

| **REPUBLIQUE DU CAMEROUN**

Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme au Cameroun 2007-2010



Investing in our future

The Global Fund

To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria



Liste des abréviations

ACMS:	Association Camerounaise pour le Marketing Social
ACT:	Artemisinin Combination Therapy
AID :	Aspersions Intra-Domiciliaires
ANVR:	African Network on Vector Resistance
AQ :	Amodiaquine
ASC :	Agent de Santé Communautaire
BTC :	Biotechnology Centre
CAP :	Connaissances Attitudes et Pratiques
CAPP :	Centre Provincial d'Approvisionnement en Produits Pharmaceutiques
CCAM :	Cameroon Coalition Against Malaria
CENAME :	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels et consommables Médicaux
CEPCA :	Conseil Evangélique et Chrétien du Cameroun
CHUY :	Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé (CHUY)
CMA :	Centre Médical d'Arrondissement
CNE :	Comité National d'Epidémiologie
CNLC :	Comité National de Lutte Contre le Cancer
CNLS :	Comité National de Lutte contre le SIDA
CNPS :	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNRBM:	Comité National Roll Back Malaria
COGE :	Comité de Gestion
COGEDI :	Comité de Gestion du District de santé
COSA :	Comité de Santé de l'Aire de santé
COSADI :	Comité de Santé du District de santé
CPIM :	Centre Provincial d'Imprégnation des Moustiquaires
CRIS:	Country Response Information System
CSA :	Centre de Santé Ambulatoire
CSI :	Centre de Santé Intégré
CT :	Conseiller Technique
DCOOP :	Division de la Coopération
DDT:	Dichlorodiphényltrichloroéthane
DEP :	Division des Etudes et des Projets
DHS:	District Health Survey
DLM :	Direction de la Lutte contre la Maladie
DOSTS :	Direction de l'Organisation des Soins et Technologies Sanitaires
DPM :	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPS :	Direction de la Promotion de la Santé
DPSP :	Délégation Provinciale à la Santé Publique
DRFP :	Direction des Ressources Financière et du Patrimoine
DRH :	Direction des Ressources Humaines
DROS :	Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
DS:	District de Santé
DSF :	Direction de la Santé Familiale
EDS:	Enquêtes démographique et de Santé
FMSB :	Faculté de Médecine et Sciences Biomédicales
FMSTP :	Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA ; Tuberculose et Paludisme
FRP	Faire reculer le Paludisme
GTC :	Groupe Technique Central
GTZ:	Agence de coopération Allemande (Gellellschaft für Technische Zusammenarbeit)
HCY :	Hôpital Central de Yaoundé
HGD :	Hôpital Général de Douala
HGOPY :	Hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé
HGY :	Hôpital Général de Yaoundé
HJY :	Hôpital Jamot de Yaoundé
HLD :	Hôpital Laquintinie de Douala
IEC :	Information Education Communication
IMPM :	Institut de Recherche Médicales et d'Etudes des Plantes Médicinales

INS :	Institut National de Statistique
IRESCO :	Institut de Recherche en Social et des Comportements
KPC:	Knowledge Practices and Coverage
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey
LANACOME:	Laboratoire National de Contrôle de Médicaments
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MIM :	Multilateral Initiative on Malaria
MIS :	Malaria Indicator Survey
ND :	Non Déterminé
NHMIS:	National Health Management Information System
NTTC	Nouvelle Technologie de l'Information et de la Communication
OBC:	Organisation à Base Communautaire
OCASC :	Organisation Catholique pour la Santé au Cameroun
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
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
OUA :	Organisation de l'Unité Africaine
<i>P. falciparum</i> :	Plasmodium falciparum
PCIME :	Prise en charge intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV :	Programme Élargi de Vaccination
PEVG :	Programme d'Éradication du Ver de Guinée
PIB :	Produit Intérieur Brut
PNLL :	Programme National de Lutte contre la Lèpre
PNLO :	Programme National de Lutte contre l'Onchocercose
PNLP :	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLT :	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNLTHA :	Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTÉ :	Pays Pauvres Très Endettés
PSNLP :	Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme
RACTAP :	Réseau d'Afrique Centrale pour le Traitement Antipaludique
RBM :	Roll Back Malaria
SMS :	Short Message System
SNIS :	Système National d'Information Sanitaire
SP :	Sulfadoxine-Pyriméthamine
SSP:	Soins de Santé Primaires
SWA _P :	Sector Wide Approach
SYNAME :	Système National d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Essentiels
TDR :	Termes de Référence
TIC :	Technologies de l'Information et de la Communication
TPI :	Traitement Préventif Intermittent
TV :	Télévision
UIC :	Unité d'Imprégnation Communautaire
ULIV :	Unité de Lutte Intégrée contre les Vecteurs
UPLP :	Unité Provinciale de Lutte contre le Paludisme
VIH/SIDA :	Virus d'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'immunodéficience Acquis
VSAT:	Very Small Apparatus Terminal

Sommaire

Chapitre I : Généralités sur le Cameroun	1
I.1 Présentation du pays.....	1
I.1.1 Situation géographique.....	1
I.1.2 Situation administrative et politique.....	2
I.1.3 Situation démographique.....	3
I.1.4 Situation socio-économique.....	5
I.1.5 Situation socioculturelle.....	7
I.1.6 Etat du système de communications.....	10
I.1.7 Communications de masse et télécommunications.....	11
Chapitre II : Présentation du Secteur de la Santé	13
II.1 Organisation du Système de Santé	13
II.1.1 Niveau central (ou national)	13
II.1.2 Niveau intermédiaire (Provincial)	15
II.1.3 Niveau périphérique (district de santé).....	15
II.2 Politique nationale de santé.....	16
II.2.1 La période coloniale : la stratégie d'Eugène Jamot.....	16
II.2.2 La période post indépendance ou phase des expérimentations.....	16
II.2.3 La période post Alma Ata : les Soins de Santé Primaires	18
II.2.4 La réorientation des Soins de Santé Primaires.....	19
II.2.5 Organisation du secteur de la santé.....	21
II.3 Analyse du Système de Santé	24
II.3.1 Les Ressources Humaines	24
II.3.2 Le patrimoine mobilier et immobilier	25
II.3.3 Les Ressources Financières.....	27
II.3.4 Equité	30
II.3.5 Utilisation des ressources.....	30
II.3.6 Les extrants et impacts du secteur	31
II.3.7 Constats	32
Chapitre III : Cadre du partenariat	34
III.1 Aperçu sur le cadre du partenariat	34
III.1.1 Partenariat National (endogène et exogène).....	34
III.1.2 Partenariat International (d'appui Technique et Financier extérieur).....	38
Chapitre IV : Le point sur la lutte contre le paludisme	42
IV.1 Epidémiologie du paludisme au Cameroun	42
IV.1.1 Les espèces plasmodiales.....	42
IV.1.2 Les vecteurs du paludisme au Cameroun	42
IV.1.3 Mécanisme de résistance aux insecticides et implication dans la lutte antivectorielle	45
IV.1.4 La dynamique de la transmission.....	46
IV.1.5 Résistance des parasites aux antipaludiques.....	47
IV.1.6 Prévalence de la maladie, morbidité et mortalité.....	48
IV.1.7 Groupes cibles vulnérables.....	49
IV.2 Poids socio-économique du paludisme.....	49

IV.3	Revue du plan stratégique 2002-2006 : Analyse de la situation et leçons	51
	apprises.....	51
IV.3.1	Analyse de la composante prise en charge (PEC) des cas.....	53
IV.3.2	Analyse de la composante prévention.....	56
IV.3.3	Analyse de la composante communication.....	62
IV.3.4	Analyse de la composante formation et recherche opérationnelle.....	68
IV.3.5	Analyse de la composante surveillance.....	73
IV.3.6	Analyse de la composante gestionnaire.....	75
IV.3.7	Analyse de la composante partenariat.....	76
IV.3.8	Analyse des capacités institutionnelles pour la mise en œuvre.....	78
Chapitre V :	Plan quadriennal 2007- 2010.....	81
V.1	Cadre logique.....	81
V.1.1	Vision.....	81
V.1.2	Objectif général.....	81
V.1.3	Objectifs spécifiques.....	81
V.1.4	Résultats attendus.....	81
V.2	Les axes stratégiques.....	82
V.2.1	Axes Stratégiques techniques.....	82
V.2.2	Axes stratégiques d'appui.....	92
V.3	Plan pluriannuel du plan stratégique et budget.....	104
V.3.1	Axe stratégique I : Mise à échelle de la prise en charge du paludisme à domicile et dans les formations sanitaires.....	105
V.3.2	Axe stratégique II : Prévention du Paludisme.....	108
V.3.3	Axe stratégique III Promotion de la lutte contre le paludisme par l'IEC /plaidoyer.....	110
V.3.4	Axe stratégique IV : Surveillance épidémiologique.....	116
V.3.5	Axe stratégique V : Processus gestionnaire.....	120
V.3.6	Axe stratégique VI : Formation et recherche opérationnelle.....	121
V.3.7	Axe stratégique VII : Développement du partenariat pour le paludisme.....	127
Références bibliographiques.....		128

Liste des tableaux

Tableau 1 : Evolution estimée de la population totale du Cameroun (2007-2010)	4
Tableau 2 : Prévalences des malnutritions protéino-caloriques des enfants de moins de 3 ans.....	8
Tableau 3 : Les différents niveaux du secteur santé	16
Tableau 4 : Evolution de la part du budget exécuté par le Ministère de la Santé Publique par rapport à l'exécution du budget national de 1981 à 1998.:	28
Tableau 5 : Evolution des déboursements de l'aide extérieure dans le Secteur de la Santé entre 1995 et 1999 (en milliers de dollars USA)	30
Tableau 6 : Evolution des indicateurs de santé 1991-1998.....	31
Tableau 7 : Utilisation et qualité des soins de santé	31
Tableau 8 : Réalisations en matière d'actions collectives	35
Tableau 9 : Interventions des différents ministères dans la gestion des ressources du MINSANTE	35
Tableau 10 : Domaines d'intervention des partenaires	39
Tableau 11 : Distribution spatiale du complexe <i>Anopheles gambiae</i> suivant les principaux faciès écologiques au Cameroun.....	42
Tableau 12 : Distribution des formes moléculaires M et S d' <i>Anopheles gambiae s.s</i> en fonction des faciès éco-épidémiologiques	43
Tableau 13 : Pourcentages de mortalité des populations d' <i>Anopheles gambiae s.l.</i> exposées aux insecticides.....	44
Tableau 14 : Répartition de la résistance au DDT et aux pyréthrinoïdes chez <i>Anopheles arabiensis</i> et les formes moléculaires M et S d' <i>Anopheles gambiae s.s</i>	45
Tableau 15 : Taux d'échecs thérapeutiques à l'amodiaquine au Cameroun (2002-2006).....	47
Tableau 16 : Taux d'échecs thérapeutiques à la Sulfadoxine-Pyriméthamine au Cameroun (2002-2004).....	47
Tableau 17 : Taux d'échec thérapeutiques à la combinaison artesunate amodiaquine + sulfadoxine-pyriméthamine au Cameroun (2004-2006).....	48
Tableau 18 : Evolution de la population cible en rapport à la population totale.....	49
Tableau 19 : Evolution des indicateurs de résultat de la prise en charge des cas.....	55
Tableau 20 : Evolution des indicateurs de processus cumulés liés à la promotion de la moustiquaire imprégnée d'insecticide (2002-2006).....	55
Tableau 21 : Distribution des moustiquaires et taux de couverture en MII des femmes enceintes de 2003 à 2005 dans les dix provinces.....	58
Tableau 22 : Distribution des moustiquaires imprégnées et taux de couverture des enfants de moins de cinq ans en moustiquaire imprégnée d'insecticide par province en 2005 et 2006.....	58

Tableau 23 : Nombre de personnes formées au niveau des districts de santé pour la mise en œuvre du TPI.....	60
Tableau 24 : Distribution de la SP aux femmes enceintes en 2005 et 2006	60
Tableau 25 : Evolution des principaux indicateurs Faire Reculer le paludisme et liés à la prévention du paludisme	61
Tableau 26 : Analyse du volet communication du plan stratégique national 2002-2006.....	65
Tableau 27 : Plan de Suivi et Evaluation du Plan Stratégique de Lutte contre le Paludisme 2007-2010	99
Tableau 28 : Synthèse de la planification budgétaire du plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2007/2010.....	104

Liste des figures

Figure 1 : Climat et régions climatiques du Cameroun	2
Figure 2 : Transmission du paludisme au Cameroun.....	46

Chapitre I : Généralités sur le Cameroun

I.1 Présentation du pays

Le Cameroun est un pays d'Afrique dont le milieu naturel s'étend de la zone soudano-sahélienne du Nord, à la forêt équatoriale du Sud, englobant ainsi des zones écologiques diverses qui donnent lieu à différents faciès épidémiologiques du paludisme dans le pays. Cette diversité naturelle associée à une diversité géographique fait dire du Cameroun qu'il est une Afrique en miniature.

I.1.1 Situation géographique

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 de forme triangulaire s'étend du Sud au Nord sur près de 1.200 km et sur sa base d'Ouest en Est sur 800 km. Il couvre une superficie de 475 650 Km² et 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, le Gabon et la Guinée Equatoriale. Au Sud - Ouest, le pays s'ouvre sur l'Océan Atlantique sur une longueur de 420km.

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

Le **sud forestier** (provinces 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 abondantes. Cette zone englobe également la Plaine côtière au fond du Golfe de Guinée qui est une région de très faible altitude où prédomine une végétation de mangroves avec une pluviosité abondante. Le sud forestier est propice à la culture du cacao, du palmier à huile, de la banane, de l'hévéa et du tabac, etc. Il abrite les deux plus grandes villes du pays: Douala (première ville, principal port et capitale économique avec ses activités commerciales et industrielles), Yaoundé (deuxième ville et capitale politique).

Citons aussi d'importants centres urbains comme Edéa caractérisé par son industrie lourde et sa centrale hydro-électrique, Limbe, siège de l'industrie pétrolière et Kribi, terminal du pipeline Tchad Cameroun.

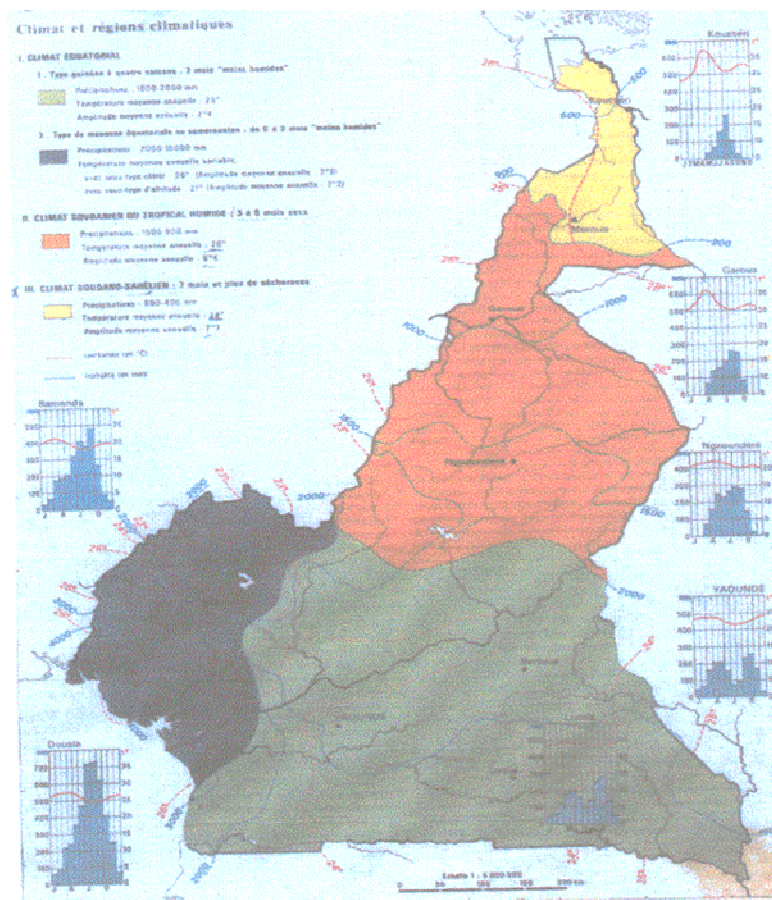
Les **hauts plateaux** de l'ouest (provinces de l'Ouest et du Nord-Ouest), dont l'altitude moyenne est supérieure à 1 100 m, forment une région riche en terres volcaniques favorables à l'agriculture (café, cultures maraîchères, etc.). La végétation y est moins dense que dans le sud forestier et le climat frais qui y règne est favorable à l'éclosion de toutes sortes d'activités. Les principales villes sont Bafoussam, Bamenda et la ville universitaire de Dschang.

Le **nord soudano sahélien** (provinces 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 soudano-sahélien 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. La région est propice à l'élevage du bovin et à la culture du coton, de l'oignon, du mil, de la pomme de terre, de l'igname blanche et des arachides.

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 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 entre 3 et 5 mois, les pluies se raréfiant vers le lac Tchad.

Figure 1 : Climat et régions climatiques du Cameroun



En matière d'hydrographie, le Cameroun est doté de nombreux fleuves, rivières et lacs sur 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).

1.1.2 Situation administrative et politique

Le Cameroun est un état démocratique avec un pluralisme politique et des médias. Il est bilingue avec deux langues officielles, l'anglais et le français. En outre il compte plus de 200 langues nationales.

Il est divisé en 10 provinces administratives (chacune placée sous l'autorité d'un gouverneur) comprenant 58 départements, 268 arrondissements et 54 districts administratifs. Les arrondissements et les districts sont subdivisés en 360 collectivités territoriales décentralisées (communes urbaines et rurales). Les responsables à la tête des unités administratives représentent le pouvoir central.

Le pouvoir exécutif est exercé par le Président de la République, Chef de l'état qui veille au respect de la constitution. Il est élu au suffrage universel direct et secret pour sept ans renouvelables. Le Premier Ministre, nommé par le Président de la République, est le Chef du Gouvernement.

Le pouvoir législatif est représenté par l'Assemblée Nationale. Celle-ci est composée de 180 députés élus au suffrage universel direct et secret pour un mandat de 5 ans. L'Assemblée Nationale tient trois sessions parlementaires annuelles d'une durée de 30 jours. Il existe également un conseil économique et social. La constitution de janvier 1996 révisée en Mars 2008 prévoit un sénat, un conseil constitutionnel et une chambre des comptes, et la décentralisation avec la création des régions administratives.

Le pouvoir judiciaire rend la justice au nom du peuple. Le président de la République est garant de l'indépendance de l'autorité judiciaire et nomme les magistrats. Il est assisté dans cette mission par le conseil supérieur de la magistrature qui lui donne son avis sur les propositions de nomination des magistrats du siège et sur les sanctions les concernant.

I.1.3 Situation démographique¹

Le Cameroun compte environ 18 579 499 habitants pour une superficie de 475 650 Km², soit une densité de 39,1 habitants au Km² avec 52% de femmes et 48% d'hommes. La population urbaine représente 48,2% et celle rurale 51,8% de la population totale. Les femmes en âge de procréer constituent 23% et les enfants de 0 à 5 ans représentent 17% de la population.

- Les indicateurs ci-après (EDSC III, 2004) caractérisent la situation démographique du pays :
- Taux brut de natalité : 37,8‰ ;
- Taux brut de mortalité : 6,3‰ chez les femmes et 6,7‰ chez les hommes ;
- Taux de mortalité infantile : 74‰ ;
- Taux de mortalité maternelle : 669 pour 100 000 naissances vivantes ;
- Taux de croissance annuel : 2,9%
- Espérance de vie à la naissance est de 45,7ans dans la population générale (Rapport UNDP 2006) ;
- Indice synthétique de fécondité : 5
- Taux global d'alphabétisation : 82% chez les hommes et 65% chez les femmes.

De par sa position géographique, le Cameroun se situe au croisement des courants migratoires séculaires des peuplades soudanaises, peuls et bantoues.

¹ Ces données seront mises à jour dès que les résultats du recensement général de 2005 seront disponibles

Le pays compte ainsi plus de 230 ethnies réparties en cinq grands groupes :

- **Soudanais, Hamites et Sémites** dans le Grand Nord : généralement animistes ou musulmans ;
- **Bantous et apparentés, les Pygmées** dans les zones de forêt équatoriale, généralement animistes ou christianisés.

Ce brassage de cultures et civilisations pourrait être un facteur favorisant de la dissémination de certaines pathologies, tout comme il pourrait, à l'inverse, en favoriser la réduction.

Avec un taux de croissance annuel de l'ordre de 2,9% (depuis 1987), la population camerounaise, estimée en 2007 à 18 579 499 habitants, atteindra près de 20 243 245 habitants en 2010. Le tableau 1 ci-dessous indique les estimations de l'évolution annuelle de la population au cours des années 2007 à 2010.

Tableau 1 : Evolution estimée de la population totale du Cameroun (2007-2010)

Année	2007	2008	2009	2010
Population Totale	18 579 499	19 118 305	19 672 7 36	20 243 245

Source : estimation de la population basée sur le taux de croissance annuel déterminé en 1987.

Des zones de faible peuplement occupant la majeure partie du territoire national contrastent avec des zones à très forte concentration humaine des hautes terres de l'Ouest et de l'Extrême-Nord.

La population est essentiellement jeune: 16,3% a moins de cinq ans, 44,6 % a moins de 15 ans alors que 28,3% et 55,7% ont respectivement entre 5 - 14 ans et moins de 20 ans; seuls 3,8% de la population a plus de 65 ans et la frange potentiellement active (15 – 64 ans) représente 51,4 %*.

La pyramide des âges présente donc une base large, caractéristique des pays en développement, qui se rétrécit très rapidement au niveau du sommet. Les femmes représentent 52 % de la population totale.

La majorité de cette population réside en milieu urbain (55% de femmes et 45% d'hommes (EDSC III, 2004) probablement à cause du phénomène d'urbanisation qui gagne en importance. On note une forte concentration à Douala (environ 1,6 million d'habitants) et Yaoundé (environ 1,4 million) ; plusieurs autres villes ont une population de plus de cent mille habitants (Garoua, Maroua, Bamenda, Bafoussam, Kumbo, Nkongsamba, Ngaoundéré...).

La taille moyenne des ménages est de 4,8 personnes dans l'ensemble, dont 4,3 à Douala/Yaoundé ; 4,6 dans les autres villes et 5 en zone rurale (EDSC III, 2004).

La jeunesse de la population constitue un atout indiscutable aussi bien qu'un défi en matière de promotion de la santé.

* Ces données seront actualisées dès que les résultats du recensement général de 2005 seront disponibles

I.1.4 Situation socio-économique

L'économie camerounaise est très diversifiée mais à dominance agricole. Elle est typique des pays africains en voie de développement et tire ses ressources principalement de l'exportation des matières premières, les produits manufacturés étant pour l'essentiel importés. Elle a connu une relative prospérité au cours des années post indépendance, battue en brèche par les effets d'une sévère crise économique dès le milieu des années 80.

En effet, le PIB passe de 735 USD en 1975, pour atteindre un maximum de 1183 en 1985 et entame une baisse significative en 1991, se situant autour de 911 USD. Il descendra par la suite jusqu'à 658 USD en 1994.

Ceci s'est traduit par une réduction de la consommation des ménages. Cette situation dramatique a conduit à l'appauvrissement général de la société camerounaise, et à l'aggravation de la pauvreté.

Devant cette situation, les autorités camerounaises appuyées par les institutions de Bretton Woods et certains bailleurs bilatéraux et multilatéraux ont engagé un programme d'ajustement structurel dont les objectifs visaient à réduire les grands déséquilibres macro-économiques et à relancer l'économie sur le chemin d'une croissance durable et soutenue.

En 1994, on a assisté à la dévaluation du Franc CFA qui était une restructuration de l'économie par une modification des prix relatifs favorisant la production locale des biens échangeables afin qu'ils soient plus compétitifs au regard des produits et services étrangers. Le gouvernement a réorienté sa politique en accélérant la privatisation des entreprises publiques afin de mieux se consacrer à ses missions régaliennes que sont la santé, l'éducation, les infrastructures et la défense du territoire.

A partir de 1994, le pays est sorti progressivement de la crise économique suite à la mise en oeuvre des politiques économiques axées sur l'ajustement monétaire et les gains de compétitivité induits.

Après l'exécution satisfaisante entre 1997 et 2000 de son premier programme économique et financier, appuyé par une Facilité d'Ajustement Structurel Renforcée (FASR) du Fonds Monétaire International (FMI), les autorités camerounaises ont conclu en décembre 2000 un second programme soutenu par une Facilité pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (FCRP) mis en place par le FMI. Le Cameroun a enregistré de bonnes performances macroéconomiques en ce début du millénaire, ce qui lui a permis d'être admis à l'Initiative PPTTE (Pays Pauvres Très Endettés). Le point de décision a été franchi en octobre 2000.

La situation macroéconomique au terme de l'année 2003 a été meilleure que celle prévue dans le scénario central du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). En effet, le taux de croissance réel du PIB s'est situé à 5,0% contre 4,5% dans le scénario central. Cette situation résulte notamment d'une croissance de 7,7% du sous-secteur de l'agriculture des produits vivriers (contre 3,4%) et du gain de 1,9 points du taux de croissance du secteur tertiaire (7,9% contre 6,0%). Cependant, on note une déviation à la baisse du taux de croissance du secteur secondaire de 3 points. Cette croissance a été confortée par une baisse du taux d'inflation estimé à 0,6%.

Au regard des résultats de l'année 2003, le Cameroun a dégagé des perspectives de croissance favorable confortant les principaux repères du scénario central du DSRP. Mais les réalisations macroéconomiques et budgétaires de l'année 2004 ont considérablement dévié des rails définis dans le Programme économique et financier, tranchant ainsi avec le cadrage du DSRP qui en était réconcilié.

En 2004, le Cameroun a manqué l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative PPTTE, faute d'avoir satisfait aux exigences convenues avec ses partenaires techniques et financiers. Parmi les causes évoquées pour expliquer ce rendez-vous manqué, on cite les dérapages budgétaires sont la cause la plus citée. Les économies de ressources attendues de l'allègement de la dette et du service de la dette n'ont par conséquent pas pu être mobilisées. Pour éviter de manquer une seconde fois l'atteinte du point d'achèvement, des mesures budgétaires particulièrement rigoureuses ont été adoptées. Ces mesures ont eu des incidences significatives sur les portefeuilles des entreprises et des ménages.

Si les entreprises ont dû revoir leurs perspectives d'investissements et donc de croissance à la baisse, les ménages quant à eux ont vu leur pouvoir d'achat s'éroder du fait de l'incidence de la fiscalité sur le niveau général des prix à la consommation finale. Au plan macro, l'économie camerounaise s'est caractérisée par un taux de croissance, en termes réels, estimé à 3,6%, en repli de 1,3 point par rapport au niveau projeté dans le DSRP et en régression de 1,4 point comparé à l'année précédente. Les évolutions sectorielles à prix constants sont de 4,6% pour le secteur primaire, 0,7% pour le secteur secondaire et 5,3% pour le tertiaire. Ces chiffres masquent néanmoins des évolutions contrastées au niveau des sous secteurs.

Enfin, après l'atteinte du point d'achèvement en avril 2006, le pays a commencé à bénéficier de nombreuses remises de sa dette bilatérale et multilatérale. En matière d'utilisation des ressources issues des économies budgétaires réalisées dans le cadre de la remise de la dette, le Gouvernement a poursuivi ses efforts en vue d'une meilleure absorption des crédits.

En dépit de ces performances, la situation économique et financière demeure fragile: la croissance économique est faible pour impulser un réel changement au niveau de toutes les composantes sociales, notamment les plus faibles. Selon la deuxième Enquête Camerounaise auprès des Ménages (ECAM II, 2001), deux personnes sur cinq (40 %) vivaient en dessous du seuil de pauvreté, estimé à 637FCFA par adulte et par jour. Le taux d'activité de la population âgée de 15-64 ans était de 66 % en 1987 (deuxième RGPH 637 FCFA par jour). Selon l'ECAM, le taux d'activité (au sens du BIT) était estimé en 2001 à 72 %. D'autre part, le taux de scolarisation (personnes de 6-14 ans) qui était de 79 % en 2001 a été estimé en 2004 à 78 % (personnes de 6-11 ans). Le taux d'alphabétisation qui se situait en 2001 à 68 % (avec 55% chez les femmes) est estimé en 2004 à 82% pour les hommes et 65% pour les femmes (EDSC III, 2004).

Cette faiblesse de la croissance économique est imputable en partie à la faiblesse de l'épargne et de l'investissement et surtout au poids excessif de la dette qui réduit d'autant la capacité d'investissement du pays notamment en faveur de la lutte contre la pauvreté.

L'agriculture, grande pourvoyeuse de revenus, a subi la chute des cours mondiaux de cacao, café et de coton. De plus, la baisse du prix d'achat aux planteurs et la libéralisation du système de commercialisation ont incité les planteurs soit à abandonner les champs, soit à se tourner vers les produits vivriers au détriment des produits de rente. L'élevage du gros bétail se fait essentiellement dans le grand nord du pays, où l'on retrouve aussi des ovins et des caprins.

Le secteur minier, notamment les hydrocarbures contribue aussi pour une part importante au PIB. Il en est de même de l'exploitation forestière.

Le secteur industriel jusque-là protégé à travers les codes et programmes d'investissement cherche à se réajuster face à une concurrence subite due à la libéralisation de l'économie.

Sur le plan humain, l'Indice de Développement Humain du Cameroun (IDH) est passé de 0,528 en 1998 à 0,506 en 2004, soit une diminution de 4,2% en 6 ans et le Cameroun a ainsi dégringolé de la 132^{ème} position qu'il occupait en 1998 à la 144^{ème} sur 177 pays en 2004. Il demeure cependant un pays à IDH intermédiaire, mais se rapproche de plus en plus des pays à faible développement humain (Rapport UNDP 2006).

L'Indicateur de Pauvreté Humain (IPH) renseigne que 35,6% des citoyens sont touchés par la pauvreté humaine classant le Cameroun à un niveau de développement humain moyen (61^e sur 102 pays). Alors que du point de vue du revenu (seuil de pauvreté monétaire), ce sont 50,6% des Camerounais qui vivent avec moins de 2 USD par jour et 17 % avec moins de 1USD par jour (Rapport 2006 du PNUD).

D'une manière générale, les indicateurs de développement humain se sont considérablement dégradés au cours des années de crise notamment dans les secteurs de la santé et de l'éducation au point où les performances économiques des dernières années ne suffisent pas encore pour redresser cette situation. Le Cameroun est ainsi entré dans le troisième millénaire avec d'importants atouts mais aussi des défis majeurs à relever pour diversifier son économie, approfondir la croissance et améliorer les conditions de vie des populations.

Au nombre de ces atouts on compte un cadre macroéconomique stable après des efforts soutenus d'ajustement, des conditions plus incitatives pour le développement du secteur privé, une position de pôle de développement dans un cadre sous-régional de plus en plus ouvert, une population jeune et éduquée, capable d'absorber les nouvelles technologies et d'améliorer la productivité, et une grande stabilité politique et institutionnelle. Ces atouts constituent un capital social qui pourra attirer au Cameroun l'investissement étranger, de diversifier l'économie et de relever le rythme de croissance à la mesure des besoins et des attentes des populations.

1.1.5 Situation socioculturelle

La période de récession et d'ajustement économique (1985-2000) a révélé les insuffisances des politiques sociales conduites pendant cette période au Cameroun, et en conséquence, la progression de la pauvreté monétaire dont l'incidence passe de 40 % en 1993 à près de 51% trois ans plus tard.

Le contexte social va s'apprécier principalement à travers les composantes de l'indicateur de développement humain que sont : la durée de vie, le niveau d'éducation, les conditions d'existence et en plus, les comportements.

L'Indicateur de Pauvreté Humaine calculé en 2006 avec les données de 2004 révèle que la probabilité de décéder avant 40 ans est de 43,9% (soit une augmentation relative de 60,2% par rapport à sa valeur en 1998) au Cameroun, que l'insuffisance pondérale des moins de 5 ans est de 18 %, et que 34 % des populations sont privées d'accès à l'eau potable et à l'assainissement. Ces indicateurs sont en nette amélioration par rapport à leurs valeurs en 1998 mais restent encore mauvais.

L'Education est assurée au Cameroun aussi bien par le secteur public que par le secteur privé. Les taux d'alphabétisation des adultes étaient respectivement de 82% et 65% pour les hommes et les femmes en 2004 contre 80,3% et 67% en 1998. Ces taux sont en progression chez les hommes et en baisse chez les femmes.

Le taux brut de scolarisation combiné, tous ordres d'enseignements confondus, s'élevait quant à lui à 62 % en 2004. Comparé à celui de 2003 (dont la valeur est de 55%), il est en hausse, cela s'expliquerait par la gratuité de l'enseignement primaire qui est instaurée depuis 2001, cependant il y a de fortes disparités entre les régions.

En matière **d'emploi**, la récession économique a rétréci les perspectives d'emploi. On note une disproportion entre une offre réduite d'emplois salariés et une demande de plus en plus grande. Cette situation s'expliquerait entre autres par l'inadéquation entre l'emploi et les formations dispensées avec pour conséquence un fort développement du secteur informel dans les grandes métropoles.

En ce qui concerne les conditions de vie :

Sur le plan de **l'habitat**, près de 59,2% de ménages dans le pays sont propriétaires de leur maison d'habitation (avec 36% en milieu urbain et 71,9% en milieu rural) (Rapport d'étape DSRP 2005). 50% des locataires se trouvent dans le milieu urbain qui ne compte que 34% de l'ensemble des ménages du pays. 50,5% de ménages du milieu rural possèdent un poste radio contre 82,5% à Douala/Yaoundé et 69% dans les autres villes. 4,7% de ménages du milieu rural possèdent un poste téléviseur contre 57,5% à Douala/Yaoundé et 30% dans les autres villes.

S'agissant du volet **eau, électricité et assainissement**, 53% de ménages avaient accès à l'eau potable en 2004 contre 45% en 1998 ; 57% de ménages utilisaient des installations très sommaires pour des excréta en 2004 alors que 7% ne possédaient aucune forme d'installation.

L'état nutritionnel qui s'était détérioré entre 1991 et 1998 ne s'est guère amélioré entre 1998 et 2004. En effet, les prévalences des malnutritions protéino-caloriques au sein des groupes vulnérables ont connues une évolution mitigée entre ces années comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 2 : Prévalences des malnutritions protéino-caloriques des enfants de moins de 3 ans

Indicateurs	Situation en 1991	Situation en 1998	Situation en 2004
Taux de malnutrition chronique	23%	29%	30%
Taux de malnutrition sévère	8%	11%	11%
Taux de malnutrition aiguë	4%	6%	7%
Insuffisance pondérale	16%	22%	19%

Source : EDSC 1991 ; 1998 et 2004

Il ressort de ce tableau qu'entre 1991 et 2004, les taux de malnutrition chronique et aiguë se sont respectivement accrus de +7%, +4%, le taux de malnutrition sévère a augmenté de +3% entre 1991 et 1998 et a stagné entre 1998 et 2004. Le taux d'insuffisance pondérale a quant à lui légèrement diminué de -3% entre 1998 et 2004.

La situation de la **santé de la reproduction** au Cameroun se caractérise par :

- une forte sous utilisation des services qui sont d'ailleurs mal équipés (44% de la demande potentielle en planification familiale n'est pas satisfait);
- une insuffisance qualitative et quantitative en médicaments essentiels y compris les contraceptifs ;

- une insuffisance qualitative et quantitative du personnel adéquat déjà peu motivé et mal réparti.

En conséquence, on relève entre autres:

- un nombre élevé de grossesses non désirées et d'avortements provoqués;
- une forte morbidité et mortalité maternelle et infantile (mortalité infantile : 74‰; Taux de mortalité maternelle : 669 pour 100 000 naissances vivantes) ;
- une insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans : 18% en moyenne en 2004 ;
- une couverture vaccinale moyenne des enfants contre le tétanos (67%, 2007, PEV), la rougeole (73.8%, 2007, PEV), l'échec de l'éradication de la poliomyélite depuis 2002 dont la couverture est encore à 81,3% en 2007 (PEV).
- un faible taux d'utilisation des thérapies par réhydratation orale à 34% en moyenne entre 90-98 ; etc.

En matière de prise en charge des soins de santé, il n'existe pas à proprement parler de **sécurité sociale** au Cameroun de par l'absence d'un régime de protection sociale.

Cependant le Décret N°2000/692 du 13 Septembre 2000 fixe les modalités d'exercice du droit à la santé du fonctionnaire. Au terme de ce texte, la protection des fonctionnaires contre les accidents et les maladies d'origine professionnelle est entièrement assurée par l'Etat ; cette prise en charge est réduite à 60% lorsque ceux-ci ne sont pas imputables au service. Cette dernière mesure s'étend à la famille du fonctionnaire (époux, enfants légitimes, reconnus ou adoptifs). Le personnel des sociétés d'Etat et des entreprises privées bénéficie aussi d'un régime d'assurance-maladie.

L'autre catégorie sociale bénéficiant d'une certaine prévoyance sociale est constituée des travailleurs du secteur privé qui, sur la base des cotisations versées à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) par l'employeur bénéficient :

- des prestations familiales ;
- des pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès ;
- des allocations pour les accidents de travail et les maladies professionnelles.

La CNPS connaît des situations difficiles dues au montant élevé de ses créances difficiles à recouvrer ou compromises.

Suite à ces nombreuses difficultés, une réforme de la sécurité sociale est envisagée. Elle en est au stade des études spécifiques devant conduire à une intervention en deux phases :

- ◆ 1^{ère} phase : une profonde restructuration de la CNPS dont l'action couvre à peine 10% de la population.
- ◆ 2^{ème} phase : une réorganisation de l'ensemble du système sur la base d'un (e) :
 - extension de la couverture sociale aux autres groupes de populations notamment les plus démunis (ruraux, informels...) ;
 - élargissement de l'éventail de prestations à servir (retraite, maladie, etc...) ;
 - redéfinition du mode de contribution.

L'aboutissement de cette réforme serait un apport sérieux au problème de la mutualisation du risque maladie.

Par ailleurs ; la Stratégie Sectorielle de santé prévoit une mutuelle de santé par district de santé et la couverture d'au moins 40% de la population totale d'ici à 2010. En février 2007, on dénombrait environ 120 mutuelles de santé réparties inégalement sur le territoire national soit une couverture d'environ 37% de districts de santé et 2% de la population.

Contraints par le recul des revenus et le relèvement des prix à la consommation, les ménages et les individus ont réagi par des comportements tendant à recourir aux prestations de santé peu chères, et de qualité douteuse.

La prolifération des groupes religieux et prophètes miracles qui s'érigent en structures et professionnels de santé est une des manifestations les plus visibles de cette déviance de comportements. Ainsi, le recours aux prestations socio-sanitaires traditionnelles s'intensifie.

Par ailleurs, d'autres comportements humains entraînent la pollution de l'air, de l'eau et du sol par une utilisation inappropriée de l'énergie et par un déversement non reprimandé des déchets ménagers et industriels. L'érosion du sol est causée entre autres par des pratiques culturelles inadaptées.

L'Etat, pour sauvegarder la gestion des écosystèmes et préserver l'environnement a pris de nouvelles dispositions, notamment l'aménagement du territoire en zones de conservation, de production et d'agriculture, des restrictions aux exportations de grumes et des règles d'aménagement durable des concessions forestières.

La distribution de la population par secteur de résidence fait apparaître des disparités entre ville et campagne : 106 hommes pour 100 femmes en zone urbaine contre 93 pour 100 en zone rurale.

Sur le plan économique, on relève une forte concentration des femmes dans le secteur informel, notamment le petit commerce. Elles assurent à 92% la production vivrière et l'essentiel de l'industrie manufacturière (textile, confection).

Malgré ce rôle majeur dans le développement social, elles restent confrontées à un certain nombre de problèmes :

- plus de la moitié des femmes en âge de procréer sont sans instruction ;
- une sous représentativité des filles dans les filières scientifiques et techniques d'enseignement ;
- une faible représentativité des femmes dans les postes d'encadrement et de direction (10,1%) ;
- de nombreuses barrières sociales et culturelles, des obstacles psychosociologiques ainsi que des vides juridiques (accès difficile à la terre et au crédit par exemple) entravent le plein épanouissement de la femme.

1.1.6 Etat du système de communications

Le Cameroun dispose d'un réseau de communications assez varié.

I.1.6.1 Réseau routier et ferroviaire

L'état du réseau routier est l'un des principaux obstacles au développement. Il est peu dense et inégalement réparti sur le territoire. En effet le pays compte moins de 5000 km de routes bitumées. Seules quelques provinces disposent de tronçons routiers facilitant les échanges intérieurs. Il existe en outre de nombreuses pistes et voies informelles et saisonnières pour la circulation des hommes et des biens

I.1.6.2 Réseau ferroviaire

Le chemin de fer souffre des mêmes insuffisances que le réseau routier. Il compte, sur moins de 1500 km, deux grandes lignes de desserte qui sont vétustes et subissent durement la concurrence de la route.

I.1.6.3 Réseau maritime et fluvial

Le Cameroun dispose d'une façade maritime qui abrite d'importants ports : Douala, principal port sur l'estuaire du Wouri, Limbé et Kribi, ports en eau profonde. Le port fluvial de Garoua sur la Bénoué n'est navigable que trois mois sur l'année. Plusieurs voies fluviales permettent la circulation des hommes et des biens sur les nombreux fleuves du pays.

I.1.6.4 Réseau aéroportuaire

Il est composé de trois aéroports internationaux à fort tonnage: Douala, le plus important, Garoua et Yaoundé ainsi que de plusieurs aérodromes: Bafoussam, Bamenda, Bertoua, Maroua, Ngaoundéré. La compagnie nationale de transport aérien assure les dessertes régionales et se partage des liaisons internationales avec les grandes multinationales et des compagnies privées.

I.1.7 Communications de masse et télécommunications

Le paysage médiatique est en pleine mutation du fait de la libéralisation intervenue dans le secteur. Il est dominé par trois types de média: audio, audiovisuel et écrit.

I.1.7.1 Média audio

La station radio nationale qui couvre l'ensemble du pays, les dix (10) stations provinciales et plusieurs autres stations de fréquence modulée constituent le réseau de média audio public. Le secteur privé exploite actuellement quelques six (06) stations radio rurales et plusieurs stations de fréquence modulée.

I.1.7.2 Média audiovisuel

Le pays dispose d'une chaîne de télévision nationale qui émet en français et anglais, sur l'étendue du territoire national. Le paysage visuel s'est récemment enrichi de chaînes de télévision privées et de plusieurs distributeurs d'images par câble.

I.1.7.3 Média écrits

Outre le quotidien national d'informations générales paraissant en français et en anglais, il existe un quotidien privé, de nombreuses presses privées et des magazines qui diversifient le panel de ces média.

En matière de télécommunications, le Cameroun a désormais une capacité de 8 millions de lignes téléphoniques, avec un opérateur de téléphone fixe, trois opérateurs de téléphone mobile et de nombreux pourvoyeurs d'accès à l'Internet . En 2004 on comptait environ 60 000 utilisateurs d'internet.

On note toutefois un certain déficit dans la qualité du service dû à des problèmes variés, aussi bien d'ordre managérial et organisationnel qu'à l'état des équipements.

La maturité progressive de ce réseau informationnel, expression de la dynamique culturelle du pays offre de réelles perspectives à la promotion des activités d'Information d'Education et de Communication (IEC).

I.1.7.4 Autres modes de communication

En dehors de moyens de communication mentionné ci-dessus d'autres modes de communications populaires sont : théâtre populaire ou communautaire, contes, saynètes, jeux de rôles, diapo-language, photo-language, communication interpersonnelle, communication publicitaire et de marketing social, réseaux associatifs, crieurs publics, griots, joueurs d'instruments traditionnels...

Chapitre II : Présentation du Secteur de la Santé

II.1 Organisation du Système de Santé

Le système de santé est organisé en trois niveaux : central, intermédiaire, et périphérique

II.1.1 Niveau central (ou national)

Il est constitué des structures de conception, de coordination et d'encadrement de la politique sanitaire ainsi que des actions de santé d'envergure nationale. Conformément à l'organigramme de 2002, le niveau central est structuré comme suit:

- le Secrétariat particulier ;
- trois Conseillers Techniques ;
- la Cellule de Communication ;
- trois Inspections Générales ;
- l'Administration Centrale.

L'Administration Centrale est composée d'un Secrétariat Général dirigé par un Secrétaire Général, autorité de coordination de l'action administrative du Ministère de la Santé, de sept Directions Centrales, trois Divisions spécifiques, des Projets et Programmes Spécialisés. On retrouve également à ce niveau des Institutions d'appui et des Etablissements de soins de référence de troisième niveau.

Les Directions et divisions centrales:

- Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) ;
- Direction de la Santé Familiale (DSF) ;
- Direction de la Promotion de la Santé (DPS) ;
- Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) ;
- Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire (DOSTS) ;
- Direction des Ressources Humaines (DRH) ;
- Direction des Ressources Financières et du Patrimoine (DRFP) ;
- Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS) ;
- Division des Etudes et des Projets (DEP) ;
- Division de la Coopération (DCOOP).

Les Projets, Programmes Spécialisés et Etablissements Etatiques:

- Le Programme Elargi de Vaccination ;
- Le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) ;
- Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) ;
- Le Programme National de Lutte contre l'Onchocercose (PNLO) ;
- Le Programme d'Eradication du Ver de Guinée (PEVG) ;

- Le Programme National de Lutte contre la Lèpre (PNLL) ;
- Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) ;
- Le Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNLTHA) ;
- Le Programme National de Lutte contre la Cécité ;
- Le Programme National de Lutte contre le Cancer ;
- Le Programme National de Lutte contre le Diabète et l'Hypertension Artérielle ;
- Le Comité National de Lutte contre la Drogue ;
- Le Programme National de Lutte contre la Drépanocytose ;
- Le Programme National de Lutte contre la Schistosomiase et les Vers Intestinaux ;
- Le Programme de Lutte Intégrée contre les Maladies de l'Enfant (PECIME).

Les Institutions d'Appui:

- La Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (CENAME) ;
- Le Laboratoire National de Contrôle de Médicaments (LANACOME) ;
- Le Comité National d'Epidémiologie (CNE) ;
- Le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) ;

Les formations sanitaires de référence nationale:

Première catégorie:

- L'Hôpital Général de Yaoundé (HGY) ;
- L'Hôpital Général de Douala (HGY) ;
- Le Centre Hospitalier-Universitaire de Yaoundé (CHUY) ;
- L'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY).

Deuxième catégorie:

- L'Hôpital Central de Yaoundé (HCY) ;
- L'Hôpital Jamot de Yaoundé (HJY) ;
- L'Hôpital Laquintinie de Douala (HLD).

Certaines institutions d'autres ministères, de niveau régional ou encore de type associatif appuient les activités du Ministère de la santé publique:

- Fondation Chantal Biya ;
- Hôpital de Garnison Militaire de Yaoundé ;
- Centre Hospitalier d'Essos (CHE) de la CNPS ;
- La Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I (FMSB) ;
- La Faculté de Médecine de l'Université de Douala ;
- La Faculté de Médecine de l'Université de Buéa ;
- L'Institut de Recherches Médicales et d'Etudes des Plantes Médicinales (IMPM).
- L'Institut de Recherches Médicales et d'Etudes des Plantes Médicinales (IMPM) ;

II.1.2 Niveau intermédiaire (Provincial)

Il est constitué de 10 délégations provinciales, structures d'appui technique et de coordination pour les districts de santé, des 9 hôpitaux provinciaux et assimilés et des structures de formations paramédicales

La Délégation Provinciale de la Santé Publique (DPSP) est dirigée par un Délégué Provincial et comprend la cellule, ses services et bureaux suivants :

- la Cellule de Supervision, de Suivi et d'Evaluation ;
- le Service des Affaires Générales ;
- le Service de la Planification ;
- le Bureau d'Accueil, du Courrier et de Liaison ;
- le Bureau du Partenariat.

L'Hôpital Provincial est la formation sanitaire de deuxième niveau pour les districts de santé.

Chaque province compte au moins une structure de formation paramédicale pour former soit des aides-soignants, des infirmiers brevetés ou des infirmiers diplômés d'Etat.

L'approvisionnement en médicament des formations sanitaires est assuré à ce niveau par une structure plus ou moins autonome, le Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Provincial (CAPP).

II.1.3 Niveau périphérique (district de santé)

Il comprend 174 districts de santé et 1549 aires de santé. Le district de santé est structuré ainsi qu'il suit:

Un service de santé de district comprenant:

- Le Bureau des Affaires Générales,
- L'Hôpital de district,
- Le Bureau du Partenariat.

Un réseau d'aires de santé chargé de la couverture en soins de santé de base des populations desservies par ces aires de santé

L'aire de santé constitue une zone bien définie en terme de limites géographiques et de population, comprenant un ou plusieurs villages ou quartiers, et desservie par une ou plusieurs formations sanitaires (publiques et/ou privées) de base, encore appelées Centre de Santé Intégrés(CSI). La gestion de l'aire de santé repose sur des structures de dialogue (entre prestataires et bénéficiaires de soins), et de participation communautaire en matière de santé.

Tableau 3 : Les différents niveaux du secteur santé

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de soins	Structures de dialogue
Central	Services du Ministère de la Santé Publique	Direction politique, Elaboration des concepts, de la politique et des stratégies	Hôpitaux Généraux de référence, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux	Conseils d'Administration ou Comités de gestion
Intermédiaire	Délégations Provinciales	Appui technique aux districts et aux programmes	Hôpitaux Provinciaux et assimilés	Fonds spéciaux provinciaux pour la promotion de la santé
Périphérique	Districts de Santé et Aires de Santé	Mise en œuvre des programmes	Hôpitaux de District, Centres Médicaux d'Arrondissement, Centres de Santé Intégré, Centre de santé Ambulatoire	COSADI COGEDI COGE COSA

Source : cadre conceptuel du D/S viable (MSP)
(Voir extrait carte sanitaire en annexe 1)

II.2 Politique nationale de santé

Quatre étapes majeures ont marqué jusqu'ici l'évolution de la politique sanitaire du Cameroun :

II.2.1 La période coloniale : la stratégie d'Eugène Jamot

Elle se caractérise par :

- l'exercice d'une médecine mobile initiée par le Docteur Eugène Jamot dans l'ancien Cameroun Oriental dans le cadre de la lutte contre la maladie du sommeil (Trypanosomiase) ;
- la gratuité des soins médicaux aux administrateurs coloniaux, militaires, religieux et accessoirement aux colonisés, le recouvrement des coûts étant à la charge du pouvoir local ;
- l'extension (après la 1^{ère} guerre mondiale) du réseau sanitaire vers les zones rurales ;
- la formation médicale (Dakar) et para médicale (Ayos) ;
- la mise en oeuvre des programmes verticaux mobiles de lutte contre les endémies locales (trypanosomiase, paludisme).

II.2.2 La période post indépendance ou phase des expérimentations

C'est une phase d'expérimentation d'idées novatrices avec :

- l'extension de la couverture des soins à un réseau d'hôpitaux et de centres ruraux ;
- le développement des ressources humaines pour la santé par la formation des personnels : création d'institutions notamment le Centre Universitaire des Sciences de la Santé (CUSS ;)
- l'intensification de la lutte contre les endémo-épidémies et de la recherche ;
- la gratuité des soins malgré leur paiement exigé par les textes en vigueur.

L'expérimentation s'est faite principalement à travers les zones de Démonstration des Actions de Santé Publique (D.A.S.P) avec l'avènement de l'approche des services de santé de base, pour expérimenter des approches de santé communautaire, susceptibles d'assurer aux populations des soins de santé techniquement valables en harmonie avec leurs réalités locales.

Les zones DASP ont été mises en place en fonction de la diversité géographique du pays, dans chacune des principales régions écologiques :

- Zone 1 : forêt équatoriale au climat humide
- Zone 2 : région de hauts plateaux dominée par un climat tempéré de transition
- Zone 3 : région de savane pure au climat sec
- Zone 4 : région de hauts plateaux, à climat tropical, tempéré et de transition dans une zone anglophone.

L'évaluation des zones D.A.S.P. en 1975 soulève les observations suivantes :

➤ **points positifs :**

- 1) les activités sanitaires à assise communautaire suscitent une forte demande sociale en matière de santé ;
- 2) les communautés sont prêtes à participer, à un certain degré, au financement et à l'organisation de quelques activités sanitaires ;
- 3) les communautés sont également disposées à organiser, puis à créer des pharmacies villageoises.

➤ **points négatifs :**

- 4) les équipes mobiles coûtent cher, sans résultats probants sur l'amélioration de l'état de santé des populations. Les infirmiers itinérants sont insuffisamment formés dans les méthodes d'animation ;
- 5) le programme est vertical, sans coordination avec les autres activités du Ministère de la Santé et des autres secteurs.

II.2.3 La période post Alma Ata : les Soins de Santé Primaires

En 1978, à Alma Ata en URSS, c'est l'adoption par la communauté internationale de l'approche des Soins de Santé Primaires c'est-à-dire des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et techniques pratiques rendues universellement accessibles, avec la pleine participation des communautés bénéficiaires.

En 1982, le Cameroun adopte la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires avec comme :

- objectif général : amener d'ici à l'an 2000, tous les peuples à un niveau de santé leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive.
- objectifs spécifiques :
 - offrir à tous les Camerounais des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables ;
 - rendre les soins de santé universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté, avec leur pleine participation ;
 - fournir des soins de santé à un coût que la communauté et le pays peuvent assurer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination.
- stratégie : promotion des villages-santé et des cases- santé. L'organisation d'un village-santé comporte au moins les éléments suivants :
 - un comité de santé ;
 - un comité de gestion ;
 - une pharmacie du village ;
 - un ou plusieurs agents de santé communautaire (ASC) ;
 - des matrones du village etc ;
- principales activités
 - les villages sont constitués en villages-santé et les cases de santé sont construites par les communautés villageoises ;
 - le Ministère de la Santé Publique, les coopérations bi et multilatérales, assurent une formation de courte durée (de quelques jours à quelques semaines) des agents de santé communautaire et des accoucheuses traditionnelles ;
 - les agents de santé communautaire ont pour rôle de promouvoir l'éducation sanitaire, la sensibilisation des villageois aux soins de santé élémentaires et de traiter quelques maladies bénignes en s'inspirant des guides thérapeutiques pratiques ;
 - les accoucheuses traditionnelles, à qui il a été donné des trousseaux élémentaires, ont pour mission d'assurer les accouchements dans les conditions d'hygiène minimales.

En 1988, une évaluation de ce modèle révèle de nombreuses carences à savoir :

➤ **les difficultés liées à la qualité des soins :**

- l'absence de continuité des soins due au défaut du système de référence contre référence entre cases de santé et centres de santé ;
- la non intégration des soins, car l'agent de santé du village se consacre plus aux soins curatifs qu'aux autres activités ;
- la légèreté du contenu des soins : la formation de quelques semaines des agents de santé est insuffisante.

➤ **les problèmes liés aux communautés :**

- la faible acceptabilité de l'approche par la population qui réclame la conversion des cases de Santé en Centres de Santé, voire hôpitaux ;
- l'approche bénévolat a entraîné les ASC à privilégier les prestations lucratives, notamment la vente des médicaments ;
- la non-viabilité du système, car le volume de travail de l'agent de santé du village n'est pas compatible avec son statut de volontaire à temps partiel ;
- l'inexistence dans les statuts des ASC des dispositions relatives à leur promotion sociale.

➤ **les problèmes au niveau de l'interface communauté/service de santé :**

- la communauté et les professionnels de santé laissent la gestion des problèmes de santé à l'agent de santé du village ;
- le manque d'appui de ces agents par le système de santé officiel a décrédibilisé leurs initiatives auprès des populations ;
- les agents de santé ont cru à tort pouvoir faire carrière dans le système de santé officiel.

➤ **les problèmes liés aux prestataires :**

- l'absence de texte d'application du décret de 1982 sur les S.S.P entraîne une mauvaise coordination des activités sur le terrain.

II.2.4 La réorientation des Soins de Santé Primaires

En réaction à cette situation, les autorités sanitaires optent pour la réforme du système national de santé sous l'appellation de « Réorientation des Soins de Santé Primaires ». En fait, Il ne s'agit pas d'un programme mais plutôt d'une réorientation de notre système national de santé vers l'objectif social " Santé Pour Tous ".

La réforme au Cameroun se situe dans le cadre d'une approche de la région africaine qui tient compte des similitudes des systèmes sanitaires globalement en déclin.

Pour faire face à cette situation, les Etats africains développent un certain nombre de stratégies concertées parmi lesquelles :

- **Le Comité Régional de Lusaka (1985) qui recommande le développement des systèmes de santé à trois niveaux étalés en trois phases :**
 - niveau opérationnel correspondant aux services de santé périphériques ;
 - niveau intermédiaire correspondant aux services provinciaux ou régionaux ;
 - niveau stratégique correspondant aux services centraux.
- la conférence Inter-régionale de l'OMS à Harare (Août 1987) qui recommande fermement l'adoption du système de santé de district décentralisé comme moyen d'atteindre les objectifs de santé pour tous en l'an 2000 ;
- le sommet des Chefs d'Etats de l'OUA (Juillet 1987) qui adopte la « Déclaration » sur la Santé, pierre angulaire du développement, soumise par le Bureau Régional de l'OMS ;
- l'Initiative de Bamako (septembre 1987) qui prône :
 - le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques ;
 - la revitalisation du système des soins au niveau périphérique ;
 - la promotion des médicaments essentiels génériques pour assurer l'accès aux médicaments de qualité à un coût abordable ;
 - la gestion communautaire des fonds générés par les activités de recouvrement des coûts.

Au Cameroun, les réformes sont élaborées et rendues publiques en 1989 mais officiellement adoptées en 1992 à travers la Déclaration de Politique Sectorielle de santé et, en 1993, la Déclaration de la mise en œuvre de la « Réorientation des Soins de Santé Primaires ». Dans ce concept, les principes ci-après cités constituent les éléments de base ; il s'agit de :

- la participation de la communauté dans le but de son auto-responsabilisation vis-à-vis de ses problèmes de santé ;
- la mise en évidence du lien étroit entre le développement et la santé ;
- le respect des droits de l'homme, comme celui d'être informé et celui de l'intégrité de l'individu y compris son libre arbitre.

Le Centre de Santé jouera le rôle d'interface entre la communauté et les Services de Santé et servira de cadre prestataire de soins intégrés, continus et globaux.

Le financement des activités des SSP se fera à travers :

- ◆ *le financement non communautaire :*
 - solidarité nationale (Budget Public) ;
 - solidarité internationale (Coopération bilatérale, multilatérale, ONG) .

◆ *le financement communautaire :*

- paiement pour les services dus ;
- achat des médicaments essentiels ;
- Investissement humain ;
- dons, legs, etc.....

Le succès de la mise en œuvre des SSP devrait reposer sur la supervision et le Système National d'Informations Sanitaires (SNIS).

Le développement de la participation communautaire se fera à travers la mise en œuvre et le fonctionnement des structures de dialogue que sont les Comités de Santé d'Arrondissement, le Fonds Provincial Spécial pour la Santé ainsi que les Comités respectifs de gestion.

La réorientation des Soins de Santé Primaires va entraîner un certain nombre de réformes qui ont imposé des aménagements juridiques du secteur dont :

- la loi cadre portant mise en œuvre de la réorientation des Soins de Santé Primaires ;
- les différents textes afférents au recouvrement des coûts ;
- le texte réorganisant le territoire national en Districts de Santé (DS).

Par contre, quelques insuffisances ont été relevées :

- absence de cadre juridique pour la participation communautaire ;
- absence de cadre juridique pour le système national d'approvisionnement des médicaments essentiels, notamment les CAPP ;
- absence de réformes en matière de formation de base et continue ;
- inexistence de cadre de collaboration entre les intervenants ;
- insuffisance de suivi, de supervision et d'évaluation.

La Réorientation des Soins de Santé Primaires reste la politique de santé actuellement en vigueur au Cameroun.

Toutefois, devant de nombreux problèmes survenus au cours de l'application de la stratégie qui en a découlé, et devant un contexte de pauvreté grandissante, le Ministère de la Santé a élaboré en 2001 une stratégie sectorielle de santé, en vue d'assurer une prise en charge globale des priorités sanitaires du pays. Le paludisme y est considéré comme une des priorités majeures de santé publique.

II.2.5 Organisation du secteur de la santé

Le secteur Santé s'articule en trois sous-secteurs : public, privé et traditionnel

II.2.5.1 Le sous-secteur public

Il comprend toutes les structures sanitaires publiques à différents niveaux de la pyramide sanitaire (central, intermédiaire et périphérique), ainsi que les structures sanitaires sous tutelle d'autres départements ministériels à l'instar de la Défense, de l'Emploi, Travail et

Prévoyance Sociale avec la Caisse Nationale de la Prévoyance Sociale, de l'Education de Base, des Enseignements Secondaires, etc...

II.2.5.2 Le sous-secteur privé

Il regroupe des structures sanitaires privées (centre de santé, hôpitaux, cliniques, institutions pharmaceutiques) à but non lucratif (confessions religieuses, associations et diverses organisations non gouvernementales) et celles à but lucratif.

II.2.5.3 Le sous-secteur traditionnel

La médecine traditionnelle est une composante ancestrale à ne pas négliger dans le secteur Santé. Elle n'est pas encore réglementée, d'où l'absence d'une véritable Politique Nationale en la matière. Toutefois, on relève, en vue de la promotion de cette médecine de nombreuses actions de l'Etat, en particulier la création d'un Service en charge de la Médecine Traditionnelle dans l'organigramme du Ministère de la Santé Publique.

Par ailleurs, le Gouvernement encourage l'organisation des tradipraticiens en associations. Plusieurs problèmes minent cette composante du secteur Santé dont :

- la méfiance réciproque entre les tradipraticiens et les professionnels de la médecine moderne ;
- la non structuration de la profession ;
- l'analphabétisme de la plupart des tradipraticiens ;
- la mystification des pratiques ;
- l'absence de cadre juridique ;
- l'infiltration de la profession par de nombreux charlatans.

II.2.5.4 Les intervenants dans le secteur Santé

La mise en œuvre de la politique nationale de santé interpelle plusieurs intervenants dont l'Etat, les ménages/communautés, le privé et les partenaires extérieurs.

II.2.5.4.1 L'Etat

Dans un cadre multisectoriel, l'Etat intervient dans le secteur comme régulateur, coordonnateur, pourvoyeur de ressources, producteur de soins et enfin comme appui-relais (Finance, Communication, Agriculture, etc...).

II.2.5.4.2 Les ménages /communautés

Les ménages et communautés devraient jouer un rôle important dans la définition des politiques et programmes de santé, la planification et la mise en œuvre de ces derniers ainsi que leur suivi et évaluation.

L'insuffisance de décentralisation et la faible intégration des méthodes participatives freinent la participation des ménages/communautés à la mise en œuvre desdits politiques et programmes.

Bien que formalisée par la réglementation, la participation communautaire n'est pas optimale dans la gestion des structures de santé. L'exemple type est celui des réunions des comités de gestion des districts de santé qui sont mensuelles, et par conséquent chaque district devrait en tenir 12 par an ; il est surprenant ici de n'avoir qu'une moyenne nationale annuelle par province d'environ 3 réunions (DEPI/MSP : carte sanitaire 1998). Cette situation traduirait le peu d'engagement et/ou d'intégration des communautés dans le secteur de la Santé.

II.2.5.4.3 Le privé

Les intervenants privés occupent une place très importante au Cameroun dans le domaine de la santé. L'offre des soins de santé s'effectue soit par le secteur privé à but lucratif, soit par celui à but non lucratif.

- Le sous-secteur privé à but lucratif comprend des formations sanitaires de diverses catégories (polycliniques ; cliniques ; cabinets médicaux, dentaires et de soins ; officines de pharmacies ; laboratoires d'analyse etc.) Ces structures sont tenues par des professionnels (médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens et infirmiers...) regroupés dans des Ordres professionnels et syndicats. Les faibles moyens financiers et techniques des ordres limitent fortement les capacités de ces derniers à remplir leur rôle éthique, déontologique et disciplinaire qui est pourtant leur mission primaire. Quant aux syndicats, ils sont peu représentatifs car 20 % seulement des membres des Ordres y sont affiliés.

Il est à noter que la plupart des structures privées à but lucratif se retrouvent en milieu urbain. Par ailleurs on note une prolifération anarchique de structures sanitaires clandestines, ainsi que des prestations sanitaires informelles.

L'activité du sous-secteur privé à but lucratif est purement curative, et restreinte de par la gamme réduite des services proposés et du faible nombre de malades consultés. Ce sous-secteur investit faiblement dans le domaine de la prévention et ses structures de soins restent économiquement peu accessibles à des populations de plus en plus pauvres.

- Le sous-secteur privé à but non lucratif comprend essentiellement les confessionnels, et dans une moindre mesure le secteur associatif. Les confessionnels sont constitués par l'Organisation Catholique pour la Santé au Cameroun (OCASC), le Conseil Evangélique et Protestant du Cameroun (CEPCA), la Fondation Ad Lucem et les Associations Islamiques. Selon un recensement du Ministère de la Santé, les centres de santé confessionnels représentent 17 % du total des centres de santé publics et privés à but non lucratif, soit 8,8 % pour le Service Catholique de Santé, 7,3% pour le CEPCA, et 0,9% pour Ad Lucem. Les structures confessionnelles de soins sont essentiellement basées en milieu rural.

Selon une étude², les prestations de soins du privé à but non lucratif (qui assure aussi les activités préventives), sont équivalentes à celles du public.

- Plusieurs ONG nationales interviennent dans le secteur Santé, mais leur crédibilité reste faible et leur capacité d'expertise très limitée. Plusieurs se sont regroupées dans le cadre d'un réseau, devant à terme permettre la mise en place d'une approche éthique et professionnalisante des projets de santé qui leur sont confiés.

² Etude sur l'offre de soins du secteur privé au Cameroun, CREDES Juillet 2001

II.2.5.4.4 Les partenaires extérieurs

Plusieurs partenaires internationaux interviennent activement dans le secteur de la Santé au Cameroun.

On peut noter que plusieurs partenaires internationaux appuient le Gouvernement dans ses efforts de développement du système de santé et d'autres dans le développement et la mise en œuvre des programmes prioritaires. Le grand problème ici est la non optimisation de l'utilisation des ressources mobilisées par ces partenaires à cause de la faiblesse avec laquelle les différentes structures du Ministère de la Santé exercent leur rôle cardinal de coordination.

II.3 Analyse du Système de Santé

Cette analyse portera sur les ressources humaines, le patrimoine mobilier et immobilier, les ressources financières, ainsi que sur l'utilisation de ces différentes ressources, et sur les résultats en termes d'extrants et impacts sur la santé des populations.

II.3.1 Les Ressources Humaines

En 1998, le rapport du PNUD sur le Développement Humain au Cameroun présentait un ratio de 1 médecin pour 9164 habitants et 1 infirmier pour 2214 habitants. Au 30 juin 2000, ces ratios sont passés respectivement à 1 pour 10 083 et 1 pour 2249.

En dehors de la dégradation progressive de ces ratios, l'on note de grandes disparités dans la répartition des ressources humaines du secteur entre les différentes provinces d'une part et, au sein d'une province, entre la zone rurale et la zone urbaine d'autre part. Ces disparités sont encore plus évidentes entre les grands hôpitaux (Généraux, Centraux, et Provinciaux) et les Districts de Santé (voir tableau n° 1 en annexe).

Par ailleurs, le dernier recensement des personnels du Ministère de la Santé Publique s'est achevé en avril 2001 et permet aujourd'hui de mieux appréhender l'ampleur du déficit en différents types de personnel, compte tenu des normes arrêtées par les Ministres de la Fonction Publique en fin Mars 2001.

Le Cameroun compte officiellement des Facultés de Médecine et des Sciences Biomédicales dont trois fonctionnelles qui forment des Médecins Généralistes et des Spécialistes (Chirurgie, Gynécologie Obstétrique, Santé Publique, Pédiatrie, Médecine Interne, Anesthésie Réanimation, Biologie Clinique, Radiologie, Anatomie Pathologie) ainsi que des Techniciens Supérieurs en Soins Infirmiers. D'autres personnels sanitaires (Infirmiers Diplômés d'Etat, Aides-Soignants, et Techniciens de Laboratoire) sont formés dans plusieurs écoles paramédicales dans les provinces (écoles des Infirmiers Diplômés d'Etat, Aides-Soignants et Techniciens de Laboratoire).

La formation dans les écoles médico - sanitaires s'est enrichie de certaines disciplines : santé mentale, santé de la reproduction, anesthésie – réanimation et techniciens en pharmacie. L'ENAM a ré-ouvert le Cycle des Administrateurs de la Santé. Il reste cependant à remettre en route le Génie Sanitaire, la Kinésithérapie, l'Imagerie Médicale et l'Ophtalmologie ainsi que les Diététiciens et Nutritionnistes.

Malheureusement faute de structures de formations locales, les Pharmaciens, les Chirurgiens – Dentistes de même que les Ingénieurs et Techniciens Biomédicaux continuent à être formés à l'étranger et ne sont pas recrutés à leur retour dans la Fonction Publique.

Il n'existe pas de stratégie nationale de formation continue. De ce fait, l'on observe que: les personnels de santé surtout ceux des services publics participent à de nombreuses sessions de formation continue tant à l'intérieur du territoire qu'à l'extérieur; la sélection du participant n'ayant souvent pas pour objectif d'améliorer les performances d'un service précis de la structure sanitaire concernée, l'impact de ces formations n'est pas évident sur le terrain. Cette situation est encore aggravée par la faiblesse voire la non fonctionnalité d'un système de supervision et de monitoring.

Tous ces aspects liés à la ressource la plus importante que constitue la ressource humaine nous amènent à relever les principaux problèmes énumérés ci-dessous.

1. Une gestion peu rationnelle des personnels pour les raisons suivantes:

- missions et profils de poste non clairement définis;
- affectations tenant souvent plus compte des structures que de la taille de la population;
- absence de politique de développement des ressources humaines;
- centralisation de la gestion du personnel;
- mauvaise répartition du personnel au détriment de la zone rurale ;
- non maîtrise des effectifs ;
- mauvaise évaluation des performances du personnel;
- insuffisance de collaboration entre le Ministère de la Santé Publique et Ministère de l'Enseignement Supérieur.

2. Une faible productivité causée par:

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

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

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

II.3.2 Le patrimoine mobilier et immobilier

Le Cameroun dispose d'un nombre important d'infrastructures sanitaires très inégalement réparties entre les provinces, au sein des provinces et même entre les zones urbaines et rurales.

Il est à noter que 13 Districts sur les 174 (harmoniser les chiffres dans le document) ne disposent pas d'un hôpital de district et 412 Aires de Santé sur les 1388 n'ont pas un centre de santé intégré jouant le rôle de leader en matière de prise en charge de la communauté qu'il dessert.

En outre, bon nombre de ces structures sanitaires sont vétustes et nécessitent, soit d'être réhabilitées, soit tout simplement d'être détruites et reconstruites.

Plusieurs de ces structures disposent d'une gamme très variée d'équipements principalement non fonctionnels et obsolètes.

L'acquisition des équipements ne prend pas en compte des critères de la carte sanitaire (la population à desservir, le niveau du personnel utilisateur, les coûts récurrents, le renouvellement du parc etc.).

Le secteur ne disposant pas d'une stratégie nationale de technologie de la santé, les ressources allouées à cet aspect sont minorées par rapport aux besoins. Les quelques cas suivants sont évocateurs :

- seulement deux hôpitaux provinciaux disposent d'un appareil d'anesthésie et d'un respirateur;
- quatre hôpitaux provinciaux ne disposent ni d'appareil d'ECG, ni d'échographe, ni de fauteuil dentaire avec fraiseuse ;
- deux hôpitaux provinciaux ne disposent pas d'une Unité de Radiologie;
- dans trois hôpitaux provinciaux; il n'y a pas de table d'accouchement - Six hôpitaux provinciaux n'ont pas de table de réanimation du nouveau-né.

En ce qui concerne les infrastructures et les équipements, la situation actuelle peut se résumer à travers les problèmes suivants:

- la vétusté du patrimoine sanitaire;
- l'inégale répartition des infrastructures entre les provinces, ainsi que les zones urbaines et rurales;
- l'inexistence d'un système de gestion comptable des infrastructures et équipements sanitaires;
- l'insuffisance qualitative et quantitative du personnel du génie bio- médical (les besoins prévisionnels sont de 400 ingénieurs et techniciens polyvalents alors que l'effectif actuel est de 50);
- moins de 20 formations sanitaires disposent de service technique;
- les dépenses réelles de maintenance représentent actuellement moins de 2,5% des besoins;
- les responsabilités de gestion des équipements sont partagées entre plusieurs directions et la périphérie, ce qui ne favorise pas une utilisation rationnelle des ressources et compétences disponibles;
- très peu de prestataires privés sont en mesure de faire face aux exigences du service après vente;
- les pièces de rechange sont indisponibles ce qui accentue la contre performance des services techniques etc.

II.3.3 Les Ressources Financières

Les principales sources de financement du Secteur de la Santé sont les suivantes:

- le budget de l'Etat;
- les ménages à travers le recouvrement des coûts et autres paiements directs;
- les collectivités publiques locales;
- le pré paiement;
- l'assurance maladie privée;
- Les ONGs de santé
- le financement extérieur.

Des disproportions énormes existent entre ces différentes sources de financement. En 1996 par exemple, sur un financement total du secteur estimé à 173 milliards de FCFA, la contribution des ménages s'élevait à 73% contre 11 % pour l'Etat et 7% pour l'assistance technique. Près des 3/4 des dépenses (de santé ??) des ménages se font dans le secteur informel.

L'Etat

La proportion du budget de l'Etat affectée à la santé reste faible, car l'OMS recommande que cette contribution étatique soit de l'ordre de 10% du budget global. Cette situation est aggravée par la faiblesse en matière d'exécution des crédits d'investissement inscrits au budget, qui représentent environ 25% du budget global

La part des ressources allouée à la couverture des pauvres peut permettre de juger de la performance du Système de Santé. Cette performance tient en compte la notion d'équité dans l'allocation des ressources.

Le financement du Secteur Santé par l'Etat était auparavant affecté à 50% au niveau des Services Centraux au détriment des niveaux inférieurs dont l'action repose sur les populations les plus nombreuses et les plus démunies. La tendance actuelle est au relèvement du pourcentage de financement au niveau périphérique. Elle devrait se confirmer en vue de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population rurale.

L'allocation des ressources budgétaires au niveau des délégations provinciales, des districts de santé et des centres de santé ne se fait pas sur la base d'une norme établie. Près de 60 % du budget global du Ministère de la Santé Publique est géré par le niveau central, bien qu'une bonne partie soit destinée aux services périphériques.

Tableau 4 : Evolution de la part du budget exécuté par le Ministère de la Santé Publique par rapport à l'exécution du budget national de 1981 à 1998.

	BUDGET EXECUTE (Loi des règlements) en millions de FCFA		
	NATIONAL	MINSANTE	MINSANTE/NATIONAL (en %)
1981 - 1982	412.430	11.760	2,85
1982 - 1983	494.231	16.337	3,31
1983 - 1984	648.595	19.108	2,95
1984 - 1985	751.016	23.536	3,13
1985 - 1986	876.591	26.588	3,03
1986 - 1987	858.598	27.791	3,24
1987 - 1988	630.337	21.358	3,39
1988 - 1989	551.434	22.972	4,17
1989 - 1990	488.820	24.559	5,02
1990 - 1991	501.245	25.249	5,04
1991 - 1992	571.864	27.217	4,76
1992 - 1993	466.847	22.820	4,89
1993 - 1994	427.812	25.059	5,86
1994 - 1995	536.537	15.676	2,92
1995 - 1996	616.530	16.251	2,64
1996 - 1997	863.906	23.156	2,68
1997 - 1998	862.302	26.388	3,06

Sources: MINEFI/Direction du Budget, Recueil des Lois de Finances (Hors financements extérieurs)

Cette situation s'explique en partie par la lourdeur des procédures d'exécution du budget de l'Etat, avec pour conséquence la faible mobilisation des fonds liquides par les services de santé.

Les ménages

Chaque ménage camerounais dépense actuellement en moyenne 83.400 FCFA (Annuel ou mensuel ?) dans les soins de santé, soit 13.900 FCF A par personne pour une famille moyenne de 6 personnes. Ces dépenses varient suivant la catégorie socio-économique; ainsi, par personne, elles sont de:

- 37.400FCFA dans les ménages aisés;
- 10.500 FCFA dans les ménages à revenus intermédiaires;
- 5 900 FCF A dans les ménages pauvres.

Selon l'étude de Joseph NTANGSI, les dépenses en Soins de santé des ménages se répartissent ainsi qu'il suit²:

- pharmacies et autres vendeurs de médicaments: 53,0%;
- formations privées à but non lucratif: 23,1%;
- formations sanitaires publiques: 14,6 %;
- médecine traditionnelle: 7,0 %;
- cliniques à but lucratif: 2,3%.

Une bonne partie de ce financement, notamment pour ce qui est des médicaments et des formations sanitaires publiques, se fait dans l'informel. Le mécanisme de paiement à l'acte qui est pratiqué au Cameroun est essentiellement inflationniste; il maintient les populations dans une gestion au coup par coup de leurs problèmes de santé. Selon l'ECAM de 1996,

seules 48% des personnes se déclarant malades ont pu bénéficier d'une consultation. Il conviendrait donc de structurer l'offre de soins de santé en institutionnalisant des normes à travers des protocoles de soins et une tarification connue de tous.

Les collectivités publiques locales

Les collectivités publiques locales prévoient souvent dans leur budget, une allocation destinée aux secteurs sociaux notamment la santé et l'éducation.

Financement par pré paiement

Le système de pré paiement est de plus en plus pratiqué dans un cadre informel. Un bon nombre des Camerounais participent aux activités mutualistes allant des cotisations familiales, associations (mutuelles des coopératives autorisées), aux tontines informelles et autres, qui prévoient l'assistance en cas de décès, de naissance et dans des rares cas de prise en charge ou d'aide substantielle en cas de maladie. Cependant, le Secteur Santé ne parvient pas encore à mettre à profit cette importante potentialité.

Le système de tontine pourrait être appliqué à l'achat des moustiquaires, ce qui sera une contribution importante dans la lutte contre le paludisme.

Assurance maladie

Le partage du risque maladie reste encore embryonnaire au Cameroun. Dans ce domaine, l'on peut citer l'Assurance-maladie (privée) qui couvre moins de 1% de la population, et quelques mutuelles de santé qui restent encore au stade expérimental. Il faut d'ailleurs noter ici qu'un cadre juridique approprié à cette approche n'est pas encore élaboré. Le Gouvernement a lancé en l'an 2000, des études sur l'important volet de partage du risque maladie.

Le financement extérieur

Le financement du Secteur de la Santé par l'aide internationale est allé croissant entre 1995 et 1997. En 1998, le Secteur Santé a reçu US \$ 18,8 millions d'aide, soit une baisse de 22% par rapport à 1997.

Les soins de santé primaires constituent globalement la principale destination de ce financement, ce qui est conforme à la politique nationale de santé.

En 1998, le financement des programmes de vaccination et de lutte contre les maladies endémiques, ne représentait que le quart de son niveau de 1995, sans que cela ne soit justifié par une amélioration notable et irréversible des indicateurs, surtout comparativement aux pays africains de même niveau de développement.

L'aide internationale représente en moyenne 7% du financement global du Secteur de la Santé au Cameroun. Son allocation spatiale n'est souvent pas efficiente à cause de l'insuffisance de la coordination des diverses coopérations par le Ministère de la Santé Publique.

Tableau 5 : Evolution des déboursements de l'aide extérieure dans le Secteur de la Santé entre 1995 et 1999 (en milliers de dollars USA)

Sous- secteur	1995	1996	1997	1998	Var. (%) 95 /96	Var. (%) 96/97	Var. (%) 97/98
Politiques et planifications sectorielles	2.921	9496	1.764	4.241	225,1	- 81,4	140,4
Soins de Santé Primaires	7.398	5.183	7.184	8395	-29,9	38,6	16,9
Vaccinations / Autres campagnes de lutte contre les maladies	3.209	1.658	1.219	853	-48,3	-26,5	-30,0
Planification de la famille	381	465	5268	1327	22,0	-	-74,8
Hôpitaux et dispensaires	2.658	2.247	8853	4056	-15,5	294,0	-54,2
TOTAL	16.567	19.049	24.288	18.872	15	27,5	-22,3

Source PNUD 1999, 'Coopération pour le développement, Cameroun,' Rapport 1998

II.3.4 Equité

Il est difficile de réaliser le principe de l'équité qui est la capacité de garantir l'accessibilité des plus pauvres aux soins de santé de qualité. Toutefois, le gouvernement a adopté le principe d'équité dans la Déclaration de Politique Sectorielle de Santé (1992).

La recherche de l'équité pourrait se traduire entre autres par:

- l'allégement de la part des ménages dans le financement du Secteur de la Santé;
- la mise en place des mécanismes de partage de risque maladie qui pourraient favoriser l'accessibilité plus équitable aux soins de santé;
- la prise en charge des indigents qui devrait être de la responsabilité de l'Etat.

II.3.5 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:

- la non hiérarchisation des soins entre les différentes catégories de formations sanitaires existantes, ce qui entraîne l'inexistence d'une complémentarité tant verticale que horizontale;
- le faible développement des soins de santé primaires en zone urbaine comparativement aux efforts faits en zone rurale;
- l'inexistence d'une approche normalisée des soins;
- la très faible collaboration entre secteurs privé et public de la santé d'une part et entre secteur médical et les prestataires socio-sanitaires traditionnels d'autre part;
- le très faible voire l'inexistence d'un système de supervision et de monitoring et évaluation des activités à différents niveaux des services de santé et formations sanitaires;
- l'inexistence d'un système de contrôle de qualité des soins et services de santé;
- le faible pouvoir de coordination et de régulation de l'Etat en matière de santé.

La combinaison de tous ces facteurs associée à la prévalence de la pauvreté au sein de la population du Cameroun a pour conséquence la très faible performance du Secteur Santé.

II.3.6 Les extrants et impacts du secteur

Le tableau ci-dessous indique l'évolution des indicateurs majeurs de santé entre les années 1991 et 1998.

Tableau 6 : Evolution des indicateurs de santé 1991-1998

Indicateurs	1991	1998
Taux de mortalité néonatale	33,1	37,2
Taux de mortalité infantile	65	77
- urbain		61
- rural		86,9
Taux de mortalité juvénile	65,6	79,9
Taux de mortalité infanto-juvénile	126,3	150,7
Indice synthétique de fécondité	5,6	5,14
Prévalence de malnutrition (12-23 mois)	32	44
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	430	430
Espérance de vie à la naissance	54,3	59

Source: EDSC-1, 1991 - EDSC-2, 1998, DSCN 98

En somme l'évolution des indicateurs au cours du temps est particulièrement inquiétante.

Entre 1991 et 1998, les indicateurs de l'état sanitaire de la mère et de l'enfant se sont dégradés, mais paradoxalement l'espérance de vie à la naissance s'est améliorée pour l'ensemble du pays; cela suppose qu'il y a une grande disparité de l'état de santé entre les différents groupes de la société d'une part et les différentes régions d'autre part.

L'utilisation des services publics des soins curatifs qui était autour de 30% en 1991 - 1992 est tombée à 15,2% tandis que celle des privés s'élève à 65% environ. Quant à l'utilisation des services préventifs, le taux de couverture vaccinale stagne depuis les années 90 à 40%. Bien qu'il se soit amélioré au cours de l'année 2000, il demeure encore faible.

Tableau 7 : Utilisation et qualité des soins de santé

Indicateurs	1991 (en %)	1998 (en %)
Taux de couverture vaccinale complète	31,5	29,4
Proportion des naissances dont la mère a subi 4 consultations prénatales	49	52,4
Proportion des naissances dont la mère a subi au moins une consultation prénatale	75	77,4
Taux d'accouchements assistés	63,8	58,2

Source: EDS1991 et EDS/1998

Les principales raisons tant en milieu rural qu'urbain de la faible utilisation des formations sanitaires sont:

- ✓ l'inaccessibilité géographique; le manque d'argent /coût élevé;
- ✓ l'automédication;
- ✓ la mauvaise qualité des services (le mauvais accueil, la négligence) les habitudes socioculturelles (perception faible de la gravité de certaines maladies etc.);
- ✓ l'ignorance.

Dans l'ensemble, l'inaccessibilité géographique des lieux de consultation est un élément limitant la fréquentation des centres de santé en milieu rural; elle n'est pas un facteur déterminant en milieu urbain.

La propension de la population en général et des pauvres en particulier à la pratique de l'automédication pourrait s'expliquer par la prolifération de la vente illicite des médicaments et l'inaccessibilité financière des services de santé.

La raison financière (manque d'argent ou coût élevé des services) comme cause de la sous utilisation des services de santé est manifeste aussi bien en milieu rural qu'urbain. Elle pourrait être un des facteurs explicatifs de la négligence ou de l'automédication et peut-être même du recours aux guérisseurs et aux tradipraticiens.

II.3.7 Constats

De l'analyse qui précède peuvent se dégager les constats suivants:

1. Les grands problèmes de santé du moment (paludisme, HIV/SIDA) ne sont pas pris en charge de manière satisfaisante, en partie à cause de la faiblesse de l'offre des soins de santé de base ;
2. Le rôle régulateur du Gouvernement dans le secteur de la santé reste faible et ne contribue pas à renforcer le secteur public ni à développer le secteur privé de la santé ;
3. L'insuffisance de régulation et d'encadrement du Secteur Santé a entraîné une faible disponibilité et accessibilité aux médicaments essentiels génériques de qualité ;
4. Le secteur public est faiblement utilisé du fait: (i) du délabrement du patrimoine public, dont le coût de remise en état peut être estimé à 200 milliards, (ii) de l'insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines et, (iii) de la faiblesse institutionnelle, notamment en matière de l'exécution des fonds d'investissements, mais aussi du contrôle et suivi de l'exécution des activités et financements inscrits au budget de l'Etat ;
5. Le secteur public est géré de manière administrative et reste fortement centralisé et en dehors des réalités économiques du secteur; d'où l'absence d'évaluation de la qualité des soins, et l'absence de « mesurabilité» du service rendu à la population en rapport aux dépenses effectuées par l'Etat ;
6. Le secteur privé n'est pas exploité au maximum de ses potentialités malgré les difficultés de contrôle par l'Etat de son évolution parfois anarchique ;

7. Les ménages financent directement l'essentiel des activités de santé, sans en obtenir les soins indispensables, ni en quantité suffisante, ni en qualité acceptable en termes de coût-efficacité, de par l'absence de normes de qualité et de leur contrôle, et de par de leur sous-information et insuffisante sensibilisation sur ce que devraient être les soins de qualité ;
8. La plupart des dépenses des ménages pour les soins sont effectuées dans le secteur informel, du fait du développement de ce dernier par l'existence d'une pratique parallèle multiforme de la médecine par divers intervenants autorisés ou non, et du fait des habitudes de l'informel prises par les personnels de santé du fait de l'insuffisance de leurs revenus ;
9. Une part considérable de l'activité informelle de santé est réalisée par le personnel fonctionnaire à l'intérieur comme à l'extérieur des formations sanitaires publiques, du fait d'une formation initiale de faible qualité, d'une formation continue inexistante, d'un manque de médicaments dans les formations sanitaires, d'un manque d'évaluation régulière et de motivation, autant que de l'utilisation des personnels peu compétents à des postes sensibles. (cf Stratégie Sectorielle de Santé, octobre 2001).

Chapitre III : Cadre du partenariat

III.1 Aperçu sur le cadre du partenariat

En conformité avec la volonté politique du Chef de l'Etat d'associer toutes les forces vives et de fédérer toutes les énergies à la lutte contre la pauvreté, la contractualisation est un puissant levier de dynamisation et d'optimisation des actions dans le secteur de la santé. Dans ce cadre, une révision dans le MINSANTE de la stratégie partenariale à travers des outils administratifs et juridiques a permis d'aboutir à l'adoption de ladite Stratégie partenariale 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 les partenaires internationaux au développement qui soutiennent notre action ;
- Renforcer la décentralisation du système national de santé afin d'assurer une gestion par objectifs du niveau périphérique

III.1.1 Partenariat National (endogène et exogène)

Le secteur de la santé est par excellence un secteur dont l'impact final dépend des contributions d'autres secteurs publics, du secteur privé et de la participation communautaire.

III.1.1.1 Secteur Santé

Le ministère de la santé publique opère dans un secteur qui nécessite une collaboration étroite avec d'autres départements ministériels sur les plans de la prestation des soins préventifs, curatifs, promotionnels, réhabilitationnels et de la gestion des ressources. A cet égard, il intervient pour assurer l'offre des soins préventifs curatifs et réhabilitationnels tout comme les ministères de la Défense, du Travail, de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur, de l'Administration Territoriale, des Affaires Sociales, ainsi que la Délégation Générale à la Sûreté Nationale.

Pour ce qui est des soins promotionnels et réhabilitationnels, le ministère de la santé collabore avec d'autres ministères tels les ministères en charge de : l'Agriculture ; Mines, l'Eau et l'Energie ; l'Education Nationale ; l'Urbanisme, Habitat ; la Ville ; Commerce ; la Communication ; Affaires Sociales ; etc.

Le conseil supérieur de la santé, placé sous la présidence du Premier Ministre, chef du Gouvernement, est chargé d'assurer la coordination des différents intervenants en vue de promouvoir la santé sur l'étendue du pays.

Il est à déplorer que cette structure n'a pas fonctionné de façon optimale avant les années 2000. Cependant cette situation s'est améliorée après cette période. Ceci peut s'expliquer par le fait que le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté en cohérence avec les OMDs a suscité l'élaboration des différents plans stratégiques sectoriels dont la mise en œuvre a contribué à l'amélioration des indicateurs.

Le renforcement de la coordination effective des apports complémentaires des ces départements ministériels permettra d'obtenir des résultats plus concluants, comme le montre le tableau 9:

Tableau 8 : Réalisations en matière d'actions collectives

Indicateur	1991	1994	1998	1999	2004
% de population avec accès à l'eau potable	42,0%	50,0%	45,0%		53%
% de population évacuant correctement les excréta	40,0%				93%
Taux d'utilisation du sel iodé			86,0%	90,0%	88%

(Source: EDSC 91,98 et 2004, ECAM 94, MINSANTE 99)

En matière de gestion des ressources du secteur, le MINSANTE est souvent dépendant de plusieurs ministères, ce qui entraîne non seulement des lenteurs administratives avec pour conséquence la non réalisation ou le non respect des délais dans la mise en œuvre de certaines activités et/ou la perte des financements clés. A titre indicatif, le tableau 10 montre les divers ministères intervenant à des moments différents dans la gestion des ressources du MINSANTE .

Tableau 9 : Interventions des différents ministères dans la gestion des ressources du MINSANTE

Ressources / Eléments de gestion	MINFI	MINEPAT	MINFOPRA	MINATD	MINESUP	MINREX
Ressources humaines	X		X	X	X	
Ressources financières	X	X				X
Ressources matérielles	X	X				

En ce qui concerne particulièrement les ressources humaines, non seulement le MINSANTE est dépendant des autres ministères, mais il existe également un crucial déficit quantitatif et qualitatif dû au gel du recrutement à la fonction publique pendant la période de crise économique et à la fuite des cerveaux suite à la baisse drastique des salaires.

Le gouvernement conscient de cette situation a procédé à une analyse de la situation des ressources humaines en santé et des actions correctrices sont en cours. C'est ainsi qu'un plan de développement des ressources humaines est en cours, le recrutement de 3680 personnels sur financement PPTTE et C2D, la création des nouvelles facultés de médecine ainsi que des nouvelles filières de formation médicale et paramédicale

Ainsi, bien que le secteur ait des contraintes qui lui sont propres (accessibilité, qualité et coût), sa marge de manœuvre dans le contexte général est limitée, ce qui constitue une contrainte majeure.

III.1.1.2 Relations Public/Privé

Divisé en secteur privé à but lucratif et à but non lucratif, le secteur privé comporte des praticiens divers. La pratique à but non lucratif est dominée par les confessions religieuses et les ONGs, les réseaux d'ONGs, les Fondations et associations qui constituent le second réseau de formations sanitaires après le secteur public (avec 45% des consultations) et dispensent des

soins généralement réputés de bonne qualité. Le secteur privé à but lucratif comprend essentiellement des professionnels généralement installés individuellement, et plus rarement en groupe, et fournissant des soins dans des cliniques, polycliniques et cabinets médicaux ou de soins.

Le secteur privé a une organisation qui ne se superpose pas toujours à celle du secteur public et les liens entre les deux se définissent dans le cadre de la supervision et de la coordination dévolue aux Services de Santé de Districts, aux Délégations Provinciales et Directions Centrales. Le taux de complétude et de promptitude des rapports mensuels est généralement faible en ce qui concerne le secteur privé, surtout à but non lucratif ; cela participe à mitiger le fardeau de la maladie sur la communauté et les besoins réels en intrants.

Le volume de financement investi dans le secteur privé est difficile à apprécier. Ceci participe aussi à minimiser le patrimoine sanitaire national. L'approche contractuelle pourra apporter la lumière et permettre une transparence et traçabilité financière.

Toutefois l'exercice illégal de la médecine et le détournement des patients du secteur public vers le privé reste une préoccupation du MINSANTE. Une enquête serait nécessaire pour circonscrire de façon chiffrée l'ampleur du problème et proposer des ébauches de solutions. L'inexistence d'un cadre de collaboration ou de partenariat entre les différents secteurs (public, parapublic, privé et ONGs/Associations) rend difficile la régulation, le contrôle de qualité, l'intégration et l'organisation des formations sanitaires.

III.1.1.3 Participation communautaire

La participation communautaire devrait:

- Faciliter le dialogue entre les communautés et les prestataires des services de santé;
- Permettre aux représentants des communautés de participer à l'utilisation des ressources générées par le recouvrement des coûts.
- Préparer, mobiliser, et mettre en œuvre les ressources nécessaires;
- Evaluer les plans de santé à partir des éléments proposés par les aires de santé.

Elle est mise en œuvre à travers les structures de dialogue de l'Aire de Santé (AS), à savoir le Comité de Santé (COSA) et le Comité de Gestion (COGE), le district de santé à travers le Comité de Santé de District (COSADI) et le Comité de Gestion de District (COGEDI), la province à travers le Fonds Spécial pour la Promotion de la Santé (FSPS) et son Comité de Gestion Provincial (COGEPRO).

Au niveau provincial et de district, il existe un comité de planification qui est la structure locale dans laquelle les services de santé, d'autres secteurs administratifs et les communautés sont impliqués pour l'élaboration, la validation et la mise en œuvre des plans de développement sanitaires.

Le FSPS est appelé à devenir la structure de dialogue en matière sanitaire susceptible de promouvoir la prise en charge concertée des problèmes de santé des provinces entre différents partenaires publics, privés et extérieurs. Malheureusement cette structure n'existe aujourd'hui que dans certaines provinces (Littoral, Sud-Ouest, Nord-Ouest...), la plupart ne s'occupant actuellement que de la gestion du Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Provinciale (CAPP). En outre, le statut du FSPS et ses fonctions restent encore à parfaire.

Dans le cadre du SWAp, le financement des contrats de performance suppose l'existence d'un FSPS efficace responsable dans chaque province de :

- a. l'allocation des ressources aux acteurs de la santé dans la province,

- b. la signature de contrats de performance avec ces acteurs,
- c. la gestion des fonds
- d. suivi et évaluation de leur performance.

Par conséquent, en 2009, les trois provinces qui en disposent vont pouvoir commencer à bénéficier de ce type de financement. Les autres provinces vont en bénéficier dès qu'elles se seront dotées d'un FSPS, d'où l'importance de les mettre en place le plus rapidement possible, de telle sorte qu'ils soient opérationnels en 2010.

La participation communautaire prend de plus en plus de l'ampleur avec l'émergence d'ONG et d'Associations composées de personnels diversifiés qui s'impliquent davantage à la mise en œuvre des projets de santé. Le renforcement des capacités du système communautaire est en retour une préoccupation des différents bailleurs de fonds qui financent ces projets de santé. On devrait en attendre une augmentation quantitative et qualitative de l'offre de services de santé aux populations. Le système de convention actuellement en progression entre l'Etat et ces ONGs/Associations doit être recensé et renforcé en vue d'une plus grande efficience.

La communauté participe ainsi à la planification et à la réalisation d'actions collectives, au financement, et à la gestion des soins de santé. Mais cette participation est faible pour plusieurs raisons:

- L'absence d'un véritable mécanisme de partenariat;
- Le non respect des textes régissant les structures de dialogues;
- Le manque de disponibilité des communautés à faire des sacrifices pour la construction et l'amélioration des structures de santé;
- La mauvaise gestion plus particulièrement lorsque les devises étrangères sont nécessaires pour acheter les médicaments et les approvisionnements.
- La mauvaise circulation des informations entre les représentants de la communauté et les pouvoirs publics.
- Le manque d'un plateau technique adéquat, ce qui cause en général un mécontentement parmi les villageois et la perception d'une qualité de services médiocre, entraînant par là une baisse dans la demande des services du secteur public.
- La faible « capacitation » des communautés et surtout de la sous représentativité des femmes et des jeunes dans les sphères de décision.
- Face au recouvrement des coûts, les revenus modestes des membres de la communauté incitent d'une part un recours non négligeable à l'automédication et d'autre part à la médecine traditionnelle.
- L'absence de cadre juridique clair élaboré de plein accord entre l'Etat et la Communauté, impliquant la société civile à la gestion et à la promotion de la santé y compris la participation effective à l'analyse et à la résolution des problèmes de santé à différents niveaux.
- La tarification des actes qui s'adapte difficilement au contexte actuel.

La résolution de ces problèmes permettra d'améliorer le dialogue avec la communauté et de temporiser la prépondérance de l'administration dans la cogestion des unités sanitaires. La situation actuelle interpelle une réforme du système de santé et plus particulièrement le système tarifaire des actes; système qui devrait aller dans le sens d'une maîtrise des coûts, sans atteinte, ni à la qualité, ni à l'accès équitable aux soins de santé.

Pour harmoniser l'intervention de ces différentes ONGs/Associations qui sont de niveaux de qualification et d'objectifs opérationnels très variables, des modules de formation doivent être élaborés pour leur conférer des capacités leur permettant de jouer efficacement leur rôle à la fois auprès des communautés et des structures de santé.

III.1.2 Partenariat International (d'appui Technique et Financier extérieur)

Dans l'esprit de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, plusieurs partenaires ces jours sont ouverts à l'approche sectorielle (SWAp), pour la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé. Il s'agit entre autres de la Banque Mondiale (BM), le Japon, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), l'Agence Française de Développement (AFD), la GTZ, KfW, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'UNFPA.

D'une manière générale, les appuis multiformes ont été mobilisés par les partenaires multilatéraux (Fonds Mondial, GAVI, l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, l'ONUSIDA, le Fonds OPEP, la BID, la BAD, etc.) et bilatéraux (les Coopérations allemande, française, belge, italienne, japonaise, chinoise, américaine, etc.) dont les domaines d'interventions peuvent être résumés dans le tableau II ci-après. Il est à noter que cette liste n'est pas exhaustive.

Tableau 10 : Domaines d'intervention des partenaires

PARTENAIRES	ZONES (PROVINCES) D'INTERVENTION	PROGRAMME/PROJET	DOMAINES D'INTERVENTION
ALES	National	Projet de Lutte contre la Lèpre	Appui en équipement, renforcement des capacités professionnelles, approvisionnement en médicaments contre la lèpre et l'ulcère de Buruli
BAD	Niveau Central	Projet de Développement du Système de Santé	Mise en place d'un Observatoire National de Santé
	Centre, Sud, Littoral	Projet de Développement du Système de Santé	Réhabilitation, construction et équipement des formations sanitaires, renforcement des capacités professionnelles...
Banque Mondiale	National	Programme PPTe	SIDA, Paludisme, Tuberculose...
Belgique	Niveau Central	Projet d'Appui à la CENAME	Consolidation de la mise en place de la CENAME
Belgique	Extrême-Nord	Projets d'Appui à la DPSP et à 7 districts de santé de l'Extrême-Nord et	Appui institutionnel au MINSANTE au niveau intermédiaire et périphérique
Chine	Niveau Central	Projet de construction et d'équipement de l'Hôpital Gynécologique et Pédiatrique de Yaoundé	Construction, équipements, renforcement des soins gynécologiques et pédiatriques
	Sud-Ouest	Projet de réhabilitation et d'extension de l'hôpital de Buéa	Construction, équipements, renforcement des soins
	Centre, Nord	Assistance Médicale Chinoise dans les Hôpitaux de Mbalmayo et de Guider	Assistance technique médicale et paramédicale, renforcement des infrastructures sanitaires
Coalition des ONGD Onchocercose	Adamaoua, Nord, Centre, Littoral, Sud-Ouest, Est	Programme de Lutte contre l'Onchocercose	Lutte contre l'onchocercose
Coopération Française	Centre, Littoral, Nord	Appui à la santé urbaine, et appui à la lutte contre le MST/SIDA/TUBERCULOSE	Réhabilitation des formations sanitaires, lutte contre les maladies transmissibles et pathologies liées au développement, prévention/lutte contre le VIH/SIDA, renforcement du système de santé
UNFPA	Centre, Est, Extrême-Nord...	3 ^{ème} Programme d'Assistance du FNUAP au Cameroun : Sous-Programme santé de la reproduction des adolescents	Santé de la reproduction
GTZ	Toutes les provinces	Programme Germano- Camerounais de Santé/SIDA (PGCSS)	<ul style="list-style-type: none"> - Maintenance hospitalière, construction et réhabilitation des équipements (MH) - lutte contre le VIH/SIDA - -Appui aux groupements Auto Promotionnels (REGA)

PARTENAIRES	ZONES (PROVINCES) D'INTERVENTION	PROGRAMME/PROJET	DOMAINES D'INTERVENTION
			<ul style="list-style-type: none"> - -Micro Assurance et Mutuelles de santé (MAMS) - -Marketing social des condoms - -Planification et Qualité (PQ) - Appui au Programme National de Lutte contre la Tuberculose
Italie	Est, Extrême-Nord		SSP, soins curatifs
Japon	Centre, Littoral		Equipements médico-sanitaires
OMS	Niveau national		Renforcement institutionnel et du système de santé, capacitation des ressources humaines, lutte contre les maladies transmissibles (dont le paludisme), et non-transmissibles, promotion de la santé, protection de l'environnement, gestion de l'information sanitaire, préparation et gestion des urgences et catastrophes, santé de la reproduction, santé de la mère et de l'enfant, médicaments essentiels...
PNUD	National	Appui à la lutte contre le SIDA	Lutte contre le VIH/SIDA
UNICEF	Adamaoua	Appui au Programme Santé-Nutrition, au Programme Paludisme	Renforcement du système des SSP Distribution des moustiquaires imprégnées
	Extrême-Nord	Appui au Programme Santé-Nutrition	Lutte contre le ver de Guinée
	Toutes provinces	Appui au Programme Santé-Nutrition	Programme Elargi de Vaccination, lutte contre les carences nutritionnelles (Vitamine A, sel iodé)
Union Européenne	Centre, Est, Extrême-Nord, Ouest	Programme d'Appui au secteur de la santé, et Réorientation des SSP	Renforcement du système des SSP
PLAN	Nord, Est, Centre, Nord-Ouest	Expanded Impact Child Survival Project (EIP°)	Prévention et mobilization dans le cadre de la Lutte contre le Paludisme
Association Camerounaise pour le Marketing Social (ACMS)	National	DPSAC, PRISIDA, EIP, PROFAM, SR, Prévention paludisme	Lutte contre les IST SIDA, Santé de Reproduction, PCIME, Paludisme et Maladies diarrhéiques
Cameroon Coalition Against Malaria	Nationale	Plaidoyer	Lutte contre le paludisme

Ces appui n'étaient pas coordonnés par un mécanisme ayant un souci d'efficience et de l'efficacité d'aide au développement d'où la « Balkanisation » du pays et parfois, la non poursuite des mêmes objectifs.

Le Comité de Pilotage et du Suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de la Santé est un cadre de concertation qui permettra à ces partenaires financiers de contribuer efficacement au développement du partenariat dans le secteur santé, à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un programme commun de santé sur la base des plans de développement Sanitaire du District consolidé aux niveaux provincial et national. Cela se fera à travers des mécanismes unifiés et conjoints entre MINSANTE et partenaires pour superviser l'exécution des plans ainsi que la gestion et la dépense des ressources financières de toutes les parties prenantes.

A terme, on s'orientera vers un alignement et une harmonisation des procédures à l'effet d'améliorer la transparence dans la gestion des ressources, l'exécution, le monitoring et l'évaluation de la mise en œuvre du programme commun. La coordination du partenariat relèvera du Ministère de la Santé Publique.

La mise en œuvre des plans opérationnels dérivant du présent plan stratégique 2007 – 2010 de la lutte contre le Paludisme s'alignera avec ce programme commun dans le cadre du SWAp.

Chapitre IV : Le point sur la lutte contre le paludisme

IV.1 Epidémiologie du paludisme au Cameroun

Le paludisme reste un problème majeur de santé publique au Cameroun. On y distingue trois principaux faciès épidémiologiques liés aux variations géoclimatiques (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.

IV.1.1 Les espèces plasmodiales

Les différentes enquêtes réalisées ces dernières années par le Programme National de Lutte contre la Paludisme ont montré que *P. falciparum*, est l'espèce plasmodiale la plus fréquente. Elle est secondée par *P. malariae* et *P. ovale*.

IV.1.2 Les vecteurs du paludisme au Cameroun

La faune anophélienne du Cameroun est l'une des plus riches d'Afrique. On dénombre dans le pays 48 espèces d'anophèles (Hervy *et al.*, 1998). Au Cameroun, des sporozoïtes de Plasmodium ont été identifiés chez 13 espèces anophéliennes. Il s'agit de *Anopheles gambiae*.s.s., *An. funestus* s.s., *An. moucheti*, *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 : *An. gambiae* s.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). Le tableau 8 donne les effectifs et fréquences des espèces du complexe *An. gambiae* obtenus dans les différents faciès éco-épidémiologiques.

La fréquence d'*An. gambiae* s.s. diminue progressivement quand on quitte la forêt pour la savane et le sahel, et inversement pour *An. arabiensis*.

Tableau 11 : Distribution spatiale du complexe *Anopheles gambiae* suivant les principaux faciès écologiques au Cameroun

Faciès	Effectif	<i>An. gambiae</i> s.s	<i>An. arabiensis</i>
Forêt	798	796 (99,7)	2 (0,3)
Savane	585	146 (25,0)	439 (75,0)
Sahel	313	14 (4,5)	299 (95,5)
Total	1696	956 (56,4)	740 (43,6)

Source : PNL, 2002-2006 ; () : pourcentage

IV.1.2.1 Distribution des formes moléculaires d'*Anopheles gambiae* s.s.

L'espèce *An. gambiae* s.s. se subdivise en deux entités appelées formes moléculaires M et S qui se croisent rarement dans la nature. La forme moléculaire S est plus fréquente que la « M » dans le domaine tropical. Ces 2 formes coexistent dans le domaine équatorial avec cependant une prédominance de la forme M dans la région littorale (Wandji *et al.*, 2005, Sloman *et al.*, 2006). Le tableau 12 récapitule les effectifs et fréquences de ces formes qui ont été recensées dans le pays.

Tableau 12 : Distribution des formes moléculaires M et S d'*Anopheles gambiae* s.s en fonction des faciès éco-épidémiologiques

Faciès	Effectif	<i>Anopheles gambiae</i> s.s	
		Forme M	Forme S
Forêt	796	318 (39,8)	478 (60,2)
Savane	146	1(0,7)	145 (99,3)
Sahel	14	1(7,1)	13 (92,9)
Total	956	320 (33,5)	636 (66,5)

Source : PNLP, 2002-2006 ; () : pourcentage

IV.1.2.2 Sensibilité des vecteurs aux insecticides

La prévention du paludisme au Cameroun étant basée essentiellement sur le contrôle des vecteurs à l'aide des moustiquaires imprégnées d'insecticides et des aspersions intra-domiciliaire, il est indispensable de suivre la sensibilité des vecteurs aux différents insecticides afin de détecter le plus tôt possible toute résistance qui pourrait compromettre l'efficacité des outils existants. Plusieurs études de sensibilité ont été menées par le PNLP et d'autres instituts de recherches locales dans différentes localités du pays. Les résultats de ces travaux consignés dans le tableau 10 indiquent une sensibilité optimale des populations d'*An. gambiae* s.l. aux carbamates et aux organophosphorés. En ce qui concerne le DDT, les populations d'*An. arabiensis* majoritaires dans le domaine tropical sont moins résistantes à cette molécule que les populations d'*An. gambiae* s.s. Excepté les populations de Maga et Tiko qui sont sensibles à tous les pyréthri-noïdes testés, les autres sont résistantes à au moins un de ces produits.

Tableau 13 : Pourcentages de mortalité des populations d'*Anopheles gambiae* s.l. exposées aux insecticides

Insecticide	Faciès	Localité	Date	% Mortalité témoin	% Mortalité épreuve	Statut	
DDT à 4%	Sahel	Kousseri	Août 02	1 (25)	95 (100)	BS	
		Maga	Avril 03	0 (25)	95 (100)	BS	
	Savane	Gounougou	Juil 03	0 (25)	97 (100)	S	
		Ngaoundéré	Juil 02	0 (50)	83,8 (99)	R	
	Forêt	Mengong	Juin 02	1 (46)	83,3 (84)	R	
		Bonassama	Oct 02	0 (25)	32,3 (100)	R	
		Yaoundé	Juin 03	0 (25)	80 (90)	R	
		Tiko	Sept 03	4 (44)	92,5 (88)	R	
		Ndop	Juin 05	0 (24)	33,3 (96)	R	
		Loum	Juil 05	2 (25)	79,3 (100)	R	
		Djoum	Oct 05	0 (24)	48 (100)	R	
		Akonolinga	Nov 05	0 (25)	94,9 (99)	BS	
		Bertoua	Août 06	0 (25)	50,5 (99)	R	
Santchou		Août 06	1 (25)	73,4 (98)	R		
λ-cyhalothrine à 0,05%	Sahel	Kousseri	Août 02	1 (50)	98 (100)	S	
		Maga	Avril 03	0 (25)	98,9 (98)	S	
	Savane	Gounougou	Juil 03	1 (25)	69,2 (91)	R	
		Ngaoundéré	Juil 02	1 (25)	89,9 (99)	R	
	Forêt	Mengong	Juin 02	1 (46)	97,7 (87)	S	
		Bonassama	Oct 02	0 (25)	90,9 (99)	R	
		Yaoundé	Juin 03	0 (23)	86,8 (99)	R	
		Tiko	Sept 03	2 (44)	97,7 (86)	S	
		Ndop	Juin 05	0 (25)	56,7 (97)	R	
		Loum	Juil 05	0(25)	80 (100)	R	
		Djoum	Oct 05	1 (25)	66 (100)	R	
		Bertoua	Août 06	0 (24)	83,9 (99)	R	
		Santchou	Août 06	1 (25)	86,4 (88)	R	
Deltaméthrine à 0,05%		Sahel	Kousseri	Août 02	0 (25)	91 (100)	R
	Maga		Avril 03	0 (25)	97,9 (97)	S	
	Savane	Gounougou	Juil 03	1 (25)	86,2 (94)	R	
		Ngaoundéré	Juil 02	0 (25)	97,9 (95)	S	
	Forêt	Mengong	Juin 02	2 (45)	97,7 (87)	S	
		Bonassama	Oct 02	0 (25)	100 (100)	S	
		Yaoundé	Juin 03	0 (25)	96 (100)	BS	
		Tiko	Sept 03	2 (23)	97,4 (86)	S	
		Ndop	Juin 05	0 (24)	64,3 (98)	R	
		Loum	Juil 05	0 (25)	92 (100)	R	
		Djoum	Oct 05	0 (25)	60 (100)	R	
		Akonolinga	Nov 05	0 (25)	98,9 (98)	S	
		Bertoua	Août 06	0(25)	87,9 (99)	R	
Santchou		Août 06	0(25)	64 (100)	R		
Perméthrine à 1%	Sahel	Mangoum	Sept 05	0 (25)	93 (100)	R	
		Maga	Avril 03	0 (25)	100 (97)	S	
	Savane	Gounougou	Juil 03	0 (25)	34,7 (98)	R	
		Yaoundé	Juin 03	0 (25)	87,7 (98)	R	
	Forêt	Tiko	Sept 03	2 (44)	100 (87)	S	
		Ndop	Juin 05	0 (25)	61 (100)	R	
		Loum	Juil 05	0 (25)	81 (100)	R	
		Djoum	Oct 05	1 (25)	27 (100)	R	
		Bertoua	Août 06	1 (25)	76,8 (99)	R	
		Santchou	Août 06	0 (25)	78 (100)	R	
		Bendiocarb à 0,1%	Savane	Gounougou	Oct 06	0 (25)	100 (97)
	Bertoua			Oct 06	4 (25)	100 (100)	S
	Forêt		Yaoundé	Oct 06	0 (25)	99 (98)	S
Tiko		Nov 06	0 (25)	100 (100)	S		
Malathion à 5%	Forêt	Bertoua	Oct 06	4 (25)	100 (100)	S	
		Yaoundé	Oct 06	0 (25)	100 (100)	S	
		Tiko	Nov 06	0 (25)	100 (100)	S	

Source : PNLP, 2002-2006 ; () : nombre de moustiques testés, S : sensible, BS : baisse de sensibilité, R : résistant.

Par ailleurs, la résistance au DDT et aux pyréthrinoïdes est observée aussi bien chez les formes moléculaires M et S d'*An. gambiae* s.s. que chez *An. arabiensis* comme le montre le tableau 11.

Tableau 14 : Répartition de la résistance au DDT et aux pyréthriinoïdes chez *Anopheles arabiensis* et les formes moléculaires M et S d'*Anopheles gambiae* s.s

Site	Insecticide	Phénotype (effectif)	An. arabiensis	An. gambiae	
				Forme M	Forme S
Maga	DDT	résistant (2)	2	/	/
		sensible (10)	10	/	/
	Pyréthriinoïdes	résistant (1)	1	/	/
		sensible (23)	23	/	/
Gounougou	DDT	résistant (3)	3	/	/
		sensible (23)	20	/	3
	pyréthriinoïdes	résistant (60)	58	/	2
		sensible (50)	43	/	7
Yaoundé	DDT	résistant (8)	/	7	1
		sensible (9)	/	9	/
	Pyréthriinoïdes	résistant (16)	/	15	1
		sensible (26)	/	24	2
Tiko	DDT	résistant (3)	/	3	/
		sensible (8)	/	8	/
	Pyréthriinoïdes	résistant (2)	/	2	/
		sensible (23)	/	23	/
Djoum	DDT	résistant (18)	/	/	18
		sensible (11)	/	/	11
	Pyréthriinoïdes	résistant (58)	/	/	58
		sensible (34)	/	/	34
Loum	DDT	résistant (17)	/	9	8
		sensible (5)	/	4	1
	Pyréthriinoïdes	résistant (30)	/	16	14
		sensible (25)	/	21	4
Ndop	DDT	résistant (61)	/	/	61
		sensible (17)	1	/	16
	Pyréthriinoïdes	résistant (103)	1	/	102
		sensible (50)	/	/	50

Source : PNLN, 2002-2006

IV.1.3 Mécanisme de résistance aux insecticides et implication dans la lutte antivectorielle

La résistance aux insecticides observée au Cameroun met en jeu d'une part des mécanismes métaboliques de détoxification et d'autre part une insensibilité nerveuse résultant de mutations sur les sites cibles des insecticides (résistance enzymatique). La résistance métabolique est régie principalement par trois familles enzymatiques : les glutathion-S-transférases qui ont été identifiées dans les populations d'*Anopheles gambiae* s.l du littoral et du Centre, les oxydases retrouvées dans celles du Nord et du Centre, et enfin les estérases présentes dans l'ensemble des localités suscitées (Etang, 2003). Les mutations de cibles concernent exclusivement le gène qui code pour une protéine du canal sodium et qui est responsable de la résistance à l'effet knock down des pyréthriinoïdes encore appelée résistance kdr. Les deux types de mutation kdr (Leu-Phe et Leu-Ser) ont été identifiés chez la forme moléculaire S d'*An. gambiae* s.s tandis que seule la mutation Leu-Phe a été mise en évidence chez la forme M (Reimer et al, 2005, Etang et al., 2006 ; Fondjo, Unpublished data).

Des études opérationnelles et expérimentales dans le domaine tropical où la résistance aux insecticides est principalement métabolique ont indiqué la persistance de l'efficacité des moustiquaires imprégnées de pyréthriinoïdes (Wondji et al., 2005 ; Chouaïbou et al., 2006). Dans le domaine équatorial où la résistance est régie à la fois par des enzymes de détoxification et la mutation kdr, il a été observé expérimentalement une baisse de l'efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticide sur une souche d'*An. gambiae* présentant une activité élevée des oxydases (Etang et al., 2004). Il est cependant nécessaire de confirmer ces résultats en menant des études opérationnelles dans les communautés qui utilisent ce moyen de protection. Aucune étude jusqu'à présent dans le pays n'a évalué l'effet de la résistance kdr

sur l'efficacité des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide. Toutefois, il a été démontré dans plusieurs régions en Afrique de l'Ouest que les moustiquaires imprégnées demeuraient efficaces contre des populations résistantes exprimant une forte fréquence du gène *kdr* (Darriet *et al.*, 1999 ; Carnevale *et al.*, 1998).

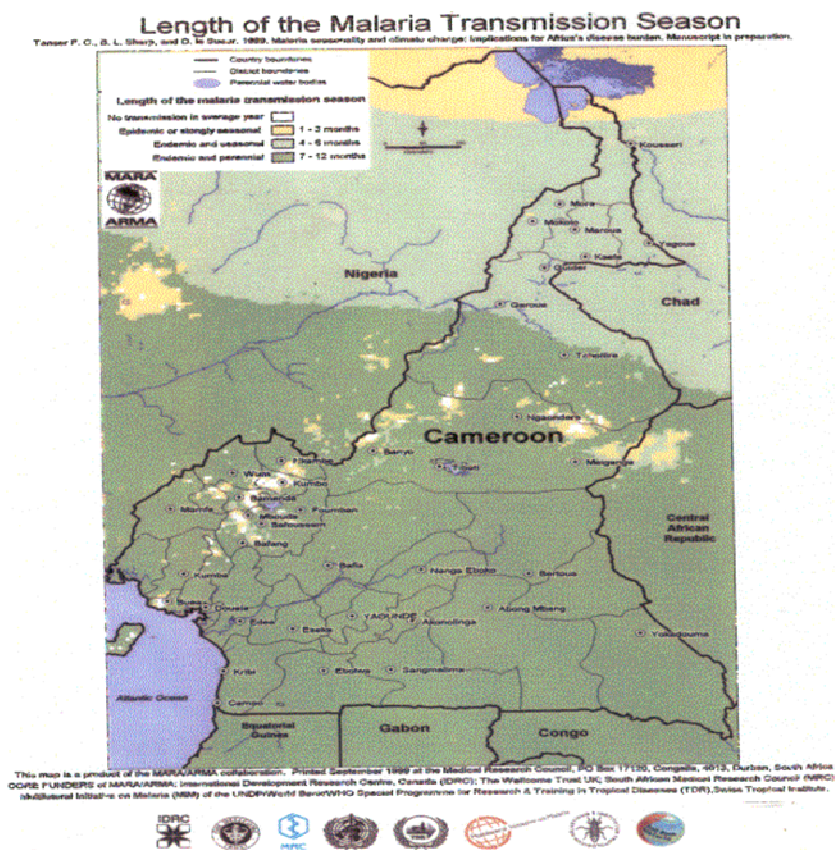
IV.1.4 La dynamique de la transmission

Les études entomologiques disponibles révèlent qu'au Cameroun, la dynamique de la transmission se fait suivant 3 principales modalités :

- ✓ 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 du centre du pays (Plateaux de l'Ouest et 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 du nord où les taux d'inoculation sont, durant la courte saison des pluies, en moyenne de 10 piqûres infectantes par homme par mois

La carte de la figure 2 présente ces différentes modalités.

Figure 2 : Transmission du paludisme au Cameroun



IV.1.5 Résistance des parasites aux antipaludiques

La résistance du plasmodium aux antipaludiques et plus particulièrement à la chloroquine, médicament le plus accessible et administré en première intention en cas de paludisme simple, est un obstacle majeur au traitement.

La résistance 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 et les taux d'échecs thérapeutiques élevés ont été observés. Face à cette situation, l'amodiaquine, la sulfadoxine-pyriméthamine ainsi que les nouvelles associations à base des dérivés de l'artémisinine ont été de plus en plus proposés comme traitements alternatifs dans les zones de chimiorésistance (tableau 16).

Tableau 15 : Taux d'échecs thérapeutiques à l'amodiaquine au Cameroun (2002-2006)

Lieux	Année	Classes d'âge	Effectif total	Nb Echecs	Taux %
Akom II	2002	0-10 ans	61	3	4.9
Yaounde	2003	0-5 ans	64	1	1.6
Bertoua	2003	0-5 ans	58	2	3.7
Garoua	2003	0-10 ans	58	1	1.8
Limbe	2004	0-5 ans	250		28
Yaounde	2004	0-5 ans	250		24
Garoua	2004	0-5 ans	250		28

Source: Basco et al., (Am J. Trop. Med. Hyg., 75(3), 2006 pp.,388-395
Mbacham et al., (Acta Tropica) 95S (2005) O-57 (S37)

Tableau 16 : Taux d'échecs thérapeutiques à la Sulfadoxine-Pyriméthamine au Cameroun (2002-2004)

Lieux	Année	Classes d'âge	Effectif total	Nb Echecs	Taux %
Akom II	2002	0-10 ans	59	9	15.3
Manjo	2002	0-5 ans	69	11	17.2
Yaounde	2003	0-5 ans	61	8	13
Bertoua	2003	0-5 ans	57	5	9.4
Garoua	2003	0-10 ans	61	5	8.6
Hevecam*	2004	0-5 ans	58	6	11.1
Limbe	2004	0-5 ans	250		40
Yaounde	2004	0-5 ans	250		40
Garoua	2004	0-5 ans	250		30

Source: Basco et al., (Am J. Trop. Med. Hyg., 75(3), 2006 pp.,388-395
Mbacham et al., (Acta Tropica) 95S (2005) O-57 (S37)

Tableau 17 : Taux d'échec thérapeutiques à la combinaison artesunate amodiaquine + sulfadoxine-pyriméthamine au Cameroun (2004-2006)

Lieux	Année	Classes d'âge	Effectif total	Nb Echecs	Taux %
Akom II*	2002	0-5 ans	59	0	0
Limbe	2004	0-5 ans	250	35	14
Yaounde	2004	0-5 ans	250	50	20
Garoua	2004	0-5 ans	250	42	17
Yaounde*\	2005	6 mois-5 ans			
Yaounde*	2006	6 mois-5 ans	62	7	11.3

Sources :* Basco, Foumane et al., (Am J. Trop. Med. Hyg., 75(3), 2006 pp.,388-395
Mbacham et al., (Acta Tropica) 95S (2005) O-57 (S37)

IV.1.6 Prévalence de la maladie, morbidité et mortalité

Le paludisme est un problème de santé publique majeur. Il constitue la première cause de morbidité dans le pays.

Bien qu'il existe au Cameroun quelques zones où le paludisme est encore hyperendémique (surtout en zone de forêt), le niveau d'endémicité du paludisme s'est stabilisé et est devenu méso endémique à cause de l'amélioration du mode de vie des populations, des mesures d'hygiène et d'assainissement et une plus grande accessibilité aux services de santé. En zone urbaine le paludisme est hypoendémique.

Une enquête réalisée par le Programme National de lutte contre le Paludisme en 2004 a montré que le paludisme représente :

- ✓ 40,1% de morbidité chez la population générale. Ce taux montre les variations significatives entre les provinces et entre les différents faciès épidémiologiques rencontrés au Cameroun. En zone de forêt, il est de 40,6%, de 35,5% en zone de savane et de 44,7% en zone de transition forêt savane.
- ✓ 2,2% de mortalité dans la population générale et 4.2% de mortalité chez les enfants de moins de 5ans

La létalité palustre est de 3,01%.

L'analyse des rapports d'activités du PNLP en 2006 permet de constater que le paludisme était responsable de :

- ✓ 36% des cas vus en consultation externes (L'enquête MIS de 2004 a montré une morbidité palustre proportionnelle de 40%)
- ✓ 39% des cas chez les femmes enceintes
- ✓ 37 % des malades hospitalisés
- ✓ 62% des décès chez les enfants de moins de 5 ans.
- ✓ 5% des décès chez les femmes enceintes.

Ces données sont certainement sous-estimées, car ne provenant que d'une partie des formations sanitaires dont la notification est d'ailleurs toujours incomplète et biaisée.

Le paludisme constitue un fardeau sur plusieurs plans. En terme de morbidité, 2 millions de cas sont notifiés par an par les formations sanitaires, mais il reste que chaque habitant a un

minimum d'une crise de paludisme par an, même s'il ne se fait pas traiter dans une formation sanitaire. En terme de mortalité, le paludisme constitue la première cause de mortalité infanto-juvénile.

IV.1.7 Groupes cibles vulnérables

Avec un taux brut de mortalité infantile de 74‰ (0 à 1 an) et infanto-juvénile (0 à 5 ans) de 144 ‰, ainsi que le taux de mortalité maternelle de 669 pour 100 000 naissances vivantes, les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes représentent les groupes les plus vulnérables. En effet, le paludisme représente 40 % de décès chez les enfants de 0 à 5 ans. Les femmes enceintes présentent une diminution de l'immunité en cours de grossesse qui les rend plus susceptibles au paludisme. Le paludisme au cours de la grossesse a pour conséquences : l'avortement, l'accouchement prématuré, la mort-inutéro, la mortinatalité, le faible poids de naissance ainsi que l'anémie du nouveau-né.

Les enfants de moins de 5 ans (17 %) et les femmes enceintes (5 %) représentent un total de 22 % de la population totale avec les risques de morbidité et mortalité les plus élevés. Le tableau 15 ci-dessous représente l'évolution estimée de ces groupes dans la période allant de 2006 à 2010 par rapport à la population totale, dans l'hypothèse du maintien du taux d'accroissement annuel actuel de 2,9 %.

Tableau 18 : Evolution de la population cible en rapport à la population totale

Année	2006	2007	2008	2009	2010
Pop. Totale	18 055 879	18 579 499	19 118 304	19 672 735	20 243 245
Pop. 0 à 5ans	3 250 058	3 344 310	3 441 295	3 541 093	3 643 786
Pop. Femme enceintes	902 794	928 975	955 915	983 638	1 011 162
Total cible	4 152 852	4 273 285	4 397 210	4 524 731	4 654 948

Il ressort de ce tableau que la population la plus vulnérable au Cameroun passera de près de 3,2 millions en 1999 à près de 3,9 millions en 2006. Le ratio femmes enceintes enfants de moins de 5 ans correspond ici à environ 1 pour 4.

IV.2 Poids socio-économique du paludisme

Le poids du paludisme est énorme du point de vue socioéconomique. Le paludisme touche essentiellement les pays pauvres tel que le Cameroun : 58 % des cas surviennent dans les 20 % des pays les plus pauvres de la population mondiale. C'est en même temps une cause et une conséquence de la pauvreté.

Selon la deuxième Enquête Camerounaise auprès des Ménages (ECAM II) en 2001, 40% des personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté, estimé à 232 547FCFA par adulte par an. Le paludisme joue par conséquent un rôle significatif dans les piètres performances économiques de ce pays.

A court terme, les conséquences du paludisme sont nombreuses :

- ✓ la perte du temps de travail (arrêt-maladie, journées d'hospitalisation et de convalescence) ;
- ✓ le coût du traitement et de la prévention ;
- ✓ les pertes économiques associées à la mortalité et la morbidité infantile liée au paludisme ;
- ✓ le bien-être perdu à cause du paludisme;
- ✓ l'accroissement de la résistance aux médicaments antipaludiques courants induit l'élévation des coûts de traitement, influençant négativement la morbidité et la mortalité ;
- ✓ les enfants et les adultes qui, à cause de l'anémie due au paludisme ont besoin des transfusions sanguines, sont exposés aux virus du VIH-SIDA, de l'Hépatite B etc ;

A long terme, le paludisme entrave la croissance socio-économique des pays où il sévit de la manière suivante :

- ✓ le paludisme ralentit le flux des échanges commerciaux, des investissements étrangers, du tourisme et son intégration comme facteur économique etc ;
- ✓ les épisodes répétitifs de paludisme chez l'enfant tendent à influencer négativement sur son développement physique et cognitif, réduisant ainsi ses performances scolaires.

Le paludisme a des conséquences perverses sur la démographie, car la forte mortalité infanto-juvénile liée au paludisme incite les ménages à avoir plus d'enfants dans les pays pauvres. Cela contribue à augmenter le taux de croissance démographique. Les parents n'étant pas souvent capables de faire face aux investissements nécessaires à l'éducation et à la santé de leurs nombreux enfants, s'enferment ainsi dans le cercle vicieux de la pauvreté.

Impact du paludisme sur les objectifs du Millénaire pour le Développement

- ✓ *Éliminer l'extrême pauvreté (OMD 1)*

Le paludisme entretient la pauvreté. Il coûte à l'Afrique 12 milliards de dollars par an en PIB perdu. Il absorbe jusqu'à 25% du revenu des ménages et représente 40% des dépenses de santé du gouvernement.

- ✓ *Atteindre un niveau d'éducation primaire universel (OMD 2)*

Le paludisme est une des principales causes de morbidité de l'enfant et des enseignants et de l'absentéisme scolaire. L'enfant malade ne peut aller à l'école ni assimiler des connaissances ; en outre, des lésions neurologiques et des atteintes cognitives durables sont à craindre.

- ✓ *Réduire la mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans (OMD 4)*

Le paludisme est une cause majeure de la mortalité juvénile en Afrique. Il est responsable de 20% de tous les décès d'enfants âgés de moins de 5 ans.

- ✓ *Améliorer la santé maternelle (OMD 5)*

Les femmes enceintes sont 4 fois plus susceptibles de faire un paludisme que les autres adultes. Le paludisme peut mettre la vie des femmes enceintes et de leurs enfants en danger.

- ✓ *Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies (MDG 6)*

La lutte antipaludique réduira la morbidité et la mortalité dues non seulement au paludisme mais aussi à d'autres maladies (à titre d'exemple, les personnes vivant avec le VIH/SIDA présentent un plus grand risque de contracter le paludisme).

- ✓ Développer un partenariat mondial pour le développement (OMD 8) et donner accès à des médicaments essentiels abordables

Actuellement les médicaments antipaludiques sont chers et disponibles en trop petites quantités. Les partenariats public/privé qui sont actuellement en train d'améliorer l'accès à des médicaments antipaludiques abordables peuvent constituer un point de départ pour l'amélioration de l'accès à d'autres médicaments essentiels.

On peut estimer à 12 milliards de dollars annuels les coûts imputables au paludisme pour les pays africains. Ceci entrave considérablement le développement économique. Dans les pays africains comme le Cameroun, une famille peut consacrer jusqu'à 25 % de son revenu à la prévention et à la lutte contre le paludisme (*Plan Stratégique Mondial FRP, 2005-2015*).

Selon les études menées ces dernières années par les instituts de recherches tels : Economics of Malaria Center for Development, Harvard University, the London School of Hygiene and Tropical Medicine, et dont les résultats furent présentés lors du sommet d'Abuja sur Roll Back Malaria du 25 avril 2000, il ressort que le poids socio-économique du paludisme est plus grand qu'on ne l'imaginait :

- ✓ Durant la période 1965 – 1990, les pays à forte endémicité palustre, ont perdu en moyenne 1,3 % du taux de croissance annuelle à cause du paludisme ;
- ✓ Le PIB des pays africains au sud du Sahara serait de 32% supérieur à son niveau de l'an 2000, si le paludisme avait été éradiqué 35 ans plus tôt. Cela représenterait environ 100 milliards USD qui s'ajouteraient au PIB courant des pays africains au sud du Sahara qui était de 300 milliards USD en 2000. Cette somme supplémentaire de 100 milliards USD serait près de neuf fois supérieure au volume de l'aide au développement accordée à l'Afrique en 1999 ;
- ✓ Entre 1980 et 1995, le Cameroun aurait perdu environ 4227 millions USD (PPP-ajusté 1987\$) soit 318 USD par tête d'habitant à cause du paludisme ;
- ✓ Une année de vie saine est gagnée pour chaque 1 à 8 USD dépensé pour le traitement effectif des cas de paludisme, ce qui met le traitement du paludisme au même niveau de coût-efficacité que la vaccination contre la rougeole ;
- ✓ A court terme, le bénéfice du contrôle du paludisme dans les pays africains au sud du Sahara peut s'estimer entre 3 et 12 milliards USD par an. Ainsi, les financements annuels de l'ordre de 1 milliard USD nécessaires pour le contrôle de la maladie en Afrique se justifient.

IV.3 Revue du plan stratégique 2002-2006 : Analyse de la situation et leçons apprises

Depuis son adhésion à l'initiative « Roll Back Malaria » et à la déclaration d'Abuja le Cameroun a élaboré le plan stratégique quinquennal de lutte contre le paludisme (2002-2006) et réorganisé le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) en juin 2002.

Ce plan présente les différentes stratégies et activités de lutte contre le paludisme jusqu'en 2006 dans la mise en œuvre de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme ». L'objectif général était de réduire de 50% la morbidité et la mortalité liées au paludisme, en particulier chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

Les objectifs spécifiques de ce plan stipulaient que d'ici 2006 :

- ✓ 60% des populations auront accès à un traitement approprié ;
- ✓ 60% des femmes enceintes auront accès à un traitement préventif contre le paludisme ;
- ✓ 60% des femmes enceintes dormiront sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- ✓ 60% des enfants de moins de 5 ans dormiront sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide.

Pour atteindre ces objectifs 8 axes stratégiques suivants ont été retenus ; les 3 premiers axes stratégiques étant techniques et les 5 autres les axes stratégiques d'appui :

1. le renforcement de la prise en charge des cas à domicile et dans les formations sanitaires publiques et privées ;
2. la prévention ;
3. la promotion de la lutte contre le paludisme par l'Information, Education, Communication et plaidoyer ;
4. la surveillance épidémiologique
5. le processus gestionnaire ;
6. la formation et développement de la recherche opérationnelle sur le paludisme ;
7. le développement du partenariat pour la lutte contre le paludisme ;
8. le renforcement des capacités institutionnelles.

La réorganisation du PNLP pour un renforcement ses capacités institutionnelles a abouti à la création du Comité National Roll Back Malaria (CNRBM) et du Groupe Technique Central du CNRBM et les Unités Provinciales de lutte contre le Paludisme (UPLP).

Le Groupe Technique Central qu'est l'organe exécutif du Comité National Roll Back Malaria assure :

- ✓ la coordination et la gestion du Programme National de Lutte contre le Paludisme 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 Ministère de la Santé publique 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 de surveillance épidémiologique et comportementale ;
- ✓ la coordination des activités de recherche et de formation ;
- ✓ la préparation du plan annuel budgétisé des activités de lutte contre le paludisme suivant les orientations définies par le Comité National Roll Back Malaria à qui il le présente pour adoption ;
- ✓ le suivi-évaluation de la mise en œuvre du Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme ;
- ✓ la gestion des fonds mis à la disposition du Programme National de Lutte contre le Paludisme par l'Etat, les partenaires nationaux et internationaux ;
- ✓ la gestion du personnel mis à la disposition du Programme.

Les Unités Provinciales de lutte contre le Paludisme (UPLP) ont pour missions, d'organiser, de coordonner, de suivre et d'évaluer la mise en œuvre de la lutte contre le paludisme au niveau des provinces. A ce titre elles sont chargées de :

- ✓ appuyer les districts dans la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation des plans d'action annuels budgétisés ;
- ✓ préparer le plan d'action provincial de lutte contre le paludisme à partir des plans d'action des districts ;
- ✓ coordonner l'activité intersectorielle de lutte contre le paludisme ;
- ✓ gérer les financements alloués à la lutte contre le paludisme au niveau provincial ;
- ✓ produire un rapport mensuel d'activités.

La mise en œuvre des activités du plan stratégique précédent 2002-2006 a connu un ralentissement pendant les années 2002 et 2003 à cause de la non disponibilité des ressources financières. Cette situation justifie les écarts observés entre les indicateurs actuels et ceux attendus. Toutefois, il est à signaler que le financement acquis du Fonds Mondial dès la deuxième moitié de l'année 2004 a permis d'accélérer la mise en œuvre des activités sur le terrain.

IV.3.1 Analyse de la composante prise en charge (PEC) des cas

IV.3.1.1 Etat des lieux, analyse des gaps et constats

En ce qui concerne la prise en charge des cas, l'objectif visé par Le Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme (PSNLP) 2002-2006 était d'assurer que 60% des populations aient accès à un traitement approprié contre le paludisme à la fin de l'an 2006. Pour atteindre cet objectif, l'accent a été mis sur le renforcement des capacités des personnels de santé à différents niveaux de la pyramide sanitaire à la prise en charge des cas de paludisme simple et grave, notamment dans les formations sanitaires.

Le système de référence et contre référence des cas graves est effectif entre les formations sanitaires des différents niveaux et les communautés sont sensibilisées à la référence des cas graves, même si elles n'ont pas encore un système de transport organisé pour assurer le transfert rapide des malades. Une étude conduite en Décembre 2004 (collecte des données de base), montrait que la prise en charge correcte du paludisme simple était effective dans 26,2% des cas et dans 29,01% des cas pour le paludisme grave. Cette prise en charge correcte a progressé et en 2006, 58% des cas de fièvre ont été correctement pris en charge (MICS-3). On a constaté que jusqu'en 2006, les prescriptions étaient très

hétérogènes avec l'usage abusif de la quinine réservée pour la prise en charge des cas graves ainsi que l'utilisation continue de la chloroquine.

La composante prise en charge à domicile qui devrait rapprocher un plus grand nombre des malades au traitement antipaludique, n'a pas été mise en oeuvre. Toutefois, on note une augmentation de la proportion des malades pris en charge à domicile de 21.2% en 2004 (collecte des données de base) à 38% en 2006 (MICS-3) même si cette prise en charge n'est pas conduite selon les recommandations nationales (2.4% en 2004). Par ailleurs, la prise en charge des malades par les guérisseurs traditionnels ne suit aucune règle. Les médicaments utilisés sont non spécifiques, leurs posologies sont mal connues et variables, et les indications multiples. Il n'existe pas de données sur l'efficacité thérapeutique de ces produits.

Le renforcement de la prise en charge des cas de paludisme dans les formations sanitaires a été réalisé par la mise à la disposition des prestataires, d'un guide de prise en charge des cas de paludisme adapté aux nouvelles stratégies de lutte antipaludique contenant les protocoles et algorithmes du traitement ; l'adaptation des curricula pour la formation de base ; les formations continues des enseignants de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, des prestataires de soins et des techniciens de laboratoire ; et l'équipement des laboratoires en microscopes pour le diagnostic. Par ailleurs, le PNLP participe aux activités intégrées telles que la formation à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).

Concernant l'accessibilité aux médicaments antipaludiques, la CENAME a toujours assuré l'approvisionnement des formations sanitaires en antipaludiques recommandés aux prix accessibles.

Néanmoins, il existe plusieurs autres sources d'approvisionnement dans le SYNAME telles que les grossistes répartiteurs, les pharmacies d'officine ainsi que la vente illicite des médicaments. On note aussi une faible fréquentation des formations sanitaires publiques et par conséquent la consommation des antipaludiques dans ce secteur ne représente qu'une petite partie de la consommation totale du pays.

La politique du traitement antipaludique a connu plusieurs changements lors de la mise en oeuvre du plan stratégique 2002-2006. En 2002, avec l'élévation des taux de résistance à la chloroquine avoisinant les 67%, le Ministère de la Santé Publique a décidé de retirer la chloroquine du marché et d'utiliser pendant une période transitoire, de deux ans l'Amodiaquine pour le traitement du paludisme simple en première intention et la sulfadoxine-pyriméthamine en deuxième intention. La quinine était toujours réservée pour la prise en charge des formes graves du paludisme.

Face au développement des résistances aux monothérapies, et selon les recommandations de l'OMS, le Cameroun a décidé en 2004 d'adopter les ACT pour la prise en charge du paludisme simple. La combinaison Artésunate + Amodiaquine a été choisie par consensus en février 2004 et l'Artémether-luméfantrine ajoutée en Mai 2006 au même moment que le retrait des monothérapies par voie orale au Cameroun par décision ministérielle. Tous ces changements étaient en ligne avec le plan stratégique qui avait envisagé un changement du traitement en cas des taux de résistance inacceptables, en faveur des médicaments plus efficaces. Malheureusement ces combinaisons coûtent très chers et leurs disponibilités et accessibilité n'étaient pas garanties avant 2006 à cause d'un manque de financement.

L'année 2006 était caractérisée par l'accord du financement par le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme du projet de mise en oeuvre de cette nouvelle politique. Le financement étant disponible le traitement antipaludique devrait être subventionné afin de rendre les combinaisons thérapeutiques accessibles aux populations. Plusieurs processus ont accompagné la mise en place de cette politique tels que le renforcement du système de la pharmacovigilance à travers la mise en place des centres

provinciaux de la pharmacovigilance en 2004 et le début de la notification des cas des effets indésirables. Ce système doit être renforcé dans le nouveau plan stratégique.

Les résultats obtenus au cours de la période 2002-2006 sont présentés dans le tableau 19.

Tableau 19 : Evolution des indicateurs de résultat de la prise en charge des cas

Indicateurs	2002	2004	2005	2006	Objectif à atteindre
Nombre de formations sanitaires n'ayant pas connu une rupture de stock d'antipaludiques durant plus d'une semaine		7,5%*			60%
Proportion d'enfants bénéficiant d'une prise en charge correcte à domicile dans les 24 heures		2.4%*		38%**	60%
Proportion d'enfants de moins de 5 ans correctement pris en charge du paludisme simple dans les formations sanitaires		26.2*		58%**	60%
Proportion de personnes correctement prises en charge du paludisme grave dans les formations sanitaires		29.01*			60%

*Enquête de collecte des données de base sur le paludisme, Décembre 2004

**Enquête nationale à indicateurs multiples, Septembre 2006

L'écart constaté peut être expliqué par le manque de formation/recyclage de la majorité de personnel de santé au diagnostic et à la prise en charge des cas. La formation était indispensable au respect des protocoles nationaux vu le fait que la politique thérapeutique a connu plusieurs changements. L'insuffisance des guides de prise en charge des cas dans les formations sanitaires constitue une autre raison et cette insuffisance était due largement au manque de financement mais aussi à cause des adaptations qui devraient être faites conformément aux nouveaux traitements adoptés.

L'absence des relais communautaires formés pour assurer le suivi du traitement antipaludique à domicile avait pour conséquence, la mauvaise prise en charge des cas à domicile.

Les guides de prise en charge ont été diffusés comme suit : 78 en 2003, 2240 en 2005 et 4212 en 2006 dans les formations sanitaires du pays, aux formateurs provinciaux, aux enseignants et diplômés de la FMSB.

Au total, 755 microscopes ont été distribués aux laboratoires des formations sanitaires en fonction des besoins exprimés dans les provinces : Adamoua 27, Centre 130, Est 60, Extreme- Nord 108, Littoral 81, Nord 68, Nord- Ouest 95, Ouest 68, Sud 41, Sud-Ouest 77.

La couverture des formations sanitaires en microscopes fonctionnels n'a pas été complète à cause de la création des nouvelles formations sanitaires au cours des années et aussi des problèmes de maintenance des microscopes déjà disponibles. Par ailleurs il existe les microscopes non fonctionnels à cause du manque de l'électricité dans beaucoup de communautés.

Les résultats obtenus ont permis de faire les constats suivants :

- ✓ Les médicaments recommandés par le PNLP depuis 2004 n'étaient pas disponibles dans le SYNAME. Ces médicaments existaient uniquement dans le secteur privé et les prix étaient hors de portée de la majorité des camerounais
- ✓ La proportion des malades correctement pris en charge dans les formations sanitaires est encore très basse à cause de l'absence des protocoles de traitement

dans ces structures et du manque de recyclage/formation des personnels de santé au diagnostic et à la prise en charge des cas.

- ✓ Le diagnostic est symptomatique dans la majorité des cas à cause du manque des microscopes fonctionnels dans les formations sanitaires et la qualité du diagnostic biologique faite par les personnels du laboratoire non recyclés/formés est peu satisfaisante.
- ✓ La gestion de stock des antipaludiques est faible
- ✓ La stratégie de prise en charge à domicile n'est pas mise en oeuvre.
- ✓ La prise en charge des malades par les guérisseurs traditionnels ne suit aucune règle.

Pourtant, il existe plusieurs opportunités qui peuvent permettre la réalisation des objectifs fixés. Les forces et opportunités sont :

- L'engagement politique du gouvernement à la lutte contre le paludisme
- L'engagement des partenaires de développement à la lutte contre la maladie
- La disponibilité des ressources financières pour la réalisation de certaines activités grâce à l'appui des partenaires et aux initiatives d'allègement des dettes
- Un personnel motivé et qualifié pour la réalisation des activités
- Un système de santé bien organisé

IV.3.2 Analyse de la composante prévention

La prévention du paludisme s'articule autour de deux grands axes dont la lutte antivectorielle et la chimio-prévention chez la femme enceinte.

IV.3.2.1 Lutte antivectorielle

IV.3.2.1.1 Etats des lieux, analyse des gaps et constats

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme (PSNLP) (2002-2006) a mis l'accent sur une lutte antivectorielle sélective basée essentiellement sur la promotion de l'utilisation de la Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MI). L'objectif visé par ce plan était d'atteindre à la fin 2006 un taux d'utilisation en MI de 60% au moins au sein des populations vulnérables (enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes). L'exploitation des différents rapports techniques et des rapports d'enquêtes élaborés par le Programme National de Lutte contre le Paludisme et les partenaires (INS, Plan, ACMS, IRESCO) a permis de faire une analyse de la situation de la lutte antivectorielle pendant la période 2002-2006.

Sur le plan structurel, une Unité de Lutte Intégrée contre les vecteurs (ULIV) et un centre de référence en imprégnation de moustiquaires ont été créés au sein de la Section Prévention du Groupe Technique Central (GTC) du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

Un Centre Provincial d'Imprégnation des Moustiquaires (CPIM) a été également créé dans chacune des 10 Unités Provinciales de Lutte contre le Paludisme (UPLP), et au moins une

Unité d'Imprégnation Communautaire (UIC) dans chaque aire de santé des chacun des districts de santé du pays.

Sur le plan opérationnel, les structures de lutte antivectorielle mises en place à tous les niveaux ont été équipées en matériel d'imprégnation. Ce renforcement a été suivi par les formations en cascade qui ont abouti à la formation de 484 personnels de santé et de 4099 relais communautaires aux techniques d'imprégnation des moustiquaires.

Par ailleurs, le Programme National de lutte contre le Paludisme a dans le cadre de l'accélération des interventions de la lutte contre le paludisme, organisé plusieurs campagnes de distribution des MII aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans. Certaines de ces distributions étaient intégrées aux campagnes de vaccination. Cette intégration aux autres programmes de santé a permis d'améliorer significativement le taux de couverture en MII dans huit des dix provinces du Cameroun. Un projet de subvention ciblé des MII aux femmes en âge de procréer mis en œuvre dans les sites pilote de Douala et de Yaoundé en collaboration avec l'Association Camerounaise pour le Marketing Social (ACMS) a permis d'améliorer la disponibilité des MII dans ce groupe cible.

En définitive, au cours des cinq dernières années plusieurs activités ont été menées par le PNL et les partenaires pour améliorer la disponibilité et l'utilisation des MII au sein de la population générale et les groupes vulnérables en particulier. La disponibilité et l'utilisation des MII ont ainsi connu une augmentation significative par rapport à la période 1998-2002 qui était une phase d'accélération de la lutte contre le paludisme, caractérisée par des actions spécifiques et ponctuelles, limitées à quelques districts de santé et difficilement mesurables.

Ces résultats ont été obtenus grâce, à la réforme de 2002 survenue au Ministère de la Santé Publique et qui a entraîné la restructuration des Programmes prioritaires dont le Programme National de Lutte contre le Paludisme, et aussi à la disponibilité des ressources financières nationales et internationales plus importantes dont a bénéficié le programme de lutte contre le paludisme au cours de la deuxième moitié du quinquennat.

Par ailleurs, l'implication de plus de 1733 ONG/Associations ainsi que les Comités de Santé dans la promotion de la lutte contre le paludisme (imprégnation, sensibilisation) a suscité au sein des communautés un intérêt pour la MII.

Tableau 20 : Evolution des indicateurs de processus cumulés liés à la promotion de la moustiquaire imprégnée d'insecticide (2002-2006)

Indicateurs	2002	2004	2005	2006
Nombre de CIP fonctionnels	4	7	11	11
Nombre d'UIC fonctionnels	0	48	765	813
Nombre de personnes formées au niveau provincial pour l'imprégnation des MII	0	0	39	78
Nombre de personnes formées au niveau des districts de santé pour l'imprégnation des MII et autres stratégies de lutte	0	0	249	484
Nombre de relais communautaire formés à l'imprégnation des moustiquaires	0	0	2092	4 099
Nombre d'ONG/Associations impliquées dans la sensibilisation à l'imprégnation des MII	1	2	3	1 727

Tableau 21 : Distribution des moustiquaires et taux de couverture en MII des femmes enceintes de 2003 à 2005 dans les dix provinces.

Provinces	Moustiquaires distribuées			Population femmes enceintes			Taux de couverture			Ecart*/ Objectif 2002
	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005	
Adamoua	7050	7 050	13409	38911	39 962	41351	18,1	17,6	32,4	-27,6
Centre	8728	22 000	44014	129782	133 286	137919	6,7	16,5	31,9	-28,1
Est	2123	7 324	19292	40642	41 739	43190	5,2	17,5	44,7	-15,3
Extrême-nord	5405	26 540	20850	146331	150 282	155506	3,7	17,7	13,4	-46,6
Littoral	5961	19 350	60419	106304	109 174	112969	5,6	17,7	53,5	-6,5
Nord	3720	11 577	32363	65545	67 315	69655	5,7	17,2	46,5	-13,5
Nord -Ouest	5030	17 675	20915	96180	98 777	102210	5,2	17,9	20,5	-39,5
Ouest	2372	13 269	56048	105280	108 123	111881	2,3	12,3	50,1	-9,9
Sud	3366	3 658	24890	29373	30 166	31215	11,5	12,1	79,7	19,7
Sud-Ouest	3200	12 000	53340	65862	67 640	69992	4,9	17,7	76,2	16,2
National	46955	140 443	345540	824210	846 464	875 8888	5,7	16,6	39,5	-20,5

* cet écart est estimé par rapport au taux de 60 % d'accès à la MII prévu dans le PSNLP 2002-2006

Les moustiquaires ont été distribuées aux femmes enceintes uniquement en 2003, 2004 et 2005. En 2006, à cause du retard dans l'approvisionnement, la distribution n'a pas eu lieu ; aussi les écarts ont été calculés seulement par rapport à 2005, étant donné la durée de vie de la moustiquaire (maximum 3 ans) et la rémanence de l'insecticide (6mois).

Le taux de couverture a augmenté de façon significative entre 2003 et 2005, mais il reste très en deçà des objectifs fixés dans le plan stratégique 2002-2006. Dans certaines provinces (Extrême Nord, Nord-Ouest), l'écart est important alors que dans d'autres provinces (Sud, Sud -Ouest) les objectifs ont même été dépassés.

Tableau 22 : Distribution des moustiquaires imprégnées et taux de couverture des enfants de moins de cinq ans en Moustiquaire imprégnées d'insecticide par province en 2005 et 2006

Provinces	Moustiquaires distribuées 2005, 2006 et janvier 2007	Population des enfants de moins de 5 ans	Taux couverture des enfants de moins de 5 ans	Ecart par rapport aux objectifs de 2002	Taux de couverture (%) des ménages avec enfants de moins de 5 ans
Adamoua	95 894	153 309	62,5	+ 3	102,5
Centre	351	511 335	0,1	- 59,9	0,1
Est	82 357	160 126	51,4	- 9	99,7
Extrême-nord	506 180	576 540	87,8	+ 28	99,0
Littoral	20 000	418 837	4,8	- 55	8,0
Nord	256 474	258 243	99,3	+ 39	111,3
Nord-Ouest	15 000	378 948	4,0	- 56	7,3
Ouest	10 000	414 779	2,4	- 58	7,1
Sud	57 230	115 729	49,5	- 11	98,0
Sud-Ouest	102 239	259 458	39,4	- 21	92,0
Total	1 145 725	3 247 304	35,3	- 25	62,5

*la distribution de janvier 2007 est prise en compte pour mieux planifier les besoins en MII des prochaines années

Un nombre important de moustiquaires a été distribué entre 2005 et Janvier 2007 avec des taux de couverture supérieurs à 60% dans les provinces de l'Adamaoua, Extrême Nord, et du Nord. Cependant, les provinces du Littoral et de l'Ouest n'ont pas été couvertes. Dans ces provinces, les taux de couverture restent encore inférieurs à 5%. Les autres provinces (Sud, Sud -Ouest) affichent des taux de couverture compris entre 35 et 40% soit un écart de l'ordre de 20 à 25% par rapport à l'objectif de 60% attendu.

L'insuffisance des moustiquaires a amené le PNLN à adopter une stratégie de distribution basée sur le ménage. Chaque ménage ayant un enfant de moins de 5 ans ne recevait qu'une seule moustiquaire imprégnée quel que soit le nombre d'enfants de moins de 5 ans du ménage. Cette stratégie bien qu'elle permet de couvrir un grand nombre de ménages éligibles, a des limites puisqu'elle ne garanti pas la couverture totale de la cible envisagée.

Par ailleurs dans la perspective d'assurer une couverture totale de la population à risque du paludisme, il est recommandé de distribuer au cours des campagnes deux moustiquaires imprégnées à chaque ménage. Cette stratégie sera utilisée pour l'estimation des besoins en MI.

IV.3.2.2 Chimio-prévention

La chimio-prévention est réservée essentiellement aux femmes enceintes.

IV.3.2.2.1 Etat des lieux et analyse des gaps

Le deuxième volet de la prévention du paludisme est la chimio-prévention chez les femmes enceintes dont l'objectif visé par le plan stratégique 2002-2006 était d'atteindre à la fin 2006 un taux de TPI chez les femmes enceintes de 60%.

Jusqu'en 2002, la chimioprophylaxie chez la femme enceinte était basée sur l'utilisation de la chloroquine. Lors de la réunion de consensus tenue en avril 2002 à Kribi, constatant le taux très élevé de résistance de *P. falciparum* à la chloroquine, il a été recommandé de la remplacer par l'amodiaquine en TPI pour la chimio-prévention du paludisme chez la femme enceinte pendant une période transitoire de deux ans. Lors de la deuxième réunion de consensus organisée en Janvier 2004 à Yaoundé, la Sulfadoxine Pyriméthamine a été adoptée. Dès lors ce médicament disponible auprès des formations sanitaires était mis à la disposition de la cible moyennant une contribution financière.

Le financement acquis du fonds Mondial a permis de passer à la gratuité de la SP et depuis avril 2006, les femmes enceintes la reçoivent gratuitement dans toutes les formations sanitaires publiques et confessionnelles. De plus les personnels de santé ont été formés à la mise en œuvre de la nouvelle stratégie de TPI. Ces interventions ont permis d'augmenter significativement le taux de couverture des femmes enceintes qui bénéficient du traitement préventif intermittent.

Tableau 23 : Nombre de personnes formées au niveau des districts de santé pour la mise en œuvre du TPI.

Provinces	Equipes cadre de districts de santé		Prestataires des soins		Total	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Adamoua	6	12	120	87	126	99
Centre	42	40	316	373	358	413
Est	21	21	150	206	171	227
Extrême-nord	33	36	302	315	335	351
Littoral	28	27	244	244	272	271
Nord	21	24	210	132	231	156
Nord -Ouest	28	21	210	185	238	206
Ouest	29	24	240	210	269	234
Sud	21	12	150	100	171	112
Sud-Ouest	20	18	183	260	203	278
Total	249	235	2124	2112	2373	2347

Tableau 24 : Distribution de la SP aux femmes enceintes en 2005 et 2006

Provinces	Population femmes enceintes		Femmes enceintes ayant reçu le TPI		Taux de couverture (%)		Ecart/ Objectif 2006
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	
Adamoua	41351	40 253	24 229	29 253	58,6	72,7	13
Centre	137919	134 257	979	40 000	0,7	29,8	-30
EST	43190	42 043	0	20 314	0,0	48,3	-12
Extrême-nord	155506	151 377	64 802	40 278	41,7	26,6	-33
Littoral	112969	109 970	0	19 122	0,0	17,4	-43
Nord	69655	67 805	83 482	81 017	119,9	119,5	59
Nord -Ouest	102210	99 497	33 111	41 654	32,4	41,9	-18
Ouest	111881	108 910	0	35 317	0,0	32,4	-28
Sud	31215	30 386	0	4 800	0,0	15,8	-44
Sud-Ouest	69992	68 124	0	10 298	0,0	15,1	-45
Total	875888	852 622	206 603	322 053	23,6	37,8	-22

Le TPI à la sulfadoxine pyriméthamine a débuté en 2005 avec un taux de couverture de 23,6%. En 2006 la couverture moyenne était de 38% avec une répartition variable d'une province à l'autre. Ces différents taux de couverture sont en deçà des objectifs fixés pour 2006, exceptés l'Adamoua et l'Extrême-Nord.

Tableau 25 : Evolution des principaux indicateurs Faire Reculer le paludisme et liés à la prévention du paludisme

Indicateurs Faire Reculer le Paludisme	2002	2004	2006	Résultats attendus en 2006	Observations/ Analyses
Proportion des foyers ayant une moustiquaire	ND	32*%	32**%	60%	Ecart : 28%
Proportion des foyers ayant une moustiquaire imprégnée	ND	15,1*%	11**%	60%	Baisse:4,1% Ecart:49%
Proportion des enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaire	ND	21,5*%	27**%	60%	Accroissement : 5,5%: Ecart:33 %
Proportion des enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticide	ND	7,5*%	13**%	60%	Accroissement:6,5%; Ecart: 47%
Proportion des femmes enceintes dormant sous moustiquaire	ND	32,4*%	36 ^a %	60%	Accroissement:3,6%
Proportion des femmes enceintes dormant sous moustiquaire imprégnée d'insecticide	ND	14,10%	16 ^a %	60%	Accroissement:1,9% Ecart: 44%
Proportion de femmes enceintes ayant reçu le TPI	ND	1,5*%	38*%	60%	Accroissement : 36,5% Ecart: 22%

Sources : *PNLP, ** MICS3, a) ACMS (rapports de 3 provinces)

En dépit des progrès significatifs observés dans la promotion et l'utilisation des MII au cours de la période 2002-2006, les résultats sont encore inférieurs à ceux escomptés. En effet, la mise en œuvre des activités du plan stratégique précédent a connu un retard pendant les années 2002 et 2003 à cause de la non disponibilité des ressources financières. Cette situation justifie les écarts observés entre les indicateurs actuels et ceux attendus. Toutefois, il est à signaler que le financement acquis du Fonds Mondial dès la deuxième moitié de l'année 2004, a permis d'accélérer la mise en œuvre des activités sur le terrain notamment la distribution des MII aux enfants de moins de cinq ans et disponibilité de la SP dans les formations sanitaires. Ces résultats révèlent :

- ✓ Une disponibilité encore insuffisante des MII dans les foyers qui serait dûe au coût encore élevé des MII pour les groupes non ciblés ;
- ✓ Un faible taux de couverture en MII dans les communautés dû à la non ré imprégnation des moustiquaires par les populations ;
- ✓ Un faible taux d'utilisation des MII par les enfants et les femmes enceintes et qui serait lié essentiellement à la non disponibilité des MII ;
- ✓ Une faible couverture des femmes enceintes en TPI.

L'accent a été mis sur les MII ; d'autres méthodes complémentaires telles que l'aménagement de l'environnement n'ont pas été mises en œuvre au cours de l'exécution du PSNLP (2002-2006), mais l'environnement du programme de lutte contre le paludisme aujourd'hui a des atouts qui pourraient lui permettre d'atteindre les résultats escomptés d'ici 2010. Il s'agit notamment :

- i) la réaffirmation de la volonté politique des autorités d'accorder la priorité à la lutte contre le paludisme ;
- ii) l'appui financier substantiel du gouvernement et des partenaires au programme de lutte contre le paludisme qui permettra de rendre disponible les MII aux groupes vulnérables, l'accès universel au TPI, les AIDs et de renforcer la sensibilisation de proximité.

IV.3.3 Analyse de la composante communication

Dans sa composante communication, les activités suivantes avaient été retenues :

- ✓ L'élaboration, l'adoption et la diffusion du plan de communication ;
- ✓ La mise en place d'au moins cinq affichettes dans chaque formation sanitaire et les services publics ;
- ✓ La mise en place de grandes affiches dans les places et lieux publics ;
- ✓ La production et la distribution du matériel de marketing social ;
- ✓ La diffusion de spots et microprogrammes ;
- ✓ L'organisation des Journées africaines de lutte contre le paludisme au niveau central et dans les provinces ;
- ✓ L'organisation d'au moins une réunion annuelle de sensibilisation et d'information dans les structures de dialogue ;
- ✓ La mise en place d'au moins un dépliant pour chaque famille dans les districts de santé ;
- ✓ L'appui aux initiatives communautaires de sensibilisation ;
- ✓ La conduite d'un plaidoyer auprès des Directeurs des organes de presse sur la lutte contre le paludisme ;
- ✓ La sensibilisation des professionnels de la communication ;
- ✓ La production de nouveaux spots et microprogrammes en diverses langues.

IV.3.3.1 Etat des lieux, analyse des gaps et constats

Les différents rapports d'activités disponibles ont révélé les résultats suivants :

Concernant le processus :

- ✓ Le plan de communication a été élaboré et utilisé sans cependant avoir été adopté;
- ✓ Les affiches ont été remises aux UPLP et aux associations qui en avaient fait la demande mais leur distribution et utilisation par les communautés n'ont pas pu être évaluées ;
- ✓ Aucune grande affiche n'a été produite ;
- ✓ Le matériel de marketing social a été produit et distribué, principalement les prospectus, dépliants, brochures, t-shirts, banderoles, pin's, polos, stylos, pagnes RBM ;
- ✓ Les spots et les microprogrammes radios et télé ont été produits ;
- ✓ Les spots et les microprogrammes sont en cours de diffusion par les 41 radios sous convention ; leur diffusion sur les antennes TV n'est pas encore effective.
- ✓ Le processus de traduction en langues locales de spots et microprogrammes radio est en cours ;
- ✓ Les journées africaines de lutte contre le paludisme ont été systématiquement organisées chaque année au niveau central et provincial ;

- ✓ Des réunions de plaidoyer ont été tenues sur l'étendue du pays : dans les provinces, les districts et les aires de santé par les responsables des ONG/Associations sous convention avec le PNLP ;
- ✓ 1 200 000 (un million deux cent mille) dépliants communautaires ont été produits et remis aux familles lors des visites à domicile ; des dépliants «moustiquaires imprégnés » ont été produits et utilisés lors des séances de causeries éducatives ;
- ✓ Les capacités des membres des organisations à base communautaires ont été renforcées en techniques d'imprégnation et de sensibilisation sur la lutte contre le paludisme ;
- ✓ Du matériel d'imprégnation pour la création d'unités d'imprégnation communautaire a été remis à ces organisations ;
- ✓ Le plaidoyer auprès des directeurs des organes de presse sur la lutte contre le paludisme n'a pas été mené ;
- ✓ Des séances de travail ont été tenues avec les communicateurs pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle de relais de l'information à leur audimat et lectorat

Concernant les effets des actions menées :

Selon le Rapport Technique « « Collecte des données sur le Paludisme au Cameroun » et l'étude menée par Plan/ACMS/HKI/MOH/USAID/ Expanded Impact Child Survival Project dont le titre est « A knowledge practices and coverage (KPC) Survey » en 2006, les actions mises en place par le PNLP, y compris celles de la communication, ont eu des effets suivants sur les cibles du programme:

- Résultats de la « Collecte des données sur le Paludisme au Cameroun » en 2004 :
 - ✓ 21.5 % d'enfants de zéro à cinq ans ont dormi sous moustiquaire dont 7,5% sous moustiquaire imprégnée ;
 - ✓ 32.4 % de femmes enceintes ont dormi sous moustiquaires dont 14 % sous moustiquaires imprégnées ;
 - ✓ 7,5 % de femmes enceintes ont reçu le TPI ;
 - ✓ 18.2% de la population générale ont dormi sous moustiquaire dont 6.2% sous moustiquaire imprégnée ;
 - ✓ Les canaux ayant permis aux communautés d'être informées sont les suivants :
 - Centre de Santé : 51.5 % ;
 - Radio : 21.6 % ;
 - Relais communautaire : 15.7 %
 - Télévision : 7.1 %
 - Autre : 18,4 %.

- ✓ Les raisons de la non possession de la moustiquaire imprégnée par les familles sont les suivantes:
 - Moustiquaire imprégnée chère : 14,2 % ;
 - Ne sait pas où acheter : 42,4 % ;
 - Lieu d'imprégnation éloigné : 26,5 % ;
 - Pas de site d'imprégnation : 20%.
- Résultats de l'étude menée dans 11 districts de santé des provinces de l'Est, du Centre et du Nord-Ouest sur un échantillon de 1123 enfants de moins de 5 ans et 953 femmes enceintes (en 2006) :
 - 11,8% d'enfants de 0-5 ans ont dormi sous moustiquaire imprégnée ;
 - 15,7% de femmes enceintes ont dormi sous moustiquaire imprégnée ;
 - 18,5 % des femmes enceintes ont reçu le TPI.
- Résultats d'activités de 2006 du PNLP donne les résultats suivants :
 - 38 % de femmes enceintes ont utilisé le TPI ;
 - 38% de cas de paludisme pris en charge dans les 48 heures.

Ces données montrent en effet que l'action de plusieurs facteurs combinés, y compris celle de la communication, a influencé positivement les taux d'utilisation de la moustiquaire en général et de la moustiquaire imprégnée en particulier ainsi que l'administration du TPI et la prise en charge rapide des cas de paludisme.

Il convient de signaler que ces données ont certainement évolué après les campagnes de sensibilisation et les visites domiciliaires qui ont accompagné la distribution gratuite de moustiquaires de janvier 2006 et 2007.

Les constats qui ont été faits sur la mise en œuvre des actions de communication contenues dans le plan 2002-2006

- ✓ Utilisation insuffisante des services par les communautés parce que la stratégie ne les atteint pas : il y a des communautés qui n'ont pas un accès direct aux services, d'où il faudra amener les services vers les communautés
- ✓ Non maîtrise par les prestataires des services de la politique de lutte
- ✓ Contractualisation : ONGs hors des communautés
- ✓ Relais communautaires résidents hors de leur aire de santé
- ✓ Liens entre les décideurs et les communautés non solides
- ✓ Non implication des membres de COSA et des autorités traditionnelles
- ✓ Utilisateurs non conscients des problèmes
- ✓ Services en place mais pas de stratégies/mécanismes pour atteindre les consommateurs

Il convient de signaler que le volet communication du plan stratégique national 2002-2006 a connu un retard dans la mise en œuvre de ses activités. En effet, faute de moyens les activités n'ont commencé véritablement qu'en 2004 par la rédaction du plan de communication qui est resté sans être validé.

La plupart des résultats ont été atteints à partir de 2005 grâce à l'appui financier du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.

Tableau 26 : Analyse du volet communication du plan stratégique national 2002-2006

ÉLÉMENTS D'ANALYSE	FORCES	FAIBLESSES	RECOMMANDATIONS
Plaidoyer	<ul style="list-style-type: none"> - Il existe un engagement politique au plus haut niveau en faveur de la lutte contre le paludisme. - Les autorités administratives, traditionnelles et religieuses s'impliquent dans l'organisation de nombreuses campagnes 	<ul style="list-style-type: none"> - L'implication des leaders communautaires n'est pas suffisamment visible : rôle pas clairement défini ou incompris ou non joué 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier d'une manière exhaustive les leaders à tous les niveaux (Députés, Maires, Chefs traditionnels, leaders religieux, Leaders politiques, économiques et administratifs, etc) - Informer et former les leaders communautaires sur leur rôle pérenne
Organisation	<p>Il existe des structures et du personnel à chaque niveau du système :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Section IEC/Mobilisation Sociale et Partenariat du PNL - Chef d'Unités Provinciales de Lutte contre le Paludisme (UPLP) ; responsables des ONG/Associations provinciales - Médecins Chefs de Service de Santé de District et responsables des ONG/Associations de districts - Infirmier Chef, le président du COSA et les Membres de COSA ou associations d'aires sur le terrain 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnel en communication inexistant au niveau intermédiaire et périphérique, insuffisant ou insuffisamment formé et équipé au niveau central 	<ul style="list-style-type: none"> - Recrutement du personnel au niveau central et périphérique - Formation continue au niveau central - Formation au niveau intermédiaire et périphérique - Appui logistique et matériel - Supervision/suivi
Partenariat	<p>Il existe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un partenariat formel entre le Programme National de Lutte contre le Paludisme et 41 radios communautaires qui diffusent le message de la lutte contre le paludisme à travers les spots et microprogrammes radios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de formation, de support et d'appui financier conséquent 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation/recyclage - Appui matériel et logistique

ÉLÉMENTS D'ANALYSE	FORCES	FAIBLESSES	RECOMMANDATIONS
Partenariat	<ul style="list-style-type: none"> - Deux conventions de production de spots et microprogrammes ont été signées ; ces spots et microprogrammes sont produits et diffusés ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de conventions insuffisantes - Messages actuels figés - Insuffisance d'utilisation des NTIC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter le nombre de conventions de production - Adapter les messages aux besoins du moment - Envisager d'autres canaux de communication modernes (mise à jour permanente du site Internet, SMS sur téléphone mobile, crawl à la télé etc.)
	<p>Un réseau de 1 727 ONG/Associations partenaires formels en matière de lutte contre le Paludisme</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 ONG/associations provinciales - 168 ONG/Associations de districts - 1549 COSA (Comité de Santé) ou Associations d'Aires <p>Le partenariat est formel (conventions de prestation de service signées) entre le Programme National de Lutte contre le Paludisme et toutes ces ONGs/Associations</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Réseau non fonctionnel faute de suivi, de coordination pour non perception de l'intérêt immédiat - Utilisation abusive des fonds alloués aux activités par certains responsables des ONGs/Associations - Processus de mise en œuvre de convention de prestation de service retardé par l'immaturation administrative et financière de certains responsables des ONGs/Association - Difficultés de remplissage des documents de collecte de données dues au faible niveau intellectuel des membres de COSA - Conflit de compétence territoriale entre certains leaders d'association et certains leaders locaux - Abandon de l'activité par certaines personnes formées 	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre fonctionnel le réseau avec des ONGs/Associations déjà suffisamment organisées, - Apporter un appui conséquent au réseau - Assurer le suivi - Former les ONGs/Associations à la culture du développement communautaire en réseau. - Respect des TDR de sélection des ONGs/Association (avoir le siège dans la localité)
	<ul style="list-style-type: none"> - La « Cameroon Coalition Against Malaria » (CCAM) a été mise en place et mène des activités de plaidoyer ; 		<ul style="list-style-type: none"> - Impliquer toutes les composantes prévues dans le Plan National Stratégique 2002 – 2006 : les communautés, les prestataires des soins, les décideurs, les ONGs/Associations, secteur public apparenté, collectivités publiques locales, secteur privé industriel et commercial, agences de développement bi et multilatérales

ÉLÉMENTS D'ANALYSE	FORCES	FAIBLESSES	RECOMMANDATIONS
Formation	<ul style="list-style-type: none"> - Les membres des ONG/Associations sous convention à tous les niveaux : provinces, districts et aires de santé ont été formés en techniques de communication, aux stratégies de prévention et de traitement du paludisme ; ainsi qu'en procédure de gestion de budgets. 	<ul style="list-style-type: none"> - Non maîtrise totale de leur cahier de charge - Altération du contenu du message initial faute de monitoring dans la multiplicité des relais communautaires. 	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la supervision et le suivi
CCC	<ul style="list-style-type: none"> - En 2006, 1 297 319 ménages ont déjà bénéficié chacun d'une visite de la part des ONG/Associations. Pendant ces visites, les membres des COSA ou Association d'aire de santé font passer des messages clés de lutte contre le paludisme et en vérifient la bonne application. - Autant de dépliants ont été remis aux familles visitées. - L'analyse de la situation de la communication montre que les interventions des associations ont eu un effet réel sur les communautés au fil des ans. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'application des mesures de prévention et de prise en charge reste encore faible 	<ul style="list-style-type: none"> - Respecter les visites trimestrielles - améliorer et adapter la qualité du message - assurer un suivi individuel et communautaire de la pratique des mesures de lutte recommandées
Appropriation/ responsabilisation des communautés	<p>Les communautés sont en voie de responsabilisation : les réunions de plaidoyer tenues au niveau des provinces, des districts et d'aires de santé.</p> <p>Les communautés ont requis et obtenu l'implication de leurs membres en commençant par les leaders d'opinion locaux à tous les niveaux.</p>	<p>L'implication des communautés n'est pas encore suffisante dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme.</p>	<p>Impliquer les leaders à tous les niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identification - Formation - Appui - suivi

IV.3.4 Analyse de la composante formation et recherche opérationnelle

IV.3.4.1 Etat des lieux, analyse des problèmes et constats

La recherche opérationnelle et la formation constituaient un axe stratégique d'appui à la mise en œuvre des activités du plan stratégique 2002-2006.

S'agissant de la **formation de base**, face aux changements intervenus dans la prise en charge du paludisme en 2004, le PNLP a organisé en 2005 le recyclage des enseignants de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB) ainsi que la formation des nouveaux diplômés de cette même année aux nouvelles stratégies de prise en charge du paludisme. Les modules de formation dans cette institution universitaire qui forme les médecins du pays ont été révisés par la même occasion pour introduire ces nouvelles stratégies de prises en charge du paludisme. 25 enseignants ont ainsi été recyclés et 92 nouveaux diplômés formés.

En ce qui concerne la **formation continue** : En 2003, 281 manuels de formation à l'imprégnation des moustiquaires ont été diffusés dans les districts de santé, les 10 responsables des UPLP ont été formés à la méthodologie d'évaluation des MII, 78 formateurs provinciaux ont été formés aux stratégies de lutte contre le paludisme, 20 personnels d'une Entreprise Nationale recyclés à la prise en charge des cas de paludisme et 50 techniciens d'assainissement et membres des communautés formés aux techniques d'imprégnation des moustiquaires.

A partir de 2004, la stratégie de formation en cascade a été adoptée par le PNLP. Elle a permis de former de former 4721 personnels de santé aux nouvelles stratégies de prise en charge du paludisme. Les documents de référence ont été mis à la disposition du personnel formé par la même occasion. Ce sont : le guide prise en charge du paludisme ; les directives opérationnelles pour le Traitement Préventif Intermittent chez la femme enceinte ; le guide du relais communautaire à l'imprégnation des moustiquaires. Environ 6000 exemplaires de chacun de ces documents ont ainsi été distribués ; 4165 relais communautaires ont été formés à l'imprégnation des moustiquaires.

En matière de **recherche opérationnelle**, des études ont été réalisées par le PNLP ou avec la collaboration d'institutions nationales et internationales de recherche. Ainsi, les enquêtes paludométriques, les études sur la sensibilité du vecteur du paludisme aux insecticides et l'efficacité des antipaludiques ont été réalisées.

- **En 2003,**

Une enquête sur l'acceptabilité de la moustiquaire durablement imprégnée a été menée dans 6 districts de santé (Sa'a, Nylon, Nkogsamba, Lolodorf, Kousseri, Maga).

La même année, trois enquêtes sur l'évaluation de l'efficacité de l'amodiaquine (AQ), de la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) et leurs combinaisons (AQ+SP) ont été réalisées à Yaoundé, Bertoua et Garoua avec l'appui financier et technique de l'OMS, l'OCEAC et le Ministère Français de la Recherche. L'évaluation de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MI) dans 30 districts de santé dans les dix provinces du pays a été réalisée.

La sensibilité des vecteurs du paludisme aux insecticides a été évaluée dans 4 études dans les localités de Yaoundé, Maga, Gounougou (DS de Lagdo) et Tiko.

La caractérisation de *An gambiae* menée avec la collaboration de l'Université de Californie a démarré dans 30 sites sentinelles sélectionnés.

- **En décembre 2004,**

Une enquête de collecte des données de base pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme dans le cadre du projet « scaling up malaria prevention » a été

réalisée dans tout le pays grâce au financement du Fonds mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP).

- **En 2005,**

Deux études ont été menées sur la transmission du paludisme en zone de forêt (Essong) et en zone de savane (Mangoum) respectivement en juillet et en septembre. Ces études portaient sur les aspects entomologiques et parasito-cliniques de la transmission.

Des essais ont été réalisés dans quatre zones écologiques différentes (Loum, Djoum Akonolinga et, Ndop) sur quatre insecticides appartenant à deux classes différentes : la famille des pyréthriinoïdes (deltaméthrine, perméthrine et de lambda-cyhalothrine) et de la famille des organochlorés (DDT).

En Novembre, Yaoundé a abrité la quatrième conférence panafricaine de la MIM (Multilateral Initiative on Malaria) qui a réuni plus de 1500 participants originaires de 60 pays. Les avancées les plus récentes de la science et de la technologie appliquée à la recherche sur le paludisme y ont été débattues avec un accent sur leur application sur le terrain

- **En 2006,**

Des enquêtes paludométriques ont été réalisées dans trois zones écologiques différentes : Mangoum (Zone de savane en mai 2006), Essong (Zone forestière en mai 2006) et Lagdo (zone de savane en mars 2006).

Les enquêtes de sensibilité **des vecteurs aux insecticides** ont été réalisées à Bertoua et Santchou.

En mars, une enquête post-campagne de vaccination contre la rougeole et la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide a été réalisée par l'Institut National de la Statistique dans les trois provinces septentrionales du pays.

En mars 2006, une étude CAP sur la survie de l'enfant y compris l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide a été réalisée par le projet « Expanded Child Survival » dans 11 districts de santé des provinces du Centre, Est et Nord-Ouest.

Entre juin et juillet, une étude sur l'efficacité et la tolérance de la combinaison artésunate-amodiaquine pour le traitement du paludisme simple a été réalisée dans le district de santé de Ndop, zone de savane dans la province du Nord-Ouest.

En septembre, l'Enquête Nationale à Indicateurs multiples (MIC-3) est réalisée par l'Institut National de Statistique.

IV.3.4.2 Problèmes en matière de formation et de Recherche Opérationnelle

Il ressort de cette analyse que :

En matière de formation

- ✓ La formation à la prise en charge du paludisme n'a pas été systématisée. Les plans de formation prévus n'ont pas été exécutés, en fait les activités de formation ont été réalisées à la hauteur des financements mis à disposition pour l'exécution du projet « scaling up malaria prevention » et non comme le prévoyait le plan stratégique 2002-2006.

- ✓ La couverture nationale en recyclage du personnel aux nouvelles stratégies de prise en charge du paludisme est faible car le nombre actuel de personnels recyclés est environ le tiers du personnel de santé du secteur formel. En absence de financement, le recyclage du personnel de santé à la prise en charge du paludisme n'a effectivement démarré qu'en 2005 soit trois ans après le démarrage du plan stratégique en 2002.
- ✓ Il existe une multiplicité de documents de formation : Guide du formateur à l'imprégnation des moustiquaires, Guide du relais communautaire à l'imprégnation des moustiquaires, Guide de prise en charge du paludisme, Directives opérationnelles pour le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte, Directives opérationnelles pour l'utilisation des ACT, Le paludisme et la grossesse. Certains de ces documents ont été produits et insuffisamment diffusés d'autres n'existent qu'en version électronique. Il y en a qui sont traduits en anglais et d'autres pas. Cette multiplicité des documents rend la production coûteuse, la diffusion et l'exploitation par le prestataire difficile car les contenus se chevauchent. Cela suscite la nécessité de produire un document unique de prise en charge globale du paludisme pour tous les niveaux d'intervention.
- ✓ Par ailleurs la non existence d'un manuel du formateur à la prise en charge du paludisme n'uniformise pas le contenu des formations.
- ✓ La stratégie de formation en cascade est coûteuse et les délais de couverture nationale sont longs. Cependant cette stratégie responsabilise les différents niveaux de la pyramide sanitaire et facilite la supervision formative.
- ✓ Aucune formation en recherche opérationnelle n'a été réalisée tant au niveau des provinces et des districts qu'au niveau du personnel du PNLP
- ✓ Par ailleurs, l'existence de nombreuses écoles clandestines de formation des paramédicaux constitue une menace.

En matière de recherche

- ✓ Faible taux de réalisation des études planifiées. Le très grand nombre de ces études à réaliser était ambitieux et présageait déjà l'échec de leur mise en oeuvre. Par exemple, 30 études étaient planifiées sur l'efficacité des antipaludiques, 30 études sur la sensibilité des vecteurs aux insecticides, 30 études sur la rémanence des insecticides sur les matériaux traités ;
- ✓ Les études planifiées ont démarré tardivement probablement à cause d'une absence de financement. Ainsi la majorité des études s'est réalisée entre 2005 et 2006 grâce au financement du FMSTP ;
- ✓ Plus de la moitié des études réalisées l'étaient dans le domaine de l'entomologie probablement parce que le PNLP dispose d'un entomologiste expérimenté et aussi le fait que le programme a distribué massivement les moustiquaires pendant la mise en œuvre de ce plan stratégique. Cette situation imposait un monitoring permanent de la sensibilité des vecteurs aux insecticides et de la transmission de la maladie. Malgré tout le nombre d'études programmé dans ce domaine n'a pu être réalisé malgré la disponibilité des financements dans ce domaine dans le cadre du projet « scaling up malaria prevention » à partir de 2005. Ceci témoigne de la saturation de la capacité d'absorption des ces financements par le PNLP et suggère la contractualisation de certaines études à d'autres chercheurs et instituts expérimentés ;

- ✓ Peu de financements sont disponibles dans le cadre de la recherche en systèmes de santé ce qui a également expliqué le faible taux de réalisation des études programmées mais aussi l'absence de formation des intervenants en recherche opérationnelle ;
- ✓ Intérêt limité des professionnels de la santé de terrain à la recherche opérationnelle. En effet ceux –ci ne se préoccupent pas de la documentation de leurs activités sur le terrain.
- ✓ Ainsi, aucun projet de recherche émanant du terrain n'a été soumis au PNLP ou aux institutions nationales et internationales pour recherche de financement ;
- ✓ Peu d'études ont concerné la perception socioculturelle du paludisme et du vecteur du paludisme ;
- ✓ Insuffisance de personnels de santé formés à la formulation, conduite et analyse des projets de recherche opérationnelle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- ✓ Les sites sentinelles qui avaient été créés pour effectuer la surveillance et mener éventuellement la recherche opérationnelle n'ont pas été opérationnalisés.

Forces et opportunités en matière de formation et recherche

Au total, dans le domaine de la formation on note :

- L'existence des documents de base ;
- L'existence d'un pool de formateurs ;
- Une proportion non négligeable de prestataires a déjà été recyclée
- L'existence de nombreuses écoles officielles de formation du personnel para médical ;

Dans le domaine de la recherche :

- L'existence d'une collaboration entre le programme national de lutte contre le paludisme et les instituts de recherche (OCEAC, IMPM, FMSB, BTC) ;
- La mise en place du Réseau Africain sur la Gestion de la Résistance des Vecteurs aux Insecticides (ANVR) ;
- La mise en place du nouvel organigramme du Ministère de la Santé Publique avec création d'une Division de la Recherche Opérationnelle à la tête de laquelle un chef de division a été nommé ;
- La création de trois nouvelles facultés de médecine dans trois villes différentes

IV.3.4.3 Problèmes en matière de formation et de Recherche Opérationnelle :

La formation à la prise en charge du paludisme n'a pas été systématisée. Les plans de formation prévus n'ont pas été exécutés, en fait les activités de formation ont été réalisées à la hauteur des financements mis à disposition pour l'exécution du projet « scaling up malaria prevention » et non comme le prévoyait le plan stratégique 2002-2006.

La couverture nationale en recyclage du personnel aux nouvelles stratégies de prise en charge du paludisme est faible car le nombre actuel de personnels recyclés est environ le tiers du personnel de santé du secteur formel. En absence de financement, le recyclage du

personnel de santé à la prise en charge du paludisme n'a effectivement démarré qu'en 2005 soit trois ans après le démarrage du plan stratégique en 2002.

Il existe une multiplicité de documents de formation : Guide du formateur à l'imprégnation des moustiquaires, Guide du relais communautaire à l'imprégnation des moustiquaires, Guide de prise en charge du paludisme, Directives opérationnelles pour le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte, Directives opérationnelles pour l'utilisation des ACT, Le paludisme et la grossesse. Certains de ces documents ont été produits et insuffisamment diffusés d'autres n'existent qu'en version électronique. Il y en a qui sont traduits en anglais et d'autres pas. Cette multiplicité des documents rend la production coûteuse, la diffusion et l'exploitation par le prestataire difficile car les contenus se chevauchent. Cela suscite la nécessité de produire un document unique de prise en charge globale du paludisme pour tous les niveaux d'intervention.

Par ailleurs la non existence d'un manuel du formateur à la prise en charge du paludisme n'uniformise pas le contenu des formations.

La stratégie de formation en cascade est coûteuse et les délais de couverture nationale sont longs. Cependant cette stratégie responsabilise les différents niveaux de la pyramide sanitaire et facilite la supervision formative.

Aucune formation en recherche opérationnelle n'a été réalisée tant au niveau des provinces et des districts qu'au niveau du personnel du PNLP

Par ailleurs, l'existence de nombreuses écoles clandestines de formation des paramédicaux constitue une menace.

Il ressort de cette analyse que :

- ✓ Faible taux de réalisation des études planifiées. Le très grand nombre de ces études à réaliser était ambitieux et présageait déjà l'échec de leur mise en oeuvre. Par exemple, 30 études étaient planifiées sur l'efficacité des antipaludiques, 30 études sur la sensibilité des vecteurs aux insecticides, 30 études sur la rémanence des insecticides sur les matériaux traités ;
- ✓ Les études planifiées ont démarré tardivement probablement à cause d'une absence de financement. Ainsi la majorité des études s'est réalisée entre 2005 et 2006 grâce au financement du FMSTP ;
- ✓ Plus de la moitié des études réalisées l'étaient dans le domaine de l'entomologie probablement parce que le PNLP dispose d'un entomologiste expérimenté et aussi le fait que le programme a distribué massivement les moustiquaires pendant la mise en œuvre de ce plan stratégique. Cette situation imposait un monitoring permanent de la sensibilité des vecteurs aux insecticides et de la transmission de la maladie. Malgré tout le nombre d'études programmé dans ce domaine n'a pu être réalisé malgré la disponibilité des financements dans ce domaine dans le cadre du projet « scaling up malaria prevention » à partir de 2005. Ceci témoigne de la saturation de la capacité d'absorption des ces financements par le PNLP et suggère la contractualisation de certaines études à d'autres chercheurs et instituts expérimentés ;
- ✓ Peu de financements sont disponibles dans le cadre de la recherche en systèmes de santé ce qui a également expliqué le faible taux de réalisation des études programmées mais aussi l'absence de formation des intervenants en recherche opérationnelle ;

- ✓ Intérêt limité des professionnels de la santé de terrain à la recherche opérationnelle. En effet ceux –ci ne se préoccupent pas de la documentation de leurs activités sur le terrain.
- ✓ Ainsi, aucun projet de recherche émanant du terrain n'a été soumis au PNLP ou aux institutions nationales et internationales pour recherche de financement ;
- ✓ Peu d'études ont concerné la perception socioculturelle du paludisme et du vecteur du paludisme ;
- ✓ Insuffisance de personnels de santé formés à la formulation, conduite et analyse des projets de recherche opérationnelle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- ✓ Les sites sentinelles qui avaient été créés pour effectuer la surveillance et mener éventuellement la recherche opérationnelle n'ont pas été opérationnalisés.

Au total, dans le domaine de la formation on note :

- ✓ L'existence des documents de base ;
- ✓ L'existence d'un pool de formateurs ;
- ✓ Une proportion non négligeable de prestataires a déjà été recyclée
- ✓ L'existence de nombreuses écoles officielles de formation du personnel para médical ;

Dans le domaine de la recherche :

- ✓ L'existence d'une collaboration entre le programme national de lutte contre le paludisme et les instituts de recherche (OCEAC, IMPM, FMSB, BTC) ;
- ✓ La mise en place du Réseau Africain sur la Gestion de la Résistance des Vecteurs aux Insecticides (ANVR) ;
- ✓ La mise en place du nouvel organigramme du Ministère de la Santé Publique avec création d'une Division de la Recherche Opérationnelle en Santé à la tête de laquelle un chef de division a été nommé ;
- ✓ La création de trois nouvelles facultés de médecine dans trois villes différentes

IV.3.5 Analyse de la composante surveillance

IV.3.5.1 Etat de lieux, analyse des problèmes et constats

Pour collecter les données relatives à la morbidité et à la mortalité, les données du paludisme ont été introduites dans les outils du système de surveillance des maladies du PEV gérés par le PEV et celui des maladies à potentiel épidémique et prioritaire gérés par la DLM. Malgré ces acquis, l'exploitation de ces données par le PNLP est restée assez difficile, en raison d'un manque de conceptualisation d'un système de gestion intégrée des informations sanitaires et l'insuffisance de coordination des structures. Le Système National d'Information et de Gestion (NHMIS) géré par la Division des Etudes et des Projets (DEP), collecte aussi les données du paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, les outils ont été adaptés pour prendre en compte certaines données relatives à la lutte contre le paludisme notamment la gestion des nouveaux médicaments. Ces efforts d'intégration se sont avérés insuffisants pour permettre au PNLP de répondre à la demande pressante de ses bailleurs de fonds. C'est dans ce cadre que la cellule de monitoring et évaluation du bénéficiaire principal a été mise sur pied avec l'appui des trois programmes financés par le FMSTP, 9 nouveaux outils de collecte

des données et un logiciel de gestion (CRIS) au niveau provincial et central. 600 personnels de santé ont été formés à l'utilisation de ces nouveaux outils. Des connexions Internet par VSAT ont été installées au niveau de chaque DPSP.

Ce système est fonctionnel depuis 24 mois. Il permet au PNLP d'avoir des informations trimestrielles nécessaires pour le réajustement et la planification des activités.

Les grandes enquêtes telles que le MIS, EDS et le MICS qui se sont déroulées respectivement en 2004 et 2006 avec la participation du PNLP fournissent des informations importantes sur les principaux indicateurs et permettent au PNLP de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs d'Abuja. Les enquêtes localisées dans certaines provinces et réalisées par certains organismes comme ACMS et Plan Cameroun ou des chercheurs de l'Université de Buéa et Yaoundé I donnent des indications importantes sur les interventions ciblées.

Les leçons apprises et les bonnes pratiques sont partagées au PNLP et autres partenaires. Celles-ci peuvent servir d'encrage pour la mise en œuvre de ces interventions à grande échelle.

Quatre sites sentinelles ont été créés à Yaoundé, Buéa, Bamenda et Maroua pour assurer la détection précoce des épidémies et la riposte. Leur mission consiste aussi à assurer la surveillance de l'efficacité des antipaludiques, la pharmacovigilance et la sensibilité des anophèles aux insecticides. Leur fonctionnement demande des ressources humaines bien formées, des équipements et de la logistique. Toutes ces conditions ne sont pas encore remplies pour le démarrage effectif de ces sites.

IV.3.5.2 Problèmes en matière de surveillance

- Système national de surveillance intégrée des maladies transmissibles non fonctionnel ;
- Sites sentinelles créés mais non fonctionnels ;
- Création d'un système d'information sanitaire pour le paludisme indépendant du SNIS ;
- Personnels formés insuffisants à tous les niveaux ;
- Fonctionnement du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) insatisfaisant à tous les niveaux ;
- Données statistiques incomplètes et irrégulières provenant des formations sanitaires de 2^e et 3^e niveau de référence ;
- Enclavement de certains services de santé au niveau périphérique avec difficultés de collecte et acheminement des données sanitaires ;
- Absence d'un système technologique efficace de communication des données entre le niveau périphérique et intermédiaire ;
- Faible intérêt du personnel de santé à la collecte et exploitation des données sanitaires ;
- Supervision insuffisante à tous les niveaux ;
- Inadéquation des tracés de registres par rapport aux données attendues ;
- Absences de guides de remplissage des nouveaux outils de collecte
- Nombreux outils de collecte des données qui embrouillent les personnels ;
- Mauvais remplissage des outils de collecte des données à tous les niveaux ;

- Incohérences entre les fiches de collecte des données des formations sanitaires et des fiches de synthèse du service de santé de district ;
- Inadéquation des outils de collecte des données par rapport aux indicateurs attendus ;
- Absence d'audit de qualité des données à tous les niveaux ;
- Absence de planification, de programmation, de budgétisation et de suivi des activités de gestion d'informations sanitaires.

Les résultats ainsi obtenus ont permis de faire les constats suivants :

- Disponibilité des financements pour opérationnaliser les sites sentinelles d'Information ;
- Disponibilité des financements pour rendre performant le système de collecte et transmission intégrée des données ;
- Mise en place de registre harmonisé dans toutes les formations sanitaires ;
- Mise en place annoncée d'un Observatoire National de Santé Publique ;
- Mise en place annoncée de la surveillance intégrée des maladies transmissibles ;
- Mise en place annoncée du SNIS dans le cadre du réseau mondial de métrologie ;

IV.3.6 Analyse de la composante gestionnaire

IV.3.6.1 Etat des lieux, analyse des problèmes et constats

Le Ministère de Santé Publique a élaboré sa stratégie sectorielle de santé 2001-2010 avec les orientations stratégiques qui ont permis l'élaboration du plan stratégique de lutte contre le paludisme 2002-2006. A partir de ces deux documents, le ministère élabore au début de chaque année une feuille de route qui fait ressortir les différentes orientations stratégiques, les domaines d'intervention et les cibles à atteindre par les différents programmes prioritaires. C'est à partir de cette feuille de route que se déclinent les différentes activités à mettre en œuvre au niveau central, intermédiaire et opérationnel. Les plans d'action intégrés provinciaux et de district incluant les activités de lutte contre le paludisme sont ainsi élaborés et mis en œuvre.

Le système de suivi évaluation a été l'un des maillons faibles du précédent plan stratégique (2002-2006). Aucun plan national de suivi évaluation n'a été élaboré ni financé, par conséquent aucun outil de suivi évaluation n'a été élaboré, ni les personnels formés en la matière.

Cependant dans certaines provinces dont les programmes sont financés par les partenaires (UNICEF dans l'Adamoua, GTZ dans les provinces du Littoral, du Sud-Ouest et Nord-ouest, la coopération Belge dans l'Extrême Nord, la coopération française dans la province du Nord et Jura Suisse dans les départements de Mefou Afamba et Mefou Akono) des systèmes de monitoring ont été élaborés et mis en œuvre.

Depuis 2004 le PNLP avec l'appui financier et technique des partenaires tel que le FMSTP élabore annuellement les plans de suivi-évaluation de la mise en œuvre de ses activités.

Dans le domaine de la supervision de la lutte contre le paludisme, des outils de supervision ont été élaborés et quelques supervisions verticales réalisées par le niveau central

et le niveau intermédiaire pour suivre la mise en œuvre des activités liées à la distribution des moustiquaires imprégnées aux femmes enceintes, aux enfants de moins de cinq ans et visites domiciliaires réalisées pour les associations et ONGs. Au niveau des districts de santé, les supervisions verticales ont été réalisées en fonction des besoins des programmes (PEV, CNLS, PNLP).

Les problèmes identifiés en matière de gestion étaient les suivants :

- ✓ Absence de la budgétisation du plan de suivi évaluation dans les différents plans d'action ;
- ✓ Les outils de suivi évaluation non harmonisés ;
- ✓ Absence des financements pour le suivi évaluation ;
- ✓ Personnels non formés à la technique de supervision de suivi et d'évaluation ;
- ✓ Supervision et monitoring insuffisants à tous les niveaux ;
- ✓ Incompétence et qualification technique de certains superviseurs ;
- ✓ Réticence de certains supervisés par rapport aux qualifications académiques du superviseur ;
- ✓ Mauvaise perception de la supervision par les certains superviseurs et supervisés.

La mise en œuvre de ces activités nécessitera :

- ✓ Le financement du FMSTP disponible pour le renforcement de la supervision, suivi évaluation ;
- ✓ Le financement des fonds PPTTE disponible pour le renforcement de la supervision, suivi évaluation ;
- ✓ L'existence des outils de supervision et suivi évaluation dans certaines provinces et ceux élaborés par l'OMS Afro, FMSTP ;
- ✓ La mise en place annoncée du SWAP santé.

IV.3.7 Analyse de la composante partenariat

IV.3.7.1 Etat des lieux, analyse des problèmes et constats

Conformément aux orientations du Plan National Stratégique de Lutte contre le Paludisme 2002–2006, le partenariat dans la lutte contre le paludisme devait se développer selon les approches suivantes :

- ✓ Le renforcement du partenariat avec la communauté par l'intégration de la démarche participative dans les structures de dialogues existantes ou à créer ; en vue de la pérennisation de la lutte contre le paludisme dans ces communautés ; les communautés devaient participer à toutes les activités relatives à la lutte contre le paludisme, de la planification à l'évaluation en passant par l'exécution de la gestion ;

Dans ce cadre, la pérennisation de l'activité est presque assurée par le financement Fonds Mondial ; reste à emmener la communauté à s'approprier les actions de promotion de la lutte contre le paludisme afin qu'elles entrent dans les mœurs.

Les capacités des membres des ONG/associations ont été renforcées en planification et l'évaluation de leurs actions sur le terrain détermine le déblocage de la tranche suivante de rémunération.

- ✓ Le renforcement du partenariat entre les formations sanitaires publiques et privées pour la lutte contre le paludisme dans le cadre de la complémentarité et/ou de la contractualisation selon les indications inscrites dans la stratégie sectorielle de santé ;

Les formations sanitaires publiques et privées confessionnelles sont impliquées dans la mise en œuvre de la prise en charge du paludisme et à l'administration du TPI. Ce partenariat entre les formations sanitaires publiques et privées est encore à promouvoir dans le cadre du présent plan stratégique pour une complémentarité absolue.

- ✓ Le renforcement de la collaboration intersectorielle en vue de combiner, entre les différents secteurs, les interventions complémentaires permettant une lutte efficace contre le paludisme au niveau des communautés ;

Les ministères sociaux et assimilés doivent s'impliquer dans la promotion de la lutte contre le paludisme par la sensibilisation et la mobilisation sociale des communautés dont ces ministères ont la charge

- ✓ La redynamisation du Conseil Supérieur de la Santé devait rendre la collaboration intersectorielle effective, car cette collaboration est une des bases fondamentales de la mise en place du système de la lutte contre les vecteurs, notamment avec les services d'hygiène des municipalités. Il est à présent temps de faire jouer à cet organe son rôle régalien de coordination de l'intersectorialité. De même la coordination à l'intérieur du secteur santé devra être renforcée à travers le Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé qui devra à son tour renseigner le Conseil Supérieur de la Santé.

- ✓ Le renforcement de la collaboration avec les ONG, les associations nationales et internationales, et les opérateurs privés en vue de permettre une réalisation concertée des interventions sur le terrain par l'élaboration des accords de partenariat :

La Cameroon Coalition Against Malaria existe déjà mais son action doit prendre en compte tous les intervenants dans la promotion de la lutte contre le paludisme tels que les communautés, les prestataires de soins, les décideurs, les ONG/Associations, les secteurs publics apparentés, les collectivités publiques locales, le secteur privé industriel et commercial, les agences de développement bilatérales et multilatérales

- ✓ Le renforcement de la collaboration avec les partenaires en vue de mener des actions concertées et de mobiliser des fonds supplémentaires pour ces interventions ;
- ✓ Le Ministère de la Santé Publique devait mettre en place un cadre de concertation et de coordination de tous les partenaires extérieurs, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Il existe une gestion globale du partenariat au niveau de la Division de la Coopération du Ministère de la Santé Publique. Quelques conventions ont été passées en appui à la lutte contre le paludisme sans cadre véritablement défini et adapté aux besoins de terrain.

La mise en œuvre de ces actions nécessite :

- ✓ L'identification des partenaires potentiels susceptibles de participer à la lutte contre le paludisme ;
- ✓ La conduite d'un plaidoyer auprès desdits partenaires pour leur adhésion à la coalition nationale ;
- ✓ L'obtention du consensus sur le concept de partenariat et sur son opérationnalisation ;
- ✓ les plans d'action devront être confectionnés avec la participation de l'ensemble des partenaires identifiés à chaque niveau de la pyramide sanitaire ;
- ✓ Chacun sera rendu responsable de l'exécution des activités relevant de son domaine de compétence à inscrire dans la programmation générale.

IV.3.8 Analyse des capacités institutionnelles pour la mise en œuvre

Le renforcement des capacités institutionnelles a trait à l'organisation interne et la gestion du PNLP, à la mise en place des structures, infrastructures, équipements, personnel compétent, et textes adéquats pour la gestion du programme.

Lors de la mise en œuvre du plan stratégique 2002-2006 :

- ✓ l'organigramme du PNLP a été revu pour le rendre plus autonome, et axé vers la vision et les missions définies dans le plan stratégique ;
- ✓ les compétences nécessaires pour la réalisation des missions assignées au programme ont été identifiées et recrutées sur la base de termes de références précis;
- ✓ tous les niveaux du PNLP ont été dotés de moyens matériels et financiers nécessaires pour la mise en œuvre de ses missions ;
- ✓ des procédures gestionnaires efficaces, transparentes et décentralisées pour des actions rapides ont été mises en place par le recrutement d'un cabinet comptable indépendant;

Concrètement toutes ces actions se sont traduites par :

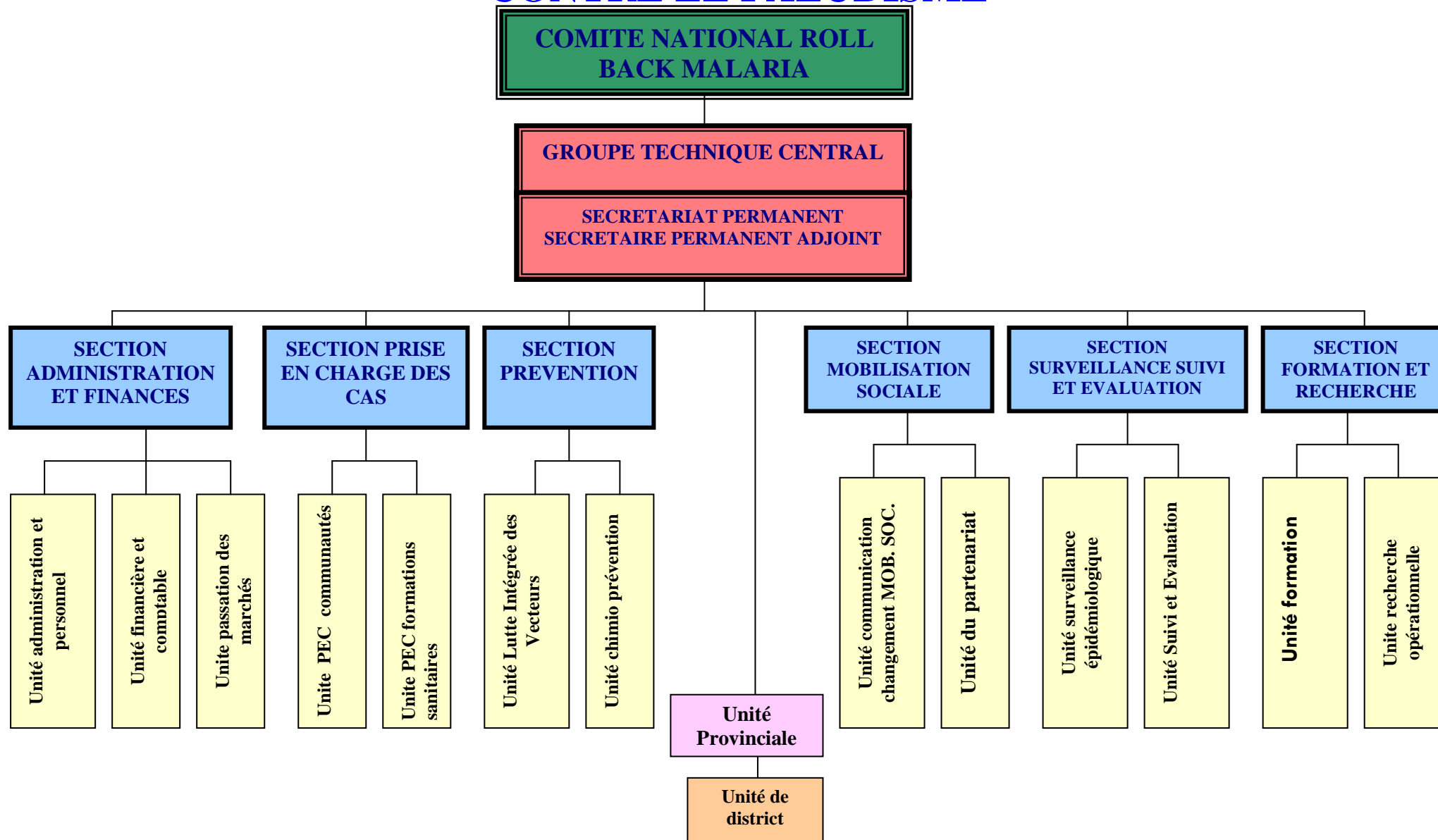
- ✓ la nomination du personnel aux postes prévus par la décision qui réorganise le Programme National de Lutte contre le Paludisme. Au niveau du GTC tous les postes de chef de section ont été pourvus et le personnel d'appui recruté. Au niveau des UPLP les chefs d'unités sont en place et les secrétaires ont été recrutés pour ces unités ;
- ✓ l'équipement de la structure du PNLP au niveau central et intermédiaire par la dotation de tous les niveaux en logistiques, bureautiques et informatiques jusqu'au niveau des services de districts de santé pour les ordinateurs. Au total 72

ordinateurs avec un nombre égal d'imprimantes et d'onduleurs ont été mis à la disposition du niveau périphérique pour compléter l'existant;

- ✓ l'achat de 14 véhicules pour le niveau central et intermédiaire pour le PNLP ;
- ✓ la formation continue du personnel du PNLP à la gestion. Dans ce domaine 3 comptables ont été formés à l'exploitation des logiciels de comptabilité et 2 Secrétaires formées pour plus de performance. Les cadres du programme ont été formés au management et suivi-évaluation de la lutte contre le paludisme.

Néanmoins il reste à mettre en place un cadre fonctionnel de supervision, de contrôle interne et externe et d'évaluation de l'action du PNLP.

ORGANIGRAMME DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



Chapitre V : Plan quadriennal 2007- 2010

V.1 Cadre logique

V.1.1 Vision

D'ici 2015, les objectifs de développement du Millénaire, relatifs au paludisme seront atteints. Le paludisme ne sera plus une cause majeure de mortalité. Il ne fera plus obstacle ni au développement économique et social ni à la croissance, nulle part dans le monde (Plan stratégique Mondial FRP 2005-2015)

V.1.2 Objectif général

Réduire de 50% la morbidité et la mortalité liées au paludisme en particulier dans les populations à risque d'ici 2010 .

V.1.3 Objectifs spécifiques

D'ici 2010 :

1. 80% des populations auront accès à un traitement approprié contre le paludisme ;
2. 80% des femmes enceintes auront accès à la prévention contre le paludisme
3. 80% de la population à risque aurait accès à une mesure de lutte anti vectorielle efficace, notamment les moustiquaires imprégnées d'insecticide et les aspersions intra-domiciliaires
4. 80% de districts de santé à potentiel épidémiques bénéficient d'une riposte adéquate

V.1.4 Résultats attendus

1. 80% des populations ont accès à un traitement approprié contre le paludisme ;
2. 80% des femmes enceintes ont accès à la prévention contre le paludisme ;
3. 80% des populations ont accès à une mesure efficace de lutte antivectorielle.
4. 80% de districts de santé à potentiel épidémique ont bénéficié d'une riposte adéquate.

V.2 Les axes stratégiques

V.2.1 Axes Stratégiques techniques

V.2.1.1 Axe stratégique I : Mise à échelle de la prise en charge du paludisme à domicile et dans les formations sanitaires

V.2.1.1.1 Approches stratégiques

Les approches stratégiques pour la prise en charge des cas de paludisme à domicile et dans les formations sanitaires ainsi que de la gestion des médicaments seront :

- Renforcement de la prise en charge correcte des cas de paludisme à domicile
- Renforcement de la prise en charge correcte des cas de paludisme dans les formations sanitaires
- Renforcement de la prise en charge correcte des cas de paludisme chez la femme enceinte
- Renforcement du Système National d'Approvisionnement en Médicament (SYNAME) en médicaments antipaludiques de qualité et en moyens de diagnostic à moindre coût.
- Renforcement du système de référence contre référence

La prise en charge des cas à domicile

- Prise en charge initiale à domicile dès l'apparition de la fièvre et/ou autre symptôme de paludisme simple par les familles, par l'utilisation des médicaments retenus par le PNLP à bonne dose.
- Renforcement des capacités des membres des structures de dialogue au suivi des activités de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) incluant le paludisme ;
- Sélection et renforcement des capacités des relais communautaires au suivi des activités de prise en charge du paludisme à domicile.
- Dotation des relais communautaires en médicaments retenus par le PNLP.
- Référence et contre référence des cas graves ou en cas d'échec thérapeutique.
- Communication pour le changement des comportements en faveur des comportements favorables à la prise en charge correcte des cas de paludisme à domicile.
- Renforcement du suivi/évaluation et de la supervision des activités de la prise en charge des cas à domicile

La prise en charge des cas dans les formations sanitaires

- Utilisation des méthodes classiques de diagnostic de paludisme dans les formations sanitaires ;
- Introduction progressive des méthodes diagnostiques immunologiques plus récentes si démontrées appropriées et pertinentes (Dipstick) pour le pays ;
- Utilisation systématique des protocoles de prise en charge du paludisme simple et grave, élaborés en consensus au niveau national ;
- Utilisation des médicaments antipaludiques retenus au niveau national comme efficaces pour la prise en charge du paludisme.
- Subvention d'un package comprenant la consultation, de diagnostic et le traitement du paludisme pour améliorer l'adhésion au protocole national de prise en charge
- Référence et contre référence des cas graves ou en cas d'échec thérapeutique.

La prise en charge du paludisme chez la femme enceinte :

- Utilisation des méthodes classiques de diagnostic de paludisme chez la femme enceinte ;
- Introduction progressive des méthodes diagnostiques immunologiques plus récentes si démontrées appropriées et pertinentes (Dipstick) pour le pays ;
- Utilisation systématique des protocoles de prise en charge du paludisme chez la femme enceinte, élaborés en consensus au niveau national ;
- Utilisation des médicaments antipaludiques retenus au niveau national comme efficaces et sans danger pour la prise en charge du paludisme chez la femme enceinte
- Prise en charge globale des cas de fièvre chez la femme enceinte (paludisme, anémie, VIH/SIDA, PTME, grossesses à risque, etc.)
- Référence systématique de tous les cas de fièvre chez la femme enceinte à domicile.

La mise en place d'une politique des médicaments

Il s'agira de renforcer le SYNAME en médicaments antipaludiques de qualité et en moyens de diagnostic accessibles à moindre coût.

- Mise en place d'une Politique thérapeutique efficace
- Acquisition et distribution des antipaludiques à moindre coût dans toutes les formations sanitaires et dans les pharmacies d'officines
- Acquisition et distribution des moyens de diagnostic aux formations sanitaires
- Former les gestionnaires des médicaments en gestion de stock des antipaludiques
- Instaurer les contrôles inopinés a fin d'éviter la vente illicite
- Contribuer au renforcement du système de pharmacovigilance
- Contribuer au renforcement du LANACOME
- Contribution au renforcement du système de référence contre référence

V.2.1.1.2. Mise en œuvre**a) Dans les formations sanitaires**

- **Renforcement des capacités des formations sanitaires en matériels de diagnostic du paludisme**

La capacité des formations sanitaires sera renforcée en moyens de diagnostic (microscopes, lames, lamelles, huile à immersion, réactifs, tests de diagnostic rapides,...) selon leurs besoins. Les personnels du laboratoire bénéficieront des formations/recyclages afin d'améliorer la qualité du diagnostic du paludisme.

- **Utilisation systématique des protocoles de prise en charge du paludisme**

Les protocoles de soins seront mis à la disposition des formations sanitaires, et leur utilisation sera supervisée par les responsables des districts de santé.

Les formations sanitaires à différents niveaux seront particulièrement responsables de la prise en charge du paludisme grave tel que défini dans le guide de Prise en Charge du Paludisme au Cameroun et dans le document des Directives pour la Gestion et l'Utilisation Rationnelle des antipaludiques (ACT) au Cameroun.

Le système de référence entre les formations sanitaires de base et les formations sanitaires de référence sera renforcé pour faciliter la prise en charge du paludisme grave, par la mise en place d'un système de communication autonome, d'un système de transport organisé avec la participation communautaire, et d'un système de financement local favorisant la prise en charge rapide des cas référés.

- **Renforcement de la formation continue du personnel des services de santé**

Le renforcement des structures sanitaires en personnel et en équipements de laboratoire sera indispensable en vue d'assurer le diagnostic correct du paludisme dans les formations sanitaires de base et de référence.

Les personnels des services de santé de base et de première référence seront formés/recyclés pour assurer une prise en charge correcte des cas de paludisme simple et grave.

- **Intégration des activités de prise en charge des cas de paludisme aux autres programmes de lutte contre la maladie**

La prise en charge du paludisme sera intégrée dans d'autres programmes de lutte contre la maladie (PCIME, nutrition, VIH/SIDA...)

- **Subvention d'un package d'intervention pour la prise en charge du paludisme**

Un package comprenant la consultation, le diagnostic et le traitement du paludisme simple sera subventionné pour améliorer l'adhésion au protocole national de prise en charge.

b) A domicile

Conformément aux directives sur la prise en charge du paludisme à domicile, cette stratégie sera lancée dans toutes les aires de santé du Cameroun..

La mise en œuvre de la stratégie de prise en charge du paludisme à domicile se fera en partenariat entre le Ministère de la Santé Publique et différents intervenants et acteurs. Tous les partenaires possibles seront identifiés et leurs rôles définis avant le démarrage des activités. Les personnes ressources seront identifiées et impliquées en fonction de leur domaine de compétence.

Dans chaque aire de santé un nombre équitable des relais communautaires sera choisis. Le relais communautaire doit résider et exercer une activité au sein de l'aire de santé, être âgé de 50 ans au plus, être disponible, avoir au minimum le niveau CM2 (cours moyen 2) ou class 6 (pour le système anglophone), posséder une capacité de communication, maîtriser la langue locale et respecter la représentativité géographique de l'aire. Les méthodes de sélection des relais communautaires seront définies en concertation avec tous les acteurs.

Dans chaque aire de santé, le responsable du CSI leader supervisera les activités des relais communautaires et accueillera les cas référés. Dans les cas où le CS leader est situé à plus de 5 kilomètres d'un village, le centre de santé intégré le plus proche sera responsable des activités des relais communautaires.

La formation des relais communautaires se fera en cascade. Les modules de formation seront adaptés et validés avant le début des formations. Les membres d'équipe cadre vont appuyer les formations qui se passeront dans chaque aire de santé.

Un kit de prise en charge du paludisme à domicile selon un protocole précis sera développé, diffusé largement et mis à la disposition des relais communautaires, principalement

à travers les pharmacies des formations sanitaires. Le kit familial renfermera les médicaments aux doses nécessaires pour une seule crise de paludisme, ainsi qu'un mini prospectus donnant des informations simplifiées sur le diagnostic de présomption du paludisme à domicile, les types de médicaments à utiliser et leurs posologies, la durée de traitement selon le médicament et les situations qui commanderaient d'amener ou de référer les malades vers les formations sanitaires. Des tests diagnostic rapides leur permettant de débiter le traitement sur des bases rationnelles seront mis à la disposition des relais communautaires où cela est nécessaire.

Les besoins en médicaments par aire de santé seront quantifiés par les responsables des CSI leaders qui assureront le réapprovisionnement des relais communautaires sur la base des besoins exprimés. Ces responsables des formations sanitaires périphériques feront viser les bons de commandes par le responsable du district de santé et les adresseront au CAPP.. Au début de l'activité, les relais communautaires recevront une dotation en médicaments et éventuellement en tests de diagnostic rapide. La gestion des stocks des médicaments sera assurée à travers les formations sanitaires et les prix de vente seront contrôlés.

Les antipaludiques seront dispensés aux malades après un diagnostic approprié. La prise en charge des cas sera initiée à domicile dès l'apparition de la fièvre et/ou autres symptômes de paludisme simple par les relais communautaires avec l'antipaludique recommandé, administré par voie orale selon les doses correctes, les intervalles optimums et la durée de traitement appropriée.

Des mécanismes de solidarité seront développés par la communauté pour assurer l'évacuation précoce des malades graves vers les formations sanitaires, et pour le système de santé de renforcer les structures d'accueil des formations sanitaires pour une bonne prise en charge des cas orienté ou les recours individuels. Dans ce cadre, les relais communautaires travailleront en collaboration étroite avec les responsables des centres de santé intégrés.

Un plan de plaidoyer et de communication sera élaboré à tous les niveaux par le PNLP et va cibler les décideurs, les partenaires et autres intervenants en matière de santé dans les communautés. La mobilisation sociale va continuer dans les groupes ciblés et les visites domiciliaires aideront à sensibiliser les communautés sur le traitement à domicile. L'usage judicieux des médicaments devra faire l'objet d'une grande part de l'information à donner aux populations en vue de limiter la chimiorésistance parasitaire, l'automédication et la vente illicite des antipaludiques.

Concernant la motivation des relais communautaires, chaque communauté identifiera les différentes formes de motivation. Les autres modalités de motivation des relais communautaires seront définies par le Ministre de la Santé Publique. Le relais communautaire doit exercer dans une zone géographique bien définie

Toutes les pratiques séculaires reconnues comme susceptibles de contribuer à la prise en charge du paludisme à domicile seront recensées, étudiées et celles reconnues efficaces seront largement encouragées et diffusées.

c) Chez la femme enceinte

- **Utilisation systématique des protocoles de prise en charge du paludisme chez la femme enceinte**

Les guides de prise en charge du paludisme chez la femme enceinte seront mis à la disposition des formations sanitaires, et leur utilisation sera supervisée par les responsables des

districts de santé. Les responsables des services de gynéco-obstétrique vont assurer la supervision de l'application des protocoles dans les hôpitaux centraux et généraux.

- **Renforcement de la formation continue du personnel des services de santé**

Les personnels des services de santé chargés du suivi des femmes enceintes seront formés/recyclés pour assurer une prise en charge correcte du paludisme chez la femme enceinte.

- **Intégration des activités de prise en charge des cas de paludisme aux autres programmes de lutte contre la maladie**

La prise en charge du paludisme chez les femmes enceintes sera intégrée dans d'autres programmes de lutte contre la maladie (VIH/SIDA, PTME, PEV...). Cette prise en charge intégrée sera offerte comme un paquet minimum des interventions pour les femmes enceintes lors des consultations prénatales recentrées et selon l'algorithme national spécifique pour les femmes enceintes. Cet algorithme sera intégré dans le module de formation en CPN recentrée. Ceci nécessitera une collaboration durable entre le PNLP et le Programme de Santé et Reproduction.

- **Référence systématique des cas de fièvre chez la femme enceinte à domicile.**

Chaque communauté sera responsable de référer tous les cas de fièvre chez la femme enceinte dans une formation sanitaire la plus proche ayant un plateau technique adéquat pour la prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né.

V.2.1.2 Axe stratégique II : Prévention du paludisme

V.2.1.2.1 Approches stratégiques

La lutte antivectorielle et le Traitement Préventif Intermittent chez la femme enceinte seront les deux approches stratégiques de la prévention.

V.2.1.2.1.1 La lutte antivectorielle

La lutte antivectorielle va être basée sur la stratégie de lutte intégrée contre les vecteurs. Les Aspersions Intra-domiciliaires (AID) et les MII seront les interventions principales. Elles seront complétées localement par d'autres interventions supplémentaires notamment la lutte anti-larvaire et l'assainissement de l'environnement (zones de grands travaux et zones d'irrigation, etc..).

a) Les Aspersions Intra Domiciliaires d'Insecticide

L'application des AIDs nécessitera au préalable le recueil d'un certain nombre d'informations épidémiologiques liées au comportement des vecteurs (endophilie, exophilie, endophagie, exophagie, ..), à leur statut par rapport aux insecticides (sensible ou résistant) et à la dynamique de la transmission (permanente, saisonnière).

La sélection des insecticides appropriés ainsi que la détermination du cycle de pulvérisation suivant les faciès épidémiologiques sont deux éléments clés de sa mise en œuvre.

- **Sélection des insecticides appropriés**

Les insecticides à utiliser lors de la mise en œuvre des AIDs seront ceux dont l'efficacité aura été prouvée sur les souches anophéliennes locales. Pour ce faire, il sera nécessaire d'étudier davantage la sensibilité des souches anophéliennes à différents insecticides et faire une cartographie du statut des souches testées. Les insecticides ayant une durée d'action plus longue seront utilisés. Il s'agit généralement des insecticides de la famille des organochlorés, des carbamates et des pyréthriinoïdes. Dans des zones de résistance croisée entre les insecticides appartenant à deux familles différentes d'insecticides (par exemple, pyréthriinoïdes et organochlorés), un insecticide d'une autre famille (à l'exemple des carbamates) sera utilisé pour gérer la résistance observée. Un document de directive sur l'application des AIDs, sera élaboré pour orienter les superviseurs et les équipes de lutte antivectorielle. Elle donnera également des informations sur les différents indicateurs de suivi et de résultats.

- **Cycles de pulvérisations**

Le nombre de pulvérisations annuel dépendra de plusieurs éléments, notamment la dose et la rémanence de l'insecticide utilisé, le type de supports et la durée de la transmission. En zone de savane et sahélienne où la transmission est saisonnière, un cycle d'aspersion sera réalisé chaque année contre deux en zone forestière où la transmission est permanente. Dans l'un et l'autre cas, les AIDs seront mises en œuvre avant le /les pic(s) de transmission du paludisme.

b) Les Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide

La Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide est une méthode de protection individuelle. Elle devient véritablement une méthode de lutte antivectorielle lorsqu'elle est utilisée à grande échelle dans les communautés. Les résultats actuels ont montré que la disponibilité des MII au sein de la population générale est encore faible. L'amélioration de la disponibilité des MII, du taux de couverture en MII et du taux d'utilisation des MII seront les principaux défis à relever pour en faire d'elles un moyen de lutte antivectorielle au même titre que les AIDs.

Les approches stratégiques de la mise en œuvre seront les suivantes :

- Renforcement de la disponibilité des MII dans les foyers ;
- Renforcement de la reimprégnation des MII conventionnelles existant encore dans les communautés ;
- Renforcement de la sensibilisation des communautés sur les MII ;
- Renforcement de la coordination des interventions sur les MII

V.2.1.2.1.2 Traitement Préventif Intermittent

Les approches stratégiques en vue de porter à échelle la chimioprévention seront les suivantes :

- a. Renforcement de la gestion des stocks et des approvisionnements ;
- b. Renforcement de la formation et du recyclage du personnel ;
- c. Renforcement de la communication sur le Traitement Préventif Intermittent (TPI) ;
- d. La recherche opérationnelle sur le TPI ;

V.2.1.2.2 Mise en œuvre

V.2.1.2.2.1 Aspersions Intra-domiciliaires

Des équipes de lutte antivectorielle seront constituées au sein des ONG/Associations/Comités de santé qui travaillent avec le PNLP dans le cadre de la promotion de la lutte contre le paludisme. Ces équipes seront formées sur les techniques des AIDs et les mesures de protection et de sécurité des insecticides. Les interventions sur le terrain seront suivies par une équipe de superviseurs de districts et des aires de santé également formés.

La mise en œuvre des AIDs se fera de manière progressive. Elle débutera dans les zones à transmission saisonnière où la couverture en MII est déjà satisfaisante et elle sera étendue progressivement aux autres zones à transmission pérenne en tenant compte de leur taux de couverture en MII. La combinaison des deux méthodes (AIDs + MII) permettra de réduire de moitié le cycle des aspersions intra- domiciliaries dans les zones à transmission pérenne. Par ailleurs, les capacités techniques et logistiques des districts de santé seront renforcées pour leur permette de conduire efficacement cette activité. Le secteur privé sera encouragé à entreprendre les AIDs là où il le pourra. Le Ministère de la Santé Publique assurera dans ce cas le rôle de supervision et d'évaluation. Il sera élaboré des outils de suivi et évaluation

V.2.1.2.2.2 Les Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide

Renforcement de la disponibilité des MII

a) Renforcement de l'approvisionnement en moustiquaires imprégnées d'insecticide

Les moustiquaires à longue durée d'imprégnation et pré-qualifiées par l'Organisation Mondiale de la Santé feront l'objet des commandes au cours de l'exécution de ce nouveau plan stratégique. L'acquisition de cette nouvelle génération de moustiquaire permettra de résoudre les problèmes liés à la réimprégnation des moustiquaires. Le renforcement du système d'approvisionnement contribuera à l'amélioration de la disponibilité de la MII à tous les niveaux. L'accent sera mis sur la diversification des sources d'approvisionnement (secteur privé commercial), l'identification des besoins quantitatifs et qualitatifs sur la base d'une couverture totale de la population à risque, l'anticipation sur les commandes, l'augmentation des ressources financières allouées à l'achat des MII et la capitalisation des expériences réussies dans l'approvisionnement et la distribution des MII.

La création d'usines locales de production des MII sera encouragée pour améliorer leur disponibilité. Par ailleurs le plaidoyer auprès des autorités financières nationales devra être renforcé afin d'aboutir à une exonération totale sur l'importation des MII et des différents intrants liés à la production des MII. Les Directives pour la promotion des MII disponibles au PNLP seront révisées et diffusées auprès des partenaires pour faciliter le respect des normes et standards.

b) Renforcement des mécanismes de distribution

Il s'agira de rendre la moustiquaire disponible au sein des ménages et à des prix subventionnés. Pour ce faire, une concertation avec les partenaires est nécessaire pour identifier les différentes stratégies les plus efficaces et pérennes. Les MII pourront être distribuées pendant des campagnes organisées et supervisées par les responsables sanitaires, ou couplées à d'autres activités telles que la Consultation Périnatale (CPN), la vaccination de routine (PEV+), la campagne de vaccination contre la rougeole, la supplémentation en Vitamine A, la vaccination contre la poliomyélite, campagne de déparasitage, et la semaine d'action de santé maternelle et infantile. Les expériences acquises au cours des campagnes 2006 et 2007 seront capitalisées lors de l'organisation de ces campagnes intégrées. Ces activités de distribution accélérée des MII, étant dévolues aux autres Programmes de santé, il sera nécessaire d'établir une collaboration dynamique à tous les niveaux pour une organisation adéquate.

Par ailleurs pour la mise à échelle des MII, les opérations de distributions de grande envergure, pourront être contractualisées avec des partenaires ayant une expérience avérée en la matière.

c) Campagne de réimprégnation des moustiquaires

Une masse critique de moustiquaires conventionnelles existe dans les communautés. Des campagnes de réimprégnation de masse des moustiquaires seront régulièrement organisées au niveau des aires de santé. Les unités d'imprégnation communautaires existantes seront mises à contribution au cours de ces campagnes. Par ailleurs, ces unités peuvent être approvisionnées en kits de réimprégnation de longue durée pour assurer l'imprégnation des moustiquaires n'ayant pas été imprégnées au cours des campagnes.

La mobilisation sociale gage de la réussite de ces campagnes sera assurée par les partenaires, les ONG/Associations ainsi que les Comités de Santé.

d) Amélioration de la communication sur les MII

Le volet communication sur les MII sera intégré dans le plan de communication du PNLP. Il pourra être développé par tous les partenaires en fonction de leur politique d'intervention. Toutes les stratégies de communication seront ainsi utilisées pour renforcer la communication pour le changement de comportement axée sur les avantages des moustiquaires imprégnées, la bonne utilisation et leur efficacité dans la prévention du paludisme.

e) **Coordination et suivi des interventions sur les MII**

La coordination et le suivi régulier de l'ensemble des interventions au niveau central et opérationnel permettront de lever les contraintes liées à la distribution des moustiquaires.

Les cadres de concertation seront renforcés et la supervision sera régulièrement effectuée par les différents acteurs. Le système de collecte des données sur les MII sera également amélioré en collaboration avec les services compétents du Ministère de la Santé Publique et les partenaires.

V.2.1.2.2.3 Le Traitement Préventif Intermittent

Renforcement de la gestion des stocks et de l'approvisionnement dans des formations sanitaires

La mise en œuvre effective du Traitement Préventif Intermittent nécessitera l'approvisionnement régulier des formations sanitaires en Sufadoxine-Pyriméthamine (SP).

Renforcement de la formation et du recyclage du personnel

Le personnel de santé et les commis de pharmacie seront formés à la stratégie du TPI. Cette formation portera sur le protocole de l'administration et la gestion des stocks des approvisionnements de la SP..

Renforcement de la communication sur le TPI

La communication sur le TPI est un élément fondamental de la réussite de la stratégie. Elle va cibler le personnel de santé et les femmes enceintes bénéficiaires. Les formations sanitaires seront dotées des affiches portant des informations sur les modalités d'administration du TPI (démarrage, et périodicité,...). La communication interpersonnelle sera mise en œuvre par les ONG/Associations lors des visites domiciliaires. Des dépliants seront remis aux femmes enceintes lors de ces visites.

Recherche opérationnelle sur le TPI

Malgré la disponibilité de la SP dans les formations sanitaire et la gratuité en cours, on observe que le taux de couverture reste en deçà des résultats escomptés. Une recherche opérationnelle sera nécessaire pour identifier les facteurs limitant, évaluer l'efficacité thérapeutique de la SP et proposer des solutions alternatives.

V.2.1.3 Axe stratégique III : Promotion de la lutte contre le paludisme par l'IEC /plaidoyer

V.2.1.3.1 *Approches stratégiques*

Le concours de tous les intervenants est une condition de réussite de toutes les actions d'IEC/plaidoyer.

V.2.1.3.1.1 Plaidoyer

Le plaidoyer sera fait à l'endroit des leaders (administratifs, politiques, traditionnels, religieux,..), les responsables des organes de presse, et les vedettes en vue de leur adhésion aux activités de lutte contre le paludisme.

V.2.1.3.1.2 Mobilisation Sociale

Elle consistera à emmener les ONG/Associations et les Organisations à Base Communautaire à initier et à mener des actions de lutte contre le paludisme dans leurs communautés respectives conformément aux directives du PNLN.

V.2.1.3.1.3 Communication pour le Changement de Comportement

Il s'agira d'emmener par une communication de proximité, la totalité des familles du Cameroun à mettre en pratique les mesures de lutte contre le paludisme préconisées par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

V.2.1.3.1.4 Renforcement des capacités

Les capacités des leaders, des ONG/Associations/OBC et des vedettes seront renforcées afin de permettre une implication efficace et efficiente à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

V.2.1.3.1.5 Adaptation du plan de communication intégré

Le plan de communication du Programme National Lutte contre le Paludisme sera adapté en fonction du plan national de communication intégré en faveur des programmes de santé.

V.2.1.3.2 Mise en œuvre**V.2.1.3.2.1 Le Plaidoyer**

Les leaders, les organes de presse ainsi que les vedettes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire seront identifiés. Des kits de plaidoyer développés à cet effet seront mis à leur disposition au cours des ateliers de formation et d'information. Des réunions seront tenues avec les leaders, les responsables d'organes de presse et les vedettes pour obtenir leur adhésion et susciter leur implication dans la lutte contre le paludisme. Un appui technique et logistique leur sera alloué pour leur permettre de jouer pleinement leurs rôles. Un suivi constant et permanent de leurs activités conditionnera la réussite de leur mise en œuvre.

V.2.1.3.2.2 Mobilisation sociale

Le fichier des ONG/Associations/OBC travaillant avec le PNLN sera mis à jour. Des ateliers d'information, de planification opérationnelle et de formation en techniques de communication interpersonnelle seront organisés dans les dix provinces, les districts et aires de santé. Les membres des OBC seront chargés d'effectuer des visites auprès des ménages au

cours desquelles l'information sur la prévention et la prise en charge du paludisme et les autres problèmes de santé seront donnés aux familles. Des visites de supervision seront organisées pour suivre la mise en œuvre des activités réalisées par les ONG/Associations ou OBC.

V.2.1.3.2.3 Communication pour le Changement de Comportement

La Communication pour le Changement de Comportement visera à induire au sein de la communauté des comportements favorables à la réduction de la morbidité et la mortalité liées au paludisme. En appui à cette stratégie, du matériel de communication sera produit et distribué jusqu'au niveau le plus périphérique de la communauté et diffusé dans les différents chaînes de radios et de télévision.

Des séances d'information/débats seront organisées dans les « clubs santé » des établissements, les ONG/Associations dans chaque aire de santé. Les journées de Lutte contre le paludisme seront commémorées dans chaque aire de santé. Une supervision constante permettra de suivre la mise en œuvre de cette activité sur le terrain.

V.2.1.3.2.4 Renforcement des capacités

Cinq personnes de chacune des aires de santé du Cameroun seront identifiées, formées et/ou recyclées. Des ateliers de trois jours seront organisés dans chacun des districts de santé du Cameroun à l'intention des personnels de santé, des membres des ONG/Associations, des COSA. L'atelier portera sur les techniques de communication et encadrement des populations.

V.2.2 Axes stratégiques d'appui

V.2.2.1 Axe stratégique IV : Surveillance épidémiologique, Suivi et Evaluation

V.2.2.1.1. Surveillance Epidémiologique

a) Approches stratégiques

En matière de surveillance épidémiologique, le paludisme fera partie des maladies retenues dans le système de surveillance intégrée des maladies transmissibles. Pour combler les insuffisances liées à ce système, et répondre aux exigences de certains bailleurs de fonds (FMSTP), le PNLP développera des outils adaptés pour la collecte des données. Ces outils seront réadaptés pour prendre en compte les nouvelles activités de lutte contre le paludisme notamment les aspersions intra-domiciliaires d'insecticide. .

L'opérationnalisation de sites sentinelles permettra d'assurer la détection et la riposte des épidémies de paludisme dans la zone septentrionale sahéenne et dans les zones d'altitude (de plus de 1500 m) à savoir les hauts plateaux de l'Ouest et la chaîne montagneuse du Manengoumba. De plus la surveillance de l'efficacité des antipaludiques, la pharmacovigilance, l'efficacité des aspersions intra-domiciliaires ainsi que la sensibilité des vecteurs aux insecticides seront menées dans ces sites.

b) Mise en œuvre

Le PNLP réadaptera les indicateurs et outils nécessaires pour la collecte des données sur le paludisme à incorporer dans le système nationale de surveillance intégrée des maladies

transmissibles. Il contribuera en outre au renforcement de ce système par la formation des intervenants à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, l'équipement en système d'exploitation et transmission des données et la mise en place des modalités de financement du système de gestion d'informations sanitaires.

Pour rendre opérationnel les sites sentinelles, ceux-ci seront réhabilités, équipés et dotés de personnels compétents. Ils collecteront à des intervalles réguliers des données de routine fiables et des enquêtes répétitives permettant de calculer des indicateurs sur la morbidité, la mortalité, l'efficacité des antipaludiques, la pharmacovigilance, l'efficacité des aspersions intra-domiciliaires, et la sensibilité des vecteurs aux insecticides afin d'orienter le cas échéant une prise de décision sur la de politique de traitement et prévention du paludisme.

V.2.2.1.2. Suivi et Evaluation

a) Approche stratégique

Les activités de lutte contre le paludisme seront incorporées dans les plans d'action pluriannuels et annuels des districts de santé en cohérence de la SSS actualisée.

La supervision et le suivi des activités de lutte contre le paludisme seront intégrées dans la supervision et le suivi programmés des formations sanitaires, selon le schéma classique en vigueur : supervision mensuelle de l'aire de santé par le district, trimestrielle du district de santé par le niveau intermédiaire et semestrielle du niveau intermédiaire par le niveau central.

L'évaluation des activités de lutte contre le paludisme sera incorporée dans l'ensemble de l'évaluation des plans opérationnels des niveaux districts de santé, intermédiaire et centrale. A ces niveaux, l'évaluation permettra de mesurer les progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme, afin de fournir une base factuelle pour la planification opérationnelle de l'année suivante.

La DLM assurera le suivi et l'évaluation des activités du GTC/RBM au niveau central. Le GTC/RBM et la DLM évalueront les activités du niveau intermédiaire, la DPSP et l'UPLP suivront évalueront les activités au niveau du district de santé qui à son tour suivra et évaluera les activités des aires de santé

Dans le cadre des projets financés par certains bailleurs de fonds, ceux-ci peuvent commanditer des évaluations externes.

Le rapport national d'évaluation annuelle et les plans d'action corrigés seront élaborés et présentés au Ministre de la Santé et à tous les autres parties prenantes.

b) Mise en œuvre

La micro planification des activités de lutte contre paludisme se fera à chaque niveau de la pyramide sanitaire (du niveau de l'aire de santé jusqu'au niveau central). Les activités de lutte contre le paludisme identifiées seront incorporées dans le plan de développement sanitaire des districts de santé. Les plans d'action de district seront consolidés pour constituer le plan d'action provincial de l'UPLP et intégrer au plan d'action de la délégation provinciale de la santé publique, et les plans d'action provinciaux des UPLP seront à leur tour consolidés et intégrés dans le plan d'action du GTC/RBM.

Les indicateurs de suivi, de supervision et d'évaluation seront liés aux objectifs du programme. Ils seront sélectionnés en fonction de leur validité, fiabilité et de leur aptitude à mesurer les changements dans les délais raisonnables, de la possibilité de leur interprétation et

de leur utilité pour les orientations stratégiques et opérationnelles du programme. Ces indicateurs permettront de mesurer les résultats des interventions de lutte contre le paludisme au niveau de la prise en charge des cas, la prévention, le changement de comportement des communautés et l'impact du programme sur la réduction de la mortalité et morbidité proportionnelle liées au paludisme.

Les différents outils de supervision, suivi et évaluation élaborés par le FMSTP et l'OMS/AFRO et ceux utilisés par certains partenaires sur le terrain seront harmonisés, adaptés et adoptés pour leur usage à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les personnels seront formés aux techniques de supervision, suivi et évaluation.

Les financements conséquents seront mis en place pour accompagner le processus gestionnaire.

V.2.2.2 Axe stratégique V : Processus gestionnaire

V.2.2.2.1. Approches stratégiques

La mise en œuvre de la lutte contre le paludisme nécessite un renforcement institutionnel du PNLP pour tenir compte des différents volets à conduire dans le cadre de cette lutte (prise en charge des cas, prévention, mobilisation sociale, recherche...), mais aussi des aspects de type partenariat (communautaire, multisectoriel, avec l'extérieur et autres).

Il s'agira d'assurer le renforcement des principes directeurs ci-après qui serviront de base pour l'action du PNLP sont :

- Leadership sur la lutte contre le paludisme
- Coordination
- Décentralisation
- Intégration
- Appui à la planification opérationnelle
- Participation communautaire
- Collaboration intersectorielle
- Promotion d'un partenariat multiforme
- Mobilisation des ressources
- Amélioration de la gestion
- Bonne gouvernance.

Le renforcement des capacités institutionnelles a trait à l'organisation interne et la gestion du PNLP, à la mise en place des structures, infrastructures, équipements, personnel compétent, et textes adéquats pour la gestion du programme.

V.2.2.2.2. Mise en oeuvre

Il s'agira :

- de Renforcer le PNLP à tous les niveaux en moyens matériels et financiers nécessaires pour la mise en œuvre de ses missions ;
- de mettre en place des procédures gestionnaires efficaces, transparentes et décentralisées pour des actions rapides à tous les niveaux;
- de mettre en place un cadre de supervision, de contrôle interne et externe et d'évaluation de l'action du PNLP à tous les niveaux.

V.2.2.3 Axe stratégique VI : Formation et Recherche opérationnelle

V.2.2.3.1 *Approches Stratégiques*

La formation initiale se poursuivra sur les nouvelles modalités de prise en charge notamment dans les facultés de médecine et les écoles de formation des personnels médico-sanitaires. L'approche de formation en cascade pourra utilement être complétée par l'autoformation notamment en raison de l'évolution vers la prise en charge à domicile. Ainsi les membres de la communauté devront être formés à la prise en charge du paludisme à domicile. Les principaux thèmes de formation seront par exemple:

- La prise en charge à domicile du paludisme
- La pharmacovigilance
- Le diagnostic du paludisme
- Les aspersion intra domiciliaires
- La méthodologie de la recherche opérationnelle pour les prestataires aux niveaux provincial et opérationnel.

V.2.2.3.2 *Mise en œuvre*

La stratégie de formation du personnel de santé sera une autoformation beaucoup plus que la formation actuelle en cascade. Cette autoformation des prestataires pourrait se faire à travers un manuel de formation sur la prise en charge globale du paludisme régulièrement mis à jour tous les deux ans et distribué à tous prestataires du secteur formel (privé et public, médecins, pharmaciens, infirmiers, délégués médicaux).

Le renforcement des capacités de gestion du programme au niveau central en gestion prévisionnelle des stocks, suivi évaluation, méthodologie de la recherche, lutte anti vectorielle, mobilisation sociale ou notamment l'interaction avec les collectivités territoriales décentralisées, gestion décentralisée et Sector Wide Approach (SWAp).

Les cibles de la formation à la prise en charge à domicile seront :

- Les responsables des associations des femmes
- Les membres des structures de dialogue
- Les volontaires communautaires
- Les tradipraticiens

- Les enfants dans les écoles
- Les pharmaciens
- Les leaders d'opinion (autorités traditionnelles, les religieux, etc...)

Les agents communautaires seront formés à la communication pour accroître l'utilisation des moustiquaires à longue durée d'imprégnation distribuées aux populations. Cette formation sera sous la responsabilité du district de santé.

Les élus municipaux, les services d'hygiène et d'assainissement, les communicateurs sont des acteurs pour lesquels il faut identifier les modules spécifiques de formation pour la lutte contre le paludisme.

Campagne d'information et de sensibilisation des professionnels du bois pour la confection des espaces de sommeil intégrant les nécessités de la moustiquaire

V.2.2.3.2.1 Recherche opérationnelle

V.2.2.3.2.1.1 Approche stratégique

La recherche opérationnelle répondra aux objectifs du programme et lui permettra d'améliorer l'efficacité de ses activités, de les adapter à l'évolution de la situation épidémiologique.

V.2.2.3.2.1.2 Mise en œuvre

Sa mise en œuvre nécessitera :

- La Création d'une plateforme des acteurs de la recherche sur le paludisme qui permettra aux chercheurs, aux responsables du programme et aux représentants des communautés de se rencontrer pour partager et échanger les informations sur les activités de recherche passées ou en cours, discuter des priorités de recherche dans le domaine de la lutte contre le paludisme, organiser la dissémination des résultats de recherche et les modalités d'intégration de ceux-ci dans la prise de décision. Cette plateforme pourra se doter d'un annuaire des acteurs et compétences, d'un répertoire des travaux de recherche, d'une page web et d'un bulletin de liaison (information sur les projets en cours, résultats, enjeux, défis, priorités).
- L'opérationnalisation des sites sentinelles permettra d'assurer la surveillance sentinelle (épidémiologie des résistances, prévalence...) et aussi des activités de recherche sur des thématiques identifiées par le programme (circuit d'approvisionnement en intrants de la lutte contre le paludisme, pharmacovigilance, efficacité des médicaments, l'impact de la communication sur le changement de comportement)
- La Création de deux sites pour la conduite d'essais cliniques (nouveaux médicaments, vaccins, diagnostic) dont un pour l'évaluation des candidats vaccins contre le paludisme.
- Les domaines prioritaires de la recherche seront :
 - ✓ Les aspersions intra domiciliaires
 - ✓ La prise en charge à domicile du paludisme
 - ✓ L'efficacité des antipaludiques et des insecticides utilisés au PNLP
 - ✓ Les tests de diagnostic rapide
 - ✓ Le circuit des intrants de la lutte contre le paludisme
 - ✓ Le paludisme chez la femme enceinte

- ✓ Le paludisme et la nutrition
- ✓ Les coûts économiques du paludisme
- ✓ Les analyses coût-efficacité des interventions de la lutte antipaludique
- ✓ Le traitement préventif intermittent chez l'enfant et la femme enceinte
- ✓ Les perceptions socioculturelles de la lutte contre le paludisme
- ✓ Perceptions socio professionnelles du personnel de santé des stratégies et directives du programme en matière de lutte contre le paludisme
- ✓ Les essais cliniques
- ✓ L'ethno médication et le paludisme
- ✓ Les plantes médicinales et la lutte contre le paludisme
- ✓ Evaluation de l'efficacité des insecticides disponibles sur le marché (aérosols, fumigènes, autres dispositifs, etc...)

V.2.2.4 Axe stratégique VII : Développement du partenariat pour la lutte contre le Paludisme

V.2.2.4.1 Approches stratégiques

L'axe partenariat dans la lutte contre le paludisme doit permettre de renforcer le partenariat avec la communauté, les formations sanitaires, les secteurs apparentés. Le Conseil Supérieur de la Santé doit jouer son rôle de coordination de l'action partenariale.

Le partenariat de la lutte contre le paludisme sera développé désormais dans le contexte de la stratégie partenariale globale validée par le Ministère de la Santé Publique. Dans ce cadre, les organisations de la société civile devront continuer à jouer leur rôle conformément au tableau 7.

V.2.2.4.2 Mise en œuvre

Le Conseil Supérieur de la Santé sera redynamisé et rendra la collaboration intersectorielle effective. Conformément aux exigences de l'approche sectorielle (SWAP Santé), le Ministère de la Santé Publique mettra en place un cadre de concertation et de coordination de tous les partenaires intérieurs et extérieurs.

Le partenariat avec la communauté devra être renforcé par l'intégration de la démarche participative dans les structures de dialogue existantes ou à créer ; en vue de la pérennisation de la lutte contre le paludisme dans ces communautés. Elles devront participer à toutes les activités relatives à la lutte contre le paludisme, de la planification à l'évaluation en passant par l'exécution de la gestion ;

Le cadre du partenariat entre les formations sanitaires publiques et privées devra être clairement défini pour la lutte contre le paludisme dans le sens de la complémentarité et/ou de la contractualisation selon les indications inscrites dans la stratégie sectorielle de santé ;

La collaboration intersectorielle en vue de combiner, entre les différents secteurs, les interventions complémentaires permettant une lutte efficace contre le paludisme au niveau des communautés sera encouragée;

Les ministères sociaux et assimilés devront s'impliquer davantage dans la promotion de la lutte contre le paludisme par la sensibilisation et la mobilisation sociale des communautés dont ces ministères ont la charge.

La collaboration avec les ONG, les associations nationales et internationales, et toutes sortes d'opérateurs permettra une réalisation concertée des interventions sur le terrain par l'élaboration des accords de partenariat formels.

La collaboration avec tous ces partenaires et les autres programmes de santé permettra de mener des actions concertées au profit des mêmes cibles et de mobiliser des fonds supplémentaires pour les interventions à base communautaire.

Les partenaires potentiels seront identifiés, à travers un recensement initial et une mise à jour régulière. Les procédures de leur implication dans les activités de lutte contre le paludisme seront arrêtées d'un commun accord conformément aux textes en vigueur.

Tableau 27 : Plan de Suivi et Evaluation du Plan Stratégique de Lutte contre le Paludisme 2007-2010

Résumé narratif	Indicateurs	Sources de données	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsable	Dissémination des résultats	Assomptions...
But : Réduire de moitié la morbidité et la mortalité liée au paludisme d'ici 2010	<ul style="list-style-type: none"> - Proportion des enfants de moins de cinq ans ayant le paludisme - Proportion de décès dus au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans 	DHS, MICS, MIS, Sites sentinelles	Enquête communautaire, Collecte continue des données	Chaque cinq ans / tous les ans	GTC/PNLP	Bulletin du PNLP, Rapports aux bailleurs, Réunion des partenaires	Il existe les activités efficaces et efficientes qui peuvent réduire la morbidité et la mortalité liée au paludisme.
Objectif 1 : 80% des patients atteints de paludisme bénéficient d'un traitement adéquat et efficace	Proportion des enfants de moins de cinq ans souffrant de paludisme ayant reçu un traitement approprié dans les 24 Heures qui suivent l'apparition de symptômes	DHS, MICS, MIS, Sites sentinelles	Enquête communautaire	Biennal	GTC/PNLP	Bulletin du PNLP, Rapports aux bailleurs, Réunion des partenaires	
Activité 1 : Mettre en place une politique thérapeutique efficace	proportion de personnes avec le paludisme simple ou grave qui reçoivent le traitement selon la politique thérapeutique	NHMIS, Sites sentinelles	Rapport mensuel, Rapport de suivi	Semestriel	GTC/PNLP		
Activité 2 : Acquérir et distribuer les antipaludiques à moindre coût dans toutes les formations sanitaires et dans les pharmacies d'officine	Pourcentage des formations sanitaires n'ayant pas eu de rupture de stocks >1 semaine des antipaludiques recommandés durant les trois derniers mois	NHMIS, DHS	Rapport mensuel, Enquête auprès des formations sanitaires	Semestriel	GTC/PNLP		

Résumé narratif	Indicateurs	Sources de données	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsable	Dissémination des résultats	Assomptions...
Activité 3 : Acquérir et distribuer les tests de diagnostic rapides aux formations sanitaires	Proportion de test de diagnostic distribués	NHMIS, DHS	Rapport mensuel, Enquête auprès des formations sanitaires	Semestriel	GTC/PNLP		
Activité 4 : Recyclage des prestataires au diagnostic et à la prise en charge des cas du paludisme	Proportion de prestataires formés	PNLP	Rapports de formation		GTC/PNLP		
Activité 5 : Former les gestionnaires des médicaments en gestion de stock des antipaludiques	Proportion de gestionnaires formés	PNLP	Rapports de formation		GTC/PNLP		
Activité 6 : Renforcement des capacités des relais communautaires et des responsables des structures de dialogue à la PEC du paludisme à domicile	Proportion de relais communautaires formés	PNLP	Rapports de formation		GTC/PNLP		
Activité 8 : Dotation des relais communautaires en médicaments antipaludiques et en tests de diagnostic rapides	proportion des ménages couverts par le PEC à domicile	MIS, DHS	Enquête communautaire		GTC/PNLP		

Résumé narratif	Indicateurs	Sources de données	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsable	Dissémination des résultats	Assomptions...
Objectif 2 : 80% des populations à risque dorment sous MII d'ici 2010	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de MII distribuées à la population à risque - Proportion de ménages disposant d'au moins 2 MII - Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MII - Proportion de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées. 	DHS, MICS, MIS	Enquête communautaire	Biennal	GTC/PNLP	Bulletin du PNLP Rapports aux bailleurs Réunion des partenaires	Dormant sous MII protège contre le paludisme
Activité 1 : Distribuer les moustiquaires imprégnées de longue durée aux ménages.	Nombre de MII distribuées	MIS, PNLP	Rapport mensuel, Rapport de campagne, rapport de suivi Enquête communautaire	Mensuel	GTC/PNLP		
Activité 2 : Réimprégner les moustiquaires ordinaires	Nombre des moustiquaires réimprégnées	MIS, PNLP	Rapport mensuel, rapport de suivi Enquête communautaire	Mensuel	GTC/PNLP		

Résumé narratif	Indicateurs	Sources de données	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsable	Dissémination des résultats	Assomptions...
Objectif 3 : 80% des maisons ont bénéficié de la pulvérisation intradomiciliaire d'ici 2010	Pourcentage de foyers protégés par AID	MIS, PNLN	Rapport d'activités ou Enquête communautaire	Annuel	GTC/PNLN	Bulletin du PNLN Rapports aux bailleurs Réunion des partenaires	Les AID diminuent la population des vecteurs et la transmission du paludisme
Activité 1 : Equiper les districts de santé en insecticide, en matériel de protection et de pulvérisateur	Nombre de districts de santé équipés	PNLN	Rapport d'activités ou Enquête communautaire	Annuel	GTC/PNLN		
Activité2 : Collecter les données épidémiologiques de base	Nombre de structures à pulvériser	PNLN	Rapport d'activités	Annuel	GTC/PNLN		
Activité 3 : Renforcer les capacités des intervenants et des districts de santé	Nombre d'équipes de lutte antivectorielle formées	PNLN	Rapports de formation	Annuel	GTC/PNLN		
Activité 4 : Sensibiliser les bénéficiaires pour leur adhésion aux AID	Nombre dépliants sur AID produits Nombre de mass média diffusant les messages sur AID	MIS ; PNLN	Bordereaux de livraison Rapport d'écoute Enquête communautaire	Annuel	GTC/PNLN		
Objectif 4 : 80% des femmes enceintes reçoivent un Traitement Préventif Intermittent	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu le TPI selon la politique nationale pendant leur dernière grossesse	MIS ou données de routine dans les formations sanitaires	Enquête communautaire	Biennal	GTC/PNLN	Bulletin du PNLN Rapports aux bailleurs, Réunion des partenaires	Le TPI protège la femme enceinte du paludisme et ses complications
Activité1 : Acquérir la SP pour femmes enceintes	Nombre de doses de SP acquises	CENAME	Bordereaux de livraison	Annuel	GTC/PNLN		
Activité2 : Produire les dépliants et affiches sur le TPI	Nombre des dépliants et affiches produits	PNLN	Bordereaux de livraison	Annuel	GTC/PNLN		

Résumé narratif	Indicateurs	Sources de données	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsable	Dissémination des résultats	Assomptions...
Activité 3 : Recycler les prestataires de soins sur le TPI	Nombre de prestataires recyclés	PNLP	Rapports de formation		GTC/PNLP		
Activité 4 : Distribuer la SP aux femmes enceintes	Nombre de femmes enceintes ayant reçues 2 doses de TPI pendant la grossesse	PNLP	Rapport mensuel, Rapport de suivi	Mensuel	GTC/PNLP		
Objectif 5 : 80% de la population ont accès à des informations sur la lutte contre le paludisme					GTC/PNLP	Bulletin du PNLP Rapports aux bailleurs Réunion des partenaires	
Activité 1 : Au moins 80% des ONG/Associations /OBC conventionnées auront initié/mené des actions de lutte contre le paludisme dans leurs communautés	Pourcentage des ONG/Associations /OBC conventionnées ayant initié/mené des actions de lutte contre le paludisme dans leurs communautés	MIS, PNLN	Rapport d'activités ou Enquête communautaire	Annuel	GTC/PNLP		
Activité 2 : 80% des ménages posséderont des supports de communication sur le paludisme	Pourcentage des ménages possédant des supports de communication sur le paludisme	MIS, PNLN	Rapport d'activités ou Enquête communautaire	Annuel	GTC/PNLP		
Activité 3 : 80% des mères ou nourrices sont capables de reconnaître les signes de danger chez un enfant fébrile de moins de 5 ans	Pourcentage de mères ou nourrices capables de reconnaître les signes de dangers chez un enfant fébrile de moins de 5 ans	DHS, MICS, MIS	Enquête communautaire	Biennal	GTC/PNLP		

V.3 Plan pluriannuel du plan stratégique et budget

Tableau 28 : Synthèse de la planification budgétaire du plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2007/2010

Axes stratégiques	Coût (en millions de FCFA)	Planification Financière (en million de francs CFA)					POURCENTAGE
		2007	2008	2009	2010	TOTAL	
PRISE EN CHARGE DES CAS A DOMICILE ET DANS LES FORMATIONS SANITAIRES	21 540	314,05	6 824,76	7 153,35	7 247,92	21 540,08	18%
PREVENTION	57 853	17 236,20	18 532,20	16 794,90	5 289,20	57 852,50	49%
MOBILISATION SOCIALE - IEC	14 392	5 054,10	2 144,00	4 612,40	2 581,00	14 391,50	12%
SURVEILLANCE, SUIVI ET EVALUATION	5 743	1 374,64	1 390,66	1 429,01	1 548,75	5 743,06	5%
PROCESSUS GESTIONNAIRE	5 731	1 355,40	1 355,40	1 664,40	1 355,40	5 730,60	5%
FORMATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE	9 693	-	2 749,40	4 572,20	2 371,50	9 693,10	8%
PARTENARIAT	2 061	466,00	500,00	555,00	540,00	2 061,00	2%
TOTAL PSNLP 2007-2010	117 012	25 800	33 496	36 781	20 934	117 011,84	100%

V.3.1 Axe stratégique I : Mise à échelle de la prise en charge du paludisme à domicile et dans les formations sanitaires

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût en millions de FCFA	Source de financement	Calendrier / Coût annuel (millions de FCFA)			
					2007/2010		2007	2008	2009	2010
R1 : 100% des formations sanitaires disposent continuellement des antipaludiques et des moyens de diagnostic de qualité et à moindre coût.										
1.1.1.	Achat et distribution des médicaments	PNLP-GTC	CENAME / PNLN	Nombre de livraison de médicaments livrés dans les formations sanitaires de la pyramide sanitaire.	0,0	FMSTP	0	0	0	0
1.1.2.	Achat, distribution et maintenance des microscopes	PNLP-GTC	PNLP/ UPLPCTPS/Laboratoire des FS	*Nbre de microscopes réceptionnés* Nbre de PV d'entretien des microscopes réalisés	612,5	BE	75	262,5	262,5	12,5
1.1.3.	Achat et distribution des lames et reactifs dans les formations sanitaires	PNLP-GTC	UPLP/ CENAME/ Laboratoires des FS	Nbre de lames réceptionnées dans chaque formation sanitaire	1 513,40	FMSTP	0	3 026,84	0	0
1.1.4.	Achat et distribution des tests de diagnostic rapides	PNLP-GTC	CENAME/ PNLN	Nbre de Tests réceptionnées dans chaque formation sanitaire	11 550,00	FMSTP et autres partenaires	0	3 500	3 850	4 200
1.1.5.	Subvention d'un package comprenant la consultation, de diagnostic et le traitement du paludisme pour améliorer l'adhésion au protocole national de prise en charge	PNLP	DOSTS, DPM, CENAME, PNLN	Nombre de malades ayant bénéficiés d'un package subventionné	6 000	BE et partenaires	0	0	3000	3000
Sous total 11					19 675,90		75,00	6 789,34	7 112,50	7 212,50
R2 : 100% des prescripteurs appliquent les protocoles nationaux de prise en charge des cas du paludisme										
1.2.1	Atelier d'adoption d'une nouvelle politique du traitement du paludisme chez la femme enceinte et de finalisation et adoption du guide de prise en charge des cas de Paludisme chez les femmes enceintes	PNLP-GTC	PNLP, FS Confessionnelles, autres partenaires	1 rapport d'atelier est élaboré et les guides de prises en charge adoptés.	5,4	FMSTP et autres partenaires	5,4	0	0	0
1.2.2	Intégration des protocoles de prise en charge du paludisme chez la femme enceinte dans le module de formation en CPN recentrée	PNLP, DSF	PNLP, DSF	Module final disponible	0					

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût en millions de FCFA	Source de financement	Calendrier / Coût annuel (millions de FCFA)			
					2007/2010		2007	2008	2009	2010
1.2.3	Dissémination des guides de prises en charges des cas de Paludisme chez les femmes enceintes y compris le module de formation en CPN recentrée	PNLP-GTC	PNLP et partenaires	4 guides de prises en charges sont mis à la disposition des FS	154,83	FMSTP et autres partenaires	154,83	0	0	0
1.2.4	Atelier d'élaboration du guide de diagnostic biologique	PNLP-GTC	PNLP, BTC, FMSB, CPC	1 guide de diagnostic biologique est disponible	4,6	FMSTP et autres partenaires	4,6	0	0	0
1.2.5	Production et diffusion des documents de prise en charge du Paludisme	PNLP-GTC	PNLP, BTC, FMSB, CPC, FS Confessionnelle	1 documents est produit et diffusé sur la prise en charge du Paludisme.	8,7	FMSTP et autres partenaires	8,7	0	0	0
1.2.6	Formation des personnels de santé sur la prise en charge intégrée de la femme enceinte	PNLP, DSF	DS, FS	Nombre de personnels formés	0					
1.2.7	Formation des personnels de santé sur la prise en charge intégrée de l'enfant (PCIME)	PNLP, DSF	DS, FS	Nombre de personnels formés	0					
Sous-total 1.2					173,53	0	173,53	0	0	0

R3 : Au moins 80% des agents relais communautaires appliquent correctement le protocole national de prise en charge du paludisme à domicile

1.3.1	Atelier d'élaboration du guide de prise en charge à domicile	PNLP-GTC / OMS	PNLP, BTC, FMSB, CPC, FS Confessionnelle	1 guide de prise en charge est produit	4,6	FMSTP et autres partenaires	4,6	0		
1.3.2	Atelier de finalisation et d'adoption du guide de prise en charge des cas de Paludisme à domicile	PNLP-GTC/OMS	PNLP, BTC, FMSB, CPC, FS Confessionnelle, CAPP, CENAME	1 guide de prise en charge est adopté	7,2	FMSTP BE	7,2	0		
1.3.3	Atelier d'élaboration des outils de collecte des données sur la prise en charge à domicile	PNLP-GTC	PNLP, OCASC, CEPCA	1 rapport d'atelier est élaboré et les outils de collecte disponibles.	4,6	FMSTP et autres partenaires	4,6	0		
1.3.4	Dissémination des outils de collecte des données sur la prise en charge des cas à domicile et autres intrants	PNLP-GTC	DPM / FS Confessionnelles	le nombre de guide reçu dans les ménages	13,7	FMSTP et autres partenaires	13,7	0,0	0,0	0,0
1.3.5	Mise en place des Kits de prise en charge à domicile	PNLP-GTC/OMS, DOSTS	PNLP, BTC, FMSB, CPC, FS Confessionnelle, CAPP, CENAME	le nombre de kits confectionné par an.	0,00	FMSTP et autres partenaires	0,0	0,0	0,0	0,0
Sous-total 1.3					30,10		30,10	0,00	0,00	0,00

R4 : La référence des cas est effective entre les différents niveaux de soins

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût en millions de FCFA	Source de financement	Calendrier / Coût annuel (millions de FCFA)			
					2007/2010		2007	2008	2009	2010
1.4.1	Atelier d'actualisation des directives nationales sur la référence	PNLP-GTC/OMS, DOSTS	DS, FS, communautés	Directives nationales sur la référence disponibles	5,43		0	0	5,43	0
1.4.2	Production et distribution des directives nationales sur la référence	PNLP-GTC/OMS	DS, FS, communautés	Nombre de documents des Directives nationales sur la référence produits; Nombre de document des Directives nationales sur la référence disséminée	0		0	0	0	0
1.4.3	Amener les communautés à organiser un système de référence- contre référence	PNLP-GTC/OMS, , DOSTS	DS, FS, communautés	Nombre d'aires de santé avec un système de référence opérationnel; Proportion des cas de paludisme référés; Nombre d'aires de santé avec un système de référence opérationnel; Proportion des cas de paludisme référés	0,0		0	0	0,0	0,0
Sous-total 1.4					5,4		0,0	0,0	5,4	0,0
R5: La pharmacovigilance des ACT et autres antipaludiques est assurée										
1.5.1	Produire les fiches de pharmacovigilance	PNLP-GTC/DPM	UPLP, DMO	Nombre des fiches de pharmacovigilance produites	PM					
1.5.2	Assurer la collecte des données de pharmacovigilance au niveau des sites sentinelles	PNLP-GTC/DPM	UPLP, DMO, FS	Taux de promptitude et complétude des rapports	PM					
Sous-total 1.5					0,0		0,0	0,0	0,0	0,0
R6 : Au moins 80% des antipaludiques sont contrôlés										
1.6.	Achat des Réactifs pour contrôle de qualité	PNLP-GTC/DLM	LANACOME/ CTPS	PV de réception des réactifs disponible dans les laboratoires des FS	141,7	FMSTP	35,4	35,4	35,4	35,4
Sous-total 1.6					141,7		35,4	35,4	35,4	35,4
TOTAL PRISE EN CHARGE DES CAS					20 027		314	6 825	7 153	7 248

V.3.2 Axe stratégique II : Prévention du Paludisme

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût en millions de FCFA 2007/2010	Source de financement	Calendrier / Coût annuel (millions de FCFA)			
							2007	2008	2009	2010
R1 : Les districts de Santé sont équipés en insecticides, en matériel de protection et de pulvérisation pour les AIDS										
2.1.1	Achat Matériel de protection (combinaison, masque, bottes....)	PNLP-GTC	PNLP,DEP	Nombre de DS équipés	205,2	IADM/autres partenaires	61,2	99,6	44,4	0
2.1.2	Achat Bendiocarb	PNLP-GTC	PNLP,DEP	Nombre de DS approvisionnés en insecticides	69,1	IADM/autres partenaires	2,1	38,4	28,6	0
2.1.3	Achat Deltaméthrine ou lambdacyalothrine WP	PNLP-GTC	PNLP,DEP	Nombre de DS approvisionnés en insecticides	1016,6	IADM/autres partenaires	294,5	403	319,1	0
2.1.4	Achat Insecticide (2ème cycle pulvérisation)	PNLP-GTC	PNLP,DEP	Nombre de DS approvisionnés en insecticides	1016,6	IADM/autres partenaires	294,5	403	319,1	0
2.1.5	Achat Pulvérisateurs à pression préalable	PNLP-GTC	PNLP,DEP	Nombre de DS approvisionnés en insecticides	1539	IADM/autres partenaires	459	747	333	0
	Sous-total 2.1				3846,5		1111,3	1691	1044,2	0
R2 : Les capacités de mise en oeuvre des Programmes d'activité dans les districts de Santé sont renforcées.										
2.2.1	Achat véhicule	PNLP-GTC	PNLP,DEP	Nombre de DS équipés en véhicules	2443,9	IADM/autres partenaires	912,9	828	703	0
2.2.2	Achat carburant	PNLP-GTC	PNLP,DEP	Carburant disponible	214	BE	40,8	76,8	96,4	0
2.2.3	Maintenance	PNLP-GTC	PNLP,DS	Nombre de véhicules maintenus	33,4	IADM/autres partenaires	12,8	11,3	9,3	0
	Sous-total 2.2				2691,3		966,5	916,1	808,7	0
R3 : Les districts de Santé sont dotés d'une cartographie avec des données épidémiologiques de base sur les vecteurs.										
2.3	Cartographier et dénombrer les structures (ménages, abris) dans les districts de santé	PNLP-GTC /	PNLP, Institut national de cartographie	Une cartographie de collecte des données épidémiologiques de base sur les vecteurs est disponible	154,8	IADM/autres partenaires	41,8	63,6	49,4	0
	Sous-total 2.3				154,8		41,8	63,6	49,4	0
R4: Les données entomologiques et cliniques sont disponibles										
2.4.1	Collecte des données entomologiques et cliniques	PNLP	PNLP, OCEAC, BTC, partenaires	1 base de données entomologique et clinique disponible	405,6	IADM/autres partenaires	101,4	101,4	101,4	101,4
2.4.2	Compilation et analyse des données	PNLP-GTC	PNLP, DEP, partenaires	1 base de données épidémiologiques sur les vecteurs disponible	85,5	IADM/autres partenaires	25,5	41,5	18,5	0
	Sous-total 2.4				491,1	0	126,9	142,9	119,9	101,4
R5: Les magasins de stockage et bassins de stockage des résidus sont disponibles et fonctionnels.										

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût en millions de FCFA 2007/2010	Source de financement	Calendrier / Coût annuel (millions de FCFA)			
							2007	2008	2009	2010
2.5.1	Construction de magasins de stockage	PNLP	PNLP/UPLP, DEP	Nombre de magasins de stockage disponibles et fonctionnels	855	IADM/autres partenaires	255	415	185	0
2.5.2	Construction de Bassins de stockage de résidus	PNLP	PNLP/UPLP, DPE	Nombre de bassins de stockage de résidus disponibles et fonctionnels	256,5	IADM/autres partenaires	76,5	124,5	55,5	0
2.5.3	Construction des Cases expérimentales pour le contrôle de qualité	PNLP	PNLP/UPLP, DPE	Nombre de cases expérimentales disponibles et fonctionnels	3	IADM/autres partenaires	3	0	0	0
Sous-total 2.5					1114,5		334,5	539,5	240,5	0
R6: Les outils de sensibilisation des bénéficiaires pour leur adhésion aux aspersions intra domiciliaires (AID) sont disponibles et diffusés.										
2.6	Organisation d'un atelier pour l'élaboration d'un dépliant de sensibilisation sur les AIDs	PNLP	PNLP, DLM, et partenaires	rapport de l'atelier disponible	2,3	IADM/autres partenaires	2,3	0	0	0
Sous-total 2.6					2,3	0	2,3	0	0	0
R7: L'utilisation des moustiquaires est vulgarisée à tous les niveaux, et les techniques de réimprégnation bien maîtrisées par les communautés.										
2.7.1	Acquisition MII	PNLP	PNLP, DPE, OMS et Partenaires	Nombre de moustiquaires réceptionnées	40484	FMSTP /PPTTE et autres partenaires	12145,2	12145,2	12145,2	4048,4
2.7.2	Distribution MII	PNLP	PNLP, ACMS, PLAN, OMS, UNICEF	Proportion de moustiquaires distribuées	2024,4	FMSTP/PPTTE et autres partenaires	607,3	607,3	607,3	202,5
2.7.3	Acquisition des Kits de réimprégnation	PNLP	PNLP, ACMS, PLAN, OMS	Nombre de kits d'imprégnation réceptionnés	1491,3	FMSTP/PPTTE et autres partenaires	447,4	596,5	447,4	0
2.7.4	Organisation des campagnes d'imprégnation et de réimprégnation de masse	PNLP	PNLP, DLM, ACMS, OMS, UNICEF et partenaires	Nombre de moustiquaires imprégnées /reimprégnées	1941	FMSTP/PPTTE et autres partenaires	578,9	942,1	420	0
2.7.5	Révision et production des directives sur les MII	PNLP	PNLP, DLM, OMS, UNICEF et partenaires	document des directives disponibles	10	BE	10	0	0	0
2.7.6	Diffusion du document des directives sur les MII	PNLP	PNLP, UPLP, OMS et partenaires	Nombre de documents distribués	1	BE	1	0	0	0
Sous-total 2.7					45951,7	0	13789,8	14291,1	13619,9	4250,9
R8: La distribution du TPI est vulgarisée à tous les niveaux.										
2.8.1	Achat de la Sulfadoxine Pyriméthamine	PNLP	PNLP, DEP, CENAME et partenaires	Nombre de comprimés de SP réceptionnées	1164,1	BE/FMSTP et autres partenaires	278,7	287	295,1	303,3
2.8.2	Achat des gobelets	PNLP	PNLP, DEP, DSF, OMS, UNICEF	Nombre de gobelets achetés	2436,2	BE/FMSTP et autres partenaires	584,4	601	617,2	633,6
Sous-total 2.8					3600,3		863,1	888	912,3	936,9
TOTAL AXE PREVENTION					57 852,50		17 236,20	18 532,20	16 794,90	5 289,20

V.3.3 Axe stratégique III Promotion de la lutte contre le paludisme par l'IEC /plaidoyer

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût (en millions de FCFA)	Source de Financement	Planification Financière (en million de francs CFA)			
							2007	2008	2009	2010
R1	D'ici 2010, 80 % de leaders politiques, religieux, administratifs et traditionnels apportent leur appui à la promotion de la lutte contre le paludisme									
	Adapter et valider le plan de communication intégrée				35		0	35		
	Effectuer un plaidoyer pour la mobilisation des fonds				30			10	10	10
3.1.1	Identifier les leaders à tous les niveaux de la pyramide nationale	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nombre de leaders identifiés par an	0	PPTE Partenaires	0		0	
3.1.2	Organiser un atelier d'élaboration des kits de plaidoyer sur l'implication des décideurs dans la lutte contre le Paludisme	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Spécimen de kit de plaidoyer disponible	21	GTC/PNLP	7	7	7	
3.1.3	Produire des kits de plaidoyer pour les décideurs	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nbre de kits de plaidoyer produits	96	PPTE Partenaires	48		48	
3.1.4	Distribuer les kits de plaidoyer aux décideurs	GTC/PNLP		Nbre de kits de plaidoyer distribué/Nbre produit	16		8		8	
3.1.5	Organiser avec les décideurs locaux des ateliers d'informations, de Plaidoyer et de planification de 1 jour : 10 dans les provinces, 170 dans les districts, 1549 dans les aires de santé	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nbre de réunions réalisées/Nbre prévu	2391		1 196		1195	
3.1.6	Fournir des supports de sensibilisation aux chefs et leaders communautaires : 400 mégaphones/tamtams/Gongs, 1 549 000 dépliants... (un matériel est évalué à)	GTC/PNLP	GTC/PNLP / UPLP	Nbre de supports fournis/nbre prévu	1014		507		507	
3.1.7	Organiser une visite/ trimestre de suivi/supervision des activités de Plaidoyer à tous les niveaux / 10 dans les provinces, 170 dans les districts, 1549 dans les aires de santé	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nbre de visites trimestrielles organisé/nbre prévu, type d'appui apporté par le leader	2512		628		628	1256
Sous-total 3.1					6115	0	2394	52	2403	1266
R2. D'ici 2010, impliquer systématiquement au moins une vedette/ambassadeur local dans les 10 provinces et dans 85 districts de santé										

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût (en millions de FCFA)	Source de Financement	Planification Financière (en million de francs CFA)			
							2007	2008	2009	2010
3.2.1	Identifier les vedettes	GTC/PNLP	Le chargé de l'IEC à tous les niveaux	Nbre de vedettes identifiées	-	L'identification des leaders se fait une fois pour toutes : budgétisation en une fois				
3.2.2	Prendre contact avec elles pour obtenir leur adhésion	GTC/PNLP		Nbre de contacts noués	-		Les contacts se nouent au cours des supervisions : non budgétisés à nouveau			
3.2.3	Soutenir les tournées de vedettes	GTC/PNLP	Le chargé de l'IEC à tous les niveaux	Nbre de tournées réalisées	184		46	46	46	46
Sous-total 3.2					184		46	46	46	46
R 3- D'ici 2010, 95 % d'organes de presse et assimilés sont impliqués dans la promotion de la lutte contre le paludisme										
3.3.1	Identifier tous les organes de presse et assimilés en activité sur l'étendue du territoire national (crieurs, radios, TV, Presse écrite, sites internet, téléphonie mobile)	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nbre d'organes de presse et assimilés identifié	0					
3.3.2	Organiser un atelier d'élaboration des dossiers de presse pour les organes de presse et assimilés	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Spécimen de kit de plaidoyer disponible	14		7		7	
3.3.3	Produire 15 000 dossiers de presse		Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nombre de kits produits/nbre d'organes de presse identifié	10		5	0	5	0
3.3.4	Distribuer les kits de plaidoyer coût de distribution) 75 francs en moyenne par kit)	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nbre de kits distribué/nbre produit	6		0	3	3	0
3.3.5	Organiser 20 ateliers de formation pour les responsables des organes de presse et assimilés	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nombre d'ateliers organisés/nbre prévu	0		0	0	0	0
3.3.6	Fournir l'appui nécessaire aux organes de presse pour la sensibilisation : bandes, cassettes, Mégaphones etc	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nombre d'organes de presse appuyé/nbre identifié ; type et quantité de matériel fourni /Type/nbre prévu	200		50	50	50	50
3.3.7	Produire des spots et microprogrammes en langues locales	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association,	Nombre de spots et microprogrammes produit en langue	80		40		40	

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût (en millions de FCFA)	Source de Financement	Planification Financière (en million de francs CFA)			
							2007	2008	2009	2010
			CSSD)							
Sous-total 3.3					310		102	53	105	50
R 4 - D'ici 2010, 95% d'ONG/ ASS et OBC impliquées dans la lutte contre le paludisme maintiendront une bonne qualité d'activités										
3.4.1	Remettre à jour la liste des ONG/associations à tous les niveaux	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nbred'ONG opérationnelles/nbre identifiées	0		La mise à jour de la liste des ONG/Associations se fait lors de la première supervision trimestrielle : ne pas budgétiser une deuxième fois			
3.4.2	Organiser au moins 1 atelier de 3 jours d'information, de planification opérationnelle et de formation en techniques de communication interpersonnelle avec les partenaires sociaux dans les 10 provinces, les 170 districts et 1549 aires de santé	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nbre d'étaliers tenu/nbre prévu	662		346		316	
3.4.3	Apporter un appui technique, financier et en matériels de sensibilisation aux ONG /Associations et autres organisations communautaires	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nbre d'ONG/ASS AYANT RECU L'APPUI/Nbre d'ONG opérationnelles	285		250			35
3.4.4	Elaboration des contrats avec Associations	PNLP	PNLP/UPLP	Nombre d'associations retenues	1026	FMSTP et autres partenaires	306	498	222	
Sous-total 3.4					1973,00	0	902	498,00	538,00	35,00
R 5 - D'ici 2010, 50%de Mairies seront impliquées dans la lutte contre le paludisme										
3.5.1	Méner un plaidoyer auprès de 50% de Mairies									
3.5.2	Organiser au moins 1 atelier de 3 jours d'information, de planification opérationnelle et de formation en techniques de communication interpersonnelle avec les personnels des mairies	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nbre d'étaliers tenu/nbre prévu	480		120	120	120	120
3.5.3	Apporter un appui technique, financier et en matériels de sensibilisation aux Mairies	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nbre d'ONG/ASS AYANT RECU L'APPUI/Nbre d'ONG opérationnelles	1000		250	250	250	250
Sous-total 3.5					1480	0	370	370	370	370
R6 : D'ici 2010, 100 opérateurs économiques apporteront leur contribution pour la lutte contre le paludisme.										
3.6.1	Identifier les opérateurs économiques	GTC/PNLP	Le Chef UPLP	Nombre d'opérateurs	0	PPE				

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût (en millions de FCFA)	Source de Financement	Planification Financière (en million de francs CFA)			
							2007	2008	2009	2010
	dans les 10 provinces		(Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	économiques identifiés par province		Partenaires				
3.4.2	Contacteur les opérateurs économiques pour solliciter leur engagement/contribution				0		0	0		
3.4.3	Distribuer les kits de plaidoyer aux opérateurs économiques	GTC/PNLP		Nbre de kits de plaidoyer distribué/Nbre produit	0		0	0		
3.4.4	Enregistrer leur contribution	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nbre de réunions réalisées/Nbre prévu	0		0	0		
3.4.5	Rendre compte de la gestion des contributions des opérateurs économiques				0		0	0		
Sous-total 3.6					0	0	0	0	0	0
R7 : D'ici 2010, 60% de familles mettent en pratique les mesures de prévention du Paludisme.										
3.7.1	Organiser un atelier d'élaboration des messages et supports adaptés	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)		18		9		9	
3.7.2	Produire des supports de communication	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nbre et type de supports produits/nbre prévu	540		270		270	
3.7.3	Distribuer des supports de communication				0		0	0	0	0
3.7.4	Mettre à disposition 1000 dépliants par aire de santé	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)		0		0	0	0	0
3.7.5	Indemnités des visites domiciliaires	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)		0		0	0	0	0

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût (en millions de FCFA)	Source de Financement	Planification Financière (en million de francs CFA)			
							2007	2008	2009	2010
3.7.6	Au moins un dépliant/famille - 1 affiche/CS et bureau santé	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nbre de dépliants distribué/Nbre produit	0		0	0	0	0
3.7.7	Coller au moins 1 grande affiche à toute place publique importante dans chaque district de santé	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nbre d'affiches collées/nbre produit	8		2	2	2	2
3.7.8	Organiser une séance d'informations/débats par trimestre sur la lutte contre le paludisme dans les écoles, les clubs et les ONG/Associations par aire de santé	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nbre de séance d'information organisé/nbre prévu	1860		279	527	527	527
3.7.9	Organiser les activités de la journée africaine de lutte contre le paludisme dans chaque district de santé	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nbre de campagnes organisé/nbre prévu, niveau de retention du message/message diffusé; niveau de mise en pratique du retenu	140		35	35	35	35
3.7.10	Diffuser au moins une fois/jour sur les radios locales et la TV un message sur le Paludisme et insérer des messages de promotion de la lutte contre le paludisme dans les journaux		Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nbre de message diffusé/nbre prévu, niveau de retention du message/message diffusé; niveau de mise en pratique du retenu	1000		250	250	250	250
	Sous-total 3.7				3566		845	814	1093	814
R8 : Les outils de sensibilisation des bénéficiaires pour leur adhésion aux aspersions intra domiciliaires (AID) sont disponibles et diffusés.										
3.8.1	Impression et ventilation des dépliants		PNLP et partenaires	Nombre de dépliants produits et distribués	342	FMSTP et autres partenaires	102	166	74	0
3.8.2	Production des spots Audio	PNLP et Partenaires	PNLP et partenaires	Nombre de PV de réception des spots radio produits	7,5	FMSTP et autres partenaires	0	2,5	2,5	2,5
3.8.3	Productions des spots Télévisuels	PNLP et Partenaires	PNLP et partenaires	Nombre de PV de réception des spots Télé produits	18	FMSTP et autres partenaires	0	6	6	6
3.8.4	Diffusion des messages dans les masses média (10 Radios à sélectionner)	PNLP et Partenaires	PNLP et partenaires	Nombre de spots radio/communiqués diffusés	15	FMSTP et autres partenaires	0	5	5	5

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût (en millions de FCFA)	Source de Financement	Planification Financière (en million de francs CFA)			
							2007	2008	2009	2010
3.8.5	Diffusion des messages dans les masses média (3 chaînes Télé à sélectionner)	PNLP et Partenaires	PNLP et partenaires	Nombre de spotts TV/ communiqués diffusés	45	FMSTP et autres partenaires	0	15	15	15
Sous-total 3.8					427,5		102	194,5	194,5	194,5
R9 : La distribution du TPI est vulgarisée à tous les niveaux.										
3.9.1	Production des dépliants	PNLP et Partenaires		Nombre de dépliants produits	100	FMSTP et autres partenaires	50	0	50	0
3.9.2	production des affiches	PNLP et Partenaires		Nombre de d'affiches produites	14,8	FMSTP et autres partenaires	7,4	0	7,4	0
3.9.3	diffusion des affiches et dépliants	PNLP et Partenaires		Nombre de d'affiches distribuées	0	FMSTP et autres partenaires	0	0	0	0
3.9.4	Prétests des affiches	PNLP, BTC, FMSB, CPC, FS Confessionnelle	PNLP, BTC, FMSB, CPC, FS Confessionnelle	1 rapport de prétest des affiches disponible	2,7	FMSTP et autres partenaires	2,7	0	0	0
Sous-total 3.9					117,5		60,1	0	57,4	0
R10 D'ici 2010, 80 % de personnel de santé et des membres des COSA ont des capacités renforcées en accueil et encadrement des membres de la communauté dans le cadre de la lutte contre le Paludisme										
3.10.1	Identifier 5 personnes par aire de santé à former/recycler				0		0	0		
3.10.2	Organiser un atelier de formation/recyclage du personnel et des membres de COSA ou tout autre volontaire sur l'accueil et l'encadrement des populations et les techniques de la CIP	GTC/PNLP	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nbre d'ateliers organisé/nbre prévu ; Nbre de personnels opérationnels/nbre formé, nbre de séance organisé par le personnel etvolontaire formé sur nbre planifié, niveau de retention et demiseen pratique des messages transmis par les membres des COSA, témoignage des membres de la communauté surlecomportement du personnel formé	646		335	311		
Sous-total 3.10					646,00		335,00	311,00	0,00	0,00
TOTAL PROMOTION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME PAR IEC/PLAIDOYER					14 391,50		5 054,10	2 144,00	4 612,40	2 581,00

V.3.4 Axe stratégique IV : Surveillance épidémiologique

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût en Millions de FCFA	Source de Financement	Calendrier / Coût annuel (millions de FCFA)			
							2007	2008	2009	2010
R1 : Le système d'information sanitaire est renforcé à tous les niveaux										
4.1.1	Atelier d'harmonisation des outils de collecte des données	PNLP	DLM, DEP, PEV, DPSP, SSD, Resp. des FS, ONSP	Outils réadaptés disponibles	1,8	MINSANTE, FMSTP, Partenaires	1,8	0	0	0
4.1.2	Transport pour la collecte et la transmission des données des aires de santé	DRH	DEP, DRFP, DLM, PNLP, ONSP, PEV, DPSP, SSD, Resp. FS	Taux de promptitude et complétude	223,04	MINSANTE, FMSTP, Partenaires	55,76	55,76	55,76	55,76
4.1.3	Transport pour la collecte, synthèse et transmission des données des districts de santé	DRH	DEP, DRFP, DLM, PNLP, ONSP, PEV, DPSP, SSD, Resp. FS	Taux de promptitude et complétude	42	MINSANTE, FMSTP, Partenaires	10,5	10,5	10,5	10,5
4.1.4	Produire et distribuer les outils réadaptés	DLM	PNLP, DEP, PEV, DPSP, SSD, Resp. des FS, ONSP	Outils disponibles dans les formations sanitaires	2,3	MINSANTE, FMSTP, Partenaires	2,3	0	0	0
4.1.5	Reprographie des outils de collecte et transmission des données	DLM	PNLP, DEP, PEV, DPSP, SSD, Resp. des FS, ONSP	Outils disponibles dans les formations sanitaires	4,6	MINSANTE, FMSTP, Partenaires	2,3	2,3	0	0
4.1.6	Produire un bulletin épidémiologique mensuel	ONSP	DLM, PNLP, DEP, PEV, DPSP, SSD, Resp. des FS,	Nombre de bulletins produits par an	9	MINSANTE, OMS, partenaires	3	3	3	0
Sous-total 4.1					282,74		75,66	71,56	69,26	66,26
R2 : Des sites sentinelles sont fonctionnels										
4.2.1	Réhabiliter et équiper les sites sentinelles en matériel technique et de fonctionnement	PNLP	OMS, DEP, DPSP, SSD, FS	Nombre de sites sentinelles réhabilités et équipés	160	MINSANTE, FMSTP, OMS, Partenaires	40	40	40	40
4.2.2	Mener une analyse de la situation du système de pharmacovigilance par un consultant	PNLP	DROS, IMPM, OCEAC, Universités, RACTAP, DPSP, SSD	Rapport d'analyses disponibles	3,7	MINSANTE, FMSTP, Partenaires	3,7	0	0	0
4.2.3	Reprographie et distribution des fiches de signalisation des effets indésirables	PNLP	DROS, IMPM, OCEAC, Universités, RACTAP, DPSP, SSD	Fiches disponibles dans les formations sanitaires	6,04	MINSANTE, FMSTP, Partenaires	1,51	1,51	1,51	1,51
4.2.4	Organiser deux réunions annuelles du comité national de pharmacovigilance	PNLP	DROS, IMPM, OCEAC, Universités, RACTAP, DPSP, SSD	Rapport de réunion disponible	4,8	MINSANTE, FMSTP, Partenaires	0	1,6	1,6	1,6
4.2.5	Appuyer la mise en place de la réponse en cas d'épidémie dans les zones sahéliennes et de montagne	PNLP	DLM, ONSP, DPSP, SSD	Nombre d'épidémies détectées et maîtrisées à temps	160	MSP, OMS, partenaires	40	40	40	40
Sous-total 4.2					334,54		85,21	83,11	83,11	83,11

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût en Millions de FCFA	Source de Financement	Calendrier / Coût annuel (millions de FCFA)			
							2007	2008	2009	2010
R3 : L'évaluation de la mise en œuvre du PNSLP 2007-2010										
4.3.1	Atelier d'élaboration et d'adaptation des outils de suivi et évaluation	PNLP et Partenaires	PNLP et partenaires	1 rapport de l'atelier d'élaboration et d'adaptation des outils d'évaluation	2,95	FMSTP et autres partenaires	2,95			
4.3.2	Data collection	MSP	PNLP, Consultant, Partenaires	Rapport d'évaluation disponible et exploité par toutes parties prenantes	51,02	MINSANTE, FMSTP, OMS, Partenaires	0	25,51	0	25,51
4.3.3	Supervision	MSP	PNLP, Consultant, Partenaires	Rapport d'évaluation disponible et exploité par toutes parties prenantes	54,56	MINSANTE, FMSTP, OMS, Partenaires	0	27,28	0	27,28
4.3.4	. Data entry	MSP	PNLP, Consultant, Partenaires	Rapport d'évaluation disponible et exploité par toutes parties prenantes	17,1	MINSANTE, FMSTP, OMS, Partenaires	0	8,55	0	8,55
4.3.5	Analysis	MSP	PNLP, Consultant, Partenaires	Rapport d'évaluation disponible et exploité par toutes parties prenantes	10,26	MINSANTE, FMSTP, OMS, Partenaires	0	5,13	0	5,13
4.3.6	Report	MSP	PNLP, Consultant, Partenaires	Rapport d'évaluation disponible et exploité par toutes parties prenantes	3,42	MINSANTE, FMSTP, OMS, Partenaires	0	1,71	0	1,71
4.3.7	feed back of midterm evaluation results to partners/stakeholders	MSP	PNLP, Consultant, Partenaires	Rapport d'évaluation disponible et exploité par toutes parties prenantes	8,55	MINSANTE, FMSTP, OMS, Partenaires	0	3,99	0	4,56
	Sous-total 4.4				147,86		2,95	72,17	0	72,74
SUIVI - EVALUATION										
R4: Les activités de lutte contre le paludisme sont incorporées dans les plans d'action des districts de santé										
4.4.	Elaborer le plan national stratégique 2011 - 2015 du Programme National de lutte contre le Paludisme	PNLP	DLM, ONSP, DPSP SSD	Le PSNLP 2011 – 2015 est disponible	50	MSP, OMS, partenaires				50
	Sous-total 4.4				50		0	0	0	50
R5 : La supervision intégrée prend en compte les activités										
4.5.1	Participer à l'harmonisation des outils de supervision intégrée	DLM	PNLP, DPSP, SSD, Resp. des FS, Partenaires, PEV, CNLS, PNLT	Outils harmonisés de supervision disponibles	39	MINSANTE, FMSTP, OMS, Partenaires	39	0	0	0
4.5.2	Supervision du niveau intermédiaire par le niveau central	GTC/PNLP	DLM, DPSP, SSD	Nombres de supervisions effectuées	80	MINSANTE, FMSTP, OMS, Partenaires	20	20	20	20
4.5.3	Supervision du niveau opérationnel par le niveau intermédiaire	DPSP/UPLP	, DPSP, SSD	Nombres de supervisions effectuées	167,04	MINSANTE, FMSTP, OMS, Partenaires	41,76	41,76	41,76	41,76
4.5.4	Supervision par les ECD	UPLP/EC	DS ;AS et FS	Nombres de supervisions effectuées	208,8	MINSANTE,	52,2	52,2	52,2	52,2

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût en Millions de FCFA	Source de Financement	Calendrier / Coût annuel (millions de FCFA)			
							2007	2008	2009	2010
		D				FMSTP, OMS, Partenaires				
	Sous-total 4.5				494,84		152,96	113,96	113,96	113,96
R6 : Le suivi des activités de lutte contre le paludisme est régulièrement effectué										
4.6.1	Suivi du niveau intermédiaire par le niveau central	GTC/GTC	DLM, DPSP, SSD Resp. FS	Nombre de missions de suivi effectuées	80	MINSANTE, FMSTP, OMS, Partenaires	20	20	20	20
4.6.2	Suivi du niveau opérationnel par le niveau intermédiaire	DPSP/UP LP	DLM, DPSP, SSD Resp. FS	Nombre de missions de suivi effectuées	167,04	MINSANTE, FMSTP, OMS, Partenaires	41,76	41,76	41,76	41,76
4.6.3	Suivi par les SSD	ECD	DLM, DPSP, SSD Resp. FS	Nombre de missions de suivi effectuées	208,8	MINSANTE, FMSTP, OMS, Partenaires	52,2	52,2	52,2	52,2
4.6.4	Appuyer les districts à l'évaluation annuelle des activités de lutte contre le paludisme	DPSP/UP LP	DLM, DPSP, SSD Resp. FS	Nombre de DS évalués	196	MINSANTE, FMSTP, OMS, Partenaires	49	49	49	49
4.6.5	Appuyer les DPSP à l'évaluation annuelle des activités de lutte contre le paludisme	GTC/PNL P	DLM, DPSP, SSD Resp. FS	Nombre de DS évalués	33,6	MINSANTE, FMSTP, OMS, Partenaires	8,4	8,4	8,4	8,4
4.6.6	Evaluation annuelle des activités de lutte contre le paludisme au niveau national	GTC/PNL P	DLM, DPSP, SSD Resp. FS	Nombre de DS évalués	22,4	MINSANTE, FMSTP, OMS, Partenaires	5,6	5,6	5,6	5,6
4.6.7	Evaluation de la sensibilité des vecteurs aux carbamates et autres insecticides	PNLP	PNLP, partenaires	rapport d'évaluation disponible	147,6	IADM/autres partenaires	36,9	36,9	36,9	36,9
4.6.8	Test d'efficacité (contrôle de qualité)	PNLP	PNLP, BTC, FMSB, CPC, FS Confessionnelle	nombre des tests effectués	12	IADM/autres partenaires	3	3	3	3
4.6.9	Réaliser une étude sur la rémanence des insecticides sur différents supports	PNLP	PNLP, BTC, FMSB, CPC, FS Confessionnelle	1 rapport d'étude de la rémanence des insecticides sur différents supports	18	FMSTP et autres partenaires		6	6	6
4.6.10	Organiser une visite annuelle de suivi dans les 10 provinces, 170 districts et 1549 aires de santé			Nbre de visites trimestrielles organisées/nbre prévu, type et nombre de messages diffusés, niveau de compréhension, de rétention et mise en pratique des messages diffusés	1372		343	343	343	343
4.6.11	Organiser une visite de suivi/supervision par trimestre auprès des ONG/Associations et organisations communautaires	GTC/PNL P	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nbre de visites de supervision/nbre prévu ; nbre de séance de sensibilisation organisée par chaque ONG/nbre prévu, niveau de rétention et de mise en pratique des messages diffusés par les ONG	240		60	60	60	60

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût en Millions de FCFA	Source de Financement	Calendrier / Coût annuel (millions de FCFA)			
							2007	2008	2009	2010
				.Témignage des populations en faveurs des ONG/Associations						
4.6.12	Organiser une visite de suivi/supervision par trimestre auprès de 50% de Mairies	GTC/PNL P	Le Chef UPLP (Président du COSA, président du COSADI ou ONG/Association, CSSD)	Nbre de visites de supervision/nbre prévu ; nbre de séance de sensibilisation organisé par chaque ONG/nbre prévu, niveau de retention et de mise en pratique des messages diffusés par les ONG .Témignage des populations en faveurs des ONG/Associations	1600		400	400	400	400
4.6.13	Organiser deux réunions annuelles du partenariat	GTC/PNL P	Tous les partenaires	Nbre de réunions tenues	144	ETAT +PARTENAIRES	24	24	48	48
4.6.14	Missions de contrôle	PNLP, IGSP, DOSTS	DS, FS	Nombre de missions conduites	191,64		14	0	88,82	88,82
4.6.15	Organiser deux réunions annuelles du comité national de Pharmacovigilance	PNLP-GTC/DP M	PNLP, DPM	2 Rapports de réunions annuelles sont élaborés	0	FMSTP et autres partenaires	0	0	0	0
	Sous-total 4.6				4433,08	0	1057,86	1049,86	1162,68	1162,68
TOTAL SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE					5743,06	0	1374,64	1390,66	1429,01	1548,75

V.3.5 Axe stratégique V : Processus gestionnaire

Objectif N°V: Renforcer le processus gestionnaire en relation avec les activités liées au paludisme

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût en millions de FCFA	Source de financement	Calendrier / Coût annuel (millions de FCFA)			
					2007/2010		2007	2008	2009	2010
R1 : Les ressources humaines du PNLP sont renforcées à tous les niveaux										
5.1.1	recrutement de personnel d'appui spécifique	PNLP-GTC	PNLP	Nombre du personnel recruté	0	FMSTP et autres partenaires	0	0	PM	0
5.1.2	Assurer le paiement des indemnités et salaires à tous les niveaux	PNLP-GTC	PNLP		1586400000	FMSTP et autres partenaires	396600000	396600000	396600000	396600000
Sous-total 5.1					1 586 400 000	0	396 600 000	396 600 000	396 600 000	396 600 000
R2 : Le PNLP est renforcé en matériel, équipements et logistique à tous les niveaux										
5.2.1	Doter les structures en équipements	PNLP-GTC	PNLP		309000000	FMSTP et autres partenaires	0	0	309000000	0
5.2.2	Assurer la maintenance des équipements	PNLP-GTC	PNLP		160000000	FMSTP et autres partenaires	40000000	40000000	40000000	40000000
Sous-total 5.2					469 000 000		40 000 000	40 000 000	349 000 000	40 000 000
R3: La coordination des activités est effective à tous les niveaux										
5.3	tenu des réunions de coordination à tous les niveaux	PNLP-GTC	PNLP		3032000000	FMSTP et autres partenaires	758000000	758000000	758000000	758000000
Sous-total 5.3					3 032 000 000		758 000 000	758 000 000	758 000 000	758 000 000
R4 : Le fonctionnement des structures est assuré										
5.4		PNLP			643200000	FMSTP et autres partenaires	160800000	160800000	160800000	160800000
Sous-total 5.4.					643200000		160800000	160800000	160800000	160800000
TOTAL PROCESSUS GESTIONNAIRE					5 730 600 000		1 355 400 000	1 355 400 000	1 664 400 000	1 355 400 000

V.3.6 Axe stratégique VI : Formation et recherche opérationnelle

Objectif n°6 : Péreniser les capacités du Pays en matière de recherche sur le Paludisme d'ici à 2010

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût en millions de FCFA	Source de financement	Calendrier / Coût annuel (millions de FCFA)				
					2007/2010		2007	2008	2009	2010	
R1: Une plateforme des acteurs de la recherche sur le paludisme est créée											
6.1.1	Mener une enquête pour identifier tous les chercheurs et organismes intervenant dans la lutte contre le paludisme	DROS,GTC	UPLP, Universités	Rapport d'enquête	118,7	FMSTP, OMS, BE, Partenaires		79,1			39,6
6.1.2	Organiser un atelier regroupant tous les chercheurs et organismes intervenant dans la lutte contre le paludisme (Durant l'atelier les modalités de mise en œuvre de la plateforme seront discutées et le rapport d'enquête sera présenté)	DROS,GTC	UPLP, chercheurs, ONGs, Universités, Associations, Partenaires	Rapport d'atelier	30,5	FMSTP, OMS, BE, Partenaires		20,3			10,2
6.1.3	Créer une plateforme des acteurs de la recherche sur le paludisme et la rendre fonctionnelle sur une base périodique	DROS,GTC, OCEAC,IMP/M	UPLP, Chercheurs, ONGs, Universités, Associations, Partenaires	Rapports d'activités de la plateforme	135,3	FMSTP, OMS, BE, Partenaires		45,1	45,1		45,1
6.1.4	Créer un repertoire des travaux de recherche sur le paludisme	GTC	Section Formation et Recherche	Le repertoire est disponible	100,6	FMSTP, OMS, BE, Partenaires		76,2	12,2		12,2
6.1.5	Créer une page web et un bulletin de liaison	GTC, DROS	UPLP, Section IEC mobilisation Sociale, Section surveillance, suivi et évaluation	Le bulletin et la page web fonctionnent	22,7	FMSTP, OMS, BE, Partenaires		8,9	6,9		6,9
Sous-total 6.1					407,8		0	229,6	64,2		114
R2: Les sites de recherche opérationnelle sont opérationnalisés											
6.2.1	Créer un site de recherche dans les 4 zones écologiques et y affecter les ressources adéquates (ressources humaines, matérielles et financières)	GTC, DROS, DLM	DRH, DLM, DPSP, DRFP, Partenaires	Rapports d'activités des sites de recherche	2158,3	FMSTP, OMS, BE, Partenaires		1 454,10	352,1		352,1
6.2.2	Former le personnel des sites de recherche opérationnelle en méthodologie de la recherche	GTC, DROS, DLM	DPSP, UPLP, CSSD, Directeurs des Hôpitaux	Rapport de formation	118,5	FMSTP, OMS, BE, Partenaires		39,5	39,5		39,5
Sous-total 6.2					2276,8		0	1493,6	391,6		391,6

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût en millions de FCFA	Source de financement	Calendrier / Coût annuel (millions de FCFA)			
					2007/2010		2007	2008	2009	2010
R3: Deux sites pour essais cliniques dont un pour l'évaluation des candidats vaccins sont créés										
6.3.1	Créer un site pour l'évaluation des candidats vaccins et y mener des activités de recherche biomédicale fondamentale et appliquée	GTC, PEV, DROS,	DPSP, Formations sanitaires, UPLP, CSSD, PNLP	Rapports d'enquête	75	FMSTP, OMS, BE, Partenaires		35	20	20
6.3.2	Créer un site pour essais cliniques et y mener des activités de recherche biomédicale fondamentale et appliquée	DROS, GTC, DLM	DPSP, Formations sanitaires, UPLP, CSSD,PNLP	Rapports d'enquête	105	FMSTP, OMS, BE, Partenaires		35	35	35
Sous-total 6.3					180		0	70	55	55
R4: Les activités de recherche multidisciplinaire sont conduites et leurs résultats servent à la prise de décision										
6.4.1	Réaliser une analyse de situation de la prise en charge à domicile du paludisme	GTC, DPM, DROS	INS, UPLP, CSSD, ONGs, Section prise en charge des cas et Formation et Recherche, DPSP	Rapports d'enquête	225	FMSTP, OMS, BE, Partenaires		225		
6.4.2	Réaliser 2 études par an sur la prise en charge à domicile du paludisme	DROS, GTC	INS, CSSD, ONGs, Section prise en charge des cas et Formation et Recherche, DPSP	Rapports d'enquête	57,9	FMSTP, OMS, BE, Partenaires			28,9	29
6.4.3	Réaliser une étude par an sur l'efficacité des antipaludiques et 2 études par an sur l'efficacité des insecticides dans des sites différents	DROS, GTC	Universités, OCEAC, FMSB,I MPM	Rapports d'enquête	72	FMSTP, OMS, BE, Partenaires		24	24	24
6.4.4	Réaliser une étude sur la sensibilité et la spécificité des tests de diagnostic rapide dans deux zones écologiques différentes	DROS, GTC	Universités, OCEAC, FMSB, IMPM	Rapports d'enquête	30	FMSTP, OMS, BE, Partenaires			15	15
6.4.5	Réaliser une étude sur le circuit de distribution des intrants de la lutte contre le paludisme	DROS, GTC	,DPSP, FSPS ,CAPP,CENAME,UPLP	Rapports d'enquête	66	FMSTP, OMS, BE, Partenaires			66	
6.4.6	Réaliser une étude sur l'incidence du paludisme chez la femme enceinte sous TPI	DROS, GTC	Prestataires de soins, FMSB, UPLP, PNLP	Rapports d'enquête	93	FMSTP, OMS, BE, Partenaires			93	
6.4.7	Réaliser une étude sur les coûts économiques du paludisme	DROS, GTC	FS publiques et privées, CAPP, Prestataires de soins, Communautés	Rapports d'enquête	349,7	FMSTP,OMS, BE, Partenaires			349,7	
6.4.8	Réaliser une étude sur le paludisme et le VIH/SIDA	DROS, GTC	FS publiques et privées, CAPP, UPLP, Prestataires de soins, Communautés	Rapports d'enquête	82,3	FMSTP,OMS, BE, Partenaires		82,3		
6.4.9	Réaliser une étude multicentrique sur l'efficacité du traitement préventif	DROS,GTC	FMSB, Pédiatres, FS,	Rapports d'enquête	141,9	FMSTP, OMS, BE, Partenaires		141,9		

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût en millions de FCFA	Source de financement	Calendrier / Coût annuel (millions de FCFA)			
					2007/2010		2007	2008	2009	2010
	intermittent chez l'enfant de 36 mois à 59 mois									
6.4.10	Réaliser une étude sur l'acceptabilité du traitement préventif intermittent chez la femme enceinte	DROS,GTC, UNFPA	FS publiques et privées, CAPP, Prestataires de soins, Communautés		8	FMSTP, OMS, BE, Partenaires			8	
6.4.11	Réaliser des recherches anthropologiques sur l'utilisation de la moustiquaire imprégnée	PNLP	FS publiques et privées, CAPP, Universités	Nombre de rapport de recherche disponibles	30	ETAT +PARTENAIRES			30	30
6.4.12	Réaliser des recherches anthropologiques sur l'utilisation des ACT	PNLP	PNLP, DPSP, Communautés	Nombre de rapports de recherche disponibles	60	ETAT +PARTENAIRES			30	30
6.4.13	Réaliser une étude sur la connaissance au niveau communautaire sur les ACT	PNLP	PNLP, DPSP, Communautés	Nombre de rapports de recherche disponibles	50	ETAT +PARTENAIRES			25	25
6.4.14	Réaliser une étude par an sur les perceptions socio professionnelles du personnel de santé des stratégies et directives du programme en matière de lutte contre le paludisme	DROS, GTC	FS publiques et privées, UPLP, CSSD, DPSP, INS, FMSB	Rapports d'enquête	8	FMSTP, OMS, BE, Partenaires			8	
6.4.15	Lancer un appel à propositions périodique aux chercheurs et instituts pour des travaux de recherche dans les domaines prioritaires	GTC, Facultés de médecine, DROS	Chercheurs, Instituts de recherche	Nombre de projets financés/Rapport de recherche	11,6	FMSTP,OMS, BE, Partenaires			11,6	
6.4.16	Lancer un appel à propositions périodique aux étudiants pour des travaux de recherche dans les domaines prioritaires	GTC, Facultés de médecine,DROS	Etudiants	Rapport d'enquête	11,6	FMSTP,OMS, BE, Partenaires			11,6	
	Sous-total 6.4				1297		0	473,2	700,8	123
R5: La formation initiale des prestataires est renforcée										
6.5	Préparer les modules de formation et les inclure dans les programmes de formation des grandes écoles	GTC, Facultés de médecine, DROS	Responsables des grandes écoles de formation médicales et para médicales, Ministère en charge de l'enseignement supérieur, MINSANTE	Rapport des travaux	33,7	FMSTP,OMS, BE, Partenaires			33,7	
	Sous-total 6.5				33,7		0	0	33,7	0

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût en millions de FCFA	Source de financement	Calendrier / Coût annuel (millions de FCFA)			
					2007/2010		2007	2008	2009	2010
R6: La formation continue des prestataires est renforcée										
6.6.1	Tenir à jour un fichier du personnel au niveau de chaque district de santé	GTC, Facultés de médecine	CSSD, CBS,	Fichiers disponibles	120	FMSTP,OMS, BE, Partenaires			60	60
6.6.2	Organiser les activités de recyclage au niveau des districts de santé et inclure la prise en charge du paludisme dans les modules de formation d'éventuelles écoles de formation	GTC, Facultés de médecine	CSSD, Responsables des écoles de formation, DPSP	Rapports de formation	966,8	FMSTP,OMS, BE, Partenaires		483	483,8	
6.6.3	Elaborer un document unique de formation comprenant des éléments sur la prévention, la prise en charge, la planification destiné aux intervenants du niveau opérationnel et intermédiaire	GTC, Facultés de médecine	PNLP, Prestataires de soins,UPLP,	Document disponible	122	FMSTP,OMS, BE, Partenaires			67	55
6.6.4	Former les encadreurs des grandes écoles aux nouvelles stratégies de prise en charge du paludisme	GTC, Facultés de médecine	PNLP, Encadreurs des grandes écoles	Rapports de formation	51,9	FMSTP, OMS, BE, Partenaires			26,9	25
6.6.5	Former le personnel du PNLP en méthodologie de la recherche	GTC, Facultés de médecine	Personnel du PNLP, FMSB	Rapports de formation	30	FMSTP,OMS, BE, Partenaires			30	
6.6.6	Former les prestataires au diagnostic et à la prise en charge des cas de paludisme	PNLP-GTC	PNLP, FS Confessionnelles, autres partenaires	382 rapports de session sont disponibles	1115,2	FMSTP et autres partenaires			557,6	557,6
6.6.7	Former les laborantins au diagnostic du paludisme	PNLP-GTC	PNLP, BTC, FMSB, CPC	100 rapports de session de formations sont disponibles	429,2	FMSTP et autres partenaires			214,6	214,6
6.6.8	Former les Membres d' ECD à la gestion des stocks	PNLP-GTC	PNLP, BTC, CPC	20 rapports de sessions de formations sont disponibles	68,9	FMSTP et autres partenaires			68,9	
6.6.9	Former le personnel de santé à la gestion de stock	PNLP-GTC	PNLP, DPM, IGSP	68 rapports de sessions de formations sont disponibles	162,6	FMSTP et autres partenaires			81,3	81,3
6.6.10	Former les relais communautaires à la prise en charge des cas de Paludisme à domicile	PNLP-GTC	UPLP/ CENAME/ FS Publique et Confessionnelles	1549 rapport de sessions de formation sont disponibles	405,6	FMSTP et autres partenaires			405,6	
Sous-total 6.6					3472,2		0	483	1995,7	993,5
R7: Les capacités des intervenants à tous les niveaux sont renforcées										
6.7.1	Former les superviseurs provinciaux à l'application des AIDs	PNLP et Partenaires	PNLP et Partenaires	Nombre desuperviseurs provinciaux formés	25,8	FMSTP et autres partenaires			25,8	
6.7.2	Former les superviseurs au niveau des	PNLP et Partenaires	PNLP/UPLP	Nombre de	71,4	FMSTP et autres			49,4	22

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût en millions de FCFA	Source de financement	Calendrier / Coût annuel (millions de FCFA)			
					2007/2010		2007	2008	2009	2010
	Districts de santé à l'application des AIDs			superviseurs formés au niveau des districts de santé		partenaires				
	Sous-total 6.7				97,2	0	0	0	75,2	22
R8 : La supervision intégrée prend en compte les activités										
6.8	Former des équipes de supervision intégrée à tous les niveaux.	DLM	PNLP, DPSP, SSD, Resp. des FS, Partenaires, PEV, CNLS, PNLT	Nombre des personnes formées	115	MINSANTE, FMSTP, OMS, Partenaires			115	
	Sous-total 6.8				115		0	0	115	0
R9 : Le système d'information sanitaire est renforcé à tous les niveaux										
6.9.1	Former le personnel du niveau central et périphérique à l'exploitation des outils harmonisés et du logiciel CRIS	PNLP-GTC; DROS	PNLP, ONSP, PEV, DPSP, SSD, Resp FS	Nombre de personnel formé par niveau de la pyramide sanitaire	12,4	MINSANTE, FMSTP, Partenaires			12,4	
6.9.2	Former le personnel du niveau opérationnel à l'utilisation des outils harmonisés	PNLP-GTC; DROS	PNLP, ONSP, PEV, DPSP, SSD, Resp FS	Nombre de personnel formé par niveau de la pyramide sanitaire	61,8	MINSANTE, FMSTP, Partenaires			61,8	
	Sous-total 6.9				74,2	0	0	0	74,2	0
R10 : Des sites sentinelles sont fonctionnels										
6.10.1	Recycler le personnel de tous les sites sentinelles à la conduite des enquêtes sur l'efficacité thérapeutique des antipaludiques (Chaque site sentinelle effectuera une étude comme partie prenante de la formation)	PNLP	OMS, DPSP, SSD, FS, OCEAC, IMPM, Universités, DROS	Nombre de personnes formées	182,5	MINSANTE, FMSTP, Partenaires			182,5	
6.10.2	Mener des études sur la sensibilité des vecteurs aux insecticides	PNLP	DROS, IMPM, OCEAC, Universités, RACTAP, DPSP, SSD	Nombres d'études menées	182,5	MINSANTE, FMSTP, Partenaires			182,5	
	Sous-total 6.10				365	MINSANTE, FMSTP, Partenaires	0	0	365	0
R11 : Les outils de sensibilisation des bénéficiaires pour leur adhésion aux aspersions intra domiciliaires (AID) sont disponibles et diffusés.										
R12 : Les capacités des intervenants à tous les niveaux sont renforcées										
6.12	Former des équipes de lutte anti-vectorielle	PNLP et Partenaires	UPLP, GTC	Nombre de relais communautaires formés	122,4	FMSTP et autres partenaires			37,8	84,6

N°	Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût en millions de FCFA	Source de financement	Calendrier / Coût annuel (millions de FCFA)			
					2007/2010		2007	2008	2009	2010
	Sous-total 6.12				122,4		0	0	37,8	84,6
R13: Les autres acteurs de la lutte contre le paludisme sont formés										
6.13.1	Former les pharmaciens aux nouvelles stratégies de prise en charge du paludisme	GTC, Facultés de médecine	GTC, UPLP, Facultés de Médecine	Rapports de formation	77,3	FMSTP,OMS, BE, Partenaires			77,3	
6.13.2	Former les vendeurs en pharmacie aux nouvelles stratégies de prise en charge du paludisme et à la pharmacovigilance	GTC, Facultés de médecine	GTC, UPLP	Rapports de formation	84,1	FMSTP,OMS, BE, Partenaires			42,1	42
6.13.3	Former les responsables des mairies aux stratégies de lutte contre le paludisme	GTC, Facultés de médecine	GTC,UPLP	Rapports de formation	257,2	FMSTP,OMS, BE, Partenaires			128	129,2
6.13.4	Former les membres des bureaux des structures de dialogue aux stratégies de lutte contre le paludisme	GTC, Facultés de médecine	ONGs, DPSP, CSSD	Rapports de formation	729,8	FMSTP, OMS, BE, Partenaires			364,8	365
6.13.5	Former les tradipraticiens aux stratégies de lutte contre le paludisme	GTC, Facultés de médecine	DOSTS, GTC , UPLP, IMPM	Rapports de formation	49,4	FMSTP,OMS, BE, Partenaires			24,8	24,6
	Sous-total 6.13				1 197,8		0	0	637	560,8
R14- D'ici 2010, des données comportementales relatives à la lutte contre le Palu sont disponibles										
6.14.1	Organiser deux études CAP sur le Paludisme sur toute l'étendue du pays	GTC/PNLP	IRD/IFORD/IRESKO/PNL P	Données de l'étude disponible	44				22	22
6.14.2	Organiser une formation avec les vedettes identifiées	GTC/PNLP	Le chargé de l'IEC à tous les niveaux	Nombre de vedettes impliquées	10				5	5
	Sous-total 6.14				54	0	0	0	27	27
TOTAL FORMATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE					9 693,10		-	2 749,40	4 572,20	2 371,50

V.3.7 Axe stratégique VII : Développement du partenariat pour le paludisme

Objectif n° VI : Renforcer le partenariat dans la lutte contre le paludisme

Activités	Responsables	Concernés	Indicateurs	Coût en millions de CFA	Source de financement	Calendrier / Coût annuel (millions de FCFA)			
						2007	2008	2009	2010
Organiser la réunion de coordination avec les secteurs apparentés sous la coordination du Comité technique de pilotage	GTC/PNLP	Tous les secteurs apparentés et le comité de pilotage	Nombre de réunions tenues avec les secteurs apparentés et le comité technique de pilotage	72	ETAT+PARTENAIRES	18	18	18	18
Organiser la réunion de coordination avec les autres programmes	GTC/PNLP	Tous les programmes du MINSANTE	Nbre de réunions tenue avec les autres programmes	36	ETAT+PARTENAIRES	9	9	9	9
Organiser la réunion de Revue et planification du programme	GTC/PNLP	UPLP	nbre de réunions tenues	145	ETAT +PARTENAIRES	24	25	48	48
Produire les affiches géantes	GTC/PNLP	Prestataires de services	Nbre d'affiches géantes produites	112	ETAT +PARTENAIRES			56	56
Organiser La "Nuit du paludisme" / Soirée de plaidoyer	GTC/PNLP	Tous les acteurs de la lutte contre le paludisme	Nbre d'édition tenu	132	ETAT +PARTENAIRES	33	33	33	33
Créer une ligne téléphonique pour la surveillance communautaire des actions du PNLP	GTC/PNLP	UPLP, opérateurs de téléphonie mobile	INbre de lignes téléphoniques fonctionnelles	69	ETAT +PARTENAIRES	12	45	6	6
Produire du matériel didactique sur le paludisme	GTC/PNLP	Inspecteurs de Pédagogie, Enseignants	Quantité de matériel produite	80	ETAT +PARTENAIRES	20	20	20	20
Apporter un appui à la mobilisation des communautés en faveur de la lutte contre le paludisme	GTC/PNLP	Toutes les communautés du Cameroun	Nbre de communauté appuyé	1400	ETAT +PARTENAIRES	350	350	350	350
Créer une identité visuelle pour le PNLP : enseigne lumineuse, logo, signature	GTC/PNLP	Concernés	Identité visuelle créée	15	ETAT +PARTENAIRES			15	
TOTAL PARTENARIAT				2061		466	500	555	540

Chapitre VI : Références 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

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

Chouaibou 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.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. Résistance 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 eco-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.

Logiciel d'identification et d'enseignement, CD-ROM. IRD Editions, Paris.

Plan stratégique 2002-2006 du PNL

INS, 2005 : Enquête démographique et de Santé Cameroun 2004

Leonardo K et al., 2006 : Molecular epidemiology of malaria in Cameroon. Baseline therapeutic efficacy of chloroquine, amodiaquine and sulfadoxine-pyrimethamine monotherapies in children before National Drug Policy change.

OMS, 2005: Plan stratégique mondial Faire Reculer le Paludisme (2005-2010)

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.s. *J. Med. Entomol*, 42:998-1005

■