

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME



REPUBLIC OF CAMEROUN
Peace – Work – fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

NATIONAL MALARIA CONTROL
PROGRAMME

AIDE-MEMOIRE

**REVUE DES PERFORMANCES DU PROGRAMME
NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME**



Avril 2017

TABLE DES MATIERES

1. But de la revue du programme de lutte contre le paludisme
2. Contexte et justification
 - 2.1. Objectifs
 - 2.2. Méthodologie
3. Résultats
 - 3.1 Evaluation des progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs d'impact épidémiologique et entomologique du PSN 2014-2018
 - 3.2 Analyse du financement du PNLP pour la réalisation des activités planifiées
 - 3.3. Analyse des capacités du PNLP de mettre en œuvre les activités planifiées
 - 3.4 Revue de l'efficacité du système de santé dans la prestation des services de lutte contre le paludisme au Cameroun
 - 3.4.1. Niveau d'atteinte des cibles de Prévention :
 - 3.4.1.1. Traitement préventif intermittent (TPI)
 - 3.4.1.2. Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS)
 - 3.4.1.3. Lutte antivectorielle (LAV)
 - 3.4.2. Niveau d'atteinte des cibles de Prise en charge des cas de paludisme
 - 3.4.3. Niveau d'atteinte des cibles de Gestion des approvisionnements et des stocks (GAS)
 - 3.4.4. Niveau d'atteinte des cibles de Communication pour le développement et le partenariat
 - 3.4.5. Niveau d'atteinte des résultats de la surveillance épidémiologique et riposte (SER) et le suivi-évaluation (SE)
 - 3.4.6. Niveau d'atteinte des cibles de la formation et recherche opérationnelle
 - 3.4.7. Niveau d'atteinte des cibles de Gestion du Programme
4. MISE EN ŒUVRE DES LECONS APPRISES AU COURS DE L'EXECUTION DU PSN 2014-2018
 - 4.1. Leçons apprises
 - 4.2. Orientations stratégiques
5. ENGAGEMENT
 - 5.1. Engagement
 - 5.2. Signatures du gouvernement et des partenaires clés

1. BUT DE LA REVUE DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Le but de la revue d'un programme est d'évaluer la pertinence des interventions et leur niveau de mise en œuvre, en vue de renforcer ses performances. Elle constitue ainsi une étape cruciale dans le développement d'un nouveau plan stratégique. La revue est un outil de gestion pour une évaluation fondée sur les évidences en vue de renforcer la performance du programme pour aboutir aux meilleurs résultats et à l'impact. La revue est ainsi destinée à aider le pays et les partenaires à définir ou redéfinir l'agenda de lutte contre le paludisme à long, à moyen et à court terme.

Le but de l'actuelle revue du Programme national de lutte contre le paludisme est d'évaluer la mise en œuvre des interventions et des activités planifiées en vue de dégager la vision stratégique du programme pour la période 2018-2022. Cette planification sera basée sur les orientations de la Stratégie technique mondiale de lutte contre le Paludisme (GTS 2016-2030) et sur les Objectifs de développement durables (ODD).

Le présent Aide-Mémoire dégage les principaux résultats et recommandations de la revue en cours. Ce n'est pas un document contractuel, c'est une déclaration d'intention des autorités et des partenaires à s'engager conjointement dans le déploiement des ressources et la mise en œuvre des activités pour l'élimination du paludisme au Cameroun.

2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

De par sa position géographique, le Cameroun est un pays où le paludisme est endémique. Cette maladie est la première cause des consultations médicales (28% en 2012, 30% en 2014, 25% en 2015 et 23,6% en 2016) et d'hospitalisation (43,2% à 46 % entre 2012 et 2016). Chez les enfants de moins de 5 ans, le paludisme est responsable de 41% de consultation et 55% d'hospitalisation. A cause d'un vaste réseau hydraulique, un climat chaud et humide, aux précipitations abondantes (5000 mm), le taux d'inoculation peut atteindre 100 piqûres infectantes par homme par mois avec une transmission pérenne. Dans les régions aux faciès sahélo-soudanien (régions du Nord et de l'Extrême Nord), la saison pluvieuse est courte (1-4 mois), avec une transmission saisonnière aux taux d'inoculation de 10 piqûres infectantes par homme/mois. Des études menées au Centre de Biotechnologie (BTC) de l'Université de Yaoundé 1 dans la Région du Nord Ouest (Ndop) donnent un taux d'inoculation de 2,4 piqûres infectantes/homme/mois en 2014.

Le *Plasmodium falciparum* est l'espèce plasmodiale prédominante à plus de 97% suivi de *P. malariae*, *P. ovale* et *P. vivax*¹² Plus de 48 espèces anophéliennes sont présentes au pays dont 15 transmettent le paludisme. Les vecteurs majeurs (6) sont les membres du complexe *Anopheles gambiae* (*An. gambiae s.s.*, *An. arabiensis* et *An. coluzzi*), *An. funestus*, *An. nili*, et *An. moucheti*. D'autres espèces (9) telles que *An. paludis*, *An. hancocki*, *An. ovengensis*, *An. carnavalei*, *An. coustani*, *An. marshallii*, *An. pharoensis*, *An. wellcomei*, *An. Ziemanni* et *An. rufipes* sont des vecteurs secondaires.

Depuis 2003, le Cameroun a adopté les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine pour le traitement de paludisme. Grâce à l'utilisation des ACT et une distribution massive des MILDA (2011 et 2015/16), l'incidence annuelle du paludisme est passée de 92,1 cas/1000 habitants (2014) à 75,7 cas pour

¹ Rousso et al. Malaria Journal, 2017, vol.16: 74 Molecular evidence of *P. vivax* infection in Duffy negative symptomatic individuals from Dschang West Cameroon

² Jerome Fru-Cho et al. Malaria Journal, 2014, vol. 13:170. Molecular typing reveals substantial *Plasmodium vivax* infection in asymptomatic adults in rural area of Cameroon.

1000 habitants en 2016. La mortalité a diminué de 40% entre 2010-2015³ comparée à 49% selon les données collectées pendant la période 2010-2016.

Suite à une revue des performances du programme (RPP) menée en 2013, le PNLP a développé un nouveau plan stratégique national de la lutte contre le paludisme pour la période 2014-2018. Ce plan visait à doter le PNLP de stratégies et des interventions efficaces pour le contrôle du paludisme au niveau du pays, avec pour objectif de réduire la morbidité et la mortalité de 75% par rapport à la situation de 2010.

Afin de s'assurer de la mise en œuvre des activités planifiées dans le plan stratégique 2014-2018 et d'évaluer la performance du programme, le Gouvernement s'est engagé avec ses partenaires à mener une revue de ce plan. Les résultats de cette revue serviront à élaborer le prochain plan stratégique 2018-2022. Ce plan sera adapté au contexte épidémiologique national avec la vision de conduire certaines régions du pays vers l'élimination du paludisme.

2.1. OBJECTIFS

Les objectifs de la revue sont de :

1. Evaluer les progrès réalisés par le programme national de lutte contre le paludisme pour l'atteinte des cibles et les impacts épidémiologiques et entomologiques du PSN au cours de la période sous revue et formuler des recommandations en vue d'améliorer des interventions futures ;
2. Examiner le niveau de financement du plan stratégique national de lutte contre le paludisme au cours de la période de la revue et formuler des recommandations en vue d'effectuer une mobilisation optimale de financement ;
3. Analyser les capacités du programme national de lutte contre le paludisme pour mettre en œuvre les activités planifiées au cours de la période du plan et émettre des recommandations pour une meilleure mise en œuvre du programme ;
4. Apprécier les résultats atteints par le programme dans ses différents domaines d'interventions ;
5. Définir les nouvelles orientations sur la base des leçons apprises.

2.2. METHODOLOGIE

Cette revue qui s'est déroulée de novembre 2016 à avril 2017 comprend 4 phases. La phase 1 correspondait à la planification de la revue pour obtenir un consensus avec tous les partenaires et à la mobilisation des ressources pour la revue. La phase 2 a consisté à une revue documentaire ayant débouché à l'élaboration de rapports thématiques sur la lutte contre le paludisme au Cameroun (Décembre 2016 – Janvier 2017). Initialement prévue pour le mois de février 2017, la phase 3 s'est déroulée du 23 mars au 5 avril 2017 sous forme de revue conjointe menée par une équipe composée d'évaluateurs internes et externes. Au cours de cette phase, les rapports thématiques développés par l'équipe locale ont été présentés et amendés, les structures et institutions du niveau central et périphérique du secteur public et privé et la Société civile ont été visitées. Ceci dans le but de finaliser les rapports thématiques et d'élaborer un aide-mémoire. La phase 4 consistera à la finalisation des rapports de la revue, au développement d'un nouveau plan stratégique et au suivi des recommandations de la revue.

³ World Malaria Report, 2015

3. RESULTATS

3.1. Evaluation des progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs d'impact épidémiologique et entomologique du PSN 2014-2018

Au Cameroun, la transmission du paludisme est pérenne en zone forestière, et saisonnière en zone de savane et soudano-sahélienne. Entre 2012 et 2015, la morbidité palustre est passée de 41% à 29% chez les enfants de moins de 5 ans. Entre 2014 et 2016, la morbidité hospitalière causée par le paludisme est passée de 30,1% à 23,6%. Celle-ci varie de 13% au Nord-Ouest à plus de 28% au Centre, Est et Nord. Entre 2010 et 2015. La morbidité était de 29% chez les enfants de <5 ans et de 13% chez les femmes enceintes (2015). S'agissant de la mortalité palustre, elle a diminué de 40% entre 2010-2015 (WMR, 2015) comparée à 49% selon les données collectées pendant la période 2010-2016. Les enfants de <5 ans représentaient 69.7% des décès liés au paludisme en 2015. Chez la femme enceinte, la mortalité a été de 0,17% (2015). En 2016, au niveau hospitalier la moyenne était de 12,4%.

Plasmodium falciparum est l'espèce prédominante (97%). *Anopheles gambiae s.l.*, le vecteur majeur est présent dans tous les faciès. La résistance des vecteurs aux pyrethrinoides est élevée. Elle est de 80% à la permethrine et 94% à la deltamethrine. Malgré cette résistance élevée, la MILDA continue d'assurer une protection individuelle suffisante. Cependant, ceci nécessite un suivi régulier et la préparation pour des stratégies alternatives.

Le taux de confirmation des cas (TDR) est passé de 53,2% en 2014 à 73,8% en 2016. Le traitement des cas simples avec les ACT et graves avec l'Artesunate injectable contribue à la réduction de la mortalité palustre. Les ACT restent efficaces malgré des variations d'efficacité selon les sites (ASAQ : 90-98,1% ; AL : 96,7%). De même, pour la SPAQ (88,8 à 97,7%) ; et la SP (70,1%).

La campagne MILDA de 2015/2016 a permis d'améliorer la couverture (70%) et l'utilisation (55,8%) dans la population générale. La campagne CPS de 2016 a permis de couvrir 85,6% des enfants de 3 à 59 mois dans les zones cibles (Nord et Extrême-Nord) et a contribué à la diminution de la morbidité chez les enfants (58%). La couverture en TPI3 est passée de 28% à 33% entre 2014 et 2016.

Au cours de la période de mise en œuvre du PSN 2014-2018, aucune enquête de prévalence parasitaire du paludisme n'a été effectuée. Les résultats de la dernière enquête qui date de 2011 montre une prévalence parasitaire de 30% chez les enfants âgés de 6-59 mois⁴.

Recommandations

- ✓ Mettre à jour certains indicateurs du paludisme tels que la prévalence de la maladie ;
- ✓ Conduire les régions du Nord et de l'Extrême nord du pays vers la pré-élimination du paludisme ;
- ✓ Mener des enquêtes post campagne sur l'ensemble du pays pour évaluer l'impact de l'intervention ;
- ✓ Introduire l'utilisation des moustiquaires PBO (traitées avec un synergiste) pour augmenter l'efficacité des MILDA.

3.2. Analyse du financement du PNLN pour la réalisation des activités planifiées

Le Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2014-2018 a été budgétisé pour la période 2015-2017 un montant de 205,2 millions d'Euros ; seuls 101,78 millions d'Euros (soit 49,5%) ont été mobilisés à ce jour dont 77,17 millions d'Euros ont pu être mobilisés auprès du FMSTP (soit 37,6%), 18,49 millions d'Euros auprès de l'Etat (9%) et 6,12 millions d'Euros auprès des autres partenaires (soit 2,9%). Le Fonds mondial reste le grand contributeur à la lutte contre le paludisme au Cameroun.

⁴ EDS – MICS 2011

La lutte contre le paludisme demeure une priorité pour l'Etat. Le financement public de la lutte contre le paludisme est passé de 1,57 millions d'Euros (0.6% du budget du MINISANTE) à 14,32 millions d'Euros en 2015/2016 (soit 2.18%), hormis des investissements sur les ressources humaines et infrastructures sanitaires. Cette augmentation est due à la contribution de l'Etat pour la mise en œuvre de la campagne MILDA (2015/16). Cependant, tenant compte des activités planifiées, cette contribution de l'Etat reste toujours faible (varie entre 0,6 et 2,18%). Le taux de décaissement des co-financements est de 96% (10,77 millions d'Euros/ 11,20 millions d'Euros) entre 2015 et 2016.

En tenant compte du financement de l'Etat, du Fonds mondial et des autres partenaires, un gap de 50 % du budget du PSN se dégage sur la période 2015-2017. Ce gap est constitué des besoins pour le passage à l'échelle des interventions telles que la PECIC, la PEC dans les FOSA, la communication et la recherche opérationnelle. Les principales interventions de prévention (MILDA, TPI et CPS) étant financées par le Fonds mondial et l'Etat.

Les défis du financement de la lutte contre le paludisme incluent, l'insuffisance de la contribution de l'Etat, la faible contribution des partenaires et l'absence des contributions du secteur privé.

Recommandations

- Augmenter la contribution de l'Etat à la lutte contre le paludisme à un minimum de 5\$ USD (soit 4,7 Euros) par habitant (selon la Stratégie technique mondiale pour la lutte contre le paludisme, GTS 2016-2030)
- Mobiliser davantage le secteur privé et identifier les sources de financement domestique innovantes pour la lutte contre le paludisme
- Poursuivre les efforts pour mobiliser les ressources externes et internes à travers le partenariat et le plaidoyer.

3.3. Analyse des capacités du PNLP de mettre en œuvre les activités planifiées

Un Comité National Roll Back Malaria donne les orientations stratégiques au Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Au niveau central, il existe un groupe technique composé de 11 médecins et pharmaciens et 33 personnels administratifs. Au niveau régional le programme possède des Groupes Techniques Régionaux (GTR) composés de 10 médecins et pharmaciens ainsi que 36 staffs administratifs. Ce personnel a eu ses capacités renforcées dans différents volets de la lutte contre le paludisme pendant les 3 dernières années. Le PNLP est ancré au niveau du cabinet du ministre de la santé, et le positionnement du coordonnateur du programme au rang de Secrétaire Permanent ouvre au programme des opportunités de se faire représenter aux rencontres de haut niveau et ainsi d'interagir avec les autres ministères aussi bien que ses partenaires techniques.

Le PNLP a élaboré des documents normatifs tels que le PSN le guide de prise en charge des cas, le guide de distribution de masse des MILDA, le manuel de surveillance épidémiologique, la surveillance pour la gestion des épidémies, le guide de mise en œuvre de la CPS, la Stratégie Intégrées Communautaire), le module de formation des techniciens de laboratoire, le module pour la formation des agents de santé communautaires (ASC) et celui de formation des distributeurs et mobilisateurs pour la CPS. Tous ces documents sont disséminés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les défis en matière de gestion du programme incluent le non fonctionnement du Comité National Roll Back Malaria (le seul habilité à donner des orientations au programme), le manque de visibilité (pas de site web, pas de revue pour la dissémination des données de lutte contre le paludisme), carence des

partenaires financiers (insuffisance des ressources financières), l'absence d'une vision orientée vers l'élimination du paludisme, la faible implication des autres ministères et du secteur privé.

Recommandations

- Redynamiser le Comité National Roll Back Malaria ;
- Renforcer la collaboration intersectorielle de la lutte contre le paludisme ;
- Renforcer la capacité institutionnelle du programme pour mobiliser les ressources financières ;
- Renforcer les capacités techniques du programme dans le domaine de l'élimination du paludisme ;
- Renforcer le cadre de concertation des partenaires et des groupes thématiques.

3.4. Revue de l'efficacité du système de santé dans la prestation des services de lutte contre le paludisme au Cameroun

3.4.1. Niveau d'atteinte des cibles de Prévention

La prévention constitue un des axes majeurs de la lutte contre le paludisme dans le plan stratégique national 2014-2018. Cet axe repose sur la lutte antivectorielle par la promotion à l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée d'action (MILDA), le traitement préventif intermittent (TPI) chez la femme enceinte par l'administration de la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) et la chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de moins cinq ans dans les régions de l'Extrême-Nord et du Nord par l'administration de la combinaison SP avec l'Amodiaquine (SPAQ).

3.4.1.1. Traitement préventif intermittent (TPI)

Le traitement préventif intermittent (TPI) chez la femme enceinte à base de la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) a une efficacité préventive sur *P. falciparum*. Malgré la gratuité du TPI chez les femmes enceintes (instituée en 2005), les rapports annuels PNLN montrent que la proportion de femmes enceintes ayant reçu le TPI3 reste faible une fois comparée à la cible de 80% (28% en 2014, 32% en 2015 et 33% en 2016). Le TPI est administré lors des CPN par le personnel de santé. Malgré une fréquentation des femmes enceintes à la CPN1 estimée à 82% en 2014⁵ et une gratuité de la SP, on note un taux d'abandon de 23% pour la CPN1 et 14% pour la CPN2 en 2014 et de 16% pour la CPN1 et 38% pour la CPN2 en 2015.

Ces faibles taux de couverture en TPI3 s'expliquent par le sur-stockage de la SP dans certains magasins régionaux des FRPS, les ruptures artificielles de stocks de la SP dans les FOSA, l'insuffisance des intrants nécessaires (eau potable, gobelets) pour l'application de traitement sous observation directe (DOT) et le non-respect des directives nationales par certains prestataires.

Recommandations

- ✓ Renforcer l'implication des responsables des groupes techniques régionales (GTRLP) dans l'approvisionnement des FOSA en SP ;
- ✓ Renforcer la gratuité du TPI sur l'ensemble du territoire national en interdisant la vente de la SP dans les formations sanitaires ;
- ✓ Renforcer le développement des mécanismes d'adhésion des FOSA privées à la stratégie de prévention du paludisme par le TPI ;

⁵ Enquête MICS 2014

- ✓ Inclure la dispensation du TPI3 parmi les indicateurs achetés dans le cadre des financements basés sur la performance (PBF) ;
- ✓ Renforcer la régularité des supervisions à tous les niveaux ;
- ✓ Renforcer la stratégie de communication visant à encourager les femmes enceintes à prendre toutes les doses de TPI ;
- ✓ Former les agents de santé communautaires (ASC) à l'administration de la SP aux femmes enceintes ;
- ✓ Impliquer le Ministère des Affaires sociales (MINAS) à travers leurs Unités techniques opérationnelles (UTO) et Centres de santé et le Ministère pour la promotion de la femme (MINPROFF) dans la sensibilisation des femmes enceintes.

3.4.1.2. Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS)

La première campagne CPS a été organisée dans la Région du Nord et de l'Extrême-Nord à partir du mois d'août jusqu'en octobre 2016. La sulfadoxine-pyriméthamine plus l'Amodiaquine (SPAQ) était disponible. 85,6 % (1 326 366) des enfants ont reçu les trois doses de traitement, 8,3% (128 975) ont reçu deux doses et 3,1% (47 864) n'ont reçu qu'une seule dose, 5195 enfants, soit 0.3% n'ont reçu aucune dose. L'objectif de couverture d'au moins 80% de la population cible a été atteint. Cette campagne a contribué à une réduction de la morbidité et de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans dans les deux régions.

Un retard d'approvisionnement en intrants (SPAQ) était à la base d'un démarrage tardif de la CPS en août au lieu de juillet 2016.

Recommandations

- ✓ Assurer la mobilisation et la mise à disposition des fonds et des intrants à temps ;
- ✓ Assurer une supervision effective à tous les niveaux (région, district, et aire de santé pour le respect des directives ;
- ✓ Alléger certaines procédures de déblocage des fonds et de passation des marchés au niveau local ; Assurer un suivi continu de l'efficacité de la SP-AQ.

3.4.1.3. Lutte antivectorielle (LAV)

Au Cameroun, la lutte contre les vecteurs du paludisme est basée essentiellement sur la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MILDA). Depuis 2002, le pays a opté l'utilisation des moustiquaires en tant qu'outil préventif clé. L'introduction des MILDA en 2006 en remplacement des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) a eu pour conséquence la réduction progressive des moustiquaires classiques à ré-imprégner qui étaient utilisées à grande échelle depuis 2003, avec une priorité accordée aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans. Depuis 2011, des campagnes de distribution gratuite de masse des MILDA ont été organisées sur l'ensemble du territoire national, améliorant ainsi la couverture des ménages de 33% en 2011 à 70,9% en 2014 (MICS 2011 et 2014).

Une campagne nationale de distribution gratuite de 11,761,972 MILDA (types Permanet et Olyset), s'est déroulée entre octobre 2015 et juin 2016 sur l'ensemble du pays. La distribution des MILDA aux femmes enceintes s'est également améliorée grâce à l'intensification de la sensibilisation des responsables de districts. Par ailleurs, les inventaires physiques des stocks en fin d'exercice budgétaire 2015 faisaient état de 436519 MILDA pour la distribution en routine et environ 741,788 MILDA de reliquats campagne dans les régions. Les résultats préliminaires de l'enquête post-campagne (dans quatre régions) sur la distribution des MILDA montrent une proportion d'une MILDA pour 2,3 personnes. Ceci n'est pas en conformité avec les recommandations qui prévoient une MILDA pour 2 personnes.

En ce qui concerne l'utilisation des MILDA, de manière générale, on remarque une légère progression de l'utilisation des MILDA qui passe de 52% en 2012 à 56% en 2016 dans la population. La proportion des enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILDA passée de 46% (2013) à 61,24% (2016). L'objectif du programme est d'atteindre au moins 80% d'utilisation des MILDA d'ici à 2018.

Des études menées en collaboration avec les institutions de recherche indiquent une résistance des vecteurs aux pyrethrinoides (permethrine, lambdacyalothrine, deltamethrine et cyflothrine) et au DDT et une sensibilité aux carbamates (Bendiocarb) et aux organophosphorés (malathion). En plus, les études montrent qu'en ajoutant un synergiste (PBO) sur le MILDA à pyrethrinoides, son efficacité est rétablie.

Une lutte intégrée des vecteurs qui comprend d'autres interventions complémentaires, telles que la pulvérisation intra domiciliaire (PID), la lutte anti larvaire (LAL) et la gestion environnementale par l'hygiène et l'assainissement du milieu fait défaut au Cameroun.

Recommandations

- ✓ Réactualiser le profil entomologique du Cameroun ;
- ✓ Introduire les pulvérisations intra domiciliaires (PID) et la lutte antilarvaire (LAL) en complément des MILDA ;
- ✓ Amener les CTD à planifier et promouvoir l'assainissement
- ✓ Renforcer les stratégies de communication et la sensibilisation sur l'utilisation des MILDA aux prestataires de soins et aux agents de santé communautaire (ASC) ;
- ✓ Renforcer la collaboration avec les institutions de recherche ;
- ✓ Développer un plan de gestion de la résistance aux insecticides (IRM).

3.4.2. Niveau d'atteinte des cibles de Prise en charge des cas de paludisme

La prise en charge des cas dans les formations sanitaires (PEC) et à domicile (PECIC) constitue l'un des axes principaux de la lutte contre le paludisme au Cameroun. Cette stratégie a comme objectifs de (1) tester au moins 80% des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires et dans la communauté par la goutte épaisse (GE) ou le test de diagnostic rapide (TDR), (2) traiter 100% des cas de paludisme confirmés conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté et (3) rendre disponible de façon permanente les intrants antipaludiques dans 100% des structures sanitaires et dans la communauté.

La prise en charge du paludisme simple se fait par la combinaison thérapeutique à base d'Artemisinine (ACT) tels que l'Artesunate + Amodiaquine (ASAQ) et l'Artemether + Lumefantrine (AL). L'ASAQ est le médicament de première intention tandis que le AL est utilisé en deuxième ligne. La prise en charge du paludisme grave quant à elle se fait par l'Artesunate injectable en première intention, secondée par l'Artemether injectable et la quinine injectable. Ces nouvelles directives de prise en charge ont été adoptées depuis 2013. Le traitement du paludisme est gratuit chez les enfants de moins de cinq ans et est fortement subventionné chez les femmes enceintes.

En 2014, une formation des 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, et des techniciens de laboratoire dans le diagnostic biologique (TDR et microscopie) du secteur public et privé a été organisée. Grâce à cette formation au moins 63% de cas suspects étaient confirmés par le TDR ou GE avant le traitement (en 2015).

Dans le but d'assurer une réduction significative de la mortalité infanto-juvénile, la prise en charge intégrée communautaire du paludisme (PECIC) effective depuis décembre 2016, a été considérée comme une stratégie de lutte prévoyant la prise en compte des principales maladies tueuses de l'enfant. La PECIC est en cours depuis le début de l'année 2017 dans 80 sur les 189 districts sanitaires avec l'appui de 5631 agents de santé communautaire polyvalents formés (ASC).

Des études d'efficacité des ACT menées entre 2006 et 2016 montrent une efficacité moyenne de 98,55% (AL) et 97,2% pour l'ASAQ (WHO Cameroon, 2016).

La gratuité est insuffisamment connue par les bénéficiaires, surtout ceux qui en ont besoin. La non adhésion des prestataires du niveau opérationnel aux directives nationales est un frein au système de pharmacovigilance malgré son importance dans la lutte contre le paludisme : les notifications relatives aux effets indésirables liés au traitement du paludisme ne sont pas notées et transmises ni analysées. Le contrôle de qualité des intrants antipaludiques (TDR, ACT) et des MILDA n'est pas systématiquement effectué.

Recommandations

- ✓ Intensifier la formation / recyclage du personnel à la PEC correcte du paludisme et au respect de la politique nationale en matière de PEC du paludisme ;
- ✓ Sensibiliser les prestataires du secteur public et privé au respect des directives nationales ;
- ✓ Renforcer la mise à échelle du diagnostic biologique (TDR et microscopie) avant tout traitement du paludisme
- ✓ Assurer la supervision des activités des ASC et assurer à la disponibilité des intrants ;
- ✓ Etendre la PECIC à tous les DS pour assurer une bonne couverture géographique de la population ;
- ✓ Sensibiliser les communes et les unités techniques opérationnelles (MINAS) pour la PEC des indigents qui ne pourront pas payer les soins fournis par les ASC ;
- ✓ Redynamiser le système de pharmacovigilance ;
- ✓ Etendre les études d'efficacité thérapeutique sur tout le territoire national ;
- ✓ Mettre au niveau des FOSA un contrôle qualité des examens microscopiques ;
- ✓ Renforcer les capacités de LANACOME en vue de sa certification.

3.4.3. Niveau d'atteinte des cibles de Gestion des approvisionnements et des stocks (GAS)

Le choix des produits pour la lutte contre le paludisme est défini par la politique nationale de lutte contre le paludisme. La Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DPML) est l'Autorité Nationale de Réglementation Pharmaceutique. Il existe un comité ad hoc de quantification composé du PNLP et des partenaires du MINSANTE, de l'Inspection Générale des Services Pharmaceutiques et des Laboratoires (IGSPL), de la CENAME et de la DPML. Ce comité est présidé par la DPML. Les tests de diagnostic rapide (TDR) sont quantifiés sur la base des données de morbidité (nombre total de cas de fièvres attendues à tester). Il en est de même pour les ACT.

L'approvisionnement des intrants et leur distribution auprès des CAPR/FRPS sont assurés par la CENAME. Au cours de la période 2014-2016, le PNLP a reçu 7,050725 kits de TDR ; 4,412,329 doses d'ASAQ et 555,692 doses d'AL. Ces quantités d'ACT et de TDR ont été distribuées aux FOSA.

A cause de manque des moyens logistiques adéquats au niveau de la CENAME, il y a irrégularité des livraisons des intrants aux FRPS, causant parfois des ruptures au niveau des FOSA. Le PNLP ne disponibilise pas à temps son plan d'approvisionnement auprès de la CENAME.

Recommandations

- ✓ Mettre en place un Système de Gestion de l'Information Logistique performant capable de capter les informations du niveau opérationnel ;
- ✓ Renforcer les supervisions formatives auprès des FRPS, et des prestataires de soins
- ✓ Renforcer le CENAME en personnel qualifié et en matériel informatique et réseau internet pour consulter en temps réel les niveaux de stocks pour la prise de décision ;
- ✓ Vulgariser la Liste Nationale des Médicaments Essentiels ;
- ✓ Créer un Comité formel pour la quantification, le suivi des stocks et la prise de décisions stratégiques ;
- ✓ Réaliser le contrôle de qualité des intrants (TDR, ACT et MILDA).

3.4.4. Niveau d'atteinte des cibles de Communication pour le développement et le partenariat

Le PSN 2014-2018 retient quatre stratégies de communication à savoir : Plaidoyer, Communication pour le changement de comportement ; Mobilisation sociale, et le Marketing social et partenariat. Dans le cadre de plaidoyer, les activités de sensibilisation et de formation ont été organisées pour les élus du peuple (parlementaires) et les leaders locaux. Une plateforme public-privé dans le cadre de la lutte contre le paludisme en entreprise a été mise en place. Des ateliers pour l'élaboration des plans d'action contre le paludisme en entreprise ont été organisés. Le PNLP a organisé une cérémonie officielle d'engagement des entreprises de téléphonie mobile (Camtel, MTN et Nexttel) pour une diffusion gratuite des SMS de sensibilisation à leurs abonnés avant, pendant et après les campagnes MILDA et CPS. Une réduction d'au moins 50% sur les coûts de diffusion des spots et des microprogrammes a été obtenu auprès des chaînes de télévision nationales (CRTV et Canal 2) ; des radios urbaines (22) et des radios de proximité (92).

Pour ce qui est du volet communication pour le changement de comportement (CCC), des formations ont été organisées pour les mass media, des conférences de presse ont été tenues lors des journées mondiales de lutte contre le paludisme (JMLP), des supports ont été élaborés et des messages diffusés sur les chaînes de TV, radios et presse écrite. Pour le volet partenariat, les réunions de coordination du PNLP impliquant tous les acteurs de mise en œuvre (PR, PLAN, IRESCO, MC-CCAM, MNM, OMS, UNICEF, MSH, ACMS etc.) se sont tenues régulièrement ; les partenaires ont été mobilisés chaque année pour participer aux activités de la JMLP. Par manque de financement, aucune activité planifiée pour le volet marketing social n'a été réalisée. De même, le plan de communication n'a pas été exécuté entièrement par manque de ressources financières.

Recommandations

- ✓ Structurer et formaliser la collaboration entre les secteurs (public et privé)
- ✓ Mobiliser les ressources pour mener les actions de plaidoyer et faire le suivi à tous les niveaux
- ✓ Augmenter le nombre de média engagés dans la promotion de la lutte contre le paludisme
- ✓ Accentuer la communication sur les interventions de routine (TPI, MILDA, TDR, ACT,)

- ✓ Engager et former les autres groupes communautaires (traditionnels, femmes, jeunes, griots, crieurs etc.) dans les activités de promotion de la lutte contre le paludisme ;
- ✓ Etendre la couverture en ASC dans les 109 districts non couverts par le financement
- ✓ Allouer au moins 10% du budget du PNLN aux activités de communication.

3.4.5. Niveau d'atteinte des résultats de la surveillance épidémiologique et riposte (SER) et le suivi-évaluation (SE)

La surveillance épidémiologique, le Suivi-Evaluation, et la Riposte aux épidémies constituent un des piliers du programme national de lutte contre le paludisme. Ce volet consiste à la collecte et à l'analyse systématique des informations permettant de mesurer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des interventions. Au niveau régional et central, des ingénieurs statisticiens assurent la gestion des données de lutte contre le paludisme tandis qu'au niveau des districts et des FOSA, la gestion des données est assurée par tout personnel désigné à cet effet et dans la plupart des cas n'ayant aucune compétence dans ce domaine. En 2015, seulement 52% des FOSA ont rapporté les données sur le paludisme selon les procédures mises en place (complétude et promptitude). Ce faible rapportage entraîne une sous-estimation des données de morbidité et de mortalité. L'utilisation des données pour la prise de décision n'est pas systématique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et les feedbacks sont irréguliers ou quasi inexistantes. On observe une mise en place des registres harmonisés et un progrès dans l'informatisation du système de rapportage par le déploiement d'un logiciel. Les outils de collecte sont révisés et mis à jour, et les districts sont équipés en matériel informatique.

Quatre sites sentinelles de surveillance épidémiologique et de recherche opérationnelle sur le paludisme ont été mis en place en 2008 pour la collecte des données sur la morbidité, la mortalité, la prévalence parasitaire, la résistance des parasites aux antipaludiques, la résistance des vecteurs aux insecticides, et autres études entomologiques. Mais depuis le début de la mise en œuvre du PSN en cours ces sites sont peu fonctionnels à cause des faibles capacités institutionnelles et logistiques du programme. Cependant ces sites sont de plus en plus utilisés par des institutions locales de recherche.

Par ailleurs, la validation de la qualité des données n'a pas été effectuée et on constate une insuffisance des données actuelles sur la prévalence parasitaire. Les faciès épidémiologiques sont anciens (date de 2000), le profil entomologique actuel date de l'année 2010. Il y a insuffisance d'analyse des données hebdomadaires et feedbacks à tous les niveaux. On observe des insuffisances de recyclage des questionnaires des données et une faible promptitude des données de routine.

Recommandations

- ✓ Renforcer les capacités institutionnelles et logistiques des sites sentinelles pour la surveillance épidémiologique et entomologique ;
- ✓ Apporter l'appui technique et financier nécessaires au niveau opérationnel pour l'organisation des réunions d'analyse et de validation des données mensuelles de lutte contre le paludisme ;
- ✓ Elaborer des bulletins épidémiologiques périodiques sur le paludisme ;
- ✓ Mettre en place un système de surveillance de la résistance aux antipaludéens et aux insecticides ;
- ✓ Investir dans des systèmes de collecte intégrée d'informations en l'occurrence le DHIS 2 ;
- ✓ Renforcer la logistique de gestion des données du paludisme à tous les niveaux (matériel informatique, matériel d'archivage, équipement de télécommunication, etc.) ;
- ✓ Améliorer, produire et diffuser les outils harmonisés de collecte des données dans les FOSA (Registres, RMA) ;
- ✓ Renforcer les capacités des questionnaires des données du niveau opérationnel à l'utilisation des outils harmonisés de collecte, consolidation et transmission des données sur le paludisme ;

- ✓ Renforcer les supervisions à tous les niveaux :
- ✓ Assurer la collecte des données liées au paludisme lors des enquêtes ménages (EDS, MICS, EIP) :
- ✓ Mettre à jour le profil épidémiologique du paludisme et entomologique :
- ✓ Elaborer le document de politique sur l'élimination du paludisme dans les régions à transmission saisonnière :
- ✓ Développer le guide de surveillance orientée vers l'élimination (pour les régions du Nord et de l'Extrême Nord) :

3.4.6. Niveau d'atteinte des cibles de la formation et recherche opérationnelle

La formation et la recherche opérationnelle constituent un volet important dans la lutte contre le paludisme à travers le renforcement des capacités des prestataires de soins du niveau central et périphérique. Grâce à la recherche opérationnelle et à la formation, les documents stratégiques (ex. PSN) et de politique (tels que le guide de traitement, de prévention, de communication, et autres) sont développés et/ou mis à jour.

En partenariat avec les institutions de formation et les ONG, le programme a pu organiser des ateliers de formation sur la prise en charge des cas de paludisme, la gestion des données à tous les niveaux du système, la gestion des stocks à l'attention des responsables des fonds régionaux de promotion de la santé (FRPS), aux infirmiers chef, et aux commis des pharmacies des formations sanitaires.

En partenariat avec les instituts de recherche, le PNLP a organisé un recyclage et une formation des agents du service de santé sur le Diagnostic biologique (microscopie et TDR) ; une formation des acteurs communautaires sur la reconnaissance des gîtes péri-domestiques potentiels à la reproduction des vecteurs a également été organisée.

Une recherche sur les aspects de prévention (sensibilité/résistance des vecteurs aux insecticides) et l'efficacité des ACT contre les parasites a été menée en collaboration avec les institutions de recherche.

Le défis rencontré au sein de cette thématique est le manque de financement pour mener les activités de recherche et de formation. Il est bien attendu que certaines institutions de recherche exigent au PNLP un financement pour pouvoir mener certaines activités inscrites dans son PSN 2014-2018.

Recommandation

- ✓ Elaborer un plan de formation du personnel du PNLP, du secteur public (autres ministères et départements) et du secteur privé ;
- ✓ Développer une base des données du personnel formé dans les différents domaines de lutte contre le paludisme ;
- ✓ Former le personnel en matière de surveillance du paludisme orientée vers l'élimination ;
- ✓ Développer les modules de formation sur l'élimination du paludisme ;
- ✓ Développer et introduire les modules sur la lutte contre le paludisme dans le Curriculum de l'enseignement de base et secondaire (MINEDUB et MINESEC).

3.4.7. Niveau d'atteinte des cibles de Gestion du Programme

Axée sur des interventions prioritaires d'appui, la gestion du programme repose sur la planification d'une part, la coordination et la coopération d'autre part. En ce qui concerne la planification, la lutte contre le paludisme est intégrée dans le cadre logique du budget-programme du MINSANTE, le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT), et dans les documents programmatiques du MINSANTE (SSS 2016-2027, PNDS 2016-2020). La coopération du programme avec ses partenaires a permis d'élaborer des

documents stratégiques, de planifier les activités de routine du programme, ainsi que les campagnes MILDA 2015/16 et la CPS en 2016.

Dans l'ensemble, les cibles de cette unité ont été atteintes. Une note conceptuelle soumise au FMSTP a été financée à hauteur de 77,17 M d'Euros. Egalement, l'ensemble, des fonds de contrepartie, le financement externe et les ressources locales ordinaires ont apporté au PNLP 44,68 milliards de FCFA (68 millions d'Euros) au cours de la période 2014/17. L'audit institutionnel mené en 2015 indique que l'ancrage du PNLP ne favorise pas la multisectorialité et la collaboration entre institutions de lutte contre le paludisme. Les recommandations et propositions faites au terme de cet audit ont été endossées par le MINSANTE et sont mise en œuvre (par ex. le nouvel organigramme du PNLP).

Le renforcement des capacités institutionnelles du PNLP demande une planification harmonisée des différentes sections. Aucun renforcement des capacités des ressources humaines du PNLP n'a été planifié.

Recommandations

- ✓ Renforcer le rôle des groupes techniques régionaux du PNLP (GTRLP) afin qu'ils puissent appuyer et accompagner les districts de santé dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement et la redynamisation de la coordination régionale ;
- ✓ Accélérer la mise en œuvre des recommandations de l'audit organisationnel 2015 ;
- ✓ Renforcer le système de gestion de l'information logistique (SGIL) ;
- ✓ Formaliser la collaboration avec les différentes institutions et centres de recherche
- ✓ Elaborer un plan harmonisé de renforcement des capacités institutionnelles du PNLP.

4. MISE EN ŒUVRE DES LEÇONS APPRISES AU COURS DE L'EXECUTION DU PSN 2014-2018

4.1. Leçons apprises

- ✓ Engagement politique élevé marqué par l'augmentation des subsides de l'Etat
- ✓ Détaxation des intrants de lutte contre le paludisme (MILDA, ACT et TDR)
- ✓ Gratuité des soins accordés aux enfants de moins de 5 ans
- ✓ Traitement de paludisme hautement subventionné pour les femmes enceintes
- ✓ Bonne connaissance des méthodes de lutte contre le paludisme
- ✓ Volonté de contribuer aux activités de lutte contre le paludisme clairement exprimée par les autres secteurs

4.2. Orientations stratégiques

Au Ministère de la santé publique (MINSANTE)

- ✓ Tenant compte de la situation financière du programme, augmenter le financement de la lutte contre le paludisme en mettant en place des méthodes innovantes pour mobiliser les ressources internes et externes
- ✓ Considérant les acquis d'une bonne coordination des actions de lutte contre le paludisme, le Comité National Roll Back Malaria (CNRBM) et tous les autres organes de coordination du niveau régional et district doivent être redynamisés

- ✓ Dans son objectif d'élaborer une politique d'élimination du paludisme, adopter une approche multisectorielle en impliquant les autres ministères, les collectivités locales décentralisées, la société civile et le secteur privé
- ✓ Vu la circulation de plusieurs molécules de CTA, voir même celles non homologuées, il est demandé au MINSANTE de renforcer les dispositions de la Décision ministérielle No. 0207/D/MSP/CAB du 6 mai 2006 relative à l'interdiction de l'usage de la monothérapie

Au Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP)

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

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

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

Au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LANACOME)

- ✓ Afin de garantir un bon contrôle de qualité des intrants (diagnostic biologique, ACT, MILDA), un système d'assurance qualité des intrants devra être développé en collaboration avec les laboratoires accrédités.
- ✓ En vue de son accréditation par les organes compétents, LANACOME devra remplir les conditions nécessaires requises
- ✓ Considérant les effets néfastes ou indésirables causés par l'usage des médicaments, il est demandé à LANACOME de revitaliser le système de pharmacovigilance

5. ENGAGEMENT

5.1. Engagement

Nous, Ministère de la Santé Publique et les Partenaires du Programme National de Lutte contre le Paludisme, prenons l'engagement de poursuivre la mise à échelle des interventions et de mettre en œuvre les recommandations de la Revue du Programme pour une couverture universelle et un impact durable, avec pour objectif prioritaire, l'élimination du paludisme au Cameroun.

–

Fait à Yaoundé, le

5.2. Signatures du gouvernement et des partenaires clés (liste ci-jointe)

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
MINISTRE DES FINANCES
MINISTRE DE L'ECONOMIE, DE LA PLANIFICATION ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS)

**FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE
(UNICEF)**

AMBASSADEUR DE FRANCE

**REPRESENTANT DE L'AGENCE ALLEMANDE DE COOPERATION
INTERNATIONALE
(GIZ)**

**REPRESENTANT DE L'AGENCE DES ETATS-UNIS
POUR LE DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL
(USAID)**

REPRESENTANT-PAYS DE PLAN INTERNATIONAL

DIRECTRICE-PAYS DE MALARIA NO MORE

**DIRECTRICE EXECUTIVE DE MALARIA CONSORTIUM-CAMEROON COALITION
AGAINST MALARIA
(MC-CCAM)**

**INSTITUT POUR LA RECHERCHE LE DEVELOPPEMENT SOCIO-ECONOMIQUE
ET LA COMMUNICATION
(IRESCO)**

RECTEUR DE L'UNIVERSITE DE YAOUNDE I