actes en faveur de la lutte contre le paludisme								
D'ici 2018, Au moins 80% des enfants de 03 à 59 mois des zones ciblées reçoivent la chimio prévention saisonnière du paludisme	Chimio-prévention saisonnière du paludisme chez les enfants de 03 à 59 mois	1 056	1 075	1 094	1 114	1 134	5 473	2,3%
D'ici 2018, Au moins 80% des prestataires des formations sanitaires offrent les prestations subventionnées et/ou gratuites dans le cadre de la lutte contre le paludisme	Marketing social et partenariat	837	500	765	891	500	3 492	1,5%
D'ici 2018, Au moins 95% des indicateurs de lutte contre le paludisme sont renseignés	Suivi et évaluation	678	1 071	956	1 056	706	4 466	1,9%
D'ici 2018, les intrants antipaludiques sont disponibles de façon permanente dans 100% des structures sanitaires et dans les communautés	Renforcement de la gestion des achats et stocks	48	48	48	48	48	242	0,1%
D'ici 2018, Au moins 80 % des communautés se sont appropriés et utilisent les interventions de lutte contre le paludisme	Mobilisation sociale	134	130	130	130	130	653	0,3%
D'ici 2018, Au moins 80 % des communautés, OSC et groupes communautaires se sont appropriés et utilisent les interventions de lutte contre le paludisme	Communication pour le changement de comportement (CCC)	1 153	3	1 089	-	-	2 245	0,9%
D'ici 2018, Au moins 80 % des OSC et groupes communautaires répertoriés sont impliqués dans la lutte contre le paludisme.	Communication pour le changement de comportement (CCC)	117	115	117	117	117	583	0,2%

Cible	Intervention	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL	%
D'ici 2018, Au moins 80 % des partenaires formels répertoriés, tant nationaux qu'internationaux sont impliqués dans la lutte contre le paludisme au Cameroun	Plaidoyer	36	28	36	28	28	158	0,1%
Total général		28 671	72 876	30 857	30 910	74 005	237 320	100,0%

L'option du Cameroun de mettre principalement l'accent sur la prévention transparait clairement dans ce tableau. En effet 55, 28% (131,197milliards de FCFA) des ressources y seront consacrées au cours de la période couverte par le présent plan. Ces ressources prendront notamment en charge, l'acquisition et la distribution des MILDA en campagne (2015 et 2018) et en routine, la chimio prévention, les aspersion intra domiciliaires et le TPI pour la femme enceinte.

La prise en charge nécessitera pendant la même période 46,253 milliards F CFA soit 19, 49% de l'enveloppe globale. Ces ressources porteront principalement sur l'acquisition des médicaments pour la prise en charge hospitalière et à domicile du paludisme. Cette programmation tient notamment compte de la gratuité de la prise en charge du paludisme simple et grave des enfants de moins de 5 ans, décrétée par le Président de la République.

La communication pour le développement (3,42%), le suivi et évaluation (5,87%), la formation et la recherche (7,84%) et la gestion du programme (8,09%) restent les principales stratégies d'appui à la mise en œuvre du présent plan.

Tableau X: Sommaire du budget par catégories de coûts (en 1000 000 de F CFA)

Catégorie des coûts	Intervention	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL	%
Assistance technique	Recherche opérationnelle	120	109	120	109	109	567	0,24%
	Suivi et évaluation	-	15	-	-	-	15	0,01%
	Plaidoyer	7	-	7	-	-	14	0,01%
	Formation des professionnels de santé, acteurs communautaires et professionnels des média	-	3	-	-	-	3	0,00%
	Distribution de masse des MILDA	-	34	-	-	15	49	0,02%
	Communication pour le changement de comportement (CCC)	72	3	39	-	-	114	0,05%
Coûts de gestion des approvisionnements et des stocks	Suivi et évaluation	19	19	19	19	19	95	0,04%
	Pulvérisation intra-domiciliaire	3	3	3	3	3	15	0,01%
	Traitement des cas de paludisme confirmés dans les formations sanitaires et la communauté conformément aux directives nationales	335	675	720	791	810	3 331	1,40%
	Diagnostic biologique par la GE et/ou le TDR des cas suspects de paludisme.	257	333	223	228	351	1 392	0,59%
	Renforcement du système de pharmacovigilance	52	52	52	52	52	260	0,11%
	Coordination et coopération	5	5	5	5	5	25	0,01%
	Distribution de masse des MILDA	-	2 808	-	-	2 808	5 616	2,37%
	Administration de la Sulfadoxine–Pyriméthamine aux femmes enceintes pendant les CPN	30	30	30	30	30	150	0,06%
Coûts fixes	Coordination et coopération	78	78	78	78	78	390	0,16%
Formation	Recherche opérationnelle	286	109	129	45	279	848	0,36%
	Suivi et évaluation	17	-	-	-	-	17	0,01%
	Pulvérisation intra-domiciliaire	47	33	34	35	36	185	0,08%
	Formation des professionnels de santé, acteurs communautaires et professionnels des média	1 614	4 553	1 310	1 717	4 661	13 855	5,84%
	Riposte aux épidémies	53	37	37	37	37	201	0,08%
	Distribution de masse des MILDA	-	599	-	-	83	682	0,29%

Catégorie des coûts	Intervention	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL	%
	Marketing social et partenariat	28	-	17	-	-	45	0,02%
	Communication pour le changement de comportement (CCC)	2	2	2	2	2	10	0,00%
	Renforcement du système de suivi et évaluation des interventions	11	-	-	-	-	11	0,00%
	PCIME Communautaire (Intégration PECADOM-PCIME)	550	550	-	-	-	1 100	0,46%
Infrastructures et autres équipements	Recherche opérationnelle	33	134	60	10	10	247	0,10%
	Coordination et coopération	407	532	407	457	407	2 210	0,93%
	Planification	24	-	-	-	-	24	0,01%
	Distribution de masse des MILDA	-	246	-	-	61	307	0,13%
Matériel de communication	Suivi et évaluation	307	307	307	307	307	1 535	0,65%
	Planification	5	-	-	-	5	10	0,00%
	Distribution de masse des MILDA	-	972	-	-	325	1 297	0,55%
	Marketing social et partenariat	245	-	245	391	-	881	0,37%
	Communication pour le changement de comportement (CCC)	737	107	737	107	107	1 795	0,76%
Médicaments et produits pharmaceutiques	Traitement des cas de paludisme confirmés dans les formations sanitaires et la communauté conformément aux directives nationales	3 353	3 562	3 893	4 270	4 210	19 288	8,13%
	Chimio-prévention saisonnière du paludisme chez les enfants de 03 à 59 mois	747	766	785	805	826	3 929	1,66%
	Administration de la Sulfadoxine–Pyriméthamine aux femmes enceintes pendant les CPN	743	1 118	738	805	838	4 242	1,79%
	Renforcement de la Surveillance épidémiologique	485	485	485	485	485	2 425	1,02%
Planification et administration	Recherche opérationnelle	21	196	43	63	21	344	0,14%
	Plaidoyer	220	219	212	214	216	1 081	0,46%
	Formation des professionnels de santé, acteurs communautaires et professionnels des média	12	10	9	9	9	49	0,02%

Catégorie des coûts	Intervention	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL	%
	Renforcement du système de pharmacovigilance	13	13	13	13	13	65	0,03%
	Coordination et coopération	296	296	296	296	296	1 480	0,62%
	Distribution de masse des MILDA	-	408	-	-	408	816	0,34%
	Chimio-prévention saisonnière du paludisme chez les enfants de 03 à 59 mois	29	29	29	29	29	145	0,06%
	Marketing social et partenariat	509	500	503	500	500	2 512	1,06%
	Communication pour le changement de comportement (CCC)	36	5	5	5	5	56	0,02%
	Renforcement du système de suivi et évaluation des interventions	191	191	191	191	191	955	0,40%
	Renforcement de la Surveillance épidémiologique	2	2	2	2	2	10	0,00%
	Renforcement de la gestion des achats et stocks	48	48	48	48	48	240	0,10%
Produits et équipements médicaux	Recherche opérationnelle	58	45	10	10	37	160	0,07%
	Distribution de routine des MILDA	2 091	3 432	3 514	3 597	3 681	16 315	6,87%
	Pulvérisation intra-domiciliaire	4 924	5 216	5 349	5 485	5 624	26 598	11,21%
	Traitement des cas de paludisme confirmés dans les formations sanitaires et la communauté conformément aux directives nationales	103	107	116	132	136	594	0,25%
	Diagnostic biologique par la GE et/ou le TDR des cas suspects de paludisme.	2 238	3 020	2 033	2 029	2 900	12 220	5,15%
	Distribution de masse des MILDA	-	30 805	-	-	33 047	63 852	26,91%
	PCIME Communautaire (Intégration PECADOM-PCIME)	55	55	-	-	-	110	0,05%
Ressources humaines	Recherche opérationnelle	10	42	42	42	42	178	0,08%
	Suivi et évaluation	324	324	324	324	324	1 620	0,68%
	Mobilisation sociale	134	130	130	130	130	654	0,28%
	Pulvérisation intra-domiciliaire	152	107	110	113	116	598	0,25%
	Plaidoyer	10	10	10	10	10	50	0,02%

Catégorie des coûts	Intervention	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL	%
	Coordination et coopération	2 440	2 440	2 440	2 440	2 440	12 200	5,14%
	Distribution de masse des MILDA	-	2 017	-	-	2 017	4 034	1,70%
	Chimio-prévention saisonnière du paludisme chez les enfants de 03 à 59 mois	219	219	219	219	219	1 095	0,46%
	Marketing social et partenariat	5	-	-	-	-	5	0,00%
	Communication pour le changement de comportement (CCC)	420	-	420	-	-	840	0,35%
	PCIME Communautaire (Intégration PECADOM-PCIME)	660	1 320	1 320	1 320	1 320	5 940	2,50%
Suivi et évaluation	Recherche opérationnelle	252	67	252	67	252	890	0,38%
	Suivi et évaluation	12	406	306	406	56	1 186	0,50%
	Formation des professionnels de santé, acteurs communautaires et professionnels des médias	376	274	274	274	274	1 472	0,62%
	Renforcement du système de pharmacovigilance	-	8	-	-	-	8	0,00%
	Coordination et coopération	514	514	514	514	514	2 570	1,08%
	Planification	-	-	-	-	45	45	0,02%
	Distribution de masse des MILDA	-	486	-	-	486	972	0,41%
	Chimio-prévention saisonnière du paludisme chez les enfants de 03 à 59 mois	61	61	61	61	61	305	0,13%
	Marketing social et partenariat	50	-	-	-	-	50	0,02%
	Communication pour le changement de comportement (CCC)	3	-	3	3	3	12	0,01%
	Renforcement du système de suivi et évaluation des interventions	1 199	1 049	1 049	1 049	1 046	5 392	2,27%
	PCIME Communautaire (Intégration PECADOM-PCIME)	216	432	432	432	432	1 944	0,82%
Renforcement de la Surveillance épidémiologique	97	97	97	97	97	485	0,20%	
Total général		28 671	72 876	30 857	30 910	74 005	237 319	100,00%

A. MOBILISATION DES RESSOURCES

Au moment où nous achevons le présent plan stratégique, la cartographie des donateurs se présente ainsi qu'il suit :

Le Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, qui pourra potentiellement prendre en charge :

- La couverture de 50% des besoins du pays en MILDA pour la distribution de routine aux femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ;
- L'acquisition de 12 322 059 (2015) et potentiellement 13 218 980 (en 2018) de MILDA pour les campagnes de couverture universelle;
- La couverture de 50% des besoins en TPI ;
- La couverture d'une partie des besoins en coût d'exploitation du programme, notamment les salaires des personnels non fonctionnaires et les primes complémentaires pour les personnels fonctionnaires ;

L'Etat du Cameroun, pour :

- La couverture de 50% des besoins en TPI ;
- La couverture de 50 % des besoins en MILDA de routine pour les femmes enceintes ;
- Le financement des coûts opérationnels liés à la distribution des MILDA pour les campagnes de couverture universelle de 2015 et 2018 ;
- Le fonctionnement du programme ;
- La couverture d'une partie des besoins en suivi évaluation ;

La Banque Islamique de développement, pour le financement des Aspersion Intra Domiciliaires.

Les organisations du système des Nations Unies pourront également au cours de la période continuer à financer la lutte contre le paludisme au Cameroun.

Il est également attendu l'implication des nouveaux partenaires financiers. Dans ce registre, le PNLP compte impliquer les Universités à la recherche contre le paludisme. Par ailleurs, la mise en œuvre de la présente stratégie sera l'occasion d'accélérer l'implication des partenaires privés nationaux et internationaux à la lutte contre le paludisme.

L'opportunité de la maturation progressive du processus de décentralisation de l'Etat du Cameroun donnera l'occasion d'impliquer les Collectivités Territoriales décentralisées à la lutte contre le paludisme. Elles pourront notamment intervenir sur la mobilisation des communautés pour la consommation des prestations de lutte contre le paludisme.

B. ANALYSE DES ÉCARTS BUDGÉTAIRES

Tableau XI : Sommaire de l'analyse des écarts budgétaires

Catégorie de coûts	Coûts actuels	2014	2015	2016	2017	2018	Total
A- Budget total du PSNLP 2014-2018	237 319	28 671	72 876	30 857	30 910	74 005	237 319
B- Ressources nationales actuelles et futures	26 870	6 931	10 164	3 101	3 256	3 419	26 870
C- Ressources extérieures actuelles et futures	4 003	1 377	1 083	723	298	521	4 003
D- Ressources totales actuelles et futures (B+C)	30 873	8 308	11 247	3 824	3 554	3 939	30 873
E- Ecart financier = A-D	206 446	20 363	61 629	27 033	27 356	70 066	206 446

Le PNLP couvrant la période 2014 à 2018 dispose de certitudes du financement pour environ 13% seulement de l'enveloppe globale. Ceci interpelle toutes les parties prenantes pour la mobilisation de l'ensemble de l'enveloppe nécessaire pour la lutte contre le paludisme au Cameroun.

C. RISQUES, CONTRAINTES ET STRATEGIES D'ATTENUATION

Le tableau ci-dessous indique les risques et contraintes liés à la mise en œuvre du présent plan stratégique de lutte contre le Paludisme, les conséquences probables de ces écueils, ainsi que les mesures d'atténuation y afférant.

Tableau XII: Risques, contraintes et stratégies d'atténuation

Risques/Contraintes	Conséquences probables	Mesures d'atténuation
Sur le plan sanitaire		
<ul style="list-style-type: none"> • Survenue d'urgences sanitaires telles que la résurgence d'épidémies de choléra 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de l'attention portée par les partenaires et le gouvernement sur le paludisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer pour la lutte contre le paludisme.
<ul style="list-style-type: none"> • Non intégration des activités au niveau opérationnel avec des relais communautaires dédiés à chaque projet et programme 	<ul style="list-style-type: none"> • Détournement des normes de travail ; • Difficultés de prise en charge et suivi des patients souffrant de plusieurs pathologies. 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervision régulière des ASC • Formation/recyclage des ASC

Risques/Contraintes	Conséquences probables	Mesures d'atténuation
Sur le plan financier et gestionnaire		
<ul style="list-style-type: none"> • Allocation annuelle insuffisante des ressources au profit de la lutte contre le paludisme ; • Faible performance financière des acteurs (faibles mobilisation et consommation financières) 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de programmation de certaines activités à haut impact ; • Faible taux de couverture des activités programmées ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Donner la priorité aux activités à haut impact • Recherche de financements additionnels; • Renforcement des capacités de gestion des acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et partenariale
<ul style="list-style-type: none"> • Retard dans l'acquisition des intrants pharmaceutiques ou non à cause des lenteurs administratives de passation des marchés 	<ul style="list-style-type: none"> • Non respect du cadre de performance 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi rapproché des passations de marché par la coordination du PNLP
<ul style="list-style-type: none"> • Départ des personnels formés pour la mise en œuvre de la lutte contre le paludisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Long délais d'adaptation/appropriation chez les nouveaux personnels 	<ul style="list-style-type: none"> • Un dispositif de formation continue est mis en place
<ul style="list-style-type: none"> • Forte dépendance par rapport au financement extérieur 	<ul style="list-style-type: none"> • Retard dans les décaissements induisant des perturbations dans l'exécution voire l'arrêt des activités 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser des financements endogènes
Sur le plan humain		
<ul style="list-style-type: none"> • Non utilisation ou détournement des moustiquaires à d'autres fins (pêche, rideau, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Baisse de l'impact des activités 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement d'une approche de communication adaptée aux cibles et comportements déviants
<ul style="list-style-type: none"> • Détournement des médicaments et moustiquaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Ruptures de stocks 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du contrôle, application de sanctions, recouvrement/remplacement des intrants distraits
	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt de financement décidé par certains bailleurs de fonds 	

CONCLUSION

Le présent plan stratégique est élaboré à partir des résultats de la revue externe des performances du programme national de lutte contre le paludisme. Il prend en compte les informations concernant l'évolution du contexte, la gestion programmatique et les ressources. L'engagement des autorités camerounaises et des partenaires du Programme National de Lutte contre le Paludisme est fondamental pour la poursuite de la mise à échelle des interventions et de la mise en œuvre des recommandations de la revue du programme pour une couverture universelle et un impact durable avec pour vision l'élimination du paludisme au Cameroun.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Antonio-Nkondjio C. et al., 2006. Complexity of the malaria vectorial system in Cameroon: contribution of secondary vectors to malaria transmission. *J. Med. Entomol.*, 43 :1215-1221

Atlas du Cameroun, 1971

BUCREP, Recensement général de la population 2005.

Carnevale et al., 1998. Long-lasting antimosquito efficacy of a commercially impregnated bednets. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 92: 379-380.

Cavalié et Mouchet, 1958. Les campagnes expérimentales d'éradication du paludisme dans le nord de la république du Cameroun. *Med. Trop.*, 21 : 847-870

Chouaïbou M., F. Simard, et al., 2006. Efficacy of bifenthrin-impregnated bednets against *An. funestus* and pyrethroid-resistant *Anopheles gambiae* in North Cameroon. *Malaria Journal*, 5:77

Darriet et al., 1984. Evaluation de l'efficacité sur les vecteurs du paludisme de la perméthrine en imprégnation des moustiquaires intactes et trouées. Document miméographié OMS, WHO/VBC/84 et WHO/MAL/84, 1008, p 1-20.

Darriet et al., 1999. The impact of permethrin and deltamethrin resistance in *Anopheles gambiae*s on the efficacy of insecticide-treated nets. Geneva: World Health Organisation. WHO/MAL/99.1088

Desfontaine et al., 1989. Evaluation des pratiques et des coûts de lutte antivectorielle à l'échelon familial en Afrique Centrale. II- ville de Douala (Cameroun), juillet 1988. *Ann. Soc. Belge Méd. Trop.*, 70 : 137-144.

Etang J., 2003. Resistance aux insecticides chez *Anopheles gambiae* Giles, au Cameroun : mécanismes et perspectives opérationnelles. In PhD thesis Yaoundé I University, Department of Animal Biology and Physiology .

Etang J., E. Fondjo, et al., 2006. First report of knock-down mutations in the malaria vector *Anopheles gambiae* from Cameroon. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 74 :795-797

Etang J., F. Chandre, et al., 2004. Reduced bio-efficacy of permethrin EC impregnated bednets against an *Anopheles gambiae* strain with oxidase-based pyrethroid tolerance. *Malaria Journal*, 3:46

Fondjo E. 1996. Etude du comportement du complexe *Anopheles gambiae* et de la transmission du paludisme dans deux faciès éco-climatiques au Mali et au Cameroun. Thèse Doctorat 3^e Cycle. Université de Bamako, Mali

Fontenille D. and F. Simard. 2004. Unravelling complexities in human malaria transmission dynamics in Africa through a comprehensive knowledge of vector populations. *Comparative Immunology, Microbiology and Infectious Diseases*, 27: 357-375

Fontenille D. et al., *Anopheles hancocki*, vecteur secondaire du paludisme au Cameroun. *Bull. Liais. Doc. OCEAC*, 33 : 23-26.

Gariou I. et Mouchet J., 1961 Apparition d'une souche résistante d'*Anopheles gambiae* résistance à la dieldrine dans la zone de campagne antipaludique du sud Cameroun. Bull. Soc. Path. Exot., 54: 870-875

Hervy et al., 1998. Les anopheles de la region Afrotropicale.

INS, 2010. Annuaire Statistique 2010

INS, EDS III 2004

INS, EDS IV 2011

INS, MICS 2006

INS, MICS 2011

MINSANTE 2009. Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015

MINSANTE 2010. Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015

MINSANTE – DRH, 2010

MINSANTE , Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015, 2009

MINSANTE , Cadre conceptuel du District de Santé viable

MINSANTE, PND5: 2011-2015, 2010

MINSANTE. Plan stratégique pour la promotion et le développement des mutuelles de santé au Cameroun 2005-2015

ORSTOM ,1971. Esquisse Ethnique de la République Fédérale du Cameroun

PNLP, Plan stratégique 2002-2006

PNLP, Plan stratégique 2007-2010

PNUD ,Rapport 2006

PNLP ,Rapport 2011

PNLP ,Rapport 2012

Wondji C., F. Simard, et al., 2005. Species and populations of the *Anopheles gambiae* complex with special emphasis on chromosomal and molecular forms of *Anopheles gambiae*s. J. Med. Entomol, 42:998-1005

ANNEXES

A. Equipe de rédaction et de validation

B. Analyse du Système de Santé

C. Méthodologie d'élaboration du budget

D. Budget Détaillé

EQUIPE DE REDACTION ET DE VALIDATION

I – SUPERVISION GENERALE

- M. MAMA FOU DA André, Ministre de la Santé Publique
- M. ALIM HAYATOU, Ministre, Secrétaire d'Etat
- Dr. Faty Ndiaye Charlotte, Représentant de l'OMS
- Mme FELICITE TCHIBINDAT; Représentant de l'UNICEF

II – COORDINATION TECHNIQUE

- Pr. KOULLA-SHIRO SINATA, Secrétaire Général
- Dr ETOUNDI MBALA Georges, Directeur de la Lutte contre la Maladie, les épidémies et les pandémies
- Dr OLINGA Jean Pascal, Secrétaire Technique du Bénéficiaire Principal du Fonds Mondial
- Dr FONDJO Etienne, Secrétaire Permanent du PNLP.

III – GROUPE THEMATIQUES

PRISE EN CHARGE DES CAS

- **Président** : Pr MBEDE Joseph
- **Rapporteur** : Dr MBA BEKOLO Frenk José
- **Membres**
 - Dr TOUGORDI Alexis, OMS/Cameroun
 - Dr KOUAKAP TCHANA Solange, Sous Directeur du Médicament;
 - Dr NDJITTOYAP NDAM Pauline, MINSANTE
 - Dr MOTA Gilbert Serge, PNLP
 - Dr CHIABI Andreas ;
 - Dr TCHAKOUNTE Collins ;
 - Un représentant de la CENAME ;
 - Un représentant de la Fondation Clinton Health Access Initiative

PREVENTION

- **Président** : Pr MOYOU Roger
- **Rapporteur** : Dr FONDJO Etienne
- **Membres:**
 - Dr MEDOU KOUNOU Hortense, PNLP
 - Dr TJEK BIYAGA Paul, CHUY
 - Dr TALLAH Esther, MC-CCAM
 - Dr ETANG Josiane, OCEAC
 - Mme Cécile GRIMALDI ; UNICEF
 - Un représentant de l'ACMS ;
 - M. PATCHOKE Salomon ; PNLP
 - Un représentant de la DSF.

FORMATION ET RECHERCHE

- **Président** : Pr MBACHAM Wilfried, BTC-Ydé
- **Rapporteur** : Dr EKOYOL Germaine
- **Membres**:
 - Dr Jude BIGOGA, UYI
 - Dr AWONO Parfait, OCEAC
 - Dr NKWESCHEU Armand, DROS
 - Dr Palmer MASUMBE NETONGO, BTC-UYI
 - Mme NGANDEU Neuly, PNL
 - Dr NNOMZO'O Etienne, DLM.

COMMUNICATION, MOBILISATION SOCIALE ET PARTENARIAT

- **Président** : M. Tiburce NYIAMA
- **Rapporteur** : Mme OLINGA Blandine
- **Membres**:
 - Mme Barbara ETOA
 - M. AYIBODO Bernard, PNL
 - Mlle ZINTSEM Philomène, PNL
 - M. MINFEDE BELLA Camille, DPS/MINSANTE
 - M. FONKOUA Eric Jackson, DCOOP/MINSANTE
 - Un représentant de la Cellule de Communication du MINSANTE
 - Un représentant de MC-CCAM
 - Un représentant de Malaria No More.

SURVEILLANCE, SUIVI ET EVALUATION

- **Président** : Dr YOUMBA Jean Christian, ACMS
- **Rapporteur** : Dr KOUAMBENG Célestin
- **Membres** :
 - Dr KWAKE Simon FOZO
 - M. KUETCHE TAKOUGANG Chancelin Magloire, PNL
 - M. ONDO EDOU Lucien, Chef Cellule de Suivi;
 - M. FOTSO Zacharie, PLAN Cameroun

FINANCE

- **Président** : M BESSALA, MINSANTE/CDMT
- **Rapporteur** : M. NJI NDIKUM Pascal, PNL
- **Membres** :
 - M. NANTCHOUANG Alain
 - Mme NASSOUROU née FOLEFACK Sandrine, PNL
 - M. MASSODA TONYE Salomon Gottlieb, PNL
 - Mme TCHOUNGA Florentine, PNL
 - M. OSSENDE Engelbert ;
 - M. ELOUNDOU NZIE Alain, MINSANTE/CDMT

TRADUCTION

- **Présidente** : Mme NGUEJO Aurélia Nicole
- **Rapporteur** : Mme NGO NDJAP NGUIJOL Odette
- **Membre** : M. ZEMO Louis David

RELECTURE ET MISE EN FORME

- **Président** : Dr FONDJO Etienne
- **Rapporteur** : Dr KOUAMBENG Célestin
- **Membres** :
 - Dr MBA BEKOLO Frenk José ;
 - Mme OLINGA Blandine ;
 - M. MASSODA TONYE Salomon Gottlieb;
 - Mme MELINGUI Yvette Solange, DAJC/MINSANTE ;
 - Mme MAMOU TCHINDA Jeremène épouse FOPA ;
 - Mme NKE Marie Thérèse épouse TSALA.

ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE

Six piliers pour le renforcement du système de santé	Forces	Faiblesses	Actions requises pour renforcer la lutte contre le paludisme
Leadership et gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> - Volonté politique à soutenir la lutte contre le paludisme ; - la lutte contre le paludisme inscrite dans la SSS (2001- 2015) et le DSCE 2010 - 2020 ; - réorganisation du PNLP en programme prioritaire de santé ; - adoption de la stratégie partenariale révisée en 2011 ; - existence d'un Comité National Roll Back Malaria (CNRBM). 	<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse de l'offre des soins de santé de base ; - faiblesse du rôle régulateur de l'état dans le secteur de la santé ; - faible contribution au renforcement du secteur public et au développement du secteur privé de la santé ; - faible implication du secteur privé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les capacités managériales et techniques du PNLP ; - renforcer la décentralisation du système de santé afin d'assurer une gestion par objectifs du niveau périphérique ; - promouvoir la complémentarité entre tous les acteurs de santé des services publics, privés ou des partenaires internationaux.
Financement durable et protection sociale	<ul style="list-style-type: none"> - La lutte contre le paludisme inscrite dans le PNDS2011-2015 à concurrence de 13% du budget réservé à la lutte contre la Maladie; - gratuité du traitement du paludisme simple aux groupes vulnérables. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse du budget de l'état alloué à la santé (4,9%) y compris la lutte contre le paludisme ; - financement direct de l'essentiel des activités de santé par les ménages sans en obtenir les soins indispensables en quantité et en qualité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accroître la contribution financière du gouvernement et des partenaires à la santé y compris la lutte contre le paludisme; - mettre à disposition les ressources financières nécessaires mobilisées conformément à la planification ; - renforcer la prise en charge gratuite du paludisme simple pour les enfants de moins de cinq ans et instaurer un traitement à cout minimum du paludisme sévère à l'ensemble de la population.
Personnel de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité de formation du personnel de santé de qualité et en nombre suffisant. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des ressources humaines en qualité et en quantité y compris au niveau communautaire; - gestion peu rationnelle et faible productivité du personnel de santé ; - mauvaise répartition du personnel au détriment de la zone rurale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accroître le personnel de santé en nombre et en qualité tant au niveau régional, district que communautaire; - renforcer certains domaines de compétence (gestion financière, suivi-évaluation, communication, recherche opérationnelle, etc.)
Vaccin, technologie, infrastructures, équipements et produits médicaux	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un nombre important d'infrastructures sanitaires, d'équipements informatiques et de communication ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Vétusté d'un bon nombre de structures sanitaires et inégale répartition entre les régions, au sein des régions et entre les zones urbaines et rurales ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les infrastructures, équipements et logistique y compris pharmaceutiques à tous les niveaux; - renforcer et/ou mettre en place des systèmes de quantification des intrants et de suivi des

Six piliers pour le renforcement du système de santé	Forces	Faiblesses	Actions requises pour renforcer la lutte contre le paludisme
	<ul style="list-style-type: none"> - existence de CENAME et au niveau de toutes les dix régions des CAPR pour la distribution des intrants aux niveaux des FOSA ; - existence de la convention n°0016 du 17 mai 2013 signée entre la CENAME, le PNLN et le Ministère de la Santé Publique fixant les modalités de recouvrement des coûts des intrants. 	<ul style="list-style-type: none"> - gamme variée d'équipements dont plusieurs sont non fonctionnels et/ou obsolètes ; - non mise à jour de la liste des médicaments essentiels pour les antipaludiques ; - le retard dans l'exécution du plan de distribution des intrants par la CENAME; - faiblesse du SGIL des intrants antipaludiques dans le secteur public et privé; - ruptures fréquentes des stocks des intrants ; - faiblesse du système de quantification des intrants et de suivi des approvisionnements. 	<ul style="list-style-type: none"> - approvisionnements à tous les niveaux.
Prestation de service	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une organisation sanitaire du niveau central jusqu'à la communauté ; - existence du guide technique de PEC et programme de formation à l'intention des acteurs de santé ; - subvention des ACT, gratuité de la PEC du paludisme chez le moins de 5 ans et des intrants de prévention ; - Décision ministérielle bannissant la monothérapie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible développement des soins de santé primaires en zone urbaine ; - coût élevé de la PEC du paludisme limitant l'accessibilité des plus pauvres aux soins de santé ; - suivi insuffisant des directives nationales en matière de diagnostic et de traitement - faible adhésion des prescripteurs aux directives de traitement du paludisme simple par l'ASAQ ; - persistance de la prescription et dispensation de la monothérapie ; - faible collaboration entre secteurs privé et public et entre secteur médical et les prestataires socio-sanitaires traditionnels; - Résistance croissante de l'anophèle aux pyréthrinoïdes ; - Conditions de stockage des intrants dans les régions et les districts inadéquates ; - fréquentes ruptures de SP et non observance de DOT en CPN ; - inexistence d'un système de contrôle de qualité des soins et services de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre les paquets d'interventions efficaces contre le paludisme à ceux qui en ont besoin ; - redéfinir les TDR du PNLN et rendre effectif le suivi des TDR des responsables régionaux de lutte contre le paludisme; - mettre en œuvre la politique de santé communautaire dans la lutte contre le paludisme en collaboration avec les autres programmes de santé et en assurer la continuité; - plaider pour que les institutions de formation mettent à jour le cursus sur la lutte contre le paludisme en pré-service pour les médecins et les paramédicaux; - rendre abordable le traitement du paludisme à travers des mesures compensatoires telles que la subvention par l'Etat ou les partenaires, les tarifs forfaitaires, les mutuelles de santé, le financement basé sur la performance ; - confirmer les informations sur la sensibilité des vecteurs et l'efficacité des ACT par études opérationnelles.

Six piliers pour le renforcement du système de santé	Forces	Faiblesses	Actions requises pour renforcer la lutte contre le paludisme
Système d'information sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un système national de collecte des données de SNIS ; - existence Canevas - standard de rapport - mensuel sur les activités - de lutte contre le - paludisme à tous les - niveaux ; - paludisme intégré dans les pathologies sous surveillances par le système de SIMR mis en place à la DLM ; - base de données - fonctionnelle spécifique au Paludisme. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse du - système national de collecte des données de SNIS ; - faiblesse dans la remontée, l'analyse et utilisation des données - contrôle de - la qualité des données - du paludisme non - systématique à tous les - niveaux ; - absence - d'outils intégrés - standards pour la collecte et transmission des données à tous les - niveaux ; - absence de - retro information à tous les niveaux ; - sites de - surveillance sentinelle - non fonctionnels ; - Absence de bases - de données logistiques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le système de collecte, analyse, rapportage, diffusion et utilisation des données ; - renforcer le contrôle de qualité et de la complétude des données ; - améliorer la promptitude du SNIS de routine et de la surveillance épidémiologique ; - rendre les sites sentinelles fonctionnels.

LA METHODOLOGIE D'ELABORATION DU CADRE BUDGETAIRE DU PSNLP

PROGRAMMATION FINANCIERE DU PSNLP 2014-2018

Le processus ayant conduit à l'élaboration de la présente programmation financière est basé sur quatre principales étapes :

- L'évaluation des coûts historiques du programme ;
- Le schéma logique budgétaire ;
- Le costing des interventions ;
- La programmation des financements ;
- Les points de vigilance ;
- L'évaluation des coûts historiques

Il a été question dans cette phase de déterminer les coûts de base des interventions sur une période de 5 ans. Pour ce faire, l'équipe technique s'est appuyée sur le système d'informations financières du Ministère de la Santé Publique et sur celui du programme. Les résultats de ces travaux par intervention se présentent comme l'indique le tableau ci-joint.

Tableau A.1 : Taux d'exécution budgétaire entre 2011 et 2013

Axe Stratégique	Intervention	2011		2012		2013		Total	
		Prog.	Exé.	Prog.	Exé.	Prog.	Exé.	Prog.	Exé.
Formation et recherche opérationnelle	Formation	1 320	416	0	430	593	17	1 913	864
	Recherche Opérationnelle	15	206	35	42	87	0	138	248
Gestion du programme	Salaire et prime aux personnels	525	163	670	384	434	333	1 629	880
	Gestion	325	73	213	52	305	39	843	164
Prévention	Lutte antivectorielle	29 389	21 445	1 020	3 235	352	42	30 761	24 722
	Chymioprévention	0	0	52	4	249	0	301	4
Prise en Charge des Cas	Prise en charge des cas dans les formations sanitaires	733	0	1 656	434	1 532	93	3 920	527
	Prise en charge correcte des cas de paludisme à domicile	0	0	0	0	0	0	0	0
Suivi, évaluation et surveillance épidémiologique	Surveillance épidémiologique	0	0	0	0	0	0	0	0
	Suivi et évaluation	1 747	260	629	78	1 269	5	3 645	343
Communication pour le développement	Plaidoyer et Partenariat	5	0	0	0	0	0	5	0
	Marketing social	0	0	0	0	0	0	0	0
	Promotion des intrants subventionnés et gratuits	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mass media	0	0	0	0	0	7	0	7
	Communication inter personnelle	466	0	0	0	0	0	466	0
	Mobilisation sociale	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		34 525	22 564	4 275	4 659	4 821	536	43 621	27 759

En l'absence des données sur les financements avant 2011, nous avons analysé l'exécution du budget du PNL de 2011 à 2013. Le tableau A.1 permet de dégager un taux d'exécution de 64%. Ce taux n'est pas très éloigné de la moyenne nationale, ce qui met en évidence le fait que la lutte contre paludisme est influencée par le dysfonctionnement du système budgétaire national.

Le cadre logique budgétaire

Le cadre logique budgétaire utilisé dans la présente programmation financière a été inspirée de la loi n° 2007 / 006 du 26 décembre 2007 portant régime financier de l'Etat du Cameroun, du cadre de planification national et du modèle de budgétisation du plans stratégique tel que développé par l'OMS. Ce cadre logique se présente ainsi qu'il suit :

Programme	Action	Activité	Axe stratégique	Intervention	Tâche	Nature économique

Les programmes, actions et activités sont issus du cadre logique du budget programme du ministère de la santé publique du Cameroun.

Les axes stratégiques et les interventions proviennent du guide d'élaboration des plans stratégiques développé par l'OMS.

Les tâches sont des activités élémentaires pouvant se mettre en œuvre sur une période n'exédant pas un an.

Les moyens nécessaires pour la mise en œuvre des tâches sont formuler sous forme de nature économique pour facilité leur codification conformément à la nomenclature budgétaire et comptable du Cameroun.

Le costing des interventions

L'évaluation des coûts unitaires s'est faite sur la base des prix de référence en vigueur au niveau national et international. Le décret N°2000/693/PM du 13 septembre 2000 fixant le régime de déplacement des agents publics civils et les modalités de prise en charge des frais y afférents ; l'arrêté fixant les prix et tarifs de référence des équipements, fournitures de bureaux, travaux et services divers liés aux administrations publiques et parapubliques (Mercuriale des prix) ; les estimations du programme de coopération entre le Cameroun et certaines institutions internationales, notamment, l'Organisation Mondiale pour la Santé, le Fonds mondiale pour la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, la banque Africaine de Développement ; les estimations forfaitaires de l'équipe technique.

La programmation budgétaire

La programmation des activités sur la période s'est faite sur la base :

- Des cibles annuelles fixées par les experts métiers ;
- Des stratégies de déploiement des interventions ;

Des simples reconductions forfaitaires, notamment dans le cas des coûts de certains de gestion de programme dont la progression par années n'est pas significative.

Par ailleurs, nous avons pris en compte dans la programmation, le principe des Autorisations d'Engagements (AE) et des Crédits de Paiements (CP) conformement aux dispositions du budget programme, bien que dans le cas d'espèce les autorisations d'engagement sont égales aux crédits de paiement.

Quelques points de vigilance

Au cours des travaux d'élaboration de la présente programmation financière, quelques aspects ont fait l'objet d'une attention particulière.

- B.1 Les coûts partagés (à l'intérieure du programme)

La supervision

Le programme mettra en œuvre au cours de cette période un système de supervision formative intégré. Les coûts liés à la supervision ont été évalués en conséquence et intègrent notamment :

- La supervision du déploiement des intrants ;
- La supervision de l'utilisation des directives de prise en charge clinique et communautaires du paludisme ;
- La supervision de la gestion des ressources financières ;
- La supervision de la collecte, du traitement, de l'utilisation locale et de la transmission des données ;
- La supervision de la surveillance épidémiologique ;

Les coûts de gestion du programme

Les coûts d'exploitation du programme sont évalués pour couvrir l'appui nécessaire à la mise en œuvre de toutes les interventions contenues dans le présent plan stratégique. Ils intègrent notamment :

- Les coûts liés aux réunions de coordination à tous les niveaux ;
- Les coûts de communication (téléphone, internet) ;
- La maintenance et l'entretien de la logistique du programme ;
- Les frais de personnels;

B.2 Les coûts partagés (avec les autres structures du système de santé)

L'évaluation des coûts a aussi tenu compte de la mise en commun des ressources dans les cas des interventions ci-dessous :

La recherche opérationnelle : bien que les besoins de recherches opérationnelles spécifiques au paludisme ont été identifiés et budgétisés ici, le programme se propose de travailler avec la Division en charge de la Recherche Opérationnelle au Ministère de la Santé publique pour son expertise dans le domaine et pour donner plus de chance dans la mobilisation des ressources y afférentes ;

La surveillance épidémiologique : le programme se propose de profiter au mieux du dispositif de surveillance épidémiologique et de riposte contre des épidémies existant à la Direction de la Lutte contre la Maladie, des Epidémies et Pandémies du Ministère de la Santé Publique pour plus d'efficacité dans l'action. Certains indicateurs de surveillance du paludisme sont déjà intégrés dans le rapport épidémiologique hebdomadaire ;

La pharmacovigilance : le programme contribuera au dynamisme du dispositif de pharmacovigilance national pour veiller à la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des intrants de lutte contre le paludisme ;

Le partenariat : les actions de partenariat retenues dans le présent plan stratégique tiennent compte de la nécessaire collaboration du programme avec la Division de la Coopération du Ministère de la santé publique. Les actions de coopération avec les acteurs du système de santé s'inscriront dans le cadre de la stratégie partenariale nationale ;

La formation : l'intégration de la formation sur la lutte contre le paludisme dans les curricula de formation initiale ainsi que les formations continues (certifiantes ou diplômantes) liées au paludisme, se mettront en œuvre dans l'esprit du Plan National de Développement des Ressources Humaines de la santé.

B.3 Le système nationale de passation des marchés publics, du contrôle et de la régulation de la dépense

L'évaluation des coûts, la codification des moyens nécessaires à la mise en œuvre du présent plan stratégique ont été conçu en considérant les contraintes du système national de passation des marchés publics, du contrôle et de la régulation de la dépense. Il s'est particulièrement agit de veiller à :

- Identifier de manière précise les unités physique des dépenses ;
- Affecter au budget d'investissement les dépenses clairement identifiées comme dépenses de capital et au budget de fonctionnement, les dépenses courantes ;
- Evaluer et codifier les autres dépenses de personnel tenant compte de la rigueur d'encadrement exigé par le cadre budgétaire en vigueur au niveau national.

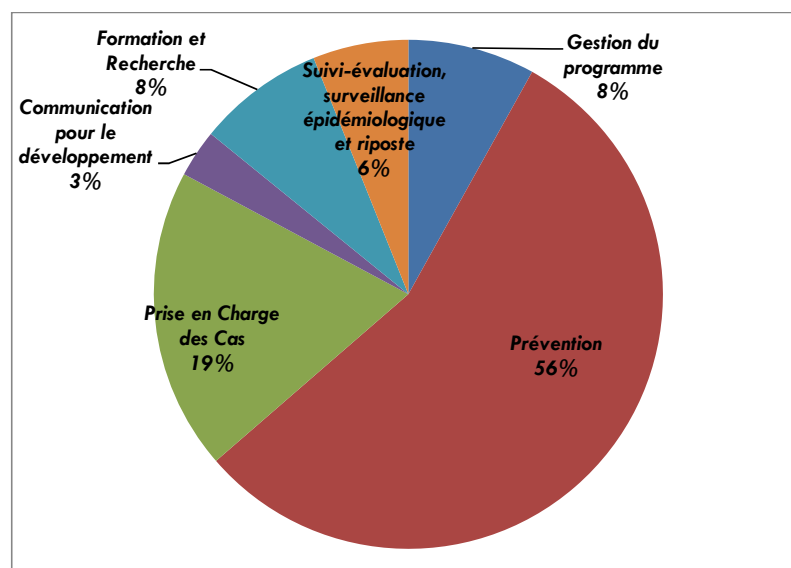
B.4 Les Impôts, taxes, frets et assurances

Les impôts, taxes, frets et assurances ont été pris en compte dans l'évaluation des coûts liés à l'acquisition des principaux intrants.

Répartition du budget par grandes masses

Tableau C.1 : Budget par axe stratégique (en millions de F CFA)

AXES STRATEGIQUES	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL	%
Gestion du programme	3 816	3 914	3 789	3 839	3 839	19 197	8%
Prévention	9 046	49 388	10 871	11 181	50 711	131 197	55%
Prise en Charge des Cas	7 833	10 127	8 802	9 268	10 225	46 254	19%
Communication pour le développement	2 478	976	2 330	1 361	973	8 119	3%
Formation et Recherche	2 782	5 540	2 249	2 346	5 694	18 611	8%
Suivi-évaluation, surveillance épidémiologique et riposte	2 716	2 931	2 816	2 916	2 563	13 942	6%
Total général	28 671	72 876	30 857	30 910	74 005	237 320	100%



Graphique N° C.1 : Répartition des coûts du PSNLP par axe stratégique

Il se dégage de ce graphique la volonté du Cameroun de mettre un accent tout particulier sur la prévention (56%) et sur la prise en charges des cas (19%). Il est également à envisager qu'une bonne mise en œuvre de la stratégie d'intervention influence l'effort nécessaire pour la prise en charge parce du fait du lien existant entre la prévention et la diminution du nombre de cas.

Mobilisation des ressources

Au moment où nous bouclons le présent plan stratégique, la cartographie des donateurs se présente ainsi qu'il suit :

Le Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, qui pourra potentiellement prendre en charge :

- La couverture de 50% des besoins du pays en MILDA pour la distribution de routine aux femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ;
- L'acquisition en 12 322 059 (2015) et potentiellement 13 218 980 (en 2018) MILDA pour la campagne de couverture universelle qui sera menée;
- La couverture de 50% des besoins en TPI ;
- La couverture d'une partie des besoins en coût d'exploitation du programme;

L'Etat du Cameroun, pour :

- La couverture de 50% des besoins en TPI ;
- La couverture de 50 % des besoins en MILDA de routine pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ;
- Le financement des coûts de distribution des MILDA pour les campagnes de couverture universelle de 2015 et 2018 ;
- Le fonctionnement du programme ;
- La couverture d'une partie des besoins en suivi évaluation ;

La Banque Islamique de développement, pour le financement des aspersion intra domiciliaires.

Les organisations du système des Nations Unies pour continuer à financer la lutte contre le paludisme au Cameroun.

Il est également attendu l'implication des nouveaux partenaires financiers. Dans ce registre, le PNLP compte impliquer les Universités à la recherche contre le paludisme. Par ailleurs, la mise en œuvre de la présente stratégie sera l'occasion d'accélérer l'implication des partenaires privés nationaux et internationaux à la lutte contre le paludisme.

L'opportunité de la maturation progressive du processus de décentralisation de l'Etat du Cameroun donnera l'occasion d'accroître l'implication des Collectivités Territoriales Décentralisées à la lutte contre le paludisme. Elles pourront notamment intervenir sur la mobilisation des communautés pour la pleine utilisation des services/prestations de lutte contre le paludisme.

BUDGET DETAILLE

Tableau 1: Répartition du budget détaillé selon les axes, les interventions, les activités et les années

Axes stratégiques	Intervention	Activités	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018
Communication pour le développement	Communication pour le changement de comportement (CCC)	Développer le modèle de concept stratégie de CIP sous directives communautaires	1 875	-	1 875	-	-
		Assurer la couverture médiatique des événements de paludisme	5 141	2 796	5 141	5 141	5 141
		Diffuser les spots, microprogrammes et plages de presse écrite	107 000	107 000	107 000	107 000	107 000
		Elaborer la stratégie de marketing des services CCC et PECADOM auprès des prestataires traditionnels	2 500	2 500	-	-	-
		Elaborer le modèle de concept stratégie de CIP sous directives communautaires	25 000	-	-	-	-
		Elaborer les options de canaux, messages et supports de communication ciblés	18 750	-	-	-	-
		Expérimenter/adapter le modèle de stratégie de CIP sous directives communautaires	37 500	-	37 500	-	-
		Formaliser les approches de la programmation de la stratégie C4D sous directives communautaires	17 456	-	-	-	-
		Former les acteurs clés des organes de media	2 450	2 450	2 450	2 450	2 450
		Mettre à jour la cartographie du spectre mass media au niveau communautaire	-	-	-	-	-
		Organiser les assemblées communautaires inclusives d'analyse/solution sur l'adéquation de la C4D	420 000	-	420 000	-	-
		Planifier les actions de communication conjointes des media et des acteurs de media et du PNL	2 450	2 450	2 450	2 450	2 450
		Produire des supports scriptovisuels	630 000	-	630 000	-	-
	Marketing social et partenariat	Produire les supports marketing des services et produits PNL	241 714	-	241 714	-	-
		Elaborer la stratégie marketing pour le partenariat public-privé	3 750	-	3 750	390 625	-
		Elaborer le régime des subventions et de la gratuité pour l'utilisation optimale des intrants paludisme par les FOSA	4 875	-	-	-	-
		Elaborer le régime des subventions et de la gratuite pour utilisation optimale des intrants paludisme par les FOSA	3 500	-	-	-	-
		Etablir des conventions de partenariat entre le PNL et les acteurs de la presse	7 660	-	2 605	-	-
		Former les personnels de santé et le staff OSC au marketing des services et produits PNL	16 520	-	16 520	-	-

Axes stratégiques	Intervention	Activités	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018
		Mener une étude de faisabilité sur la viabilité et la durabilité des prestations subventionnées ou gratuites du paludisme par les FOSA privées	59 000	-	-	-	-
		Passer des contrats avec des FOSA privées sur les intrants du paludisme subventionnés ou gratuits	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000
	Mobilisation sociale	Organiser la réponse communautaire dans les chefferies de 3e degré	126 000	126 000	126 000	126 000	126 000
		Primer les meilleurs animateurs communautaires	7 600	3 800	3 800	3 800	3 800
	Plaidoyer	Effectuer les Visites de promotion et de contractualisation des entreprises	2 216	2 216	2 216	2 216	2 012
		Elaborer des propositions de projets pour la C4D	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
		Elaborer la stratégie marketing pour le partenariat public-privé	8 050	-	8 050	-	-
		Organiser les cérémonies de la JMLP a tous les niveaux	201 000	201 000	192 467	195 311	198 156
		Organiser une réunion de levée des fonds	16 175	16 175	16 175	16 175	16 175
	Total Communication pour le développement			2 478 181	976 387	2 329 712	1 361 168
Formation et Recherche	Formation des professionnels de santé, acteurs communautaires et professionnels des média	Appuyer la formation pour le Master en santé publique	-	8 000	8 000	8 000	8 000
		Appuyer la formation continue du personnel en épidémiologie du terrain	-	25 000	25 000	25 000	25 000
		Appuyer la formation des entomologistes	-	4 000	4 000	4 000	4 000
		Appuyer la Participation du personnel à des Fora et ateliers	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
		Elaborer les modules de formation	8 400	-	-	8 400	-
		Elaborer un Plan de Formation sur la lutte contre le paludisme	4 200	-	-	-	-
		Former des autres intervenants communautaires à la prise en charge à domicile du paludisme	1 000	3 000	2 500	2 500	2 500
		Former le personnel à la riposte	21 653	21 653	-	21 653	-
		Former le personnel de laboratoire des sites sentinelles de surveillance du paludisme	9 000	9 000	9 000	9 000	9 000
		Former le personnel des sites sentinelles à la surveillance épidémiologique	21 600	-	21 600	-	-
		Former le personnel en procédures et gestion du programme	18 000	-	-	18 000	-
		Former le personnel en recherche entomologiques et contrôle des vecteurs	15 000	-	-	15 000	-
		Former le personnel sur l'éthique de la recherche en santé	6 300	6 300	6 300	6 300	6 300
		Former l'équipe cadre du district à la micro planification pour la chimio prévention saisonnière du paludisme	89 190	-	-	-	-
		Former les acteurs du niveau central et régional à la gestion des données	45 500	35 000	-	80 500	-
		Former les acteurs opérationnels à la gestion des données	138 469	230 781	-	369 250	-

Axes stratégiques	Intervention	Activités	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018
		Former les acteurs et organisations a la recherche et mobilisation des ressources	5 250	5 250	5 250	5 250	5 250
		Former les agents distributeurs pour la campagne MILDA	-	739 305	-	-	739 305
		Former les agents dénombreurs pour la campagne MILDA	-	1 000 188	-	-	1 000 188
		Former les ASC à la chimio prévention saisonnière	470 700	470 700	470 700	470 700	470 700
		Former les ASC à la prise en charge à domicile du paludisme	195 200	400 960	400 960	400 960	400 960
		Former les autres intervenants communautaires à la prise en charge à domicile du paludisme	87 500	87 500	-	175 000	-
		Former les commis des pharmacies à la gestion des stocks et approvisionnements	-	212 400	-	-	424 800
		Former les équipes cadres de district pour la campagne MILDA	-	73 458	-	-	73 458
		Former les formateurs du niveau central à la micro planification pour la campagne MILDA	-	7 600	-	-	7 600
		Former les intervenants des régions, districts et aires de santé à la surveillance épidémiologique	141 000	282 000	-	-	282 000
		Former les prestataires à la prise en charge du paludisme	210 057	-	266 072	-	266 072
		Former les responsables financiers sur les procédures financières	13 500	-	-	9 000	-
		Former les responsables régionaux et des DS à la microplanification pour la campagne MILDA	-	303 500	-	-	303 500
		Former les superviseurs centraux et régionaux pour la chimio prévention saisonnière du paludisme	4 000	2 000	2 000	2 000	2 000
		Former les superviseurs de district de santé pour la chimio prévention saisonnière du paludisme	7 611	7 611	7 611	7 611	7 611
		Former les superviseurs de proximité de dénombrement pour la campagne MILDA	-	44 928	-	-	44 928
		Former les superviseurs de proximité, les distributeurs et les mobilisateurs de pour la chimio prévention saisonnière du paludisme	264 240	264 240	264 240	264 240	264 240
		Former les superviseurs nationaux et régionaux et du DS aux techniques de supervision intégrée	88 000	88 000	-	-	176 000
		Former les superviseurs de proximité de distribution pour la campagne MILDA	-	61 069	-	-	61 069
		Former les techniciens de laboratoire	95 024	83 146	83 146	80 770	-
		Former les volontaires pour la campagne HANG UP pour la campagne MILDA	-	343 368	-	-	343 368
		Harmoniser le Manuel de Formation	8 750	-	-	-	-
		Mettre à jour la PEC du paludisme dans les curricula de formation	16 000	-	-	-	-

Axes stratégiques	Intervention	Activités	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018
		Mettre en place une base des données sur les personnels formés	-	2 500	-	-	-
		Mettre en place une plate forme d'échanges	6 500	6 500	6 500	6 500	6 500
	Recherche opérationnelle	Créer des sites d'études vaccinales	112 729	225 497	112 504	42 504	62 504
		Créer les sites de recherches en système de santé démographiques	74 504	161 617	59 504	59 504	86 617
		Développer une base Web interactive sur le paludisme	6 396	6 396	6 396	6 396	6 396
		Elaborer les protocoles de formation en recherche harmonisés	7 000	-	70	-	70
		Elaborer les protocoles de recherche	32 000	32 000	54 500	32 000	32 000
		Etude sur l'efficacité de la Chimio prévention pour le paludisme	-	54 000	-	54 000	-
		Evaluer l'efficacité et la tolérance des antipaludiques	31 340	31 340	31 340	31 340	31 340
		Mener une étude comportementale sur l'utilisation des méthodes de lutte contre le paludisme	91 600	-	91 600	-	91 600
		Mener une étude sur la transmission du paludisme dans les sites sentinelles	106 800	-	106 800	-	106 800
		Mener une étude sur l'efficacité des LLINs dans les sites sentinelles	-	13 760	-	13 760	-
		Mettre en place une plate forme d'échanges	4 500	4 500	4 500	4 500	4 500
		Opérationnaliser les sites sentinelles de surveillance du paludisme	126 452	158 404	152 030	88 030	152 030
		Organiser une plate forme de partage des résultats	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
		Réaliser des études bi-annuelle d'efficacité et Tolérance/PV	11 000	-	11 000	-	-
		Réaliser les études CAP	150 000	-	-	-	150 000
		Réaliser les études d'efficacité thérapeutique en prélude à la chimio prévention saisonnière	12 000	-	12 000	-	12 000
		Suivre la susceptibilité des vecteurs aux insecticides	9 000	9 000	9 000	9 000	9 000
		Total Formation et Recherche			2 781 965	5 540 470	2 249 123
Gestion du programme	Coordination et coopération	Assurer la communication par internet	7 200	7 200	7 200	7 200	7 200
		Assurer la communication par téléphone	15 960	15 960	15 960	15 960	15 960
		Assurer la coordination du programme de lutte contre le paludisme	100 000	225 000	100 000	150 000	100 000
		Assurer la fourniture du matériel de bureau des SRs	207 337	207 337	207 337	207 337	207 337
		Assurer la maintenance et l'entretien de la logistique des SRs	265 145	265 145	265 145	265 145	265 145
		Assurer la maintenance et l'entretien de la logistique du programme	83 360	83 360	83 360	83 360	83 360
		Assurer la motivation des ASC pour les visites et la prise en charge des cas à domiciles	1 546 356	1 546 356	1 546 356	1 546 356	1 546 356
		Assurer la représentation du programme de lutte contre le	99 800	99 800	99 800	99 800	99 800

Axes stratégiques	Intervention	Activités	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018
		paludisme					
		Assurer le transport et l'expédition des colis au niveau national et international	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000
		Organiser des réunions de coordination au niveau national et régional	133 050	133 050	133 050	133 050	133 050
		Organiser des réunions de coordination et supervision des activités des SRs	381 208	381 208	381 208	381 208	381 208
		Payer les primes (complément de salaire aux personnel fonctionnaire)	135 600	135 600	135 600	135 600	135 600
		Payer les salaires des OSCD	140 400	140 400	140 400	140 400	140 400
		Payer les salaires des personnels non fonctionnaires	298 000	298 000	298 000	298 000	298 000
		Payer les salaires des PR/SRs	320 022	320 022	320 022	320 022	320 022
		Tenir la réunion annuelle de coordination des partenaires	3 500	4 200	4 200	4 200	4 200
	Planification	Création et hébergement d'un site web chargé de gérer les données du PNLP via Internet	23 600	-	-	-	-
		Elaboration le plan stratégique 2019 - 2023	4 500	-	-	-	49 500
	Renforcement de la gestion des achats et stocks	Tenir des ateliers régionaux de quantification des besoins	28 000	28 000	28 000	28 000	28 000
		Tenir des réunions trimestrielles du comité de coordination des achats et des approvisionnements	15 547	15 547	15 547	15 547	15 547
		Tenir les ateliers nationaux de quantification des besoins	4 830	4 830	4 830	4 830	4 830
Total Gestion du programme			3 816 414	3 914 014	3 789 014	3 839 014	3 838 514
Prévention	Administration de la Sulfadoxine–Pyriméthamine aux femmes enceintes pendant les CPN	Acquérir la SP pour les femmes enceintes	743 285	1 117 857	737 986	804 568	838 173
		Distribuer la SP en routine et pendant les SASNIM	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000
	Chimio-prévention saisonnière du paludisme chez les enfants de 03 à 59 mois	Acquérir la SP+AQ pour les moins de 12 mois	138 325	141 842	145 442	149 135	152 922
		Acquérir la SP+AQ pour les enfants de 1 à 5 ans	608 632	624 103	639 947	656 194	672 855
		Mener la campagne de distribution des SP+Amodiaquin	90 050	90 050	90 050	90 050	90 050
		Mobiliser les ménages en faveur de la chimio prévention saisonnière du paludisme et distribuer les médicaments	218 624	218 624	218 624	218 624	218 624
	Distribution de masse des MILDA	Acquérir des MILDA pour la campagne en couverture universelle	-	30 805 148	-	-	33 047 450
		Distribuer des MILDA	-	7 568 631	-	-	6 201 899
	Distribution de routine des MILDA	Acquérir des MILDA pour la distribution de routine	2 091 041	3 431 651	3 513 686	3 596 946	3 681 445
	Pulvérisation intra-domiciliaire	Acquérir des insecticides	4 591 699	4 981 884	5 108 358	5 238 051	5 371 045
		Pulvériser des structures	531 257	374 850	384 354	394 081	404 031
Pulvériser des structures		3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	

Axes stratégiques	Intervention	Activités	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018	
Total Prévention			9 045 914	49 387 639	10 871 447	11 180 649	50 711 494	
Prise en Charge des Cas	Diagnostic biologique par la GE et/ou le TDR des cas suspects de paludisme.	Acquerir le TDR Malaria Antigen PF/Pan (pLDH)	1 983 594	2 726 314	1 796 580	1 789 976	2 596 658	
		<i>Acquerir les gants</i>	<i>391 819</i>	<i>507 088</i>	<i>339 578</i>	<i>347 729</i>	<i>534 110</i>	
		Acquerir les microscopes	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	
	PCIME Communautaire (Intégration PECADOM-PCIME)	Assurer la prise en charge à domicile du paludisme	1 481 007	2 357 014	1 752 014	1 752 014	1 752 014	
	Renforcement du système de pharmacovigilance	Assurer le contrôle continu de la qualité des intrants antipaludiques (ACT, SP, TDR)	51 689	51 689	51 689	51 689	51 689	
		Evaluer le système national de pharmacovigilance	-	7 850	-	-	-	
		Mener des missions semestrielles de contrôle de qualité des examens microscopiques	13 300	13 300	13 300	13 300	13 300	
	Traitement des cas de paludisme confirmés dans les formations sanitaires et la communauté conformément aux directives nationales	Acquerir l'acétyl salicylate de lysine inj 500 mg	190 518	209 570	230 527	253 579	280 794	
		Acquerir l'Artesunate 60 mg/ml	1 606 965	1 662 308	1 808 591	2 056 130	2 008 739	
		Acquerir le paracétamol 100 mg	65 087	67 446	76 430	84 285	88 742	
		Acquerir le SG 5% 500 CC	463 752	510 127	561 140	617 254	678 979	
		Acquerir les ACTs (ASAQ, AL)	1 256 330	1 342 974	1 452 082	1 499 951	1 396 751	
		Acquerir les Seringues 10ml pour artésuante injectable	208 948	551 203	599 709	681 788	702 822	
	Total Prise en Charge des Cas			7 833 010	10 126 884	8 801 640	9 267 695	10 224 599
	Suivi-évaluation, surveillance épidémiologique et riposte	Renforcement de la Surveillance épidémiologique	Diagnostiquer et traiter les cas de paludisme lors des épidémies	484 526	484 526	484 526	484 526	484 526
Evaluer l'impact des mesures de contrôle sur le poids épidémiologiques du paludisme			67 600	67 600	67 600	67 600	67 600	
Investiguer les cas de paludisme			31 400	31 400	31 400	31 400	31 400	
Renforcement du système de suivi et évaluation des interventions		Effectuer les audits de la qualité des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	426 800	426 800	426 800	426 800	426 800	
		Elaborer des outils de supervision intégrée	10 500	-	-	-	-	
		Elaborer les outils de gestion de la chimio prévention saisonnière du paludisme	3 150	-	-	-	-	
		Equiper tous les districts de santé et les régions d'Internet mobile	16 000	16 000	16 000	16 000	16 000	
		Mener les supervisions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	7 600	7 600	7 600	7 600	4 200	
		Mener les supervisions du niveau central vers le niveau opérationnel	20 300	20 300	20 300	20 300	20 300	
		Mener les supervisions du niveau régional vers le niveau	332 000	332 000	332 000	332 000	332 000	

Axes stratégiques	Intervention	Activités	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018
		district de santé					
		Organiser les réunions de gestion des données	337 950	337 950	337 950	337 950	337 950
		Renforcer l'équipement de tous les districts de santé en matériel informatique (+ antivirus)	146 400	-	-	-	-
		Superviser la chimio prévention du paludisme (niveau central vers les régions)	8 960	8 960	8 960	8 960	8 960
		Superviser la chimio prévention du paludisme (niveau DS vers les AS)	64 328	64 328	64 328	64 328	64 328
		Superviser la chimio prévention du paludisme (niveau régional vers les DS)	16 560	16 560	16 560	16 560	16 560
		<i>Tenir les réunions d'évaluation de la campagne de chimio prévention saisonnière du paludisme à tous les niveaux</i>	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
	Riposte aux épidémies	Organiser un atelier d'élaboration des plans de riposte	16 800	-	-	-	210
		Tenir les réunions de coordination pour la riposte aux épidémies de paludisme	36 500	36 500	36 500	36 500	36 500
	Suivi et évaluation	Distribuer les outils de collecte des données (registres, fiches des FS, et fiches des ASC)	18 500	18 500	18 500	18 500	18 500
		Effectuer la revue des performances du programme	-	-	-	-	50 000
		Elaborer le plan de suivi et évaluation 2014-2018	-	15 000	-	-	-
		Elaborer le rapport annuel de progrès de la lutte contre le paludisme	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
		Elaborer les outils de collecte de données	313 580	303 080	303 080	303 080	303 080
		Elaborer/Réviser les Procédures, Normes et Standards (PNS) pour la gestion des données	12 300	-	-	-	-
		Mener l'Enquête nationale sur les indicateurs (EIP) du paludisme	-	400 000	-	400 000	-
		Mener une enquête post-campagne campagne de distribution	-	-	300 000	-	-
		Transmettre les données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	324 000	324 000	324 000	324 000	324 000
	Total Suivi-évaluation, surveillance épidémiologique et riposte		2 715 754	2 931 104	2 816 104	2 916 104	2 562 914
	Total général		28 671 238	72 876 499	30 857 040	30 910 299	74 004 909