



PLAN DIRECTEUR NATIONAL D'ÉLIMINATION DES MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES AU CAMEROUN

2024 – 2028

Ministère de la Santé Publique
Ministry of Public Health

Contents

| | |
|--|-----------|
| Liste des Figures..... | 4 |
| Liste des Tableaux..... | 4 |
| Abréviations et acronymes..... | 5 |
| Principales définitions..... | 8 |
| Préface..... | 10 |
| Remerciements..... | 12 |
| Introduction..... | 13 |
| PARTIE 1 – ANALYSE DE LA SITUATION DES MTN..... | 16 |
| SECTION 1.1. Les priorités nationales et les engagements pris au niveau national, régional et mondial envers la lutte contre les MTN..... | 17 |
| Section 1.2. Analyse du contexte national..... | 18 |
| 1.2.1 Analyse du pays..... | 18 |
| 1.2.2. Analyse du système de santé..... | 24 |
| Section 1.3. Tableau III : Évaluation des lacunes..... | 28 |
| Section 1.4. Analyse du contexte du programme..... | 36 |
| 1.4.1. Organigramme de la coordination de la lutte contre les MTN..... | 36 |
| 1.4.2. Stratégies de lutte contre les MTN..... | 37 |
| 1.4.2.1. Etat des lieux et statut de la lutte contre les MTN..... | 38 |
| 1.4.2.2. Performances de la coordination de la lutte contre les MTN..... | 45 |
| 1.4.3 Performance des autres programmes étroitement liés au programme de lutte contre les MTN..... | 48 |
| 1.4.4. Produits de Santé et Vigilances..... | 52 |
| Section 1.5 : Atouts du programme de lutte contre les MTNs..... | 56 |
| 1.5.1. Analyse FFOM..... | 56 |
| 1.5.2. Priorités..... | 58 |
| PARTIE 2 PROGRAMME STRATEGIQUE : BUT ET OBJECTIFS..... | 61 |
| Section 2.1 : Vision et mission du programme de lutte contre les MTN..... | 62 |
| Section 2.2 : Objectifs stratégiques, jalons et cibles..... | 62 |
| 2.2.1. Objectif stratégique..... | 62 |
| 2.2.2. Cibles..... | 62 |
| 2.2.3. Jalons..... | 68 |
| Section 2.3 : Principes directeurs..... | 72 |
| Section 2.4 : Piliers et objectifs stratégiques..... | 73 |
| 2.4.1. Piliers stratégiques du programme..... | 73 |
| 2.4.2. Objectifs stratégiques..... | 74 |
| PARTIE 3 CADRE OPERATIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LES MTNs..... | 78 |
| Section 3.1 : Initiatives et activités stratégiques..... | 79 |

| | |
|---|------------|
| Tableau XIX : Agenda stratégique des MTNs 2024-2028 | 79 |
| Section 3.2 : Vers la durabilité des programmes : intensification de la coordination et des partenariats..... | 84 |
| Section 3.3 : Hypothèses, risques et atténuation | 87 |
| Section 3.4. Cadre de performance et de responsabilisation | 89 |
| <i>PARTIE 4 BUDGETISATION DE L'IMPACT : ESTIMATIONS ET JUSTIFICATIONS</i> | 98 |
| <i>Annexes.....</i> | 105 |
| Annexe 2 : Étapes à suivre pour élaborer ou passer en revue un plan directeur de lutte contre les MTN national | 106 |
| Annexe 2 : Cibles, étapes importantes et indicateurs proposés pour la feuille de | 107 |
| Annexe 3 : Cibles, étapes importantes et indicateurs proposés pour la feuille de route | 107 |
| Annexe 4 : Intégration de la lutte contre les MTNS dans les systèmes de santé nationaux... | 111 |
| Annexe 5 : Coordination avec les ministères de la Santé et d'autres ministères et autorités | 112 |
| Annexe 6 : Organigramme du Programme national de lutte contre les MTNS au sein du ministère de la Santé publique | 114 |

Liste des Figures

Figure 1 : Diagramme d’approvisionnement en eau utilisée dans les ménages Pourcentage des ménages suivant la source d’eau utilisée

Figure 2 : Organigramme fonctionnel de la coordination de lutte contre les MTN au Cameroun

Figure 3 : Endémicité actuelle des différentes MTN actuellement documentés et prises en charge au Cameroun (Source : ESPEN et Programmes)

Figure 4 : Flux de produits de santé des points d’entrée aux points de livraison

Figure 5 : Organigramme du Système National des Vigilances au Cameroun

Figure 6: Piliers stratégiques du programme

Figure 7 : Mécanisme de coordination du programme

Figure 8 : Principaux éléments du Plan directeur de lutte contre les MTNS

Figure 9 : Plan directeur de lutte contre les MTNS : Processus et cycles de gestion

Figure 10 : Processus du Plan directeur de lutte contre les MTNS

Liste des Tableaux

Tableau I : Source d’approvisionnement en eau utilisée dans les ménages Pourcentage des ménages suivant la source d’eau utilisée

Tableau II : Organisation du système de santé

Tableau III : Section 1.3. Évaluation des lacunes

Tableau IV : Etat des lieux de la lutte contre les MTNs au Cameroun en 2023

Tableau V : Données nationales sur la population, écoles et établissements de santé au niveau des districts en 2023

Tableau VI : Répartition connue des maladies dans le pays

Tableau VII : Cartographie de la situation des MTN, Cameroun, 2023

Tableau VIII : Principales interventions de lutte contre les MTN et approche USS

Tableau IX : Analyse Forces-Faiblesse-Opportunités-Menaces du WASH au Cameroun

Tableau X : Principales interventions menées par le secteur WASH dans le pays.

Tableau XI : Lacunes et priorités

Tableau XII. Vision et mission

Tableau XIII : But/Objectif stratégique

Tableau XIV :_Cibles transversales

Tableau XV. Cibles spécifiques pour chaque maladie

Tableau XVI : Étapes importantes à franchir dans le cadre de la lutte contre les MTNS

Tableau XVII : Principes directeurs

Tableau XVIII : Objectifs stratégiques pour l’élimination des maladies tropicales négligées

Tableau XIX : Agenda stratégique des MTNs 2024-2028

Tableaux xx : Composition et mandat - Mécanisme de coordination du programme

Tableau XXI : Matrice des partenariats

Tableau XXII : Budgétisation des activités

Abréviations et acronymes

| | |
|-----------|--|
| AEP: | Alimentation en Eau Potable |
| AFOM: | Atouts, faiblesses, opportunités et menaces |
| APOC: | Programme Africain de lutte contre l'Onchocercose |
| ASCP: | Agent de Santé Communautaire Polyvalent |
| ATPC: | Assainissement Total Piloté par la Communauté |
| BGF: | Bilharziose Génitale Féminine |
| CAMWATER: | Cameroon Water Corporation |
| CENAME: | Centrale Nationale d'approvisionnement en Médicaments essentiels |
| CHANCE: | Chirurgie Antibiothérapie Nettoyage Changement de l'Environnement |
| CIS: | Cellule d'Informations Sanitaires |
| CNLP2LUB: | Comité National de Lutte contre le Pian, la Lèpre, la Leishmaniose et l'Ulcère de Buruli |
| COSA: | Comités de Santé |
| COSADI: | Comités de Santé du district de santé |
| COGE: | Comité de Gestion |
| COGEDI: | Comité de Gestion du District de Santé |
| CRFiMT: | Centre de Recherche sur les Filarioses et les Maladies Tropicales |
| CSU: | Couverture sante universelle |
| CTD: | Collectivités territoriales Décentralisées |
| CTP: | Chimiothérapie préventive |
| CV: | Couverture |
| CVUC: | Communes et Villes Unies du Cameroun |
| DAJC: | Division des affaires Juridiques et du Contentieux |
| DC : | Distributeur Communautaire |
| DCOOP: | Division de la Coopération |
| DDM: | Distribution de Masse |
| DHIS2 : | District Health Information System 2 |
| DLMEP: | Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies |
| DRH: | Direction des Ressources Humaines |
| DROS: | Division de la Recherche Opérationnelle en Santé |
| DS : | District de Santé |
| EAS: | Enfant en Age scolaire |
| EHA: | Eau Hygiène Assainissement |
| ECD: | Equipe Cadre du District de santé |
| ESPEN: | Expanded Special Project Elimination Neglected |
| FEICOM: | Fonds Spécial d'Equipement et d'Intervention Intercommunale |
| FOSA: | Formation Sanitaire |
| FRPS: | Fond Régional de la Promotion de la Santé |
| GSK: | GlaxoSmithKline |
| HI: | Helminthiases Intestinales |
| HKI : | Helen Keller International |
| IDC: | Interventions Sous Directives Communautaires |
| IEF: | International Eye Foundation |

| | |
|------------|--|
| INS: | Institut Nationale de la Statistique |
| ISM | Institut de recherche Scientifique et Médicale |
| ITI: | International Trachoma Initiative |
| IVM: | Integrated Vector Management |
| LANAVET: | Laboratoire National Vétérinaire |
| LAV: | Lutte Antivectorielle |
| LF/FL: | Filariose lymphatique |
| MAPE: | Maladies à Potentiel Epidémique |
| MDA: | Administration massive de médicaments |
| MDA: | Mass Drug distribution |
| MDP: | Programme de Donation de Mectizan |
| MICS: | Multiple Indicators Cluster Survey |
| MINADER: | Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural |
| MINJEC: | Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique. |
| MINAS: | Ministère des Affaires Sociales |
| MINATD: | Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation |
| MINCOM: | Ministère de la Communication |
| MINDDEVEL: | Ministère de la décentralisation et du Développement |
| MINDEF: | Ministère de la Défense |
| MINEDUB: | Ministère de l'Education de Base |
| MINEDUH: | Ministère du Développement Urbain et de l'Habitat |
| MINEE: | Ministère de l'Eau et de l'Energie |
| MINEPDED: | Ministère de l'environnement, de la Protection de la Nature et développement |
| MINEPIA: | Ministère de l'Elevage, Pêches et Industrie Animale |
| MINESEC: | Ministère des Enseignements Secondaires |
| MINESUP: | Ministère de l'Enseignement Supérieure |
| MINFOF: | Ministère de la Forêt et de la Faune |
| MINPROFF | Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille |
| MINRESI: | Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation |
| MINSANTE: | Ministère de la Santé Publique |
| MINTOUR: | Ministère du Tourisme |
| MSP: | Ministère de la Santé Publique |
| MTN : | Maladies Tropicales Négligées |
| OBC: | Organisation à Base Communautaire |
| OCEAC: | Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale |
| OEM: | Oncho Elimination Mapping |
| OSC: | Organisation de Société Civile |
| ODD: | Objectifs de Développement Durable |
| OMS: | Organisation Mondiale de la Santé |
| OMS/AFRO: | Bureau Regional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique |
| ONG: | Organisation Non-Gouvernementale |
| OV: | Onchocercose |
| PAEPYS: | Le Projet d'Alimentation en Eau Potable dans la ville de Yaoundé et ses environs à partir du fleuve Sanaga |

| | |
|---------|--|
| PCA: | Paquet Complémentaire d'Activités |
| PCC: | Prise en Charge des Cas |
| PCI: | Prévention et Contrôle des Infections |
| PCMPI: | Prise en Charge de la Morbidité et Prévention des Invalidités |
| PDC: | Plan de Développement Communal |
| PEV: | Programme Elargie de Vaccination |
| PF: | Point Focal |
| PGT: | Programme Général de Travail |
| PIB: | Produit Intérieur Brut |
| PIC: | Prise en charge Intensive des Cas |
| PMA: | Paquet Minimum d'Activités |
| PNB: | Produit National Brut |
| PNLCé: | Programme National de Lutte contre la Cécité |
| PNLO: | Programme National de lutte contre l'Onchocercose |
| PNLSHI: | Programme National de lutte contre la Schistosomiase et des Helminthiases Intestinales |
| PTF: | Partenaires Techniques Financiers |
| PV: | Pharmacovigilance |
| RCA : | République Centrafricaine |
| SAEP: | Systèmes d'Approvisionnement en Eau Potable |
| SASNIM: | Semaine d'Action de Santé et de Nutrition Infantile et Maternelle |
| SBCC: | Sensitization for Behaviour Change |
| SCH: | Schistosomiase |
| SIDA: | Syndrome d'Immunodéficience Acquise |
| SND: | Stratégie Nationale de Développement |
| SOP: | Standard Operational Procedures |
| SSP: | Soins de Santé Primaires |
| STH: | Géo-helminthiases |
| TAS: | Treatment Assessment Survey |
| TB : | Tuberculose |
| TF: | Trachome Folliculaire |
| THA: | Trypanosomiase Humaine Africaine |
| TIDC: | Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires |
| TIPAC: | Tools for Integrating Planning And Costing |
| TRA: | Trachome |
| TT: | Trichiasis Trachomateux |
| TTC: | Traitement Total de la communauté |
| UB: | Ulcère de Buruli |
| UI: | Unité Implémentation |
| USS: | Une Seule Santé |
| UNICEF: | Fonds des Nations Unies pour L'Enfance |
| USAID: | United State Agency for International Development |
| WASH: | Eau, assainissement et hygiène |
| WHA: | World Health Assembly |

Principales définitions

Lutte : Réduction de l'incidence et de la prévalence d'une maladie et de la morbidité et la mortalité liées à celle-ci, à un niveau acceptable au plan local, au moyen d'efforts délibérés. Des interventions continues sont nécessaires pour que la réduction se poursuive. Cette lutte peut avoir un rapport ou non avec les cibles mondiales fixées par l'OMS.

Élimination (interruption de la transmission) : Incidence de zéro cas de l'infection causée par un agent pathogène spécifique dans une zone géographique donnée, avec un risque de réintroduction minime, à la suite d'efforts délibérés. Des interventions continues visant à empêcher la reprise de la transmission peuvent être nécessaires. La documentation de l'élimination de la transmission s'appelle la vérification.

Élimination en tant que problème de santé publique : Ce terme concerne à la fois les infections et les maladies. Il s'agit de l'atteinte de cibles mesurables fixées par l'OMS relativement à une maladie spécifique. Une fois qu'elles ont été atteintes, des actions continues doivent être menées en vue de les maintenir et de poursuivre l'interruption de la transmission. La documentation de l'élimination en tant que problème de santé publique s'appelle la validation.

Éradication : Incidence mondiale permanente de zéro cas de l'infection causée par un agent pathogène spécifique, à la suite d'efforts délibérés, sans risque de réintroduction.

Hygiène : Conditions ou pratiques permettant de préserver la santé et de prévenir les infirmités.

Lutte antivectorielle intégrée : Processus rationnel de prise de décisions pour une utilisation optimale des ressources destinées à la lutte antivectorielle.

Administration massive de médicaments : Distribution de médicaments à l'ensemble de la population d'une zone administrative donnée (état, région, province, district, sous-district ou village par exemple), indépendamment de l'apparition de symptômes ou d'une infection. Des critères d'exclusion peuvent cependant être appliqués. (Dans le présent document, les termes Administration massive de médicaments et Chimio-prévention sont employés de façon interchangeable)

Morbidité : Effets cliniques décelables et mesurables des infections et des maladies qui nuisent à la santé des individus. Les signes de morbidité peuvent être manifestes (présence de sang dans les urines, anémie, douleurs chroniques ou fatigue, par exemple) ou subtils (retard de croissance, ralentissement de la performance scolaire ou professionnelle ou sensibilité accrue à d'autres maladies).

Suivi et évaluation : Processus visant à augmenter les performances et à mesurer les résultats en vue d'améliorer la gestion des résultats, des réalisations et de l'impact.

Plateforme : Structure à travers laquelle les programmes ou les interventions de santé publique sont mis en œuvre.

Chimio-prévention : Administration de médicaments à grande échelle, seuls ou en association, lors des interventions de santé publique. L'administration massive de médicaments constitue une forme de chimio-prévention. D'autres formes peuvent être limitées à des groupes de population spécifiques comme les enfants d'âge scolaire et les femmes en âge de procréer. (Dans le présent document, les termes Chimio-prévention et Administration massive de médicaments sont employés de façon interchangeable.)



SEM Paul BIYA,
Président de la République,
Chef de l'Etat.



S.E.M. Dion NGUTE,
Premier Ministre, Chef du
Gouvernement

Préface



Les Objectifs de Développement Durable (ODD) visent à induire dans les Etats un développement inclusif et durable. Dans le troisième de ces derniers consacrés à la Santé et au bien-être à tout âge, figure une cible importante parmi les douze qu'elle comporte, à savoir : **d'ici à 2030, de mettre fin aux maladies transmissibles en bonne place desquelles se trouvent les Maladies Tropicales Négligées.**

Le Cameroun compte 17 des Maladies Tropicales Négligées (MTN) répertoriées par l'organisation mondiale de la Santé (OMS). Il s'agit de : l'Onchocercose, la Schistosomiase, les Géo-helminthiases, la Filariose Lymphatique (FL), la Lèpre, le Pian, le Trachome, la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), l'Ulcère de Buruli, la Leishmaniose, la Rage, les Envenimations par Morsure de Serpent (EMS), la Gale et les autres ectoparasites, le Mycétome et les autres mycoses profondes, la Dengue, et le Ver de Guinée. On compte dans le Pays plus de 17 millions de camerounais qui sont à risque maladies sont liés à la pauvreté et plus de 17 millions de camerounais sont à risque par au moins une de ces maladies.

Au terme d'une analyse approfondie effectué sur la base des données et indicateurs probants de notre profil sanitaire, quatre piliers stratégiques fixent les lignes directrices du Plan Directeur 2024-2028 pour l'élimination des MTN au Cameroun conformément à la Feuille de Route 2021-2030 de l'organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'élimination des MTN. Notamment : (i) Accélérer l'action programmatique par l'intensification des interventions classiques de lutte contre les MTN (chimio prévention intégrée, prise en charge des cas) et les interventions complémentaires y compris la recherche opérationnelle et l'innovation dans la lutte contre les MTN afin de parvenir à une couverture géographique de 100 % ; (ii) Intensifier les approches transversales ; (iii) Modifier le modèle opérationnel pour faciliter l'appropriation, iv) renforcer la collaboration intersectorielle et la mobilisations de des ressources domestiques de toute nature pour une élimination durable des Maladies tropicales négligées.

En dépit des progrès déjà accomplis, il subsiste un certain nombre de défis qu'il convient de relever afin de permettre **un accès universel aux soins de santé de qualité en faveur des MTN**. Les options stratégiques proposées ici sont contextualisées **dans le champ des Soins de Santé primaires**, espace sanitaire dans lequel, l'individu, la famille et la communauté sont au centre des préoccupations de notre système de Santé.

Enfin le présent Plan Directeur se veut multisectoriel pour l'élimination rapide des MTN au Cameroun, en constituant un document de référence pour les acteurs de tous bords engagés dans cette lutte. Aussi, ne fait-il aucun doute, qu'une fois ceux-ci imprégnés des concepts puissants qui en sont les fils conducteurs, travaillerons nous, tous ensemble, et en bonne intelligence pour parvenir à cet objectif conformément à l'agenda avancé.

Dr. MANAOUA Malachie

Ministre de la Santé Publique du Cameroun

Remerciements

Nos sincères remerciements à toutes les parties prenantes pour leurs contributions diverses et leur soutien multiforme apporté à l'élaboration et à la finalisation de ce document. A savoir :

Le Conseiller technique OMS : Dr Etienne NNOMZO'O ;

Des techniciens de l'équipe Pays HKI conduite par Prof Robert MBA, Directeur Pays

Des techniciens de l'équipe Pays Sightsavers, conduite par Mme Marguerite BELOBO BELIBI, Country Director.

Des techniciens de l'équipe Pays FAIRMAID menée par M. MOU Ferdinand, Coordonnateur Pays

Des experts nationaux MTN au rang desquels Prof TAKOUGANG de l'Université de Yaoundé1, Dr NANA Hugues de l'ISM, M. MOHAMAD Anouar-el-Sadat, Coordonnateur de la Riposte au ver de Guinée

Des collaborateurs des secteurs partenaires MINEE (M. AWONA , Sous-directeur) et MINEDUB (Dr YONTA NANA EPSE NJOUME, Sous-directeur de la Santé scolaire)

Des chefs de programmes MTN (Dr NJIH TABAH Ernaest du PNL2LUB, Prof TCHUEM TCHUENTE Albert du PNLSHI, Drs MPABA Théophile et EBENE Blandine du PNLO, du Prof OMGBWA EBALLE du PNLCE, et du Dr ACHO Alphonse du PNLTHA,) et collaborateurs.

Des points focaux régionaux MTN des 10 régions sanitaires

Du Chef Service MTN de la SDLPMTN, Prof EPEE Emilienne

Ainsi que tous les collaborateurs de l'équipe de rédaction mise sur pied au sein de l'Unité de Coordination des programmes MTN : Dr BEYINA AYISSI François (PNLSHI), Dr BIDIAS Ely (PNLP2LUB), Mme NSANGOU Sabine, M. KORT Kingsley, M. NEKEHFORBA Elvis, Mme MEGEH Irène, Dr MENGUE OLEME Sotherie, Mme NDENGUE Colette , toutes et tous de UCNLMTN.

Ainsi que toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin aux différentes phases d'élaboration et de relecture de ce document sous l'encadrement hiérarchique de :

- **Dr ETOUNDI MBALLA Alain Georges, Dr ESSO Linda**, Directeurs successifs de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies ;
- **Prof NJOCK Louis Richard**, Secrétaire Général du ministère de la Santé publique
- **Dr MANAOUA Malachie**, Ministre de la Santé publique.

A toutes et à tous, infiniment Merci.

NKO'AYISSI Georges Barthélémy,

Sous-directeur Paludisme et MTN, Coordonnateur des Programmes MTN

Introduction

L'Afrique supporte environ 40 % de la charge mondiale de morbidité due aux maladies tropicales négligées (MTN). Une maladie tropicale négligée au moins est endémique dans les 47 pays de la région, et cinq maladies tropicales au moins sont Co endémiques dans 36 (78 %) d'entre eux. Etant donné qu'elles altèrent les capacités physiques et intellectuelles des personnes touchées et se développent dans les zones où l'accès à des soins de santé de qualité, à de l'eau potable et à des installations sanitaires est limité, les MTN perpétuent un cycle de pauvreté.

Des plans pluriannuels complets de lutte contre l'ensemble des maladies tropicales négligées présentes dans les pays, appelé plans directeurs du programme de lutte contre les maladies tropicales négligées, constituent des documents stratégiques essentiels pour que les gouvernements puissent planifier et mettre en œuvre efficacement des programmes durables de lutte contre les MTN dans les régions africaines.

Le Cameroun compte 15 des 20 maladies tropicales négligées (MTN) répertoriées par l'organisation mondiale de la Santé (OMS) dont l'Onchocercose, la Schistosomiase, les Géo helminthiases, la Filariose Lymphatique (FL), la Lèpre, le Pian, le Trachome, la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), L'Ulçère de Buruli, la Leishmaniose, la Rage, l'Envenimation par morsure de serpent, la Gale, le Mycétome et le Ver de Guinée.

Les MTN sont principalement des maladies infectieuses qui sévissent dans des milieux déshérités, surtout dans la chaleur et l'humidité des climats tropicaux (OMS).

Déjà en 2012, l'OMS avait rendu publique un projet visant à contrôler, à éliminer ou à éradiquer les MTN, et les différents membres de la communauté mondiale MTN, y compris les laboratoires pharmaceutiques, pays donateurs et pays endémique, fondation privées, organisation de la société civile et d'autres s'y sont fortement engagés pour dix d'entre elles. Ce groupe constitué par un élan de solidarité s'est fait appeler « Unis pour combattre les MTN ».

En septembre 2013, la 63^{ème} session du comité régional de l'OMS a approuvé la Stratégie Régionale sur les MTN pour l'Afrique et le Programme stratégique Régionale sur les MTN 2014-2020. Ce dernier définit les objectifs d'élimination des maladies spécifiques telles que le Trachome, la Filariose Lymphatique, la Lèpre et le Pian.

En 2014, elles touchaient plus de 1,4 milliard de personne dans le monde. Par leur acuité

ou leur sévérité, elles affaiblissent, handicapent et déforment les personnes qui en sont porteuses, contribuant de ce fait à les maintenir dans un cycle de pauvreté (OMS). Les MTN présentent pour l'essentiel les caractéristiques communes suivantes :

- i) Touchent les populations pauvres, des zones reculées et/ou marginalisées,
- ii) Responsable de stigmatisation, de discrimination et d'exclusion,
- iii) Ont un impact important sur la morbidité et la mortalité,
- iv) Il existe des outils efficaces et réalistes pour leur contrôle, élimination ou éradication.

Au cours du dernier quinquennat, les efforts du pays ont permis l'atteinte des critères d'arrêt des traitements de masse pour deux maladies (le Trachome et la FL) et les résultats observés lors de la phase de surveillance suggèrent une avancée sereine vers le processus de certification.

Malgré les énormes ressources engagées par l'Etat et ses partenaires, la lutte contre les MTN fait face aux défis ci-après :

- i) La mobilisation des ressources additionnelles ;
- ii) Le renforcement de l'efficacité et de l'efficience dans l'utilisation des ressources humaines, matérielles et financière existantes ;
- iii) La multisectorialité notamment la participation des secteurs impliqués dans leWASH et l'éducation, la communication, la nutrition, ainsi que la participation communautaire ;
- iv) Le développement des nouveaux outils et de la recherche opérationnelle sur les MTN.

L'exploitation des données disponibles sur ces maladies a confirmé non seulement leur ampleur, mais aussi leur Co-endémicité dans la plupart des régions. Elles demeurent de ce fait un problème de Santé Publique majeur entravant ainsi l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD). En effet, l'ODD 3.3 prévoit l'élimination des MTN d'ici 2030. Dans ce cadre de L'ODD 3 (permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous et à tous âge). Les ODD ne peuvent donc être atteints que si les objectifs relatifs aux MTN sont atteints.

C'est dans ce contexte que le Présent plan Directeur d'élimination des MTN est élaboré avec pour mission de développer et d'assurer une synergie d'action par une approche intégrée et efficiente de lutte contre lesdites MTN. Il est conçu pour une période de cinq ans (2024-2028) et s'articule en trois volets (i) l'analyse de la situation, (ii) l'agenda

stratégique, (iii) et le cadre opérationnel. Il constitue un document du consensus national et le cadre de référence pour la mise en œuvre des interventions, la mobilisation des ressources et l'évaluation des performances dans le cadre de la lutte contre les MTN

PARTIE 1 –

ANALYSE DE LA SITUATION DES MTN

SECTION 1.1. Les priorités nationales et les engagements pris au niveau national, régional et mondial envers la lutte contre les MTN

Le Cameroun est endémique à 17 des 21 Maladies Tropicales Négligées (MTN) répertoriées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dont l'Onchocercose, la Schistosomiase, les Géo helminthiases, la Filariose Lymphatique (FL), la Lèpre, le Pian, le Trachome, la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), L'Ulcère de Buruli, la Leishmaniose, la rage, l'envenimation par morsure de serpent, la gale et les ectoparasites, le mycétome et les mycoses profondes, le ver de Guinée, la Dengue/Chikungunya et le Noma. Les MTN affectent les 10 régions du pays à des degrés différents.

En 2009, le Cameroun s'est doté d'une vision à l'horizon 2035 : « Le Cameroun : un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité ». Dans cette vision, le Cameroun s'est assigné quatre objectifs généraux parmi lesquels celui de « réduire la pauvreté à un niveau socialement acceptable ». La Stratégie Nationale de Développement (SND30) 2020-2030, qui est la traduction opérationnelle de cette vision met l'accent sur la Couverture Santé Universelle (CSU) qui a pour objectif de garantir à l'ensemble de la population la protection financière contre le risque maladie et un accès équitable et universel en soins et services de santé.

La Stratégie Sectorielle de Santé (2020-2030) qui s'aligne sur la SDN30 dans son objectif spécifique 6.2.2.1 vise la réduction d'au moins 30% l'incidence/prévalence des principales maladies transmissibles au premier chef desquelles les MTN. Ce qui traduit l'alignement à l'ODD 3.3 qui vise entre autres l'élimination des MTN d'ici à 2030 :

Feuille de route sur la lutte contre les MTN 2021-2030, Stratégie Régionale MTN 2021-2025

Le Cameroun s'appuie sur la Résolution WHA 73 (33) 13 Novembre 2020 de l'Assemblée Générale de l'OMS sur la Feuille de route pour les MTN 2021-2030 qui prescrit aux Etats de « Lutter contre les Maladies Tropicales Négligées pour atteindre les ODD » à travers 3 piliers principaux : i) Accélérer l'action programmatique ii) Intensifier les approches transversales iii) Modifier le modèle opérationnel et la culture pour faciliter l'appropriation par les pays.

Prenant le relai de la Feuille de route pour les MTN 2021-2030, le présent Plan directeur d'élimination des MTN entend maintenir le statut de pays exempt de ver de

Guinée, d'interrompre la transmission du Pian, la Lèpre et la THA, d'éliminer en tant que problème de santé publique la Filariose lymphatique, le Trachome, d'accélérer l'interruption de la transmission de l'Onchocercose, de la Schistosomiase et des vers intestinaux, et enfin de renforcer le contrôle des autres MTN.

Il s'articule autour de :

- L'Analyse de la situation des Maladies Tropicales Négligées
- L'Agenda Stratégique
- Le Cadre de mise en œuvre
- Le Cadre budgétaire
- Le Cadre de performance.

Section 1.2. Analyse du contexte national

1.2.1 Analyse du pays

Structures Administrative, Démographique et Communautaire

Le Cameroun est divisé en 10 Régions, 58 Départements, 360 Arrondissements et 14 Communautés Urbaines. Les deux langues officielles du pays sont le Français et l'Anglais.

En 2024, la population du Cameroun est estimée à 29 448 154 . habitants (CIS) ; avec un taux d'accroissement de la population de 2,6 (INS)%, la population camerounaise atteindra 36 millions d'habitants en 2035. Elle est inégalement répartie sur le territoire national : les villes de Douala et de Yaoundé abritent à elles seules près de 20% de la population ; 52% de la population vit en milieu urbain. Par ailleurs, la population du Cameroun est jeune (42,5% ont moins de 15 ans), et les femmes représentent près de 50,6% (INS 2017). Dans l'ensemble un ménage compte en moyenne 4,2 personnes (EDS 2018). En 2021, l'espérance de vie à la naissance était estimée à 60, 33 ans (www.datacommons.org).

Le Cameroun est multiculturel avec plus de 250 ethnies et près de 230 langues nationales. L'organisation sociale est fonction des régions, des religions, des us et coutumes des différents groupes ethniques (EDS 2011).

Par ailleurs, on note une population marginale et nomade constituée de Bororos présents dans la partie septentrionale et occidentale, et des populations autochtones de la forêt équatoriale : les Baka majoritaires, les Bedzang, les Baguélé et les Bakola

et enfin les Coma qui vivent majoritairement dans l'Aire de Santé de Wangai dans le District de Santé de Poli dans la Région du Nord.

Caractéristiques géographiques

Pays d'Afrique centrale, le Cameroun est situé au fond du Golfe de Guinée entre le 2^{ième} et 13^{ième}s degrés de latitude Nord et entre le 9^{ième} et 16^{ième} degrés de longitude Est. Il s'étend du Sud au Nord sur près de 1 200 km et sur sa base d'Ouest en Est sur 800 km. Il est limité à l'Ouest par le Nigéria, 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. Sa superficie est de 475 650 Km².

Le milieu naturel a un relief très diversifié allant de la zone soudano sahélienne dans le nord du pays à la forêt équatoriale dense dans le sud, en passant par la savane.

On distingue au Cameroun trois zones climatiques :

- 1- Le climat équatorial caractérisé par une pluviométrie abondante, alternant saison sèche et saison de pluie ;
- 2- Le climat tropical soudanien avec une saison de pluies (6 mois) et une saison sèche (6 mois)
- 3- Le climat tropical sahélien, où la saison des pluies est réduite à 3 ou 5 mois.

En matière d'hydrographie, le Cameroun est arrosé 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).

i. Facteurs socio-politiques :

Le Cameroun fait face à des foyers de tension socio-politique, sécuritaire et humanitaire sur plusieurs fronts. Il s'agit notamment de la crise sécuritaire dans la région de l'Extrême Nord causée par les attaques de la secte Boko Haram. La crise socio-politique dans les régions du Nord-Ouest, Sud-Ouest ; la crise sécuritaire et humanitaire dans la région de l'Est liée à la situation sécuritaire en RCA. Ces différentes crises présentent une menace pour le contrôle/élimination des MTN dans les régions affectées notamment à cause de l'accès limité des interventions de sante publiques dans ces régions.

Le Taux d’alphabétisation des adultes en 2020 était de 78,23% pour un Indice de Développement Humain de 0,563 occupant le 19^{ème} rang sur 51 pays classé en Afrique.

L’achèvement du processus de décentralisation prévu par la constitution est de nature à contribuer à l’amélioration des situations de crise socio-politiques et sécuritaires dans le pays. Par ailleurs, le rapprochement de l’administration des administrés et la plus grande participation des communautés à la gestion de leurs affaires pourra contribuer à la durabilité des interventions de lutte contre les MTN.

La mise en œuvre effective de la CSU par le Gouvernement va accroître l’accès de toutes les couches de la population aux soins de santé de qualité.

ii. Facteurs économiques :

Le budget de la santé représente environ 3,5 à 4% du budget national. Le budget alloué aux MTN est relativement bas en comparaison à ceux des maladies prioritaires (paludisme, HIV/SIDA, Tuberculose, PEV). La crise sanitaire mondiale liée à la Covid-19 a redéfini les priorités du MINSANTE tout en réduisant davantage les ressources consacrées à la sante et à la lutte contre les MTN. L’apport des partenaires techniques et financiers reste déterminant pour combler le gap financier et l’atteinte des objectifs de contrôle/élimination des MTN.

Le Gouvernement camerounais supporte les activités de lutte contre les MTN à travers le paiement des salaires des agents publics, les infrastructures et le fonctionnement des structures des santé, les exemptions des taxes et droits douaniers sur la plupart des médicaments et les dispositifs médicaux.

iii. Accès à l’eau et assainissement (WASH) et nutrition

Selon le rapport de suivi conjoint (JMP report¹), le Cameroun fait partie des pays dont la situation nationale est critique avec 30 % des populations qui n’ont pas accès à l’eau potable et seuls 10,9% des ménages utilisent des techniques de traitement appropriées de l’eau. La proportion des ménages utilisant des sources d’eau améliorée est néanmoins passée de 68,9 % à 96 % entre 2011 et 2018.

D’après ENACE-1² réalisé en 2021 par l’Institut National de la Statistique, il ressort que dans l’ensemble, le forage (37%) est la source d’eau la plus utilisée par les

¹ JMP report : Joint Monitoring Programme report WHO/UNICEF for Water supply, Sanitation and Hygiene

² **ENACE-1 : Enquête Nationale sur l’Accès à l’Énergie et l’Eau**

ménages, suivi du réseau public de distribution d'eau (29%), du puits non protégé (16%), du puits protégé (12%) et de l'eau de surface (12%) (Figure 1).

De manière spécifique, les principaux indicateurs qui ressortent en zone urbaine (périmètre concédé à CAMWATER, Août 2024) indiquent un taux de desserte de 52 %, pour 569 587 abonnés (particuliers + bornes fontaines publiques) avec une capacité de production journalière de 597 800 m³/jour dans 117 centres de production. De ces dernières, sont émis dans le réseau 17 211 995 m³ d'eau par mois pour un rendement de distribution du réseau de 45,51 %, soit des pertes en eau de près de 50 % dues à sa vétusté du réseau et le taux de fuite élevé. Cependant, il faut relever que CAMWATER ne couvre que 68 % des besoins urbains en eau potable et le faible pouvoir d'achat des ménages dans certaines régions limite leurs possibilités de payer les frais de branchement exigibles.

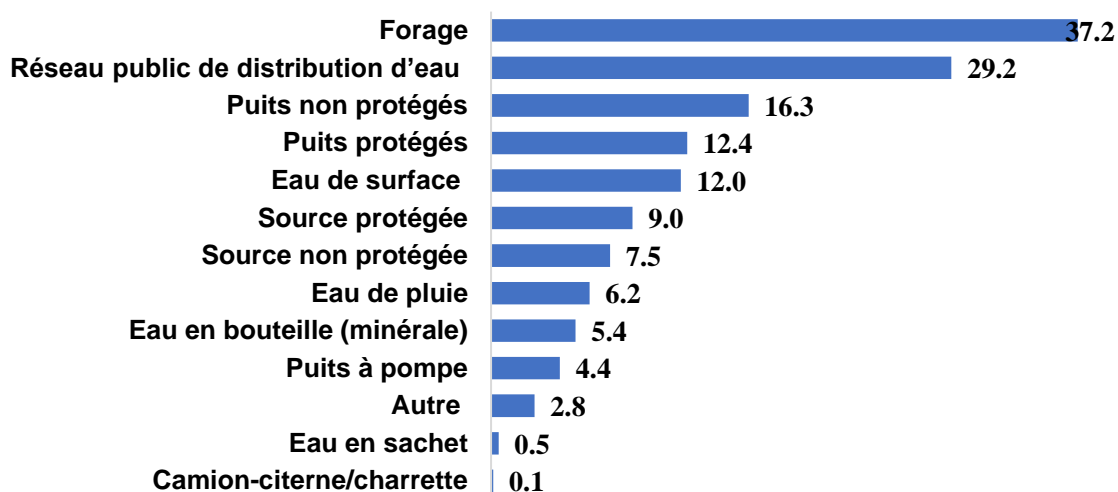


Figure 1 : Diagramme d'approvisionnement en eau utilisée dans les ménages
Pourcentage des ménages suivant la source d'eau utilisée

Tableau I : Sources d’approvisionnement en eau utilisée dans les ménages
(Pourcentage des ménages suivant la source d’eau utilisée)

| Caractéristiques | Réseau public de distribution d'eau | Forage ou puits à pompe | Puits protégé | Puits non protégé | Source protégée | Source non protégée | Eau de pluie | Eau de surface | Eau en bouteille (minérale) | Autres |
|--|-------------------------------------|-------------------------|---------------|-------------------|-----------------|---------------------|--------------|----------------|-----------------------------|------------|
| Milieu de résidence | | | | | | | | | | |
| Urbain | 47,4 | 38,5 | 17,1 | 14,2 | 10,5 | 3,8 | 5,1 | 3,6 | 9,4 | 3,5 |
| Rural | 7,7 | 41,3 | 7,0 | 18,8 | 7,2 | 11,9 | 7,6 | 21,9 | 0,6 | 3,0 |
| Région | | | | | | | | | | |
| Adamaoua | 9,8 | 35,9 | 19,4 | 30,0 | 1,6 | 5,8 | 8,1 | 32,3 | 2,1 | 2,4 |
| Centre (hors Yaoundé) | 5,2 | 56,4 | 14,1 | 17,0 | 12,0 | 15,5 | 7,5 | 6,6 | 3,3 | 2,1 |
| Douala | 59,8 | 44,9 | 16,6 | 12,3 | 1,8 | 1,1 | 5,8 | 0,1 | 8,2 | 1,9 |
| Est | 3,0 | 41,0 | 10,4 | 28,1 | 7,9 | 19,8 | 20,6 | 25,6 | 2,8 | 2,7 |
| Extrême Nord | 10,2 | 65,7 | 2,5 | 22,9 | 0,4 | 1,9 | 3,5 | 9,7 | 0,5 | 1,4 |
| Littoral (hors Douala) | 31,9 | 38,5 | 8,7 | 8,7 | 15,8 | 10,2 | 3,1 | 10,0 | 3,0 | 4,9 |
| Nord | 10,6 | 41,0 | 4,1 | 37,9 | 0,2 | 3,3 | 1,7 | 17,9 | 0,3 | 1,3 |
| Nord-Ouest | 41,8 | 8,7 | 6,0 | 2,0 | 17,9 | 4,3 | 2,3 | 36,5 | 1,1 | 2,1 |
| Ouest | 22,5 | 27,8 | 17,6 | 13,3 | 19,6 | 18,9 | 12,4 | 18,9 | 2,7 | 2,5 |
| Sud | 11,3 | 50,1 | 21,4 | 14,7 | 11,0 | 17,4 | 8,0 | 10,6 | 8,8 | ,8 |
| Sud-Ouest | 57,2 | 13,4 | 16,1 | 2,7 | 4,4 | 1,0 | 1,6 | 4,2 | 4,3 | 16,5 |
| Yaoundé | 54,4 | 34,5 | 19,1 | 13,2 | 17,8 | 4,3 | 6,3 | 0,8 | 21,6 | 0,6 |
| Quintile de bien être économiques | | | | | | | | | | |
| Plus bas | 0,5 | 45,5 | 3,3 | 31,4 | 1,1 | 7,3 | 5,6 | 24,8 | 0,0 | ,8 |
| Second | 8,7 | 37,0 | 9,6 | 14,8 | 11,2 | 16,4 | 9,9 | 23,2 | 0,4 | 2,2 |
| Moyen | 27,2 | 41,8 | 15,2 | 13,8 | 14,0 | 7,7 | 5,3 | 9,8 | 1,5 | 3,0 |
| Quatrième | 43,9 | 39,8 | 17,3 | 15,8 | 11,9 | 4,3 | 5,7 | 3,4 | 4,4 | 4,8 |
| Plus élevé | 58,7 | 36,8 | 15,8 | 8,6 | 6,8 | 2,2 | 4,5 | 0,8 | 17,5 | 4,9 |
| Ensemble | 29,2 | 39,8 | 12,4 | 16,3 | 9,0 | 7,5 | 6,2 | 12,0 | 5,4 | 3,3 |

Source : ENACE-1, 2021

En zones péri-urbaine et rurale, les populations non desservies par le réseau public s’approvisionnent dans les sources d’eau privées ou communales (forages, puits aménagés et mini-réseau) et les mesures de potabilisation de l’eau sont plus ou moins appliquées au sein des ménages. La chloration inadéquate et le manque de ressources logistiques sont souvent incriminés.

En zone rurale, les rivières et cours d’eau représentent l’une des sources de consommation les plus fréquentes, le mauvais drainage des eaux usées aussi est un problème. Les puits peu profonds et autres sources d’eau informelles restent un important moyen d’accès à l’eau dans les zones situées en dehors des réseaux

d'adduction d'eau. Ces sources ne sont pas souvent protégées et restent vulnérables à la contamination. Il est donc nécessaire d'étendre et de mettre en place de nouvelles infrastructures de base pour l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène.

La production moyenne annuelle de déchets ménagers solides est de 312 kg/an/personne avec plus de 23% directement jetés dans les rigoles et/ou dans la nature. (ref : Stratégie Nationale de gestion de Déchets au Cameroun (Période 2007-2015), Draft III, Yaoundé 2007).

En 2016 seules 31% d'écoles primaires disposaient de l'eau potable et 42% disposaient de toilettes améliorées soit non fonctionnelles, soit non séparées entre garçons et filles (UNICEF et OMS, Drinking water, sanitation and hygiene in schools: Global Baseline report 2018).

Au regard de ce qui précède, la situation d'accès à EHA décrite constitue une pesanteur à l'atteinte des objectifs d'élimination/éradication de certaines MTN (Schistosomiase, Géo helminthiase, Pian, Gale, etc.). Ceci démontre également que la lutte contre les MTN doit utiliser une approche multisectorielle.

Sur le plan nutritionnel, 29 % des enfants de moins de 5 ans ont un retard de croissance ou sont atteints de malnutrition chronique et 14 % ont un retard de croissance sévère sur le plan national. Au niveau régional, ces résultats montrent que la prévalence varie d'une région à une autre. Les régions de l'Est (37 %), de l'Extrême-Nord (37 %) et du Nord (41 %) enregistrent les prévalences les plus élevées. (EDS 2018)

iv. Facteurs technologiques :

Le pays dispose de nombreuses chaînes de télévisions et radio publiques, privées, à couverture nationale, régionale, urbaine et communautaire. Outre le quotidien national écrit d'informations générales, de nombreux organes de presse privée et des magazines contribuent à la diversification des sources et formats de l'information.

En matière de télécommunications, le Cameroun a une capacité de 8 millions de lignes téléphoniques, avec un opérateur de téléphone fixe, trois opérateurs de téléphonie mobile et de nombreux pourvoyeurs d'accès à l'Internet. Le téléphone portable est devenu l'outil de communication le plus utilisé et le nombre d'abonnés est passé de 14,8 millions à 18,7 abonnés de 2013 à 2016, avec une couverture géographique de plus de 83% (Annuaire statistique Cameroun 2017).

La pénétration d'Internet est en nette progression, passant de 9,083,000 en 2021 à 10,050,000, en 2022 utilisateurs, soit une augmentation de 10.6% (rapport Global System for Mobile Communication).

Le Cameroun est engagé dans un vaste programme d'investissement pour l'amélioration et la diversification de l'offre énergétique à travers le pays. Ceci contribuera à une plus grande pénétration de la téléphonie mobile et d'internet et au déploiement des solutions technologiques innovantes à l'instar de la télémédecine dans les zones les plus reculées du pays.

1.2.2. Analyse du système de santé

Les principaux problèmes rencontrés au Cameroun sont : les maladies à fort potentiel de morbidité et mortalité que sont le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose la morbidité et les invalidités associées aux MTN ainsi que l'insuffisance des ressources pour y faire face ; les mauvais indicateurs liés à la santé maternelle et infantile ; les problèmes liés à la surveillance et à la riposte rapide en rapport avec les maladies à potentiel épidémique et les autres urgences de santé publique ; l'émergence des maladies chroniques non transmissibles

Analyse de l'ensemble du système de santé

Offre des soins et services

L'organisation du système de santé est de type pyramidal et comprend 3 niveaux à savoir :

- **Périphérique** : 203 Districts de Santé, 1.993 Aires de santé constituées elles-mêmes de plusieurs communautés. On y retrouve environ 6.500 formations sanitaires de 4^e, 5^e et 6^e catégorie. Au sein de ces communautés on peut identifier plusieurs distributeurs communautaires (DC), relais communautaires et Agents de Santé communautaires qui contribuent à renforcer l'intégration des MTN dans les activités de santé de base.
- **Intermédiaire** : 10 Délégations Régionales de Santé Publique avec les hôpitaux régionaux et centres régionaux de référence

Central : les services centraux du ministère de la Santé publique (MINSANTE) et les hôpitaux centraux et généraux.

-

Tableau II: Organisation du système de santé

| Niveau | Structures administratives | Compétences | Structures de soins, établissements spécialisés | Structures de dialogue |
|---------------|---|---|--|--|
| Central | Cabinet du Ministre, Secrétariat Général, Directions et Structures assimilées | - Élaboration des concepts, de la politique et des stratégies - Coordination - Régulation | Hôpitaux Généraux, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux et assimilés, CENAME, CPC, CHRACERH, LANACOME, CIRCB, ONSP | Conseil National de la Santé, d'Hygiène et des Affaires Sociales |
| Intermédiaire | 10 Délégations Régionales | Appui technique aux Districts de santé | Hôpitaux régionaux et assimilés ; Centres d'Approvisionnement Pharmaceutique Régionaux | Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé |
| Périphérique | 203 Districts de Santé | Mise en œuvre des programmes | - Hôpital de District - Cliniques - CMA-CSI- Cabinet de soins | COSADI; COGEDI COSA; COGE |

Source : CIS 2023.

L'offre de soins de santé comporte trois sous-secteurs : un sous-secteur public, un sous-secteur privé et un sous-secteur traditionnel.

Ressources humaines pour la santé

Selon les données 2017 de l'enquête régionale de l'OMS sur les ressources humaines, le nombre de personnel de santé au Cameroun est de 27 978 soit une densité calculée de 11,53 pour 10 000 habitants soit 1,5 médecin pour 10 000 habitants et 9,9 infirmiers pour 10 000 habitants. De plus ces ressources sont de moins en moins capables à la gestion des problèmes liés aux MTN. Ce manque de ressources formées en matière de lutte contre les MTN se justifie également par la non prise en compte des MTN dans

les formations initiales des professionnels de santé. Au niveau communautaire on assiste à une démission graduelle des travailleurs communautaires (DC) à cause des problèmes liés à leur motivation.

Systeme d'Information Sanitaire et Recherche

On assiste actuellement à une migration progressive de tous les sous-systèmes d'informations sanitaires mis en place par les programmes et projets au cours des 10 dernières années, vers une entité unique DHIS2, qui incorpore progressivement les données des MTN. Les défis majeurs ici sont liés à la détection de la maladie, la maîtrise des outils de collecte(notification), sur les capacités d'analyse, d'interprétation et des prises de décision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Par ailleurs, la recherche opérationnelle reste embryonnaire sur les MTN pour mieux informer et guider l'action en rapport avec les défis d'élimination de ces maladies.

Médicaments et produits médicaux et chaine logistique

La plupart des médicaments et intrants utilisés dans le cadre de la lutte contre les MTN sont gratuits pour le bénéficiaire. Ces médicaments et dispositifs médicaux proviennent principalement des donations à travers l'OMS, qui restent insuffisantes pour couvrir totalement les besoins des programmes MTN. De plus, de nombreux défis liés à la chaine logistique perturbent parfois la disponibilité des intrants en temps réel au niveau opérationnel.

Financement de la santé

Les principales sources de financement du secteur de la santé sont les ménages (71%) à travers le recouvrement des coûts et autres paiements directs, le budget de l'Etat (14,6%), le secteur privé (7,5%), les bailleurs de fonds (6,9%) (Comptes Nationaux de la santé 2019).

Présentement, le financement de la lutte contre les MTN est très dépendant des financements extérieurs. Les financements nationaux et supranationaux devraient permettre l'extension efficace et durable des interventions.

Le traitement des MTN dans leur phase précoce est gratuit (subventionné) et relativement équitable sur l'ensemble du pays, contribuant ainsi à la CSU Cependant, la couverture de certaines populations d'accès difficile reste (autochtones) faible du fait de l'absence d'une logistique plus approprié à leurs conditions d'enclavement et de migration.

La prise en charge des complications des MTN reste le maillon faible du programme du fait des dépenses catastrophiques supporté par les ménages ce qui contribue grandement à l'appauvrissement des malades et de leurs familles.

Leadership et gouvernance

Toutes les interventions de santé reposent d'une bonne gouvernance et du leadership. A cet effet, les Programmes MTN recherchent en permanence l'efficacité, l'efficience, la pertinence, la viabilité financière et l'excellence à tous les niveaux de responsabilité. Ils veillent également à ce que les politiques, la vision, les stratégies, et le cadre juridique et institutionnel adoptés favorisent l'équité, l'accès aux soins et les droits des patients. Le présent plan directeur s'attellera à renseigner le cadre de performance fixé par la feuille de route mondiale MTN 2021-2030.

Section 1.3. Tableau III : Évaluation des lacunes

| MTN | Disponibilité de données de base | Début et durée de traitement ou des interventions | Points forts | Lacunes | Actions concertées |
|------------------------------|----------------------------------|---|---|--|--|
| Filariose Lymphatique | 2007-2010-2012 ; 2016 | 2008-2021 (13 ans) la plupart des DS ont eu au moins six ans de traitement de masse | -Bonne Couverture thérapeutique supérieures à 65%. -147 DS/147 endémiques à la FL ont atteint les critères d'arrêt du traitement de masse | Faible gestion (prise en charge) des complications et morbidité par les formations sanitaires et par les communautés elles-mêmes | Evaluation de la charge morbide, de la PEC des morbidités et complications, -plaidoyer sur la mobilisation de ressources destinées à la PEC de morbidité lié à la FL ; -renforcement de capacités des personnels de santé sur la PEC ; -sensibilisation des patients sur l'auto-gestion des crises liées aux pathologies (lymphœdèmes) Finalisation du dossier d'élimination ; |
| Onchocercose | 1994, 2005 | Début du TIDC 1999 | -La couverture thérapeutique nationale au-dessus de 80% de 2012 à 2017. -La prévalence a nettement diminué dans l'Adamaoua (de 0,0-80,0% 0,0-1,9%) | -Faille dans l'assurance qualité dans la mise en œuvre des campagnes de distribution de masse ; - insuffisance des évaluations d'impact de traitement dans les 9 régions (108 DS) -Faible couverture thérapeutique dans certains DS et communautés | -renforcement du suivi évaluation des campagnes (digitalisation); -renforcer la MEO des évaluations d'impacts ; - Envisager les stratégies alternatives dans tous les DS Hot spot, -Actualiser la cartographie d'endémicité et de transmission de l'onchocercose dans les DS dont le niveau de transmission n'est pas encore actualisé et dans les DS hypo endémiques dans les 99 DS y compris 11 DS partiellement traités. |

| | | | | | |
|-------------------------|-------------|-------------|--|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> -Défaillance opérationnelle dans la gestion de la maladie dans les DS Hot spot (26), -Forte dépendance aux financements extérieurs -faible mise en œuvre des enquêtes entomologiques - faible mise en œuvre de la lutte antivectorielle | <ul style="list-style-type: none"> -redynamiser la lutte antivectorielle par des stratégies innovantes ; -Réaliser les enquêtes épidémiologiques dans 9 régions -Développer les stratégies innovantes pour atteindre une couverture thérapeutique de 80% et géographique de 100% dans toutes les aires de santé -Mobilisation des ressources locales |
| Ulcère de Buruli | Depuis 2001 | Depuis 2001 | <ul style="list-style-type: none"> -Création des nouveaux centres de traitement (CDT/UB) - Disponibilité des médicaments spécifiques -Formation et implication communautaire pour la détection des cas à travers des projets implémentés dans les districts endémiques -PEC de tous les cas détectés et confirmés -la surveillance passive est renforcée dans 35 DS depuis 2022 - Existence d'une bonne littérature à travers les publications des projets de recherche, | <ul style="list-style-type: none"> -Pas de cartographie nationale actualisée/achevée -Détection tardive des cas ; - Proportion des cas confirmés par la PCR reste faible ; -Faible capacité de prévention et de PEC des infirmités lié à l'UB -Dépendance de l'appui extérieur, - Cartographie national incomplet, - la non-appropriation des interventions et bonne pratiques issue des interventions pilote, - insuffisants de partenaires d'appui | <ul style="list-style-type: none"> -Actualisation de la cartographie nationale ; -Renforcement des capacités sur la surveillance -renforcement du plateau technique et des capacités du personnel dans la prévention et la PEC des infirmités, -Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources locales, - renforcement du système de collecte, traitement, partage et validation des données au niveau intermédiaire et opérationnel -subvention du cout de PEC |

| | | | | | |
|-------------|------|------|---|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - La réduction du fardeau de l'UB à travers la réduction des cas de catégories 3, - Développement et existence d'une expertise au niveau national et les districts endémiques, - intégration des indicateurs dans le système DHIS2 | <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de mécanismes de Collecte, traitement et validation des données à différents niveaux dans les régions, - cout élevé de la PEC actuellement supporté a 80% par le patient | |
| Pian | 2009 | 2009 | <ul style="list-style-type: none"> -Implémentation de la stratégie de « Morges » dans 10 DS (du Sud 01 et de l'Est 09) Gratuité des tests diagnostic -organisation en pionnier le traitement de masse à l'azithromycine contre le pian à large échelle(10DS pour une population de 650 000 personnes), - Formation et implication communautaire pour la détection des cas | <ul style="list-style-type: none"> -Cartographie nationale inachevée - Dépendance de l'appui extérieur - Nombre de DS investigué : 32DS/200, - Absence des tests diagnostiques dans les districts, - Absence de financement pour assurer les prochains rounds de distribution de masse dans tous les districts endémiques | <ul style="list-style-type: none"> - Finalisation de la cartographie nationale, à travers des enquêtes, -Etendre la mise en œuvre de la stratégie de Morges pour l'éradication du pian dans les DS endémiques ; - Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources locales, et internationales, - Développement des nouveaux projets pour assurer l'engagement des nouveaux partenaires ; - Disponibilités des tests rapides, - mise à jours des outils intègre de formation |

| | | | | | |
|--------------|------|------|---|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - PEC de tous les cas détectés et confirmés - Réalisation des campagnes de recherches active intégrée dans 31 DS du Centre, Sud et Est en 2022 suivi d'une surveillance passive qui continue, - Don de 3.600.000 comprimés de l'azithromycine 500mg pour la campagne de traitement de masse contre le pian, - Cartographie progressive du pian | | |
| Lèpre | 1956 | 1956 | <ul style="list-style-type: none"> - Formation et implication communautaire pour la détection des cas - PEC de tous les cas détectés et confirmés - Réalisation des campagnes de recherches actives intégrées | <ul style="list-style-type: none"> Pas de cartographie nationale actualisée - Diagnostic tardif Proportion des cas de MB= 82.69%, Proportion des cas d'infirmité de degré 2= 12.8%) - Faiblesse dans la surveillance (Plus de la moitié des districts de santé sont silencieuses) - faible promptitude et complétude | <ul style="list-style-type: none"> - Réactualisation de la cartographie nationale - Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources locales, - Disponibilité et Accessibilité de la PCT - implémentation unique MDT, - Intégration effective des services lèpres à tout le niveau du système sanitaire, - Examen des contacts et Suivi tous les six mois des contacts enfants - Implémentation de SDRIF Post-Exposure-Prophylaxies (PEP) des contacts de cas de lèpres MB |

| | | | | | |
|---------------------|------------|---|--|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> -Dépendance de l'appui extérieur - Insuffisance de personnel de santé formés sur le diagnostic, la PEC et le suivi des cas de lèpre | <ul style="list-style-type: none"> -Renforcer le système de prévention et de prise en charge de complications liées à la lèpre -Mettre en œuvre les interventions pour la réduction de la stigmatisation -Renforcer la capacité de personnel de santé des districts endémiques sur le diagnostic, le traitement et le suivi de cas de lèpre. |
| Leishmaniose | 2009 | 2010 | <p>Les équipes cadres de 7 DS endémiques sont formées sur la surveillance,</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les agents de santé communautaires du DS de Mokolo sont formés sur la surveillance à base communautaire ; -Le personnel de l'unité de PEC de l'Hôpital régional sont formés ; -L'OMS met à disposition régulièrement le médicament pour la PEC | <ul style="list-style-type: none"> -Insuffisance du personnel formé dans la PEC et la surveillance ; -Insuffisance de ressources financières pour les activités de lutte -Absence de lutte anti vectorielle ; -Absence de la surveillance des hôtes secondaires. | <ul style="list-style-type: none"> - mise à jour des outils intègre de formation Cartographier les districts des régions de l'extrême nord et Nord à travers des enquêtes -implémenter la surveillance dans les DS endémiques ; 6organiser la PEC dans a l'Hôpital annexe de MOKOLO et de KOUSSERI; -organisation de la lutte anti vectorielle. |
| Gale | Pas encore | 2020 à travers la surveillance intégrée des | Début de cartographie dans certains districts | Situation de la maladie pas connue, Personnel de santé pas capacités dans la | <ul style="list-style-type: none"> -Cartographie nationale de la gale, - mit sur pied d'un protocole de prise en charge - mise a jours des outils intègre de formation |

| | | | | | |
|--|------|--|---|--|--|
| | | MTN cutanées | | détection et prise en charge | |
| Trachome | 2006 | -2007 à 2008 ; 2011 à 2016 et 2021 à 2022 pour les TDM -2013 à 2024 pour la chirurgie du TT | -23/24 DS endémiques sous surveillance (sauf DS Kolofata) -Couverture géographique de recherche de cas de TT est à 100% au Nord et à 96% à l'Extrême Nord -14124 cas de TT ont été opérés depuis 2011 | -Faible prise en compte de la composante WASH dans les interventions | -Finalisation dossier élimination -Renforcer l'approche multi sectorielle (DPS/MINSANTE, MINEE, CDT, -Finalisation du plan stratégique d'élimination -Renforcer la détection active des cas à travers la multiplication des campagnes |
| Trypanosomie Humaine et Africaine | 1884 | 1922 | - Continuité des activités de lutte dans les foyers ; - Atteinte des seuils d'élimination comme problème de santé publique en 2022 | - Surveillance passive non optimale dans les foyers ; - Plan stratégique obsolète (2008-2013) - Insuffisance de ressources locales - Insuffisance de la LAV - Absence des activités de lutte transfrontalières | - Finalisation et Soumission officielle du document d'élimination de la THA comme problème de santé publique au Cameroun ; - Actualisation du plan stratégique national de lutte ; - Renforcement des activités de surveillance (actives et passives) dans les foyers ; - Mise en place des activités de lutte transfrontalières, - Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation de ressources locales |
| Ver de Guinée | 1988 | 1988 (Certification de l'interruption de la | -One Health (intervention vétérinaire et communauté pour la surveillance et le | -Insuffisance de la ressource humaine et financière pour étendre la surveillance le long de la frontière ; | Renforcement de la surveillance -Attachement Préventif des Chiens et Chats (APCC ; -Traitement des marres suspectes à l'Abate |

| | | | | | |
|--|------|---|---|---|--|
| | | maladie en 2007 et Résurgence épidémique en 2019 dans le DS de Guéré) | traitement des marres et l'APCC | -Faible surveillance | |
| Géo-helminthiase et Schistosomias | 1985 | 2006 | <ul style="list-style-type: none"> -Existence d'une feuille de route pour l'élimination 2021-2030. -Existence d'une convention formelle entre le MINSANTE-MINEDUB-MINESEC-CVUC pour la mise en œuvre des activités ; -Disponibilité des médicaments pour le déparasitage à travers l'OMS ; Interventions de déparasitage acceptées par les communautés ; Déparasitage des préscolaires (12-59 mois) lors des SASMIN ; -lutte intégrée contre la schistosomiase et les Géo helminthiases ; | <ul style="list-style-type: none"> -Cartographie de précision incomplète -Insuffisance de la dotation annuelle des médicaments pour la couverture des -Baisse des financements pour la mise en œuvre des activités de lutte ; -Implémentation insuffisante des stratégies complémentaires (WASH, One Health, LAV) | <ul style="list-style-type: none"> -Mise à jour de la cartographie de précision pour la lutte contre Géo helminthiases et Schistosomias -Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources additionnelles (financements et médicaments pour la mise en œuvre de la feuille de route 2021-2030 du PNLSHI) |

| | | | | | |
|---|---------------|------------------------|---|---|---|
| Mycétome | Aucune donnée | NA | - PEC des cas confirmés dans les FOSA et au programme | -Absence de base de données nationale -Pas de cartographie | -Mener une étude de prévalence et la distribution du mycétome -Mettre sur pied un système de reporting des cas |
| Envenimations par morsure de serpent | 2015 | 2018 (en tant que MTN) | -Prise en compte dans les maladies à potentielle épidémique -Pré positionnement de sera de qualité dans les DS à forte mortalité | -Inaccessibilité des sérums antivenimeux (Cout très élevé pour les victimes) -Absence de plan stratégique national | -Renforcement de la surveillance et la PEC des envenimations par morsures de serpents -Développer un plan stratégique -Fabrication locale des sérums antivenimeux |
| Rage humaine | oui | 2012 | Existence d'un plan d'élimination de la rage | Difficulté de mise en œuvre du plan ; accès limité aux intrants de post exposition | Renforcement de la surveillance des morsures des chiens ; Renforcement de la sensibilisation, la communication sur la maladie |
| Les autres MTN : Maladie de Chagas ; Dengue ; et Chikungunya ; Chromoblasto mycose et mycoses ; profondes ; échinococcose ; trématodes d'origine alimentaire | Aucune | Aucune | Volonté politique pour la prise en compte de ces maladies | | |

Section 1.4. Analyse du contexte du programme

1.4.1. Organigramme de la coordination de la lutte contre les MTN

L'Organisation de la coordination de la lutte contre les MTN est issue de l'Arrêté N°1611/A/MINSANTE/CAB/SG/DLM/ du 21 Octobre 2013, portant création, organisation et fonctionnement de l'Unité de Coordination Nationale de Lutte Intégrée contre les Maladies Tropicales Négligées (UCNLIMTN).

Cette Unité de Coordination accomplit ses missions à travers le Comité National de Pilotage de Lutte contre les MTNs organisé en deux grandes entités :

- Un Groupe Technique National de Lutte contre les MTNs ; Il est présidé par le Directeur de la lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies.
- Un Secrétariat Exécutif du Groupe Technique National de Lutte contre les MTNs, il est dirigé par le Sous-Directeur de la Lutte contre le Paludisme et les Maladies Tropicales Négligées.

La lutte contre les MTNs est assurée par des Programmes et Comités spécifiques qui sont sous la coordination de l'UCNLIMTN, notamment :

- Le Programme National de Lutte contre l'Onchocercose (PNLO) auquel a été rattaché l'élimination de la Filariose Lymphatique ;
- Le Programme National de Lutte contre la Schistosomiase et les Helminthiases Intestinales (PNLSHI) ;
- Le Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLCé) qui coordonne la lutte contre le trachome ;
- Le Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNLTHA) ;
- Le Comité National de Lutte contre le Pian, la Lèpre, la Leishmaniose et l'Ulçère de Buruli (CNLP2LUB) à laquelle a été rattaché la lutte contre d'autres MTN à expression cutanée, notamment la gale et autre ectoparasites, le mycétome et les mycoses cutanées profondes ;
- Le Programme National de Lutte contre le Ver de Guinée (PNLVG).
- L'Unité de Coordination assure la surveillance des autres MTNs dont la lutte n'est pas confiée à un programme spécifique

- Le suivi des activités au niveau intermédiaire est assuré par l'Unité Régionale de Lutte contre les MTNs à travers les Points Focaux régionaux MTNs assistés parfois des Points Focaux thématiques.
- La mise en œuvre au niveau opérationnel est assurée par les Services de Santé de District.

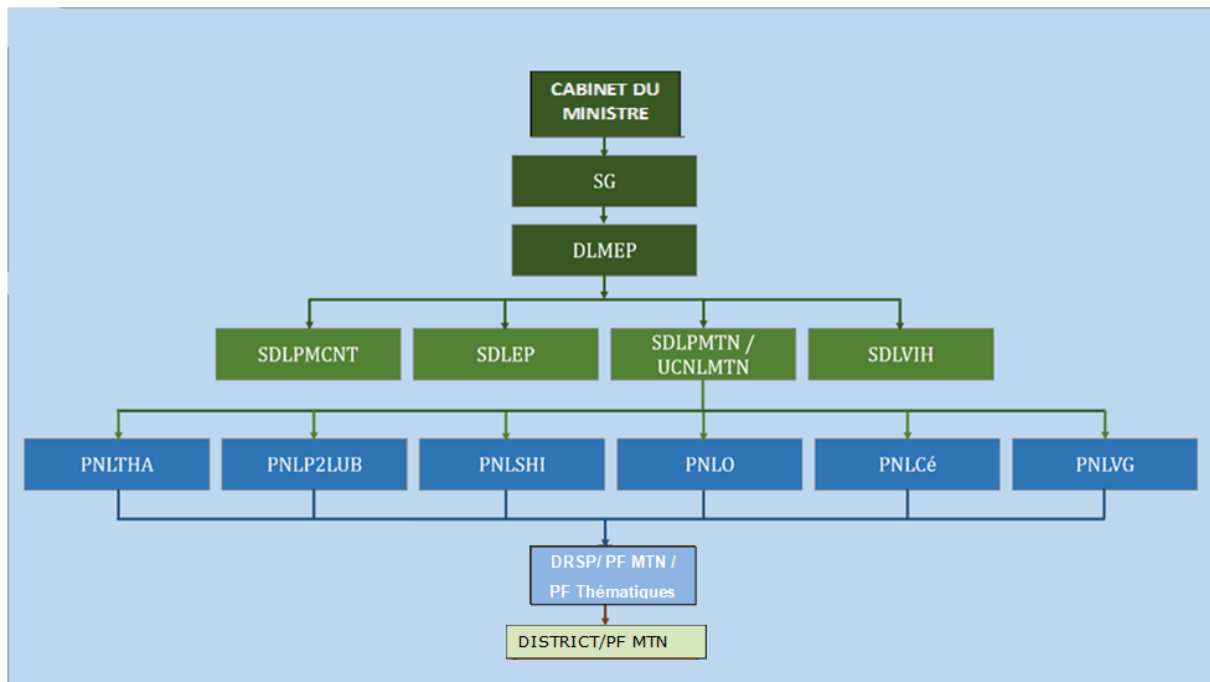


Figure 2 : Organigramme fonctionnel de la coordination de lutte contre les MTN au Cameroun

1.4.2. Stratégies de lutte contre les MTN

Au Cameroun, on recense 17 MTN dont environ 17 millions de personnes sont à risques. Le gouvernement du Cameroun, à travers des programmes spécifiques, lutte contre ces maladies sous deux prismes :

- La Chimiothérapie Préventive (CTP) avec l'onchocercose (OV), la schistosomiase (SCH), les géo-helminthiases (STH), la filariose lymphatique (FL), et le trachome (TRA), (téniasis/cysticercose).
- La Prise en charge Intensive des Cas (PIC) avec la lèpre, le pian, la trypanosomiase humaine africaine (THA), l'Ulcère de Buruli, les leishmanioses, le ver de Guinée, les envenimations par morsure de serpents, la gale et autres ectoparasites, la rage, la dengue et le chikungunya, le mycétome et les mycoses profondes (Chromoblastomycose, sporotrichose) et le Noma

- Les autres MTN (échinococcose, trématodes d'origine alimentaire) ne sont pas encore documentés au Cameroun.

1.4.2.1. Etat des lieux et statut de la lutte contre les MTN

La lutte contre les MTNs au Cameroun est assez dynamique avec toutes les phases notamment le contrôle, l'élimination, l'interruption de la transmission et l'éradication. Le tableau ci-dessous (Tableau II...) présente l'état des lieux de la lutte contre les MTNs, et la figure ci-dessous (Figure ...) résume le statut d'endémicité actuel des différentes MTNs au Cameroun.

Tableau IV : état des lieux de la lutte contre les MTNs au Cameroun en 2024

| MTN | début programme | But | Régions concernées | Nombre DS endémiques | DS couverts | Niveau atteint | Principales interventions |
|------------------------------|-----------------|---|--------------------|----------------------|-------------|----------------|---|
| Filariose lymphatique | 2007 | Elimination en tant que problème de santé publique (ayant passée les 3 TAS) | 10 | 147 | 147 | 66.7% (96/147) | MDA, Lutte antivectorielle, chirurgie des hydrocèle et gestion des lymphœdèmes |
| Onchocercose | 1996 | Elimination (Interruption de la transmission) | 10 | 122 | 12 2 | <0% | MDA Stratégies TNT (Oncho-first et Loa-first) Lutte anti vectorielle |
| Schistosomias e | 2003 | Elimination en tant que problème de santé publique (<1% de prévalence) | 09 | 95 | 95 | 0% | MDA, lutte antivectorielle, WASH Enquête d'impact |
| Géo helminthiases | 2003 | Elimination en tant que problème de santé publique (<2% de prévalence) | 10 | 203 | 20 3 | 0% | MDA, WASH Enquête d'impact |
| Trachome | 2006 | Elimination en tant que problème de santé publique (TF<5%) TT inf 2% | 2 | 25 | 25 | 100% (21/25) | MDA, WASH, Chirurgie (CHANCE) |

| | | | | | | | |
|--|------|--|----|-----|----|-------------------|---|
| Trypanosomias e humaine africaine | 1998 | Elimination en tant que problème de santé publique (<1 cas pour 10milles habitants dans un district) | 5 | 8 | 8 | 100% | Surveillance active et passive dans tous les foyers endémiques à la THA, Lutte anti vectorielle, Prise en charge des cas. |
| Pian | 2009 | Eradication (interruption de la transmission) | 10 | 203 | 48 | 0% | Surveillance intégrée aux autres MTNs cutanées, TTT. TTC dans les DS endémique confirmés |
| Dracunculose/v er de guinée | | Eradication | 1 | 1 | 1 | 100% | Surveillance, prise en charge des cas |
| Ulcère de Buruli | 2002 | Contrôle | 8 | 156 | 68 | 43.6% (68/156) | Surveillance intégrée aux autres MTNs cutanées ; Prise en charge de cas |
| Lèpre | 1973 | Elimination (Interruption de la transmission : zéro cas autochtone durant 3 années consécutive dans un district) | 10 | 203 | 98 | 0% | Surveillance intégrée aux autres MTNs cutanées ; Prise en charge de cas |
| Leishmaniose | 2009 | Contrôle | 2 | 47 | 13 | 27.6% (13/47) | Surveillance intégrée aux autres MTNs cutanées ; Prise en charge de cas, Lutte anti vectorielle |
| Envenimation par morsure de serpent | | Contrôle | 10 | 203 | 60 | 29.5(60/2 03 | Mise à disposition des sera antivenimeux dans les DS rapportant des cas de décès, Surveillance et prise en charge des cas. |

| | | | | | | | |
|--|--|--|-----|-----|-----|-------------------|---|
| Rage | | Elimination en tant que problème de santé publique | 10 | | | | |
| Gale et autres ectoparasites | | Contrôle | 10 | 203 | 35 | 17.2% (35/203) | <i>Surveillance intégrée aux autres MTNs cutanées ; Prise en charge de cas</i> |
| Mycétome et mycoses cutanée profondes | | Contrôle | 10 | 203 | 35 | 17.2% (35/203) | <i>Surveillance intégrée aux autres MTNs cutanées ; Prise en charge de cas</i> |
| Noma | | Contrôle | 2 | DND | DND | | <i>Détection et prise en charge des cas</i> |
| Dengue et chikungunya | | Contrôle | DND | DND | DND | | <i>Mettre en place un système de surveillance</i> |

*DND données non disponibles

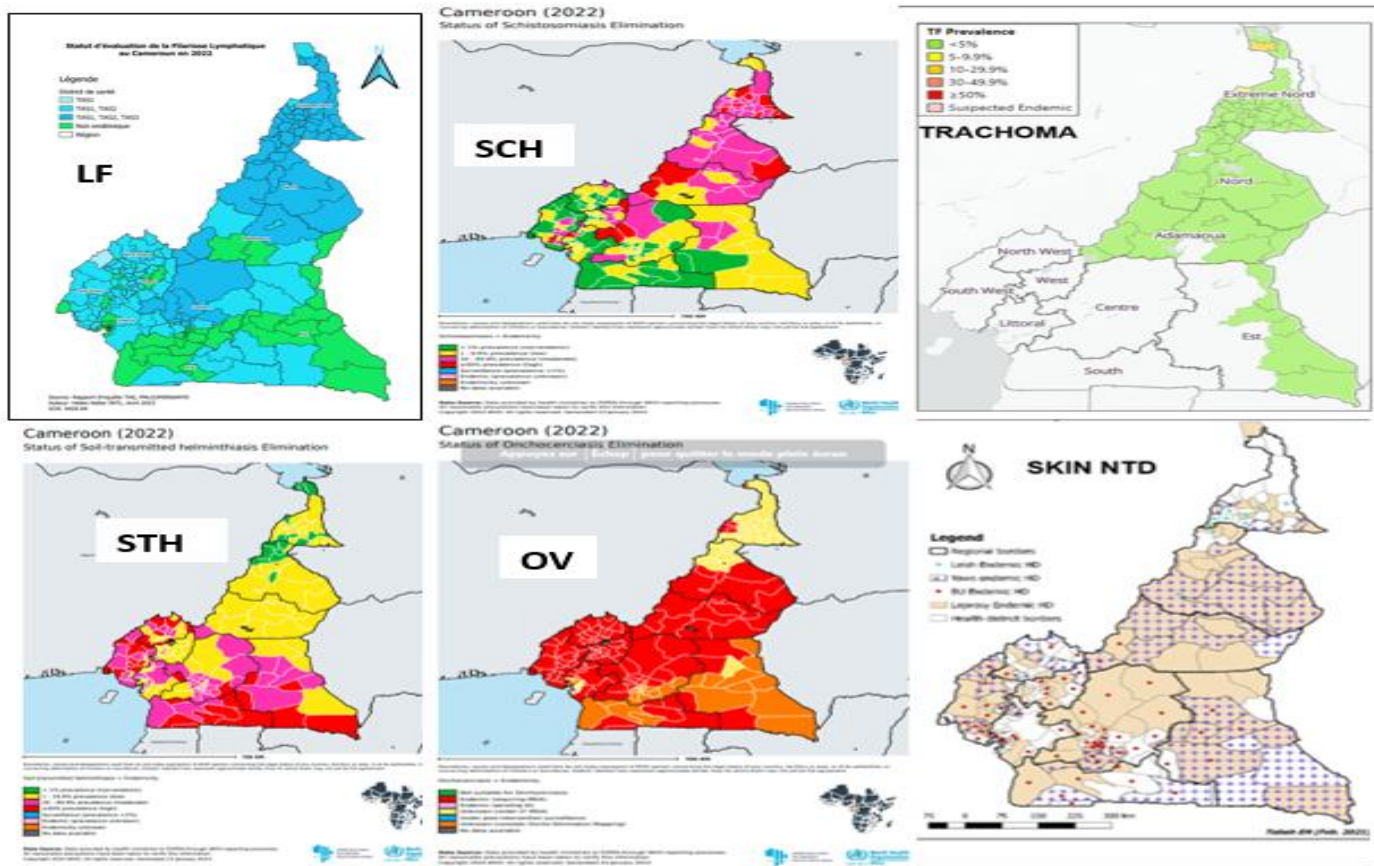


Figure 3 : Endémicité actuelle des différentes MTN actuellement documentés et prises en charge au Cameroun (Source : ESPEN et Programmes)

Tableau V : Données nationales sur la population, écoles et établissements de santé au niveau des districts en 2024

| Régions | Nombre d'unités administratives de niveau A2 (Départements) | Unités internationales (UI) (Districts de sante) | Nombre de Nombres villages ou de communautés* | Population totale | Enfants de moins de cinq ans (d'âge préscolaire) | Enfants de 5 à 14 ans (âge scolaire) | Nombre d'écoles primaires et secondaires | Hopitaux generaux,centraux et régionaux | Hopitaux de District (référence SSP) | Centre de Sante et médicaux |
|-----------------|---|---|---|-------------------|--|--------------------------------------|--|---|--------------------------------------|-----------------------------|
| Adamaoua | 5 | 9 | 1 236 | 1 605 165 | 272 121 | 155 257 | 1 259 | 1 | 8 | 148 |
| Centre | 10 | 30 | 4 350 | 5 410 609 | 717 062 | 419 818 | 5 668 | 12 | 30 | 797 |
| Est | 4 | 15 | 1 503 | 1 609 489 | 241 301 | 140 272 | 1 058 | 1 | 13 | 213 |
| Extreme Nord | 6 | 31 | 4 132 | 5 463 907 | 1 071 373 | 599 792 | 4 254 | 3 | 31 | 296 |
| Littoral | 4 | 24 | 1 154 | 4 578 339 | 560 239 | 336 557 | 3 228 | 5 | 39 | 575 |
| Nord | 4 | 15 | 2 481 | 3 318 800 | 608 934 | 337 128 | 1 878 | 1 | 14 | 257 |
| Nord-Ouest | 7 | 19 | 1 250 | 1 963 117 | 297 629 | 176 673 | 2 447 | 1 | 30 | 336 |
| Ouest | 8 | 20 | 2 773 | 2 398 224 | 449 995 | 259 324 | 2 479 | 1 | 32 | 595 |
| Sud | 4 | 10 | 932 | 1 031 819 | 140 693 | 82 240 | 1 278 | 3 | 9 | 298 |
| Sud-ouest | 6 | 18 | 1 462 | 2 068 685 | 280 324 | 162 984 | 1 680 | 2 | 14 | 271 |
| National | 58 | 191 | 21 273 | 29 448 154 | 4 639 671 | 2 670 045 | 25 229 | 30 | 220 | 3 786 |

*Lorsque les unités de mise en œuvre et les unités administratives sont séparées (pour les interventions contre l'onchocercose par exemple), *ciblez les communautés d'un district.*

* Source : A compléter par les Programmes

Tableau VI : Répartition connue des maladies dans le pays

| Région | Nombre de districts | Nombre de districts où la maladie est endémique | | | | | | | | | | | |
|--------------|---------------------|---|------------|-----------|------------|----------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|----------|------------|
| | | FL | OV | SCH | HI | THA | Lèpre | Leish | UB | Pian | Tra | VG | loase |
| Adamaoua | 12 | 8 | 11 | 11 | 11 | 0 | 12 | 0 | 2 | 11 | 0 | | 4 |
| Centre | 32 | 14 | 16 | 16 | 32 | 0 | 32 | 0 | 22 | 26 | 0 | | 27 |
| Est | 15 | 4 | 5 | 4 | 15 | 2 | 15 | 0 | 5 | 11 | 0 | | 15 |
| Extrême Nord | 32 | 32 | 4 | 32 | 32 | 0 | 32 | 32 | 0 | 30 | 21 | 1 | 0 |
| Littoral | 24 | 12 | 12 | 4 | 24 | 1 | 24 | 0 | 8 | 16 | 0 | | 13 |
| Nord | 15 | 15 | 10 | 15 | 15 | 0 | 15 | 15 | 1 | 14 | 4 | | 0 |
| Nord-Ouest | 21 | 21 | 21 | 3 | 21 | 0 | 21 | 0 | 3 | 19 | 0 | | 21 |
| Ouest | 20 | 16 | 20 | 5 | 20 | 1 | 20 | 0 | 8 | 19 | 0 | | 20 |
| Sud | 12 | 7 | 7 | 0 | 12 | 2 | 12 | 0 | 7 | 12 | 0 | | 12 |
| Sud-ouest | 21 | 18 | 21 | 7 | 21 | 2 | 21 | 0 | 12 | 21 | 0 | | 21 |
| Total | 203 | 147 | 122 | 96 | 203 | 8 | 203 | 47 | 68 | 179 | 21 | 1 | 133 |

1.4.2.2. Performances de la coordination de la lutte contre les MTN

Le premier Plan Directeur 2012-2016 de lutte contre les MTN au Cameroun avait mis l'accent sur la coordination avec mission principale de développer et assurer une synergie d'actions par une approche coordonnée, intégrée et efficiente de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées. Ce plan a permis de recenser les actions prioritaires conduites au cours des années.

La création de l'Unité de Coordination Nationale de Lutte Intégrée contre les Maladies Tropicales Négligées (UCNLIMTN) dès 2013 au sein du Ministère de la Santé Publique a permis une coordination plus efficace des actions de lutte contre les MTN. En effet, des actions concertées dans le cadre des interventions de prise en charge intensive des cas et de coordination pour les distributions de masse des médicaments au niveau opérationnel ont été conduites et ont permis une couverture optimale en termes d'offre de soins.

Le système de collecte des données et les outils de collecte d'informations relatives à la lutte contre les MTN ont été revus et actualisés à tous les niveaux de la mise en œuvre des activités de lutte, afin d'arrimer toutes les structures sanitaires à la plateforme du DHIS2, actuellement utilisée au Cameroun par tous les programmes de santé. Le système d'approvisionnement des médicaments a également été revu et systématisé avec la mise en place des commandes groupées et l'intégration de l'approvisionnement des Régions dans le système national de distribution des médicaments essentiels.

Des modules intégrés de formation des personnels de santé et communautaires ont été élaborés et mis à la disposition des intervenants sur l'ensemble du territoire national. Les interventions de qualité qui s'en sont suivies dans le cadre des traitements de masse ont permis une meilleure gestion et une diminution de l'incidence des effets secondaires graves post-traitement.

Les actions menées par la Coordination MTN ont permis de préciser la situation (ou le statut) de nombreuses maladies tropicales négligées au Cameroun (Tableau IV). Bien que cette situation soit incomplète et nécessite une accélération, notamment pour les maladies à PCT et de prise en charge intensive, elles ont permis d'avoir une vision globale de l'endémicité de ces maladies, et le développement de stratégies d'actions

efficaces. En ce qui concerne en particulier les maladies à PCT, de nouvelles zones de traitement ont été intégrées assurant une couverture optimale en termes d'offre de soins. Toutefois, le changement de paradigme du contrôle à l'élimination implique dorénavant des efforts supplémentaires plus une couverture complète.

La conduite d'enquêtes d'impact a démontré une baisse de la prévalence de certaines maladies au sein des communautés cibles, nécessitant des actions complémentaires pour assurer la mise à l'échelle des stratégies de traitement et la durabilité des résultats déjà obtenus. Des projets de stratégies alternatives et innovantes de lutte contre les maladies tropicales négligées à PCT (en particulier l'onchocercose, la filariose lymphatique et le trachome) ont été conduits et ont permis d'entrevoir des possibilités d'accélération de l'élimination de ces maladies.

Les efforts accomplis dans le cadre de ce plan étaient significatifs, mais restaient nuancés par une faiblesse observée dans les domaines de l'évaluation des niveaux d'endémicité des maladies afin d'apprécier l'impact des efforts de lutte contre les MTN, fait aggravé par le manque de ressources lié à la mise en œuvre de ce plan. Par ailleurs, les activités transfrontalières avaient été quasiment absentes pendant la période définie de ce plan.

Le deuxième plan directeur 2016-2020 avait gardé les mêmes priorités stratégiques que le premier en reléguant comme dernière priorité la coordination du programme mais en mettant plus en exergue la mise en œuvre des interventions de lutte.

Cette réorientation de la stratégie a permis d'assurer une couverture géographique complète des traitements de masse contre le trachome, la filariose lymphatique avec une baisse importante des prévalences lors des enquêtes d'évaluation de la transmission ayant conduit à l'arrêt de traitement à l'Azithromycine et la Tétracycline chez plus de 3 millions de personnes à risques et à l'Albendazole + l'Ivermectine chez 16 millions des personnes à risques respectivement.

Cette période de mise en œuvre du plan a également permis de conduire de nombreuses évaluations d'impact de traitement contre la schistosomiase et les géo helminthiases qui ont révélé des baisses importantes de prévalences de l'ordre de 70% et 90% respectivement dans plusieurs districts endémiques

De plus, ce plan a permis de mettre à échelle les interventions de surveillance intégrée des MTNs à manifestations cutanées dans les dix régions avec un accent dans la région de l'Est particulièrement Co endémique à ces maladies.

Tableau VII : Cartographie de la situation des MTN, Cameroun, 2023

| MTN endémique | Nombre de districts à risque de la maladie | Nombre de districts cartographiés ou statut connu au regard de l'endémie | Nombre de districts devant être cartographiés ou dont le statut au regard de l'endémie doit être évalué |
|---|--|--|---|
| Schistosomiase | 95 | 95 | 95 |
| Géo-helminthiases | 203 | 203 | 0 |
| Trachome | 27 | 25 | 2 |
| Filariose lymphatique | 178 | 147 | 31 |
| Onchocercose | 203 | 122 | 81 |
| Trypanosomiase humaine africaine | 8 | 8 | 0 |
| Leishmaniose | 47 | 33 | 14 |
| Lèpre | 203 | 98 | 105 |
| Pian | 179 | 48 | 155 |
| Ulcère de Buruli | 157 | 68 | 89 |
| Dracunculose | 15 | 1 | 14 |
| Gale | 203 | 35 | 168 |
| Mycétomes | Non disponible | Non disponible | 203 |
| Etc. | | | |

1.4.3 Performance des autres programmes étroitement liés au programme de lutte contre les MTN

Lutte antivectorielle

La lutte contre les MTN est un travail de longue haleine, qui nécessite dans la plupart des cas des interventions complémentaires et la participation de plusieurs secteurs. Entre autres ces interventions, la lutte antivectorielle pour les pathologies comme : l'onchocercose, la filariose lymphatique, la leishmaniose, la trypanosomiase humaine africaine ; et la schistosomiase qui en plus de cette intervention nécessite la promotion de l'hygiène, des activités WASH (construction des forages, distribution des kits WASH dans les écoles, création des Clubs WASH) dont le district de NDIKINIMEKI, dans la Région du Centre a été la zone pilote.

Les activités de lutte antivectorielle ne sont pas généralement intégrées dans les programmes, toutefois, la filariose lymphatique et la leishmaniose profitent des retombées des campagnes de distribution gratuite de moustiquaires imprégnées à longue durée d'action organisées par le Programme National de lutte contre le paludisme.

Les activités de lutte anti vectorielle contre l'onchocercose quant à elles, se limitent à l'implémentation de quelques projets de recherche opérationnelle à l'utilisation des larvicides dans le district de MASSAMGAM et de la destruction des gîtes larvaires dans le district de santé de Bafia. Au vu de ce qui précède il est important que le tableau ci-dessous en annexe soit considéré pour une bonne mise en œuvre de cette lutte par le pays.

« Un monde, une Seule Santé »

Le concept « Une Seule Santé », stratégie qui s'intéresse aux événements sanitaires se situant à l'intersection entre la santé humaine, la santé animale (animaux domestiques et faune sauvage) et l'écosystème, correspond à une approche interdisciplinaire, holistique et intégrée des problèmes de santé. De ce fait la stratégie « Une Seule Santé » implique la collaboration multisectorielle et interdisciplinaire pour la surveillance des maladies, l'investigation des épidémies et les activités de riposte menées de manière conjointe par des professionnels de différentes disciplines.

Au Cameroun l'approche « Une Seule Santé », est pilotée par les Services du Premier Ministre à travers le programme Zoonose qui implique plusieurs Départements Ministériels clés suivants : MINEPIA ; MINSANTE ; MINFOF ; MINEPDED ; MINRESI ; MINESUP ; MINATD ; MINESEC ; MINDEF ; MINCOM ET MINTOUR.

Les défis posés par l'accélération de l'élimination des MTNs impliquera une participation plus active de l'ensemble des sectoriels partenaires de la santé à travers des approches multidisciplinaires de plus en plus innovantes.

Tableau VIII : Principales interventions de lutte contre les MTN et approche USS

| Nom de la maladie endémique | Maladie ayant un lien avec l'animal | Lien avec l'environnement | Principales interventions |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|---|
| Schistosomiase | oui | oui | DMM, LAV |
| Géo-helminthiases | oui | oui | DMM, WASH Construction de 14 forages dans le District de Santé (DS) de Ndikiméki |
| Onchocercose | non | oui | DMM, LAV |
| Filariose lymphatiques | non | oui | PCC, PCMPI, LAV |
| Trachome | non | oui | CHANCE, WASH |
| Ver de Guinée | oui | oui | Surveillance |
| Trypanosomiase humaine A. | oui | oui | DMM, LAV |
| Ulcère Buruli | non | oui | Surveillance intégrée et PCC |
| Lèpre | non | non | Surveillance intégrée et PCC, WASH |
| Leishmaniose | oui | oui | Surveillance intégrée et PCC, LAV |
| Pian | non | oui | Surveillance intégrée, PCCDMM et Wash |
| Mycétome | non | oui | Surveillance intégrée et PCC |
| Envenimation par Morsure de serpent | oui | oui | PCC |
| Gale et autres ectoparasites | oui | oui | Surveillance intégrée et PCC, DMM, Wash |

Le WASH et les MTN

Une revue documentaire faite en 2018 par la DROS sur le paysage WASH avait permis d'obtenir quelques éléments consignés dans le tableau ci-dessous.

Par ailleurs, une étude de base sur la disponibilité et la fonctionnalité des infrastructures WASH a également été menée dans le cadre du Projet de lutte contre les MTN implémenté dans le DS de Ndikiméki. Il est donc nécessaire que d'autres enquêtes

soient envisagées en vue d'une meilleure cartographie des ouvrages WASH à l'effet de faciliter leur construction dans les zones qui n'en disposent pas.

Tableau IX : Analyse Forces-Faiblesse-Opportunités-Menaces du WASH au Cameroun

| FORCES | FAIBLESSES |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Existence des textes règlementaires et documents normatifs du secteur WASH : Loi, Politiques et Stratégies 2. Multiplicité d'acteurs intervenant dans le secteur WASH : Gouvernement, Société Civile, Nations Unies 3. Mise en œuvre du Plan de réponse choléra existant 4. Forte implication du personnel WASH à tous les niveaux de la pyramide sanitaire 5. Forte implication des ASC au niveau communautaire 6. Prise en compte de la filière de formation des ASC dans les écoles de formation des personnels de santé 7. Construction des ouvrages d'AEP (forages & SAEP) par le MINEE en milieu communautaire, carcéral et clinique, etc 8. Mise en œuvre de la Stratégie et du Guide de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) dans les Communes et les Ecoles (WASH in School) 9. Existence d'un Comité National WASH pour la coordination, d'un Groupe Sectoriel WASH et les Clusters WASH opérationnels au niveau régional pour les situations d'Urgences 10. Existence du système d'information AEP/ Assainissement | <ol style="list-style-type: none"> 1. Insuffisance des ressources financières 2. Faible disponibilité des financements (prêts) à taux concessionnel dus au secteur de l'eau 3. Insuffisance du personnel WASH à tous les niveaux de la pyramide sanitaire 4. Insuffisance de coordination des acteurs WASH 5. Faible motivation des prestataires de prise en charge avec incidence sur la qualité de travail 6. Non appropriation par tous les acteurs de la Stratégie et du Guide ATPC 7. Insuffisance/Absence du Suivi-Post FDAL (Fin de la Défécation à l'Air Libre) dans la mise en œuvre de l'ATPC 8. Stratégie WASH in School pas suffisamment mise en œuvre 9. Comité National WASH non opérationnel 10. Non implication de tous les acteurs clés/opérationnels dans le groupe Sectoriel et Cluster WASH 11. Non actualisation régulière de la base de données WASH 12. Turn-over ou affectation fréquente du personnel formé 13. Non disponibilité des points eaux et toilettes dans toutes les écoles 14. Insuffisance du matériel et des intrants WASH dans les Districts de Santé 15. Approvisionnement insuffisant en eau de la CAMWATER en zones rurale et périurbaine 16. Faible sensibilisation de la communauté sur les bonnes pratiques WASH 17. Faible mise en œuvre des activités WASH dans les communautés et les écoles 18. Insuffisance des personnels formés et matériels WASH dans les communautés, les écoles et les lieux publics 19. Faible accès à l'eau potable en communauté et dans les marchés |

| | |
|--|---|
| | <p>20. Non implication des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) dans la lutte contre le choléra</p> <p>21. Construction des maisons dans des zones à risque (inondation) – Plan d’urbanisation de certaines villes</p> <p>22.</p> |
| OPPORTUNITÉS | MENACES |
| <p>1. Appui des PTF et des sectoriels</p> <p>2. Projets visant l’amélioration de l’accès à l’eau potable en zones urbaine et rurale : PAEPYS, Projet AEP dans 9 villes, Projet AEP dans 03 villes, Projet de Reconfiguration du SAEP de Yaoundé, Méga AEP de Douala, Projet de Réhabilitation de 350 Scanwaters au Cameroun, etc</p> | <p>1. Zones difficiles d’accès</p> <p>2. Régions insécures</p> <p>3. Pénurie d’eau pendant la saison sèche</p> <p>4.</p> |

Les interventions du WASH s’inscrivent tant en situation d’urgence qu’en situation normale (la prévention des risques et catastrophes ; la gestion des crises liés aux situations sanitaires des réfugiés en terre Camerounaise ; la fourniture des équipements WASH avec la promotion des bonnes pratiques d’hygiène. La Coordination des activités du secteur WASH est assurée par la collaboration à travers les comités multisectoriels, des projets d’intérêt commun (PADDY2, ATPC, Villes propres, WASH in school...) ; avec le MINSANTE ; les Ministères apparentés (MINEE, MINEDUB, le MINDDEVEL et les PTF (OMS, UNICEF) et les organismes au développement.

Tableau X : Principales interventions menées par le secteur WASH dans le pays.

| PRINCIPALES INTERVENTIONS WASH | ACTEURS |
|--|------------------------------------|
| Réalisation d’un point d’eau potable lors de toute construction d’une FOSA, des établissements scolaires et dans les communautés | MINSANTE/CTD/MINEDUB/MINESEC/MINEE |
| Amélioration quantitative de la fourniture en eau potable par l’installation de nouveaux sites de production | MINEE/CAMWATER |
| Acquisition et installation d’incinérateurs (25) de dernière génération pour la gestion des déchets hospitaliers | MINSANTE (Projet ODELGA) |

| | |
|---|-----------------------------------|
| Intensification du concept PCI dans les FOSA publiques et privées | MINSANTE |
| Intensification de l'ATPC dans les régions septentrionales et Est (régions dites prioritaires car à risque) | MINSANTE/MINEE/MINCOM/MINEDUB/CTD |

1.4.4. Produits de Santé et Vigilances

Le ministère de la Santé Publique du Cameroun reçoit des quantités importantes de produits pharmaceutiques pour la lutte contre les MTNs. En contrepartie, il doit en assurer la bonne gestion et la vigilance.

Approvisionnement en Produits de Santé

L'approvisionnement des produits de Santé MTNs est réglementé au Cameroun et décrit dans le Plan Stratégique 2021 – 2026 de la Chaîne d'Approvisionnement en Produits de Santé au Cameroun. Il se fait à travers les structures agréées du circuit officiel (SYNAME) . Le SYNAME est organisé en 3 niveaux (confère figure 4):

- La CENAME au niveau central assure l'approvisionnement des FRPS et des hôpitaux de 1ère et 2ème catégorie en médicaments essentiels ;
- Les FRPS assurent à leur tour, celui des autres catégories des formations sanitaires ;
- La dispensation des médicaments aux patients se fait au sein des pharmacies des Formations Sanitaires.

Au-delà des FOSA, les Agents de Santé Communautaire (ASC) participent aussi à la mise à disposition de certains médicaments et Tests de Diagnostics Rapides (TDR) des programmes prioritaires de santé à travers des visites à domicile des patients.

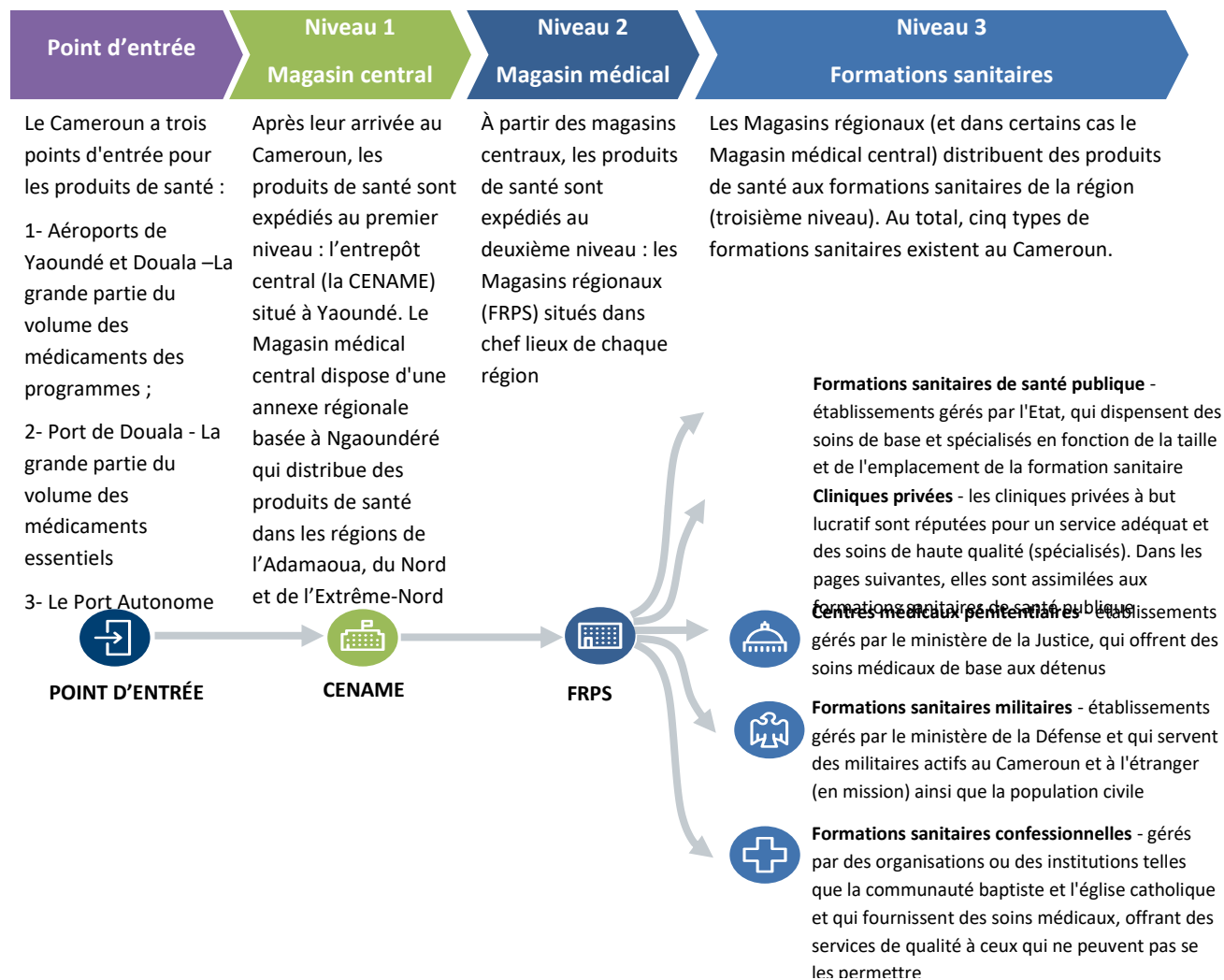


Figure 4 : flux de produits de santé des points d'entrée aux points de livraison

Vigilances

Les activités des vigilances sont régies par le Plan Stratégique des Vigilances des Produits de Santé au Cameroun 2024- 2028. L'existence d'un système des vigilances un atout permettant de minimiser les risques liés à l'utilisation des produits de santé et tous les Programmes MTNs doivent y adhérer.

Selon ce plan stratégique des Vigilances, les programmes de santé publique sont chargés, à travers les points focaux de vigilance desdits programmes, de la mise en œuvre et l'exécution des activités de vigilance des produits de santé dont ils ont la charge. A ce titre ils sont chargés de :

- Promouvoir l'utilisation rationnelle des médicaments ;
- Suivre et évaluer le respect des algorithmes de traitement ;
- Coordonner les activités de vigilance mis en place au niveau des GTR et des centres de prise en charge du programme en collaboration avec les centres régionaux de PV ;
- Investiguer tous les cas d'évènement indésirable/évènement indésirable d'intérêt particulier ;
- S'assurer de la remontée des fiches de notification et de la soumission des rapports trimestriels d'activités de vigilance au Centre National PV ;
- Mettre en place une base de données de vigilance du programme ;
- Veiller à l'exploitation des données de vigilance lors des exercices de quantification.

Au niveau de la région, le système de vigilance est constitué des acteurs suivants :

- Les PF PV régionaux ;
- Les PF PV des Districts de santé ;
- Les PF PV des FOSA.

A cet effet au niveau régional, le PF PV régional est une personne qualifiée (médecin ou pharmacien), désignée comme correspondant régional par le MINSANTE. A ce titre il est le coordonnateur régional des vigilances sous la supervision générale de la DRSP.

Il PF PV des districts de santé est désigné par le délégué régional de la santé publique, il coordonne les activités de PV au niveau des districts de santé sous la supervision du CDS (Décision 7030 D/MINSANTE/SG/DPML/SDM/SV du 14/09/22).

Le PF PV des FOSA est désigné par les responsables des FOSA, il veille à la mise en œuvre des activités de PV au sein de la FOSA sous la supervision du responsable de la FOSA. (Lettre circulaire D36-76/LC/MINSANTE/SG/DPML/SDP du 16/10/2018).

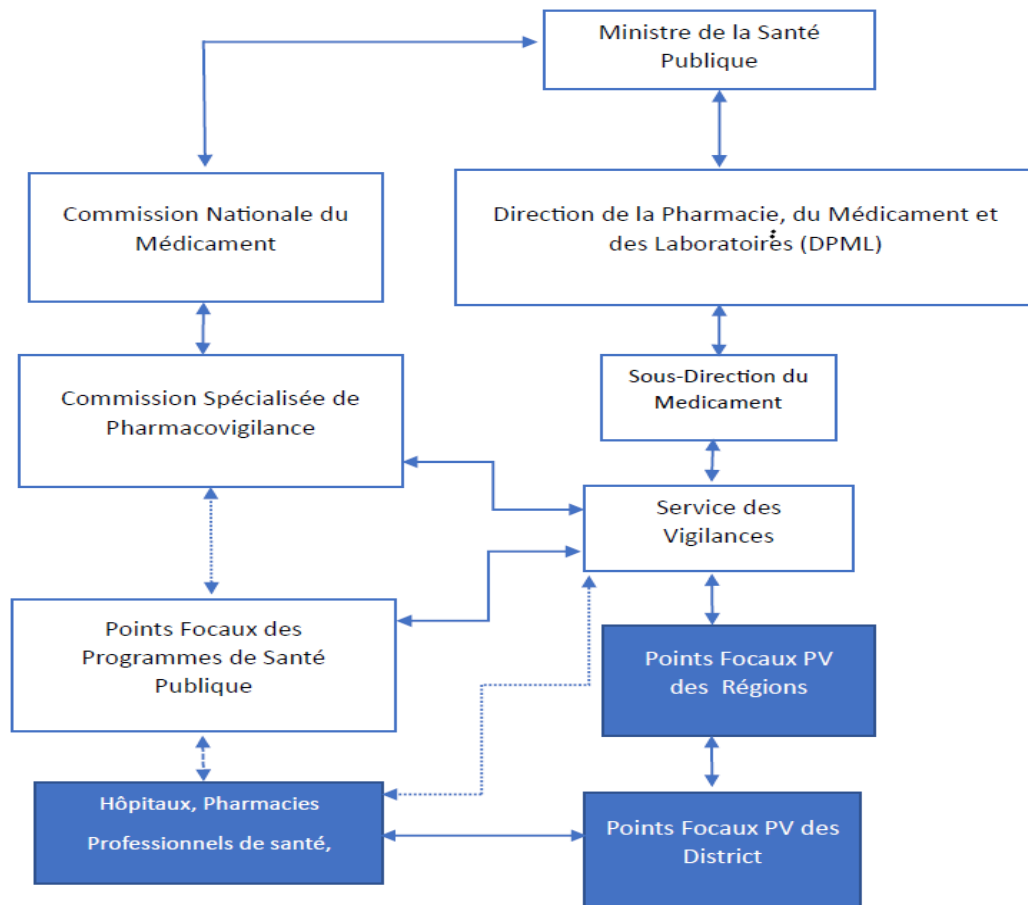


Figure 5 : Organigramme du Système National des Vigilances au Cameroun

Section 1.5 : Atouts du programme de lutte contre les MTNs

1.5.1. Analyse FFOM

FORCES

- Existence d'une Sous-direction en charge des MTN
- Existence d'un système de santé à trois niveaux opérationnels
- Existence d'une réunion d'évaluation et de planification annuelle des activités de lutte contre les MTN
- Existence du Système National d'Approvisionnement en Médicament Essentiels et ses structures d'exécution (CENAME et FRPS)
- Mobilisation des fonds de contrepartie de l'Etat
- Appui des Partenaires Techniques et Financiers
- Existence de multiples agents de santé communautaires utilisés par les différents programmes MTN
- Mise en œuvre d'une politique de promotion de la santé par le MINSANTE et les administrations apparentées

FAIBLESSES

- Coordination peu renforcée en logistique et ressources financières
- Faible intégration des activités des programmes à PCT entre eux et entre PCT et PCC
- Les calendriers de mise en œuvre des différentes activités sont asynchrones, et les différentes interventions ne sont pas mutualisées
- Les circuits d'approvisionnement et de distribution des médicaments sont différents et entraînent parfois des goulots d'étranglements évitables
- Les systèmes de motivation des intervenants sont différents et engendrent des frustrations des acteurs communautaires
- Les outils de formation, de gestion, de suivi et d'évaluation utilisés par les programmes ne sont pas harmonisés et intégrés
- Forte dépendance des financements extérieurs
- Insuffisance des ressources financières en matière de lutte contre les MTN

- Cartographie incomplète ou non actualisée pour la plupart des MTN
- Insuffisance des activités de recherche opérationnelle
- Faiblesse/inexistence d'un dispositif de surveillance
- Persistance de la plupart des MTN comme un problème de santé publique
- Inadéquation entre la planification des activités des MTN et le CDMT Santé
- Faiblesse dans la gestion des données des MTN.

OPPORTUNITES

- Promotion de la décentralisation par l'Etat et les partenaires
- Volonté politique de renforcement de la surveillance des MTN
- Harmonisation du plan opérationnel annuel MTN
- Commandes groupées des intrants pour la mise en œuvre des interventions de lutte contre les MTN
- Intégration des outils de gestion, de suivi et d'évaluation des programmes MTN
- Existence d'une politique nationale pour la mise en œuvre des Interventions Sous Directives Communautaires (IDC)
- Disponibilité des médicaments dans le cadre des programmes de donation
- Appui des partenaires dans la mise en œuvre des activités
- Existence d'un cadre de concertation sous régionale pour les activités transfrontalières
- Nouveau paradigme intégrant l'approche One Health.

MENACES

- Us et coutumes favorisant la transmission des MTN
- Arrêt de certaines sources de financement
- Crise sociale interne dans certaines zones du territoire national et dans certains pays voisins
- Faible concertation entre les pays voisins pour des actions transfrontalières de lutte contre les MTN.

1.5.2. Priorités

A la suite de l'analyse des lacunes et FFOM, les priorités retenues sont :

- Mobilisation des ressources internes et externes ;
- Amélioration de la gestion des médicaments ;
- Renforcement de la collaboration intersectorielle
- Renforcement de la participation communautaire ;
- Développement des stratégies innovantes et implémentation des stratégies alternatives ou complémentaires pour baisser la prévalence ;
- Actualisation et complétude des cartographies des MTN ;
- Intensification des activités transfrontalières ;
- Mise en place d'un cadre d'orientation pour la recherche sur les MTN
- Renforcement du Système d'Information Sanitaire sur les MTN
- Coordination entre la surveillance des MAPE et MTN
- Renforcement de l'intégration des activités de lutte contre les MTN dans le PMA et le PCA
- Renforcement de l'appropriation de la lutte contre les MTN par l'Etat et les populations bénéficiaires.

Tableau XI : Lacunes et priorités

| MALADIES | LACUNES |
|--------------------------------------|---|
| ENVENIMATIONS PAR MORSURE DE SERPENT | <ul style="list-style-type: none"> - Inaccessibilité des sérums antivenimeux (Cout très élevé pour les victimes) - Absence de plan stratégique national |
| FILARIOSE LYMPHATIQUE | <ul style="list-style-type: none"> - Faible gestion (prise en charge) des complications et morbidité par les formations sanitaires et par les communautés elles-mêmes |
| GALE | <ul style="list-style-type: none"> - Situation de la maladie pas connue, - Personnel de sante pas capacités dans la détection et prise en charge |
| GEOHELMINTHIASE ET SCHISTOSOMIASES | <ul style="list-style-type: none"> - Cartographie de précision incomplète - Insuffisance de la dotation annuelle des médicaments pour la couverture des - Baisse des financements pour la mise en œuvre des activités de lutte ; |

| | |
|--------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Implémentation insuffisante des stratégies complémentaires (WASH, One Health, LAV) |
| LEISHMANIOSE | <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance du personnel formé dans la PEC et la surveillance ; - Insuffisance de ressources financières pour les activités de lutte - Absence de lutte anti vectorielle ; - Absence de la surveillance des hôtes secondaires |
| LEPRE | <ul style="list-style-type: none"> - Pas de cartographie nationale actualisée - Diagnostic tardif Proportion des cas de MB= 82.69%, Proportion des cas d'infirmité de degré 2= 12.8%) - Faiblesse dans la surveillance (Plus de la moitié des districts de santé sont silencieuses) - Faible promptitude et complétude - Dépendance à l'appui extérieur - Insuffisance de personnel de sante formés sur le diagnostic, la PEC et le suivi des cas de lèpre |
| MYCETOME | <ul style="list-style-type: none"> - Absence de base de données nationale - Pas de cartographie |
| ONCHOCERCOSE | <ul style="list-style-type: none"> - Faible dans l'assurance qualité dans la mise en œuvre des campagnes de distribution de masse ; - Insuffisance des évaluations d'impact de traitement dans les 9 régions (108 DS) - Faible couverture thérapeutique dans certains DS et communautés - Défaillance opérationnelle dans la gestion de la maladie dans les DS Hot spot (26), - Forte dépendance aux financements extérieurs - Faible mise en œuvre des enquêtes entomologiques - Faible mise en œuvre de la lutte antivectorielle |
| PIAN | <ul style="list-style-type: none"> - Cartographie nationale inachevée - Dépendance à l'appui extérieur - Nombre de DS investigué : 32DS/200, - Absence des tests diagnostiques dans les districts, - Absence de financement pour assurer les prochains tours de distribution de masse dans tous les districts endémiques |
| TRACHOME | <ul style="list-style-type: none"> - Faible prise en compte de la composante WASH dans les interventions |

| | |
|---|--|
| | |
| <p>TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Surveillance passive non optimale dans les foyers ; - Plan stratégique obsolète (2008-2013) - Insuffisance de ressources locales - Insuffisance de la LAV - Absence des activités de lutte transfrontalière |
| <p>ULCERE DE BURULI</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pas de cartographie nationale actualisée/achevée - Détection tardive des cas ; - Proportion des cas confirmés par la PCR reste faible ; - Faible capacité de prévention et de PEC des infirmités lié à l'UB - Dépendance de l'appui extérieur, - Cartographie nationale incomplète, - Non-appropriation des interventions et bonnes pratiques issue des interventions pilote, - Insuffisance de partenaires d'appui - Insuffisance de mécanismes de Collecte, traitement et validation des données à différents niveaux dans les régions, - Coût élevé de la PEC de complications actuellement supporté à plus 80% par le patient |
| <p>VER DE GUINEE</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de la ressource humaine et financière pour étendre la surveillance le long de la frontière ; - -Non-appropriation de la riposte par la communauté |



UNIVERSITÉ DE BURGUNDIE
FACULTÉ DE SCIENCES
INFORMATIQUE

PARTIE 2

PROGRAMME STRATEGIQUE :

BUT ET OBJECTIFS

Section 2.1 : Vision et mission du programme de lutte contre les MTN

| Tableau XII. Vision et mission | |
|--------------------------------|--|
| Vision | En 2028, le Cameroun allégé du fardeau des MTNs avance vers l'émergence. |
| Mission | Accélérer le contrôle, l'élimination et l'éradication des MTNs, afin de protéger les personnes à risque au Cameroun. |

Section 2.2 : Objectifs stratégiques, jalons et cibles

2.2.1. Objectif stratégique

| Tableau XIII : But/Objectif stratégique | |
|---|--|
| But/Objectif stratégique : | Éliminer le trachome, la trypanosomiase humaine africaine, la filariose lymphatique, la lèpre comme problème de santé publique, interrompre la transmission du Pian dans 50% DS endémique ; interrompre la transmission de l'onchocercose dans au moins une région; contrôler la schistosomiase, les géo helminthiases, l'Ulcère de Buruli et les leishmanioses, et réduire la charge morbide des autres MTNs endémiques au Cameroun d'ici à 2028. |

2.2.2. Cibles

Cibles générales

D'ici à 2028, le Cameroun va :

- Atteindre la couverture géographique de 100% de toutes les MTNS ;
- Arrêter les DDM contre l'Onchocercose dans la Région de
- Éliminées au moins 02 MTNS

Tableau XIV : Cibles transversales

| Indicateurs | | Calcul de l'indicateur | Cibles (%) |
|---|---|---|------------|
| Approches intégrées | Indice de couverture du traitement intégré pour la chimiothérapie préventive (STH, SCH. et Oncho, Trachome, FL) | Proportion d'interventions de chimiothérapie intégrées | 75 % |
| | Nombre de DS qui adoptent et mettent en œuvre des stratégies intégrées de lutte contre les MTNS à manifestations cutanées | Nombre de DS | 100% |
| | Réduction en pourcentage du nombre de décès dus aux MTNS à transmission vectorielle | Pourcentage | 75% |
| Coordination Multi-Sectorielle | Accès à l'approvisionnement en eau, à l'assainissement et l'hygiène de base au moins, dans les zones où les maladies tropicales négligées sont endémiques, afin d'atteindre les cibles 6.1 et 6.2 de l'objectif de développement durable n°6 | Couverture en eau potable et assainissement de base dans les zones d'endémicité | 100 % |
| | Proportion de la population à risque protégée contre les dépenses de santé liées à des maladies tropicales négligées qui sont à la charge des patients et constituent une situation catastrophique, en vue d'atteindre la cible 3.8 de l'objectif de développement durable n°3 (Ulcère de Buruli et Hydrocèle /FL) | | 80% |
| | Pourcentage des DS ayant intégré les MTNS dans les stratégies/plans sanitaires | | 100% |
| Couverture sanitaire universelle | Pourcentage des DS ayant inclus les interventions de lutte contre les MTNS dans leurs services essentiels et ayant prévu un budget à cet effet | | 100% |
| | Pourcentage de la population à risque protégée contre les dépenses de santé liées à des maladies tropicales négligées qui sont à la charge des patients et constituent une situation catastrophique, en vue d'atteindre la cible 3.8 de l'objectif de développement durable n°3 (Ulcères de Buruli et hydrocèle /FL) | Pourcentage de la population à risque protégée contre les dépenses liées aux MTNS | 90% |

| | | | |
|-----------------------------------|--|---|-------|
| Appropriation par les pays | Pourcentage de DS notifiant les données sur toutes les MTNS endémiques Nombre de cas d'incapacités pris en charge | | 100 % |
| | Pourcentage de DS recueillant et notifiant les données ventilées par sexe sur les MTNS | Pourcentage de DS qui ont inscrit les MTNS dans les PDC | 100% |

Cibles relatives à des maladies spécifiques

Tableau XV. Cibles spécifiques pour chaque maladie

| Cibles nationales | Maladies | Objectif | Année | Stratégies |
|--|---------------------------------|--|--------------|--|
| Certifier l'éradication | Dracunculose (ver de Guinée) | Maintenir le statut d'éradication du ver de Guinée | 2028 | Confinement des cas ; Surveillance (y compris transfrontalière) ; Attachement des chiens et des chats ; lutte anti vectorielle ; |
| Eliminer (interrompre la transmission) | Pian | Interrompre la transmission du Pian dans 50% DS endémiques | 2028 | Cartographie pour confirmation d'endémicité ; Distribution de masse Traitement des cas et contacts ; Surveillance(y compris transfrontalière). |
| | Onchocercose | Interrompre la transmission de l'onchocercose dans au moins une région | 2030 | Cartographie d'élimination de l'onchocercose ; Administration de masse de médicaments ; Mise en œuvre des stratégies alternatives de traitement ; Lutte antivectorielle Surveillance (y compris transfrontalière). |
| Eliminer en tant que problème de santé publique | Lèpre | Eliminer comme problème de santé publique | 2028 | Dépistage précoce et traitement des cas ; Surveillance (y compris transfrontalière); Recherche et traitement des contacts ; Prévention et prise en charge des complications et invalidités. |

| | | | | |
|------------------|-----------------------|---|------|---|
| | Filariose lymphatique | Eliminer comme problème de santé publique | 2028 | Prise en charge des morbidités et prévention des incapacités ; Lutte antivectorielle ; Surveillance (y compris transfrontalière). Enquête de surveillance de la transmission |
| | Trachome | Eliminer comme problème de santé publique | 2028 | Administration massive de médicaments ; Prise en charge du trichiasis trachomateux ; WASH ; Surveillance (y compris transfrontalière); Enquête de surveillance |
| | THA | Eliminer comme problème de santé publique | 2028 | Dépistage et traitement des cas ; Surveillance sentinelle ; lutte anti vectorielle. Surveillance transfrontalière |
| Contrôler | Schistosomiase | Contrôler | 2028 | Cartographie de précision, Déparasitage annuel des enfants d'âge scolaire, des adultes dans les districts de santé cibles ; Lutte antivectorielle ; Stratégie WASH ; Surveillance |
| | Géo helminthiases | Contrôler | 2028 | Déparasitage annuel des enfants d'âge scolaire et pré scolaire, des adultes dans les districts de santé cibles ; Stratégie WASH ; Surveillance |

| | | | | |
|----------------|--|--------------------------------------|------|---|
| | Leishmaniose cutanée | Contrôler | 2028 | Cartographie des cas ; Dépistage et traitement des cas ; Surveillance (y compris transfrontalière). Prise en charge des complications |
| | Ulcère de Buruli | Contrôler | 2028 | Cartographie des cas ; Dépistage et traitement des cas ; Surveillance Prise en charge des complications |
| Juguler | Gale | Réduire la morbidité | 2028 | Cartographie des cas ; Dépistage et traitement des cas ; Surveillance |
| | Mycétome | Réduire la morbidité | 2028 | Cartographie des cas ; Dépistage et traitement des cas ; Surveillance ; Prise en charge des complications |
| | Envenimations par morsures de serpents | Réduire la morbidité et la mortalité | 2028 | Cartographie des cas ; Dépistage et traitement des cas ; Surveillance Prise en charge des complications |

2.2.3. Jalons

Afin d'atteindre les cibles générales, transversales et spécifiques à une maladie définie dans le présent plan directeur, et compte tenu des progrès accomplis jusqu'ici et mentionnés dans les sections précédentes, un certain nombre d'étapes devraient être franchies. Ces étapes spécifiques à franchir pour chaque maladie sont présentées dans le tableau ci-dessous (Tableau XVI).

Tableau XVI : Étapes importantes à franchir dans le cadre de la lutte contre les MTNS

| Indicateurs | 2024 | 2025 | 2026 | 2028 | 2028 |
|---|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|
| Filariose Lymphatique | | | | | |
| Nombre de Districts de santé ayant mené et réussi au moins deux évaluations de la transmission (TAS) | 146 (65%) | 146 (99%) | 147 (99%) | 147 (100%) | 147 (100%) |
| Nombre de Districts de santé ayant commencé à mener des activités de surveillance passive et de lutte antivectorielle | 146 (65%) | 146 (99%) | 147 (99%) | 147 (100%) | 147 (100%) |
| Présentation du dossier de vérification de l'absence de transmission de la filariose lymphatique | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (100%) |
| Nombre de Districts de santé offrant une couverture complète des services de prise en charge de la morbidité et un accès aux soins de base | 5 (3%) | 25 (17%) | 60 (42%) | 90 (62%) | 147 (100%) |
| Nombre de Districts de santé où 75% des cas d'hydrocèle ont subi une intervention chirurgicale appropriée | 5 (3%) | 25 (17%) | 60 (42%) | 90 (62%) | 147 (100%) |

| Indicateurs | 2024 | 2025 | 2026 | 2028 | 2028 |
|---|-----------|------------|--------------|--------------|--------------|
| Onchocercose | | | | | |
| Nombre de Districts de Santé ayant complété la cartographie d'élimination | 0 (0%) | 81 (0%) | 81 (100%) | 81 (100%) | 81 (100%) |
| Proportion de Districts de Santé endémiques à l'onchocercose sous traitement (suite à la cartographie de d'élimination des 92 DS concernées) | 0% | 0% | 100% | 100% | 100% |

| | | | | | |
|---|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Nombre de Districts de Santé ayant mené leurs premières évaluations épidémiologiques après 10 tours de traitement parmi les 119 sous DMM | 50 (9%) | 70 (100%) | 70 (100%) | 70 (100%) | 80 (100%) |
| Nombre de Districts de Santé ayant mené et réussi l'enquête d'impact de traitement (évaluation de la transmission) parmi les 122 sous DDM | 50 (9%) | 70 (100%) | 70 (100%) | 70 (100%) | 80 (100%) |
| Proportion de Districts de Santé de forte transmission et/ou co-endémiques à la loase ayant mené au moins une stratégie alternative de lutte contre l'onchocercose | 40% | 65% | 85% | 100% | 100% |
| Nombre de Districts de Santé ayant interrompu le traitement et ayant commencé la surveillance post-arrêt de traitement | 0 (0%) | 0 (0%) | 11 (10%) | 15 (13%) | 15 (13%) |

| Indicateurs | 2024 | 2025 | 2026 | 2028 | 2028 |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Trachome | | | | | |
| Nombre de Districts de Santé ayant atteint le seuil d'élimination du Trachome (TF<5%) | 22 (92%) | 22 (92%) | 24 (100%) | 24 (100%) | 24 (100%) |
| Nombre de Districts de Santé qui rapportent les données de Trachome dans le DHIS2 | 24 (100%) | 24 (100%) | 24 (100%) | 24 (100%) | 24 (100%) |
| Rédaction du Plan de transition national d'élimination du trachome | 0 (0%) | 1 (100%) | 1 (100%) | 1 (100%) | 1 (100%) |
| Mise en place d'une plateforme de Surveillance transfrontalière du Trachome | 0 (0%) | 1 (100%) | 1 (100%) | 1 (100%) | 1 (100%) |
| Nombre de Districts de santé ayant détecté les nouveaux cas de Trichiasis | 24 (100%) | 24 (100%) | 24 (100%) | 24 (100%) | 24 (100%) |
| Nombre de Districts de santé ayant notifié les nouveaux cas de Trichiasis | 0 (0%) | 24 (100%) | 24 (100%) | 24 (100%) | 24 (100%) |
| Nombre de Districts de santé ayant pris en charge les nouveaux cas de Trichiasis | 0 (0%) | 24 (100%) | 24 (100%) | 24 (100%) | 24 (100%) |
| Finaliser le dossier de validation et d'élimination du trachome au Cameroun | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (100%) |

| Indicateurs | 2024 | 2025 | 2026 | 2028 | 2028 |
|---|--------------|--------------|----------------|----------------|----------------|
| Schistosomiase | | | | | |
| Nombre de districts de santé où l'élimination de la Schistosomiase en tant que problème de santé publique est validée | 0 (0%) | 0 (0%) | 10 (10%) | 24 (25%) | 48 (50%) |
| Nombre de sites de transmission de la Schistosomiase où la lutte contre le mollusque est mise en œuvre (Districts hyper-endémiques) | 10 (23%) | 10 (23%) | 15 (34%) | 15 (34%) | 20 (45%) |
| Nombre d'Aires de Santé de santé ayant complétés la cartographie de précision | 372 (25%) | 744 (50%) | 1487 (100%) | 1487 (100%) | 1487 (100%) |
| Nombre de districts de santé ayant recours à la plateforme DHIS2 pour la collecte des données du déparasitage | 71 (70%) | 95 (100%) | 95 (100%) | 95 (100%) | 95 (100%) |

| Indicateurs | 2024 | 2025 | 2026 | 2028 | 2028 |
|---|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Géohelminthiases | | | | | |
| Nombre de districts de santé où l'élimination des géohelminthiases en tant que problème de santé publique est validée | 0 (0%) | 0 (0%) | 50 (25%) | 101 (50%) | 152 (75%) |
| Nombre de districts de santé ayant recours à la plateforme DHIS2 pour la collecte des données du déparasitage | 143 (70%) | 203 (100%) | 203 (100%) | 203 (100%) | 203 (100%) |

| Indicateurs | 2024 | 2025 | 2026 | 2028 | 2028 |
|--|------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) | | | | | |
| Nombre des foyers actifs avec zéro (0) cas de THA | 1 (20%) | 2 (40%) | 3 (60%) | 4 (80%) | 5 (100%) |
| Proportion des foyers où la lutte antivectorielle est effective (parmi les 11 foyers existants) | 50% | 75% | 100% | 100% | 100% |
| Nombre de foyers transfrontaliers où des activités transfrontalières coordonnées sont menées | 0 (0%) | 1 (50%) | 2 (100%) | 2 (100%) | 2 (100%) |
| Nombre de site sentinelles où la surveillance passive intégrée est optimale (parmi les 10 existants) | 4 (50%) | 6 (80%) | 8 (100%) | 8 (100%) | 8 (100%) |

| Indicateurs | 2024 | 2025 | 2026 | 2028 | 2028 |
|---|------|------|------|------|------|
| MTNS à expression cutanée | | | | | |
| Nombre de Districts de Santé ayant bénéficié d'une cartographie pour le pian (parmi les 203 DS) | 48 | 65 | 100 | 150 | 203 |
| | 24% | 32% | 49% | 74% | 100% |
| Nombre de Districts de Santé confirmés endémiques au pian ayant bénéficié d'un traitement de masse à l'azithromycine (parmi les 101 DS) | 10 | 21 | 50 | 75 | 101 |
| | 10% | 21% | 50% | 74% | 100% |
| Proportion de Districts de Santé endémiques certifiés indemnes de la transmission du pian (parmi les 203 DS) | 0 | 10 | 41 | 81 | 102 |
| | 0% | 5% | 20% | 40% | 50% |
| Nombre de Districts de Santé avec zéro (0) nouveau cas de lèpre autochtone (parmi les 203 DS qui ont souvent rapporté les cas) | 0 | 0 | 10 | 50 | 101 |
| | 0% | 0% | 5% | 25% | 50% |
| Nombre de nouveaux cas de lèpre détectés annuellement | 165 | 175 | 225 | 170 | 150 |
| Taux (par million d'habitants) de nouveaux cas de lèpre avec incapacité de grade 2 | 0,7 | | 0,3 | | 0,10 |
| Taux (par million d'enfants) de nouveaux cas de lèpre pédiatrique | 1 | | 0,5 | | 0,25 |
| Nombre de districts endémiques implémentant la surveillance de la Leishmaniose intégrée au autres MTNS Cutanées (N=47) | 1 | 7 | 20 | 35 | 47 |
| | 2% | 15% | 43% | 74% | 100% |
| Proportion des patients de la leishmaniose cutanée traités | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Proportion de cas d'Ulcère de Buruli en catégorie 3 au moment du diagnostic | 22% | 22% | <10% | <10% | <10% |
| Proportion de cas d'Ulcère de Buruli confirmés en laboratoire | 34% | 34% | >65% | >65% | >70% |
| Nombre de districts endémiques implémentant la surveillance de la la gale et autres ectoparasites (203) | 31 | 35 | 50 | 101 | 203 |
| | 15% | 17% | 25% | 50% | 100% |

| | | | | | |
|---|---------|-----|-----|-----|------|
| Nombre de cas de la gale notifiés | 1888 | | | | |
| Proportion de cas de gale traités à l'Ivermectine/benzoate de benzyle | 0,55614 | | | | |
| Nombre de districts endémiques implémentant la surveillance du Mycetome, chromo blastomycose et les mycoses profondes | 31 | 35 | 50 | 101 | 203 |
| | 15% | 17% | 25% | 50% | 100% |
| Nombre de cas du mycétomes, chromo blastomycose et les mycoses profondes notifiés | 155 | | | | |
| Proportion de mycétomes, chromo blastomycose et les mycoses profondes prise en charge parmi ceux notifiés | | | | | |

Section 2.3 : Principes directeurs

| Tableau XVII : Principes directeurs | |
|-------------------------------------|---|
| Principes directeurs | <p>Ce sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> Leadership national L'appropriation national L'engagement communautaire La multisectorialité et l'interdisciplinarité L'intégration La coordination La recherche et l'innovation L'équité et la justice sociale L'approche genre La transparence et la redevabilité L'innocuité et la sécurité des bénéficiaires <p>L'innovation</p> |

Section 2.4 : Piliers et objectifs stratégiques

2.4.1. Piliers stratégiques du programme

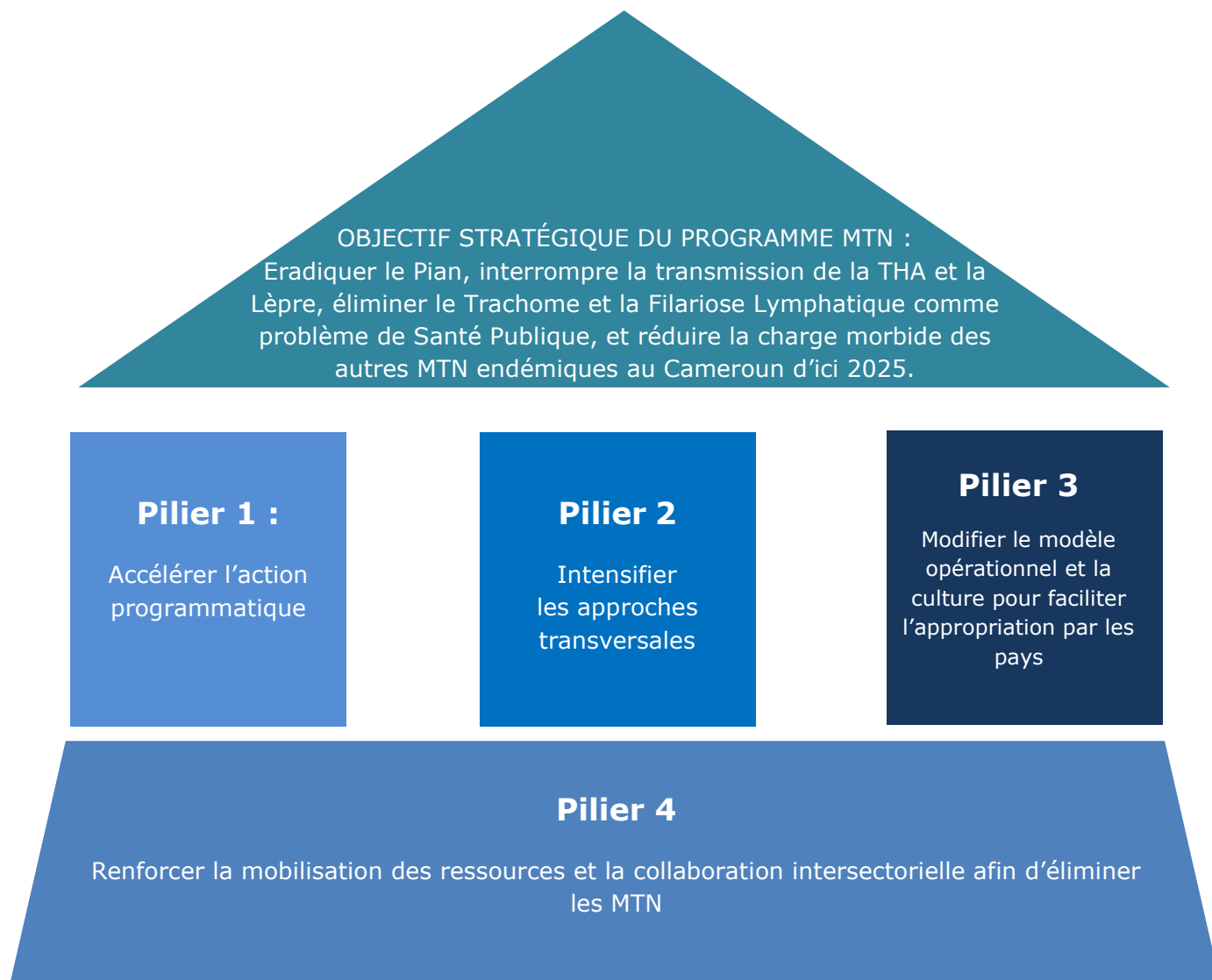


Figure 6 : Piliers stratégiques du programme

2.4.2. Objectifs stratégiques

Tableau XVIII : Objectifs stratégiques pour l'élimination des maladies tropicales négligées

| Pilier stratégique 1 - Accélérer l'action programmatique | |
|---|--|
| Objectif stratégique | Activités stratégiques |
| <p>O.S 1.1- Intensifier les interventions classiques de lutte contre les MTN (chimio prévention intégrée, prise en charge des cas) et les interventions complémentaires y compris la recherche opérationnelle et l'innovation dans la lutte contre les MTN afin de parvenir à une couverture géographique de 100 %</p> | A.S 1.1-1 Développer les plans opérationnels d'élimination des MTN a manifestation cutanée |
| | A.S 1.1-2 Développer les plans opérationnels d'élimination du Trachome |
| | A.S 1.1-3 Développer les plans opérationnels d'élimination de la THA |
| | A.S 1.1-4 Renforcer la mise en œuvre de la stratégie Morge pour l'éradication du pian |
| | A.S 1.1-5 Renforcer la lutte intégrée contre les MTN à expression cutanées |
| | A.S 1.1-6 Etendre les interventions (TIDC annuel) dans les zones hypo-endémiques pour l'OV |
| | A.S 1.1-7 Intensifier le TIDC dans les districts de sante actuellement traités |
| | A.S 1.1-8 développer la lutte antivectorielle physique dans 1a districts |
| | A.S 1.1-9 développer le Test and treat pour OV dans |
| | A.S 1.1-10 développer la lutte antivectorielle au larvicide pour OV dans 9 districts de santé hot spot |
| | A.S 1.1-11 traitement biannuelle dans 2a district de sante hot spot pour OV |
| | A.S 1.1-12 développer la lutte antivectorielle au molluscicides dans 43 districts 3 fois pendant la periode de 5 ans contre la SCH hot spots |
| | A.S 1.1-13 développer la lutte antivectorielle biologique en faveur des SCH dans les 43 DS hot spots |
| | A.S 1.1-14 Intensifier les Campagne nationale de déparasitage contre la STH et SCH chez les EAS en milieu scolaire |
| | A.S 1.1-15 Mener les campagnes communautaires pour les Adultes pour accélérer l'élimination des SCH et STH dans les 43 DS hot spot |
| | A.S 1.1-16 Mener annuellement des enquêtes de couverture post DDM dans 2 DS par Région pendant 5 ans |
| | A.S 1.1-17 Renforcer la lutte anti vectorielle dans les foyers de la THA a travers des campagnes de piégeages annuels dans 8 foyers |
| | A.S 1.1-18 Finaliser le plan de transition de l'élimination du trachome |
| | A.S 1.1-19 Assurer la prise en charge des cas incidents de trichiasis dans a4 DS |
| | A.S 1.1-20 Assurer la préparation du dossier du Trachome et de la FL a travers des rencontres semestrielles de consolidation du dossier |
| | A.S 1.1-21 Organiser des campagnes annuelles de recherche active de cas des complications de la FL dans 147 DS pendant a5 ans |
| | A.S 1.1-22 Assurer l'offre de prise en charge chirurgicale des cas des hydrocèles dans les structures de référence des soins de santé primaire a travers une évaluation des plateaux techniques |
| | A.S 1.1-23 Assurer la prise en charge communautaire du lymphœdème dans les 147 DS a travers le renforcement des capacités des malades |
| | A.S 1.1-24 Intensifier la prise en charge de cas détectés de MTN à expression cutanée a travers la chirurgie des complications chez 25a patients par an notamment la lèpre, l'Ulcère de Buruli, la Leishmaniose et le Mycétome |
| | A.S 1.1-25 assurer la prise en charge des morsures des serpent a travers l'approvisionnement des sera antivenimeux dans les districts a forte létalité |
| | A.S 1.1-26 assurer la prise en charge post morsure des chiens a risque dans les 2a3 DS |
| | A.S 1.1-27 Développer les nouveaux outils pour le diagnostic des SCH/STH et optimiser les outils de diagnostic existant pour l'OV |
| | A.S 1.1-28 Renforcer la recherche opérationnelle intégrée sur les MTN |

| | |
|---|--|
| <p>O.S 1.2- Renforcer la surveillance, le suivi-évaluation intégrés et les renforcer afin de mesurer les progrès et orienter la prise de décisions pour l'atteinte des objectifs fixés pour 2028</p> | A.S 1.2-1 Réaliser la cartographie d'élimination de l'onchocercose dans 47 DS |
| | A.S 1.2-2 Accélérer la cartographie de précision pour la SCH et STH. |
| | A.S 1.2-3 Actualiser la cartographie de la THA dans 1a DS |
| | A.S 1.2-4 Compléter la cartographie des MTN à manifestation cutanée dans 168 DS non-cartographiés |
| | A.S 1.2-5 Mettre en œuvre les activités de surveillance transfrontalière en faveur du Ver de Guinée a travers des campagnes de supervision et de partage d'expérience |
| | A.S 1.2-6 Finaliser évaluations de la transmission de la phase de surveillance de la FL a travers les TAS 3 dans le DS de AKWAYA |
| | A.S 1.2-7 Mener des enquêtes de délimitation des zones de transmission |
| | A.S 1.2-8 Mener les évaluations épidémiologiques de l'Onchocercose dans 64 DS (OEM) des Régions du Littoral, du Centre, de l' Extrême-Nord et du Nord |
| | A.S 1.2-9 Mener les enquêtes entomologiques pour les évaluations de la transmission dans a5 foyers Hotspots (Onchocercose) |
| | A.S 1.2-10 Renforcer la surveillance épidémiologique dans a8 foyers actifs et passifs pour la détection précoce des cas de THA a travers les campagnes de dépistage |
| | A.S 1.2-11 Assurer les supervisions trimestrielles d'activités de lutte contre la THA |
| | A.S 1.2-12 Renforcer la surveillance passive communautaire pour le Ver de Guinée dans 15 DS frontaliers au Tchad |
| | A.S 1.2-13 Renforcer la surveillance active dans les foyers hot spot du Ver de Guinée |
| | A.S 1.2-14 Assurer la lutte antivectorielle mensuelle contre le Ver de Guinée dans les foyers hot spots du Ver de Guinée |
| | A.S 1.2-15 Assurer le confinement de 6aaa animaux domestiques dans les foyers actifs |
| | A.S 1.2-16 Mener les évaluations épidémiologiques post "zéro cas de pian" |
| | A.S 1.2-17 organiser des réunions de revue et de planification des activités de lutte intégrée qu niveau national régional et district |
| | A.S 1.2-18 Renforcer la notification, la sauvegarde et la sécurisation des données MTN à travers le paramétrage des variables dans le DHIS2 |
| <p>O.S 1.3- Assurer l'accessibilité et la sécurité des produits de santé utilisés dans la lutte contre les MTN.</p> | A.S 1.3-1 Renforcer le système de gestion des intrants (approvisionnement, distribution, logistique inverse) a travers le paiement des frais de gestion et de distribution des médicaments par la CENAME et les FRPS |
| | A.S 1.3-2 Renforcer la notification des effets secondaires des médicaments MTN à travers des ateliers de renforcement des capacités des acteurs |
| | A.S 1.3-3 Renforcer la prise en charge dans les FOSA des effets secondaires lies aux médicaments MTN à travers a travers le remboursement des frais de prise en charge |
| | A.S 1.3-4 Investiguer les effets secondaires graves lies aux MTN à travers des activités de supervision |

Pilier stratégique 2 : Intensifier les approches transversales

| Objectif stratégique | Activités stratégiques |
|--|--|
| <p>OS 2.1 Développer les plateformes des parties prenantes qui mènent les interventions à stratégie similaire à celles utilisées dans la lutte contre les MTN</p> | A.S 2.1-1 Mise en place d'une plateforme inclusive et fonctionnelle regroupant les parties prenantes (Paludisme, PEV, SIDA, Tuberculose, ONG menant des activités communautaires, etc.) intervenant dans la lutte contre les MTN à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (National, Régional et District de Santé) |
| | A.S 2.1-2 Dépistage des cas de MTN cutanées pendant les stratégies avancées et mobiles de la PEV+CNLP2LUB |
| | A.S 2.1-3 Planifier et Mise en œuvre conjointe des interventions intégrées par les programmes (MTN, Paludisme, PEV, SIDA, Tuberculose, etc.) |
| | A.S 2.1-4 Dépister des cas de MTN cutanées pendant la distribution du Mectizan (PNLSHI+PNLO+CNLP2LUB) |
| | A.S 2.1-5 Dépistage de la Bilharziose génitale féminine (BGF) lors des dépistages de cancer du col de l'Utérus (PNSLHI+Programme Cancer) |
| | A.S 2.1-6 Dépistage de la Bilharziose génitale féminine (BGF) lors des dépistages lors des consultation spécifique de routine (PNSLHI+Programme de la Santé Maternelle et Infantile+Programme VIH) |
| | A.S 2.1-7 Assurer le Suivi communautaire intégré des cas de Lèpre, UB par les Agents de santé Communautaire (Plateforme de Santé communautaire) |
| <p>OS 2.2 Renforcer les autres domaines de système de Santé en faveur de la lutte contre les MTN</p> | A.S 2.2-1 Intégrer l'approche "Une seule santé" dans les interventions de lutte contre les MTN |
| | A.S 2.2-2 Intégrer les MTN dans les paquets de CSU (la Couverture sanitaire Universelle) |
| | A.S 2.2-3 Renforcer des programmes MTN en ressources humaines en quantité et en qualité en matière de lutte intégrée de MTN |
| | A.S 2.2-4 Renforcer des capacités des programmes MTN dans la digitalisation des données MTN des activités de suivi et analyse |
| | A.S 2.2-5 promouvoir des bonnes pratiques WASH en collaboration avec le MINEE et les CTD |

Pilier 3. Modifier le modèle opérationnel pour faciliter l'appropriation par les pays

| Objectif stratégique | Activités stratégiques |
|--|--|
| OS 3.1 : Promouvoir et Renforcer l'appropriation et le leadership à travers l'allocation des ressources aux structures nationales et locales pour le soutien des interventions de lutte contre les MTN | A.S 3.1-1 Créer des plateformes partenariat /collaboration de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre les MTN au niveau local et transfert de compétences auxdites plateformes pour la mise en œuvre des activités MTN |
| | A.S 3.1-2 Renforcer les capacités du personnel des districts de santé aux mécanismes de mobilisation locale des ressources |
| | A.S 3.1-3 Engager les OBC et OSC a travers des conventions dans la lutte contre les MTN |
| OS 3.2 : Renforcer les capacités des CTDs et les autorités en matière de leadership local en faveur des MTN et promouvoir la communication pour le changement social des comportements en faveur de la lutte contre les MTN | A.S 3.1-4 Renforcer des capacités des CTDs en matière de leadership local lié aux MTN |
| | A.S 3.1-5 Développer et mettre en œuvre des plans intégrés de communication spécifiques à la lutte contre les MTN |
| | A.S 3.1-6 Mobiliser les ambassadeurs en faveur de la lutte contre les MTN |

Pilier 4 : Renforcer la mobilisation des ressources et la collaboration intersectorielle afin d'éliminer les MTN

| Objectifs stratégiques | Activités stratégiques |
|--|--|
| OS 4.1 : Développer les mécanismes de mobilisation des ressources internes (Etat, collectivités territoriales décentralisées, privées et communautés) et externes. | A.S 4.1-1 Développer les stratégies de plaidoyer de mobilisation de ressources, cartographie de nouveaux partenariats |
| | A.S 4.1-2 Inclure de la lutte contre les MTN dans les stratégies Nationales et locales de financement, auprès du MINEPAT, MINEDUB, MINESEC, MINSANTE, MINEDUH, MINEE, MINEPDED, MINEPIA, MINADER, MINJEC, MINAS, MINPROFF, MINCOM, FEICOM, MINREX, MINDEVEL et les CTDs. |
| | A.S 4.1-3 Créer une plateforme de financement regroupant les Parties prenantes de la lutte contre les MTN et les bailleurs de fonds |
| OS 4.2 : Renforcer la Coordination nationale des MTN dans la mobilisation, la consolidation et le suivi de la gestion des fonds auprès des partenaires nationaux et internationaux pour la lutte contre les MTN | A.S 4.2-1 Renforcer de la coordination nationale des MTN en expertise pour la mobilisation et le monitoring des fonds |
| | A.S 4.2-2 Mettre en place d'un cadre de suivi des engagements financiers et des dépenses des fonds mobilisés pour les MTN |
| | A.S 4.2-3 Développer des systèmes de capture des acquis et rationalisation des canaux de vulgarisation des activités MTN (bonnes pratiques, leçons apprises) |
| | A.S 4.2-4 Vulgariser des interventions de lutte contre les MTN par les médias (Formation des Médias, Mise en place d'une structure de communication dédiée aux programmes MTN, etc...) |
| | A.S 4.2-5 Renforcer la communication scientifique en faveur des MTN |
| | A.S 4.2-6 Renforcer de communication pour les changements des MTN |

PARTIE 3

CADRE OPERATIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LES MTNs

Section 3.1 : Initiatives et activités stratégiques

Tableau XIX : Agenda stratégique des MTNs 2024-2028

| Pilier stratégique 1 - Accélérer l'action programmatique | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|
| Objectif stratégique | Activités stratégiques | 2024 | | | | 2025 | | | | 2026 | | | | 2027 | | | | 2028 | | | |
| | | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| O.S 1.1- Intensifier les interventions classiques de lutte contre les MTN (chimio prévention intégrée, prise en charge des cas) et les interventions complémentaires y compris la recherche opérationnelle et l'innovation dans la lutte contre les MTN afin de parvenir à une couverture géographique de 100 % | A.S 1.1.1 Développer les plans opérationnels d'élimination des MTN a manifestation cutanée | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.1.2 Développer les plans opérationnels d'élimination du Trachome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.1.3 Développer les plans opérationnels d'élimination de la THA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.1.4 Renforcer la mise en œuvre de la stratégie Morge pour l'éradication du pian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.1.5 Renforcer la lutte intégrée contre les MTN à expression cutanées | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.1.6 Etendre les interventions (TIDC annuel) dans les zones hypo-endémiques pour l'OV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.1.7 Intensifier le TIDC dans les districts de sante actuellement traités | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.1.8developper la lutte antivectorielle physique dans 10 districts | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.1.9developper le Test and treat pour OV dans | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.1.10developper la lutte antivectorielle au larvicide pour OV dans 9 districts de santé hot spot | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.1.11traitement biannuelle dans 20 districts de sante hot spot pour OV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.1.12developper la lutte antivectorielle au molluscicides dans 43 districts 3 fois pendant la periode de 5 ans contre la SCH hot spots | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.1.13developper la lutte antivectorielle biologique en faveur des SCH dans les 43 DS hot spots | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.1.14 Intensifier les Campagne nationale de déparasitage contre la STH et SCH chez les EAS en milieu scolaire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.1.15 Mener les campagnes communautaires pour les Adultes pour accélérer l'élimination des SCH et STH dans les 43 DS hot spot | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.1.16 Mener annuellement des enquêtes de couverture post DDM dans 2 DS par Région pendant 5 ans | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.1.17 Renforcer la lutte antivectorielle dans les foyers de la THA a travers des campagnes de piégeages annuels dans 8 foyers | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.1.18 Finaliser le plan de transition de l'élimination du trachome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | A.S 1.2.9 Mener les enquêtes entomologiques pour les évaluations de la transmission dans 05 foyers Hotspots (Onchocercose) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.2.10 Renforcer la surveillance épidémiologique dans 08 foyers actifs et passifs pour la détection précoce des cas de THA à travers les campagnes de dépistage | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.2.11 Assurer les supervisions trimestrielles d'activités de lutte contre la THA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.2.12 Renforcer la surveillance passive communautaire pour le Ver de Guinée dans 15 DS frontaliers au Tchad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.2.13 Renforcer la surveillance active dans les foyers hot spot du Ver de Guinée | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.2.14 Assurer la lutte antivectorielle mensuelle contre le Ver de Guinée dans les foyers hot spots du Ver de Guinée | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.2.15 Assurer le confinement de 6000 animaux domestiques dans les foyers actifs | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.2.16 Mener les évaluations épidémiologiques post "zéro cas de pian" | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.2.17 organiser des réunions de revue et de planification des activités de lutte intégrée au niveau national régional et district | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.2.18 Renforcer la notification, la sauvegarde et la sécurisation des données MTN à travers le paramétrage des variables dans le DHIS2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.S 1.3- Assurer l'accessibilité et la sécurité des produits de santé utilisés dans la lutte contre les MTN. | A.S 1.3.1 Renforcer le système de gestion des intrants (approvisionnement, distribution, logistique inverse) a travers le paiement des frais de gestion et de distribution des médicaments par la CENAME et les FRPS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.3.2 Renforcer la notification des effets secondaires des MTN à travers des ateliers de renforcement des capacités des acteurs | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.3.3 Renforcer la prise en charge dans les FOSA des effets secondaires lies aux médicaments MTN à travers a travers le remboursement des frais de prise en charge | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 1.3.4 Investiguer les effets secondaires graves lies aux médicaments MTN à travers a travers des activités de supervision | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Pilier stratégique 2: Intensifier les approches transversales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|--|--|--|--|
| Objectif stratégique | Activités stratégiques | 2024 | | | | 2025 | | | | 2026 | | | | 2028 | | | | 2028 | | | | | | | |
| | | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 | | | | |
| OS 2.1 Développer les plateformes des parties prenantes qui mènent les interventions à stratégie similaire à celles utilisées dans la lutte contre les MTN | A.S 2.1.1 Mettre en place d'une plateforme inclusive et fonctionnelle regroupant les parties prenantes (Paludisme, PEV, SIDA, Tuberculose, ONG menant des activités communautaires, etc.) intervenant dans la lutte contre les MTN à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (National, Régional et District de Santé) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 2.1.2 assurer le dépistage des cas de MTN cutanées pendant les stratégies avancées et mobiles de la PEV+CNLP2LUB | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 2.1.3 Planifier et mettre en œuvre conjointement des interventions intégrées par les programmes (MTN, Paludisme, PEV, SIDA, Tuberculose, etc.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 2.1.4 Dépister des cas de MTN cutanées pendant la distribution du Mectizan (PNLSHI+PNLO+CNLP2LUB) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 2.1.5 Assurer le dépistage de la Bilharziose génitale féminine (BGF) lors des dépistages de cancer du col de l'Utérus (PNLSHI+Programme Cancer) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 2.1.6 Assurer le dépistage de la Bilharziose génitale féminine (BGF) lors des dépistages pendant les consultations spécifiques de routine (PNLSHI+Programme de la Santé Maternelle et Infantile+Programme VIH) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 2.1.7 Assurer le Suivi communautaire intégré des cas de Lèpre, UB par les Agents de santé Communautaire (Plateforme de Santé communautaire) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OS 2.2 Renforcer les autres domaines de système de Santé en faveur de la lutte contre les MTN | A.S 2.2.1 Intégrer de l'approche "Une seule santé" dans les interventions de lutte contre les MTN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 2.2.2 Intégrer des MTN dans la Couverture sanitaire Universelle | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 2.2.3 Renforcer des programmes MTN en ressources humaines en quantité et en qualité en matière de lutte intégrée de MTN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 2.2.4 Renforcer des capacités des programmes MTN dans la digitalisation des données MTN des activités de suivi et analyse | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 2.2.5 promouvoir des bonnes pratiques WASH en collaboration avec le MINEE et les CTD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Pilier 3. Modifier le modèle opérationnel pour faciliter l'appropriation par les pays | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|
| Objectif stratégique | Activités stratégiques | 2024 | | | | 2025 | | | | 2026 | | | | 2028 | | | | 2028 | | | |
| | | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| OS 3.1 : Promouvoir et Renforcer l'appropriation et le leadership à travers l'allocation des ressources aux structures nationales et locales pour le soutien des interventions de lutte contre les MTN | A.S 3.1.1 Créer de plateformes partenariat /collaboration de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre les MTN au niveau local et transfert de compétences aux dites plateformes pour la mise en œuvre des activités MTN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 3.1.2 Assurer le renforcement des capacités du personnel des districts de santé aux mécanismes de mobilisation locale des ressources | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 3.1.3 Engager les OBC et OSC à travers des conventions dans la lutte contre les MTN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OS 3.2 : Renforcer les capacités des CTDs et les autorités en matière de leadership local en faveur des MTN et promouvoir la communication pour le changement social des comportements en faveur de la lutte contre les MTN | AS 3.2.1 Renforcer des capacités des CTDs en matière de leadership local lié aux MTN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | AS 3.2.2 Développer et mettre en œuvre des plans intégrés de communication spécifiques à la lutte contre les MTN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | AS 3.2.3 Mobiliser les ambassadeurs en faveur de la lutte contre les MTN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Pilier 4 : Renforcer la mobilisation des ressources et la collaboration intersectorielle afin d'éliminer les MTN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|
| Objectif stratégique | Activités stratégiques | 2024 | | | | 2025 | | | | 2026 | | | | 2028 | | | | 2028 | | | |
| | | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| OS 4.1 : Développer les mécanismes de mobilisation des ressources internes (Etat, collectivités territoriales décentralisées, privées et communautés) et externes. | A.S 4.1.1 Développer les stratégies de plaidoyer de mobilisation de ressources, cartographie de nouveaux partenariats | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 4.1.2 Inclure de la lutte contre les MTN dans les stratégies Nationales et locales de financement, auprès du MINEPAT, MINEDUB, MINESEC, MINSANTE, MINEDUH, MINEE, MINEPDED, MINEPIA, MINADER, MINJEC, FEICOM, MINAS, MINPROFF, MINREX MINDEVEL et les CTDs. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 4.1.3 Créer une plateforme de financement regroupant les Parties prenantes de la lutte contre les MTN et les bailleurs de fonds | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OS 4.2 : Renforcer la Coordination nationale des MTN dans la mobilisation, la consolidation et le suivi de la gestion des fonds auprès des partenaires nationaux et internationaux pour la lutte contre les MTN | A.S 4.2.1 Renforcer de la coordination nationale des MTN en expertise pour la mobilisation et le monitoring des fonds | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 4.2.2 Mettre en place d'un cadre de suivi des engagements financiers et des dépenses des fonds mobilisés pour les MTN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 4.2.3 Développer des systèmes de capture des acquis et rationalisation des canaux de vulgarisation des activités MTN (bonnes pratiques, leçons apprises) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 4.2.4 Vulgariser des interventions de lutte contre les MTN par les médias (Formation des Médias, Mise en place d'une structure de communication dédiée aux programmes MTN, etc...) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 4.2.5 Renforcer la communication scientifique en faveur des MTN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A.S 4.2.6 Renforcer la communication pour les changements de comportements liés aux MTN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Section 3.2 : Vers la durabilité des programmes : intensification de la coordination et des partenariats

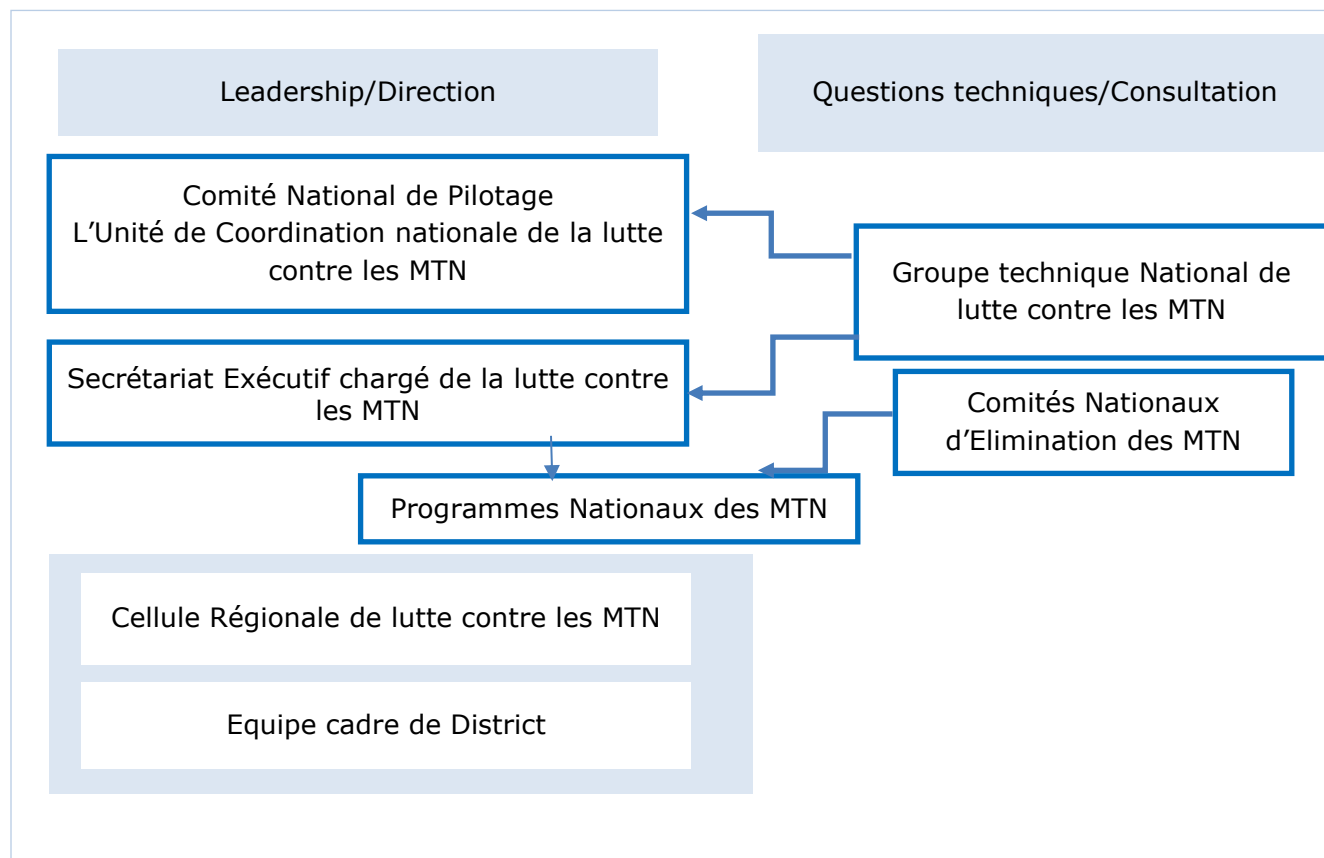


Figure 7 : Mécanisme de coordination du programme

Tableaux XX : Composition et mandat - Mécanisme de coordination du programme

| Entité | Composition | Mandat |
|---|---|--|
| Comité National de Pilotage de l'Unité de Coordination nationale de la lutte contre les MTNS | | |
| Fréquence des réunions : | Annuelle | Définir les grandes orientations et objectifs généraux de la lutte contre les MTNS |
| Présidence : | Ministre de la Santé publique | |
| Animateur : | Ministère de la Santé publique | |
| Composition : | Ministère de l'Education de base ; ministère de l'Enseignement Secondaire, CENAME ; CVUC ; Comité National d'Epidémiologie ; OMS ; UNICEF ; Instituts de Recherches ; LCIF ; Centre Pasteur du Cameroun ; OCEAC ; Laboratoire National de Santé Publique ; Coordonnateurs Programmes MTNS ; ONGDs | |
| Groupe technique National de lutte contre les MTNS | | |

| | | |
|---------------------------|---|---|
| Fréquence des réunions : | Bi annuelle | Valider les stratégies adaptées pour chacune des MTNS |
| Présidence : | Directeur de lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies | Valider le plan d'action annuel intégré de lutte contre les MTNS et les budgets y afférents ; |
| Animateur ou animatrice : | Ministère de la Santé publique | Assurer le suivi et l'évaluation des stratégies nationales de lutte intégrée contre les MTNS ; |
| Composition : | Secrétaire Exécutif du Comité ; Tous les Coordonnateurs des Programmes MTNS ; le Sous-Directeur de lutte contre les Epidémies et les Pandémies ; le responsable du Centre de Recherche sur les Filarioses et les Maladies Tropicales (ISM, ex-CRFilMT) ; les représentants des ONGD/MTNS ; un représentant de l'OMS ; un représentant du Centre Pasteur du Cameroun | Définir les axes prioritaires de recherche Identifier et mobiliser les ressources financières et matérielles |

Secrétariat Exécutif chargé de la lutte contre les MTNS

| | | |
|---------------------------|---|---|
| Fréquence des réunions : | Mensuelle | Assurer le suivi de l'exécution du Plan Directeur de Lutte contre les MTNS |
| Présidence : | Secrétaire exécutif | Consolider le plan annuel intégré et budgétisé des activités de lutte contre les MTNS |
| Animateur ou animatrice : | Secrétaire exécutif | Coordonner et suivre les activités d'intervention (Gestions des données ; gestion intégrée des médicaments, plaidoyer et suivi/évaluation) |
| Composition : | Secrétaire exécutif adjoint ; Responsable Planification ; Responsable Suivi/Evaluation ; Responsable Recherche ; Cadres | Assurer la mise à jour de la cartographie et la base de données intégrées des MTNS Préparer les Accords et conventions relatifs à la lutte contre les MTNS Rédiger les rapports d'activités consolidés des MTNS |

Comité National d'Elimination de l'Onchocercose et la Filariose lymphatique

| | | |
|---------------------------|---|--|
| Fréquence des réunions : | Biannuelle | Evaluer et d'émettre des avis scientifiques et techniques sur les programmes et projets de lutte contre l'Onchocercose et le Filariose lymphatique développés et mis en œuvre sur toute l'étendue du territoire national et l'ensemble des programmes de recherche y relatifs. |
| Présidence : | Un Expert MTNS National | |
| Animateur ou animatrice : | Secrétariat du Comité | |
| Composition : | Experts nationaux et internationaux désignés par le Ministre en charge de la Santé publique | |

Cellule (régionale) de lutte contre les MTNS

| | | |
|---------------------------|--|--|
| Fréquence des réunions : | Biannuelle | |
| Présidence : | Délégué régional de la Santé publique | |
| Animateur ou animatrice : | Point Focal MTNS | Assurer la coordination ; la mise en œuvre et le suivi des activités de lutte contre les MTNS au niveau régional |
| Composition : | Les Chefs de Districts de Santé de la Région ; Equipe focale de lutte contre les MTNS de la Région ; le Chef service de Affaires Générales ; un représentant du COSADI ; un représentant des Collectivités Territoriales Décentralisées ; un représentant des ONGD d'appui de la Région. | |

Tableau XXI : Matrice des partenariats

| État | MTNS (liste) | Services vétérinaires (liste) | Secteur WASH (liste) | Lutte antivectorielle intégrée (liste) | One-Health (liste) | Éducation (liste) | Paludisme (liste) |
|------|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|--------------------|-------------------|-------------------|
| | SCH / STH | MINEPIA | GNI Sightsavers MINEE | GNI/CSP | RAS | MINDUB et MINSEC | |
| | FL | | OCEAC | | | | |
| | Oncho | | | Yaoundé International Foundation | | | |
| | UB | | | | | | |
| | Pian | | | | | | |
| | Lepre | | | | | | |
| | Leishmaniosis | | | | | | |
| | Trachome | - | Sightsavers UNICEF | - | - | - | - |
| | THA | - | - | OCEAC; OMS | - | - | - |
| | Envenimation de morsure de serpents | LANAVET | - | - | OMS | 2N pharmaceutique | - |
| | Ver de guinée | MINEPIA | - | CARTER CENTER | - | - | - |

Section 3.3 : Hypothèses, risques et atténuation

| Potential risks | Before risk mitigation | | | Risk mitigation | After risk mitigation | | |
|--|---|--|----------------------|---|---|--|----------------------|
| | Probability of occurrence | Impact | Result | | Probability of occurrence | Impact | Result |
| | Certain = 5 Probable = 4 Possible = 3 Unlikely = 2 Rare = 1 | Severe = 5 Major = 4 Moderate = 3 Minor = 2 Negligible = 1 | Probability x Impact | | Certain = 5 Probable = 4 Possible = 3 Unlikely = 2 Rare = 1 | Severe = 5 Major = 4 Moderate = 3 Minor = 2 Negligible = 1 | Probability x Impact |
| <i>Type of risk</i> | | | | | | | |
| Indisponibilité de données de qualité pour le suivi et l'évaluation des activités/interventions MTNS | 3 | 4 | 12 | Le MINSANTE et ses partenaires piloteront la collecte et le stockage et l'analyse des données pour toutes les interventions MTNS à l'aide de DHIS2 et s'étendront à l'ensemble du pays. | 1 | 2 | 2 |
| Déplacés internes (DI) et instabilité dans les pays voisins(réfugiés) | 4 | 4 | 16 | Le MINSANTE travaillera avec les structures régionales des régions instables ou en crise pour déterminer les stratégies et les périodes de mise en œuvre des interventions MTNS dans ces régions. Le MINSANTE travaillera avec les pays voisins, la société civile, agences et partenaires pour prévenir les MTNS transfrontalières. Il établira Les points de prestation de services MTNS dans les centres pour les personnes déplacées et réfugiés afin d'assurer une Livraison des interventions. | 2 | 3 | 6 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|----|--|---|---|---|
| Faible motivation des acteurs communautaires MTNS (agents relais communautaires, COSA, COSADI etc) | 4 | 4 | 16 | Une durabilité des MTNS sera mise en œuvre en mettant l'accent sur la mobilisation innovante des ressources nationales(locaux), en travaillant avec des philanthropies privées locales et des structures décentralisées. | 2 | 3 | 6 |
| Effet du COVID19 sur les activités MTNS | 3 | 4 | 12 | Le gouvernement, par l'intermédiaire du ministère de la Santé, prescrira les mesures de santé publique nécessaires pour prévenir le COVID19, telles que ; distanciation sociale, équipement préventif personnel, livraison porte à porte de MDA Les risques et les mesures d'atténuation seront évalués pour déterminer la sécurité de la prestation d'interventions contre les MTNS dans le contexte de la COVID 19. | 2 | 2 | 4 |
| Faible appropriation par le gouvernement des programmes MTNS (dépendance des donateurs) | 4 | 4 | 16 | LE gouvernement mobilisera les ressources domestiques a travers le budget de l'état ou de CTD et aussi les nouveau partenaires externes dans la luttes contre le MTNS | 2 | 2 | 4 |
| La réticence à l'intégration des interventions avec les autre programmes non MTNS et secteurs (WASH, programmes MINSANTE | 4 | 4 | 16 | Plaidoyer de haut niveau pour implication effectif des programmes et des secteurs concernées | 2 | 2 | 4 |

| | | | | |
|----------|------|--------|-------|--------|
| Notation | 7-12 | Modéré | 13-18 | Majeur |
| | 0-6 | Mineur | 19-25 | Grave |

2

Section 3.4. Cadre de performance et de responsabilisation

| Pilier stratégique 1 - Accélérer l'action programmatique | | | | | |
|---|---|---|------------|------|------|
| Objectif stratégique | Activités stratégiques | Indicateurs | Base line | | |
| | | | 2024 | 2026 | 2028 |
| O.S 1.1- Intensifier les interventions classiques de lutte contre les MTN (chimio prévention intégrée, prise en charge des cas) et les interventions complémentaires y compris la recherche opérationnelle et l'innovation dans la lutte contre les MTN afin de parvenir à une couverture géographique de 100 % | Développer les plans opérationnels d'élimination des MTN à manifestation cutanée | Le plan actualisé des MTN à manifestation cutanée 2025-2029 est disponible | - | 100% | |
| | Développer les plans opérationnels d'élimination du Trachome | le plan national d'élimination du trachome 2024-2028 est validé | - | 100% | |
| | Développer les plans opérationnels d'élimination de la THA | le plan national d'élimination de la THA 2024-2028 est validé | - | 100% | |
| | Renforcer la mise en œuvre de la stratégie Morge pour l'éradication du pian | Proportion des DS implémentant la stratégie MORGE | 10% | 50% | 100% |
| | Renforcer la lutte intégrée contre les MTN à expression cutanées | Proportion des DS implémentant contre les MTN | 15% | 50% | 100% |
| | Etendre les interventions (TIDC annuel) dans les zones hypo-endémiques pour l'OV | Proportion des DS hypo endémiques implémentant le TIDC | - | 100% | 100% |
| | Intensifier le TIDC dans les districts de sante actuellement traités | Proportion des DS avec des communautés avec des CV thérapeutiques inférieures à 65% | (Dr EBENE) | <10% | 0% |
| | Développer la lutte antivectorielle physique dans 10 districts | Proportion des DS conduisant les activités de Slash and Clear | 20% | 50% | 100% |
| | Développer le Test and treat pour OV dans | Proportion des DS conduisant les activités de test and treat | - | 70% | 100% |
| | Développer la lutte antivectorielle au larvicide pour OV dans 9 districts de santé hot spot | Proportion des DS implémentant la lutte antivectorielle | - | 50% | 100% |
| | Traitement biannuel dans 20 districts de sante hot spot pour OV | Proportion des DS hot spot implémentant le traitement biannuel TIDC | - | 100% | 100% |

| | | | | |
|---|---|-----|------|------------|
| Développer la lutte antivectorielle au molluscicides dans 43 districts 3 fois pendant la période de 5 ans contre la SCH hot spots | Proportion des DS conduisant les activités de LAV | 2% | 12% | 47% |
| Développer la lutte antivectorielle biologique en faveur des SCH dans les 43 DS hot spots | Proportion des DS conduisant les activités de LAV biologique | - | 12% | 23% |
| Intensifier les Campagne nationale de déparasitage contre la STH et SCH chez les EAS en milieu scolaire | Proportion des DS avec AS avec CV Thérapeutique à 75% | | <10% | - |
| Mener les campagnes communautaires pour les Adultes pour accélérer l'élimination des SCH et STH dans les 43 DS hot spot | Proportion des DS conduisant des campagnes communautaires | - | 100% | 100% |
| Mener annuellement des enquêtes de couverture post DDM dans 2 DS par Région pendant 5 ans | Proportion des Régions avec enquête de couverture conforme à l'objectif thérapeutique | 63% | 100% | 100% |
| Renforcer la lutte anti vectorielle dans les foyers de la THA à travers des campagnes de piégeages annuels dans 8 foyers | Proportion de foyers actifs conduisant des activités de LAV | 0% | 100% | 100% |
| Finaliser le plan de transition de l'élimination du trachome | Le plan de transition est disponible | 0% | 100% | 100% |
| Assurer la prise en charge des cas incidents de trichiasis dans 24 DS | Proportion des DS prenant en charge systématiquement tous les cas incidents | 0% | 100% | 100% |
| Assurer la préparation du dossier du Trachome à travers des rencontres semestrielles de consolidation du dossier | Niveau de complétude du dossier d'élimination du trachome | 60% | 80% | 100% |
| Assurer la préparation du dossier d'élimination de la FL a travers des rencontres semestrielles de consolidation du dossier | Niveau de complétude du dossier d'élimination de la FL | 60% | 80% | 100% |
| Organiser des campagnes annuelles de recherche active de cas des complications de la FL dans 147 DS pendant 05 ans | Proportion des DS disposant de de la file active des patients avec complication de FL | 13% | 100% | 100% |

| | | | | | |
|--|--|--|-----|------|------|
| | Assurer l'offre de prise en charge chirurgicale des cas des hydrocèles dans les structures de référence des soins de santé primaire à travers une évaluation des plateaux techniques | Proportion des DS disposant des capacités de prise en charge de la morbidité de la FL | 0% | 70% | 100% |
| | Assurer la prise en charge communautaire du lymphœdème dans les 147 DS à travers le renforcement des capacités des malades | Proportion de DS mettant en œuvre des activités de prise en charge communautaire des lymphœdèmes | 0% | 60% | 100% |
| | Renforcer les capacités des prestataires de soins à la prise en charge chirurgicale des cas d'hydrocèle FL | Proportion de DS disposant d'un personnel formé à la prise en charge des hydrocèles | 0% | 60% | 100% |
| | Intensifier la prise en charge de cas détectés de MTN à expression cutanée à travers la chirurgie des complications chez 250 patients par an notamment la lèpre, l'Ulcère de Buruli, la Leishmaniose et le mycétomes | Proportion des cas pris en charge par an par rapport à la cible annuelle | 0% | 25% | 50% |
| | Assurer la prise en charge des morsures des serpent à travers l'approvisionnement des seras antivenimeux dans les districts à forte létalité (100) | Proportion des DS n'ayant pas connu de rupture de stock d'antivenimeux durant un mois | 0% | 50% | 100% |
| | Assurer la prise en charge post morsure des chiens à risque dans les 203 DS | Proportion des DS disposant des sera antirabique | 10% | 60% | 100% |
| | Développer les nouveaux outils pour le diagnostic des SCH/STH et optimiser les outils de diagnostic existant pour l'OV | Nombre de nouveaux outils développés /optimisés pour le diagnostic de la SCH/STH/OV | - | 2 | 4 |
| | Renforcer la recherche opérationnelle intégrée sur les MTN | Nombre de projets de recherche intégrés | - | 5 | 10 |
| O.S 1.2- Renforcer la surveillance, le suivi-évaluation intégrés et les renforcer afin | Réaliser la cartographie d'élimination de l'onchocercose dans 81 DS | Proportion de DS ayant réalisés la cartographie de l'OV | 0% | 100% | |
| | Accélérer la cartographie de précision pour la SCH et STH. | Proportion d'AS ayant conduit la cartographie de précision | 27% | 100% | |

| | | | | | |
|--|---|--|----|------|----------|
| de mesurer les progrès et orienter la prise de décisions pour l'atteinte des objectifs fixés pour 2028 | Actualiser la cartographie de la THA dans 10 DS | Proportion des DS cartographiés | 0% | 50% | 100% |
| | Compléter la cartographie des MTN à manifestation cutanée dans 168 DS non-cartographiés | Proportion des DS cartographiés | 0% | 50% | 100% |
| | Mettre en œuvre les activités de surveillance transfrontalière en faveur du Ver de Guinée a travers des campagnes semestrielles de supervision et de partage d'expérience | Nombre de supervisions transfrontalières conjointes menées par an | 0 | 2 | 2 |
| | Finaliser les évaluations de la transmission de la phase de surveillance de la FL a travers les TAS 3 dans le DS de AKWAYA | le TAS 3 est concluant dans le DS d'AKWAYA | 0% | 100% | |
| | Mener des enquêtes de délimitation des zones de transmission de l'OV | Proportion de Régions ayant conduit des enquêtes de transmission de l'OV | 0% | 50% | 100% |
| | Mener les évaluations épidémiologiques d'impact de traitement de l'Onchocercose dans 35 DS des Régions du Littoral et du Centre | Proportion des DS ayant conduit des évaluations épidémiologiques d'impact de traitement de l'Onchocercose dans 35 DS | 0% | 100% | |
| | Mener les enquêtes entomologiques pour les évaluations de la transmission dans 05 foyers Hotspots (Onchocercose) | Nombre de foyers ayant bénéficiés d'enquêtes entomologique | - | 5 | |
| | Renforcer la surveillance épidémiologique dans 08 foyers actifs et passifs pour la détection précoce des cas de THA a travers les campagnes de dépistage | Nombre de foyers actifs et passifs pour la détection précoce des cas de THA à travers les campagnes de dépistage | 4 | 8 | 8 |
| | Assurer les supervisions trimestrielles d'activités de lutte contre la THA par an | Nombre de supervisions trimestrielles réalisées par an | 2 | 4 | 4 |
| | Renforcer la surveillance passive communautaire pour le Ver de Guinée dans 15 DS frontaliers au Tchad | Proportion de rumeurs investiguées dans les 24 heures | 0% | 100% | 100% |

| | | | | | |
|--|--|---|-----|------|------|
| | Renforcer la surveillance active dans les foyers hot spot du Ver de Guinée | Proportion de rumeurs investiguées dans les 24 heures | 87% | 100% | 100% |
| | Renforcer la surveillance passive communautaire pour le Ver de Guinée dans 15 DS frontaliers au Tchad | Proportion de personnels formés à la surveillance passive du Ver de Guinée | 0% | 100% | 100% |
| | Assurer la lutte antivectorielle mensuelle contre le Ver de Guinée dans les foyers hot spots | Proportion des mares éligibles traitées par mois | 80% | 100% | 100% |
| | Assurer le confinement de 6000 animaux domestiques dans les foyers actifs | Proportion des animaux (chiens et chats) confinés dans les foyers actifs | 78% | >90% | 100% |
| | Mener les évaluations épidémiologiques post "zéro cas de pian" | Proportion des DS ayant bénéficiés des évaluations sérologiques | 0% | 50% | 100% |
| | Organiser des réunions de revue et de planification des activités de lutte intégrée au niveau national, régional et district | Proportion des DS qui mènent les réunions de revue et de planification des MTN | 0% | 50% | 75% |
| | Renforcer la notification, la sauvegarde et la sécurisation des données MTN à travers le paramétrage des variables dans le DHIS2 | Nombre de MTN à PCT dont les traitements masse sont (Déparasitage, TIDC, Pian) sont monitorés dans le DHIS2 | 33% | 100% | 100% |
| O.S 1.3- Assurer l'accessibilité et la sécurité des produits de santé utilisés dans la lutte contre les MTN. | Renforcer le système de gestion des intrants (approvisionnement, distribution, logistique inverse) a travers le paiement des frais de gestion et de distribution des médicaments par la CENAME et les FRPS | Nombre de programmes MTN (04) disposant des fonds pour les frais de gestion et distribution des médicaments | 1 | 4 | 4 |
| | Renforcer la notification des effets secondaires des MTN à travers des ateliers de renforcement des capacités des acteurs | Proportion de DS disposant d'un personnel formé à la notification intégré des médicaments MTN | 0% | 100% | 100% |

| | | | | | |
|--|--|---|-----|------|------|
| | Renforcer la prise en charge dans les FOSA des effets secondaires liés aux médicaments MTN à travers le remboursement des frais de prise en charge | Proportion des effets secondaires pris en charge dans les 24 heures | | 75% | 100% |
| | Investiguer les effets secondaires graves liés aux médicaments MTN à travers des activités de supervision | Proportion des cas d'effets secondaires graves investigués dans les 48 heures | 43% | 100% | 100% |
| | Assurer la prise en charge des DC dans le cadre du TIDC | Proportion des DS ayant développé un mécanisme de prime de campagne pour les DC | 4% | 25% | 50% |
| Pilier stratégique 2 : Intensifier les approches transversales | | | | | |
| OS- 2.1 Développer les plateformes des parties prenantes qui mènent les interventions à stratégie similaire à celles utilisées dans la lutte contre les MTN | Mise en place d'une plateforme inclusive et fonctionnelle regroupant les parties prenantes (Paludisme, PEV, SIDA, Tuberculose, ONG menant des activités communautaires, etc.) intervenant dans la lutte contre les MTN à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (National, Régional et District de Santé) | Nombre de régions disposant d'une plateforme multiprogramme fonctionnelle | 0 | 5 | 10 |
| | Dépistage des cas de MTN cutanées pendant les stratégies avancées et mobiles de la PEV+CNLP2LUB | Proportion des DS menant des activités conjointe de gestion des cas | 0% | 25% | 50% |
| | Dépistage des cas de MTN cutanées pendant le TIDC et/ou le déparasitage (PNLSHI+PNLO+CNLP2LU) | Proportion des DS menant des activités de dépistage des MTN à manifestation cutanées lors des DDM | 12% | 100% | 100% |
| | Dépistage de la Bilharziose génitale féminine (BGF) lors des dépistages de cancer du col de l'Utérus (PNLSHI+Programme Cancer) | Proportion des DS menant des activités de dépistage de la BGF lors des campagnes de dépistages de cancer du col de l'Utérus et en routine | 0% | 50% | 100% |

| | | | | | |
|--|---|---|-----|------|------|
| | Dépistage de la Bilharziose génitale féminine (BGF) lors des dépistages lors des consultations spécifiques de routine (PNSLHI+Programme de la Santé Maternelle et Infantile+Programme VIH) | Proportion des DS menant des activités de dépistage de la BGF lors des consultations spécifiques de routine | 0% | 50% | 100% |
| OS 2.2 Renforcer les autres domaines de système de Santé en faveur de la lutte contre les MTN | Suivi communautaire intégré des cas de Lèpre, UB par les Agents de santé Communautaire (Plateforme de Santé communautaire) | Proportion des DS menant les activités de suivi communautaire intégrés à travers les ARC | 17% | 50% | 75% |
| | Intégration des MTN dans la Couverture sanitaire Universelle (UB, chirurgie du trichiasis, chirurgie de l'hydrocèle, envenimation par morsure de serpent, Onchocercose, lèpre) | Nombre de MTN pris en compte dans le paquet de soins de la CSU | 0 | 3 | 6 |
| | Renforcement des programmes MTN en ressources humaines en quantité et en qualité en matière de lutte intégrée de MTN | 01 manuel de procédures de gestion de la lutte intégrée des MTN est disponible | 0% | 100% | 100% |
| | Renforcement des capacités des programmes MTN dans la digitalisation des matière de suivi et analyse | Proportion des DS transmettant les données MTN de qualité à travers les plateformes digitales | 0% | 100% | 100% |
| | Promotion des bonnes pratiques WASH en collaboration avec le MINEE et les CTD | Proportion des DS dans lesquelles sont implémentant les interventions WASH (ATPC, promotion de l'hygiène et assainissement du milieu, etc.) | 2% | 50% | 100% |
| | | | | | |
| Pilier 3. Modifier le modèle opérationnel pour faciliter l'appropriation par les pays | | | | | |
| Objectif stratégique | Activités stratégiques | Cibles | | | |
| OS 3.1 : Promouvoir et Renforcer l'appropriation et le leadership à travers l'allocation des ressources aux | Création de plateformes partenariat /collaboration de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre les MTN au niveau local et transfert de compétences aux dites plateformes pour la mise en œuvre des activités MTN | Proportion de communes disposant d'une plateforme multisectorielle de lutte contre les MTN | 2% | 10% | 25% |

| | | | | | |
|---|---|---|----|------|-----|
| structures nationales et locales pour le soutien des interventions de lutte contre les MTN | Renforcement des capacités du personnel des districts de santé aux mécanismes de mobilisation locale des ressources | Proportion de DS ayant mobilisés des ressources locales en faveur des MTN | 0% | 50% | 75% |
| OS 3.2 : Renforcer les capacités des CTDs et les autorités en matière de leadership local en faveur des MTN et promouvoir la communication pour le changement social des comportements en faveur de la lutte contre les MTN | Engager les OBC et OSC à travers des conventions dans la lutte contre les MTN | Proportion des DS ayant établi au moins une convention avec OBC et OSC | 0% | 25% | 50% |
| | Développer et mettre en œuvre des plans intégrés de communication spécifiques à la lutte contre les MTN | 01 plan intégré de communication spécifiques à la lutte contre les MTN | 0% | 100% | |
| | Mobiliser les ambassadeurs en faveur de la lutte contre les MTN | 01 plateforme d'échange avec les missions diplomatiques est fonctionnelle | 0% | 100% | |

Pilier 4 : Renforcer la mobilisation des ressources et la collaboration intersectorielle afin d'éliminer les MTN

| Objectifs stratégiques | Activités stratégiques | Indicateurs | Base line | | |
|---|---|---|-----------|------|-----------|
| | | | 2024 | 2026 | 2028 |
| OS 4.1 : Développer les mécanismes de mobilisation des ressources internes (Etat, collectivités territoriales décentralisées, privées et communautés) et externes. | Développer les stratégies de plaidoyer de mobilisation de ressources, cartographie de nouveaux partenariats | 01 cartographie nationale des partenaires œuvrant dans les MTN est disponible par an | 0% | 100% | |
| | Inclusion de la lutte contre les MTN dans les stratégies Nationales et locales de financement, auprès du MINEPAT, MINEDUB, MINESEC, MINEDUH, MINEE, MINEPDED, MINEPIA, MINADER, MINJEC, MINFI, MINAS, FEICOM, MINDEVEL et les CTDs. | Nombre de départements ministériels et autres structures publiques intégrant la lutte contre les MTN dans leur cahier de charge | 4 | 10 | 15 |
| | Création d'une plateforme de financement regroupant les Parties prenantes de la lutte contre les MTN et les bailleurs de fonds | Une plateforme de financement regroupant les Parties prenantes de la lutte contre les MTN et les bailleurs de fonds | 0% | 100% | |
| OS 4.2 : Renforcer la Coordination nationale des MTN dans la mobilisation, la consolidation et le suivi de la gestion des fonds auprès des partenaires nationaux et internationaux | Renforcement de la coordination nationale des MTN en expertise pour la mobilisation et le monitoring des fonds | Proportion des régions disposant d'une unité de mobilisation des financements | - | 5 | 10 |
| | Développer des systèmes de capture des acquis et rationalisation des canaux de vulgarisation des activités MTN (bonnes pratiques, leçons apprises) | Nombre de bulletins semestriels produits par an pour la diffusion de bonnes pratiques en matière des MTN | - | 2 | 2 |
| | Vulgariser des interventions de lutte contre les MTN par les médias (Formation des Médias, Mise en place d'une structure de communication dédiée aux programmes MTN, etc...) | Nombre de médias contractualisés | 0 | 5 | 10 |
| | Renforcer la communication scientifique en faveur des MTN | Nombre d'articles publiés sur les MTN dans des journaux avec comités de lecture | 0 | 10 | 20 |
| | Renforcer de la communication pour les changements de comportement en faveur des MTN | | | | |

PARTIE 4

BUDGETISATION DE L'IMPACT : ESTIMATIONS ET JUSTIFICATIONS

Tableau XXII : Budgétisation des activités

| Pilier stratégique 1 - Accélérer l'action programmatique | | | |
|--|--|--|----------------|
| Objectif stratégique | Activités stratégiques | cibles | total |
| O.S 1.1- Intensifier les interventions classiques de lutte contre les MTN (chimio prévention intégrée, prise en charge des cas) et les interventions complémentaires y compris la recherche opérationnelle et l'innovation dans la lutte contre les MTN afin de parvenir à une couverture géographique de 100 % | A.S 1.1.1 Développer les plans opérationnels d'élimination des MTN a manifestation cutanée | 03 ateliers d'élaboration, de finalisation, de relecture et de validation | 40 000 000 |
| | A.S 1.1.2 Développer les plans opérationnels d'élimination du Trachome | 3 ateliers d'élaboration, de finalisation, de relecture et de validation | 40 000 000 |
| | A.S 1.1.3 Développer les plans opérationnels d'élimination de la THA | 3 ateliers d'élaboration, de finalisation, de relecture et de validation | 20 000 000 |
| | A.S 1.1.4 Renforcer la mise en œuvre de la stratégie Morge pour l'éradication du pian | 2 campagnes DDM dans 169 districts de sante | 3 042 000 000 |
| | A.S 1.1.5 Renforcer la lutte intégrée contre les MTN à expression cutanées | Une Campagne intégrée de recherche active de cas par district par ans pendant 5 ans | 10 150 000 000 |
| | A.S 1.1.6 Etendre les interventions (TIDC annuel) dans les zones hypo-endémiques pour l'OV | Campagne de DDM dans 81 districts de sante | 2 025 000 000 |
| | A.S 1.1.7 Intensifier le TIDC dans les districts de sante actuellement traités | Une Campagne des TIDC dans 122 districts de sante pendant 5 ans | 3 050 000 000 |
| | A.S 1.1.8 développer la lutte antivectorielle physique dans 10 districts | Une campagne de slash and Clear par ans pendant 5 ans | 500 000 000 |
| | A.S 1.1.9 développer le Test and treat pour OV dans | Une campagne de test and treat par an pendant 5 ans dans 14 district de sante | 1 820 000 000 |
| | A.S 1.1.10 développer la lutte antivectorielle au larvicide pour OV dans 9 districts de santé hot spot | 2 traitements anti larvaires par ans dans 9 districts de sante pendant 5 ans | 1 350 000 000 |
| | A.S 1.1.11 traitement biannuelle dans 20 districts de sante hot spot pour OV | Un round supplémentaire de TIDC dans 20 district de sante pendant 5 ans | 500 000 000 |
| | A.S 1.1.12 développer la lutte antivectorielle au molluscicides dans 43 districts 3 fois pendant la periode de 5 ans contre la SCH hot spots | Trois campagnes de lutte antivectorielle aux molluscicides dans 43 DS | 9 030 000 000 |
| | A.S 1.1.13 développer la lutte antivectorielle biologique en faveur des SCH dans les 43 DS hot spots | Trois campagnes de lutte antivectorielle aux agents biologiques dans 43 DS | 1 290 000 000 |
| | A.S 1.1.14 Intensifier les Campagne nationale de déparasitage contre la STH et SCH chez les EAS en milieu scolaire | 1 campagnes intégrée annuelle de déparasitage contre la SCH et les STH dans 203 DS en milieu scolaire pour les EAS | 6 500 000 000 |
| | A.S 1.1.15 Mener les campagnes communautaires pour les Adultes pour accélérer l'élimination des SCH et STH dans les 43 DS hot spot | 1 campagne annuelle de déparasitage contre la SCH chez les adultes dans 43 DS hot spot | 1 075 000 000 |
| | A.S 1.1.16 Mener annuellement des enquêtes de couverture post DDM dans 2 DS par Région pendant 5 ans | 1 enquête de couverture annuelle pendant 5 ans | 500 000 000 |
| | A.S 1.1.17 Renforcer la lutte anti vectorielle dans les foyers de la THA a travers des campagnes de piégeages annuels dans 8 foyers | 02 campagnes annuelles de piégeage de glossines dans 8 foyers pendant 5 ans | 320 000 000 |
| | A.S 1.1.18 Finaliser le plan de transition de l'élimination du trachome | Assurer la validation des plans de transition a travers des ateliers dans 18 DS | 18 000 000 |
| | A.S 1.1.19 Assurer la prise en charge des cas incidents de trichiasis dans 24 DS | 02 campagne annuelle de chirurgie du trichiasis dans 24 DS | 480 000 000 |

| | | | |
|--|--|--|---------------|
| | A.S 1.1.20 Assurer la préparation du dossier du Trachome et de la FL à travers des rencontres semestrielles de consolidation du dossier | 02 rencontres par dossier par ans pendant 05 ans | 10 000 000 |
| | A.S 1.1.21 Organiser des campagnes annuelles de recherche active de cas des complications de la FL dans 147 DS pendant 05 ans | 01 campagne annuelle de recherche active de cas des complications de la FL dans 147 DS pendant 05 ans | 1 470 000 000 |
| | A.S 1.1.22 Assurer l'offre de prise en charge chirurgicale des cas des hydrocèles dans les structures de référence des soins de santé primaire à travers une évaluation des plateaux techniques | Une évaluation des capacités techniques de prise en charge de la morbidité est conduite dans tous les 147 DS | 294 000 000 |
| | A.S 1.1.23 Renforcer les capacités des prestataires de soins à la prise en charge chirurgicale des cas d'hydrocèle FL | 02 personnels de soins par DS sont formés à la prise en charge chirurgicale des hydrocèles FL | 294 000 000 |
| | A.S 1.1.24 Assurer la prise en charge communautaire du lymphœdème dans les 147 DS a travers le renforcement des capacités des malades | Des rencontres de renforcement des capacités des malades sont organisés dans les DS | 294 000 000 |
| | A.S 1.1.25 Intensifier la prise en charge de cas détectés de MTN à expression cutanée a travers la chirurgie des complications chez 250 patients par an notamment la lèpre, l'Ulcère de Buruli , la Leishmaniose et le mycétomes | 01 campagne annuelle de chirurgie des complications des MTN a manifestation cutanée chez 250 patients par an | 375 000 000 |
| | A.S 1.1.26 assurer la prise en charge des morsures des serpent a travers l'approvisionnement des sera antivenimeux dans les districts a forte létalité | 1000 cas des envenimations sont pris en charge par an pendant 5 ans | 525 000 000 |
| | A.S 1.1.27 assurer la prise en charge post morsure des chiens a risque dans les 203 DS | 10000 cas des morsures des chiens sont prise en charge par an pendant 5 ans | 2 000 000 000 |
| | A.S 1.1. 28 Développer les nouveaux outils pour le diagnostic des SCH/STH et optimiser les outils de diagnostic existant pour l'OV | 02 outils de diagnostic sont testés au sein de la population tous les 2 ans | 200 000 000 |
| | A.S 1.1.29 Renforcer la recherche opérationnelle intégrée sur les MTN | 02 projets de recherche opérationnelles par groupe de MTN par an pendant 5 ans | 100 000 000 |
| O.S 1.2- Renforcer la surveillance, le suivi-évaluation intégrés et les renforcer afin de mesurer les progrès et orienter la prise de décisions pour l'atteinte des objectifs fixés pour 2028 | A.S 1.2.1 réaliser la cartographie d'élimination de l'onchocercose dans 81 DS | 81 enquêtes sont réalisées sur 02 ans | 405 000 000 |
| | A.S 1.3 Accélérer la cartographie de précision pour la SCH et STH. | Mener la cartographie de précision dans 1487 Aire de Santé pour la SCH | 4 461 000 000 |
| | A.S 1.4 Actualiser la cartographie de la THA dans 10 DS | une enquête est réalisée dans 10 DS | 50 000 000 |
| | A.S 1.5 Compléter la cartographie des MTN à manifestation cutanée dans 168 DS non-cartographies | 01 enquête de cartographie est réalisée dans 168 DS | 1 260 000 000 |
| | A.S 1.6Mettre en œuvre les activités de surveillance transfrontalière en faveur du Ver de Guinée a travers des campagnes de supervision et de partage d'expérience | 02 campagnes annuelles pendant 05 ans | 50 000 000 |
| | A.S 1.7 Finaliser évaluations de la transmission de la phase de surveillance de la FL a travers les TAS 3 dans le DS de AKWAYA | 01 TAS 3 organisé | 5 000 000 |
| | A.S 1.8 Mener des enquêtes de délimitation des zones de transmission | 01 évaluation des zones transmission de l'OV | 200 000 000 |

| | | | |
|---|--|--|-----------------------|
| | A.S 1.9 Mener les évaluations épidémiologiques d'impact de traitement de l'Onchocercose dans 35 DS des Régions du Littoral et du Centre | 01 évaluation épidémiologique est conduite dans 35 DS | 140 000 000 |
| | A.S 1.10 Mener les enquêtes entomologiques pour les évaluations de la transmission dans 05 foyers Hotspots (Onchocercose) | 01 évaluation entomologique est faite dans 5 foyers Hotspots | 50 000 000 |
| | A.S 1.11 Renforcer la surveillance épidémiologique dans 08 foyers actifs et passifs pour la détection précoce des cas de THA a travers les campagnes de dépistage | 01 Campagne annuelle de dépistage est organisée pendant 05 ans | 35 000 000 |
| | A.S 1.12 Assurer les supervisions trimestrielles d'activités de lutte contre la THA | 04 supervisions annuelles pendant 05 ans | 60 000 000 |
| | A.S 1.13 Renforcer la surveillance passive communautaire pour le Ver de Guinée dans 15 DS frontaliers au Tchad | Les investigations des rumeurs sont conduits dans 15 DS par ans pendant 05 ans | 112 500 000 |
| | A.S 1.14 Renforcer la surveillance passive dans les foyers hot spot du Ver de Guinée à travers la formation des acteurs au niveau transfrontalier | 04 personnes de l'ECD dans 15 DS, 02 responsables de l'AS dans 210 AS | 15 600 000 |
| | A.S 1.15 Renforcer la surveillance active dans les foyers hot spot du Ver de Guinée à travers les investigations de rumeurs | Les investigations de rumeur sont conduites dans 02 DS par an pendant 05 ans | 300 000 000 |
| | A.S 1.16 Assurer la lutte antivectorielle mensuelle contre le Ver de Guinée dans les foyers hot spots du Ver de Guinée | 12 campagnes de lutte antivectorielle sont organisées dans les hot spots dans 02 DS par an | 180 000 000 |
| | A.S 1.17 Assurer le confinement de 6000 animaux domestiques dans les foyers actifs | 6000 animaux attaches par an pendant 05 ans | 1 800 000 000 |
| | A.S 1.18 Mener les évaluations épidémiologiques post "zéro cas de pian" | 02 enquête sérologique par an dans 20 DS | 100 000 000 |
| | A.S 1.19 organiser des réunions de revue et de planification des activités de lutte intégrée qu niveau national régional et district | Une réunion qu niveau national; 10 réunion au niveau national; 406 réunions au niveau de district par an pendant 5 ans | 934 000 000 |
| | A.S 1.20 Renforcer la notification, la sauvegarde et la sécurisation des données MTN à travers le paramétrage des variables dans le DHIS2 | 01 atelier de paramétrage par an | 35 000 000 |
| | A.S 1.21 Assurer la prise en charge des DC dans le cadre du TIDC | 45 000 DC reçoivent leur prime de distribution chaque année pendant 5 ans | 2 250 000 000 |
| O.S 1.3- Assurer l'accessibilité et la sécurité des produits de santé utilisés dans la lutte contre les MTN. | S 1.3.1 Renforcer le système de gestion des intrants (approvisionnement, distribution, logistique inverse) a travers le paiement des frais de gestion et de distribution des médicaments par la CENAME et les FRPS | Paiement annuel des frais de gestion et de distribution pendant 05 ans | 750 000 000 |
| | S 1.3.2 Renforcer la notification des effets secondaires des médicaments MTN à travers des ateliers de renforcement des capacités des acteurs | 12 ateliers par an pendant 05 ans | 600 000 000 |
| | S 1.3.3 Renforcer la prise en charge dans les FOSA des effets secondaires lies aux médicaments MTN à travers le remboursement des frais de prise en charge | 2000 cas d'effets secondaires pris en charge dans les FOSA par an pendant 05 ans | 500 000 000 |
| | S 1.3.4 Investiguer les effets secondaires graves lies aux médicaments MTN a travers a travers des activités de supervision | 100 investigations menées par an pendant 05 ans | 1 000 000 000 |
| Sous total pilier 1 | | | 62 605 100 000 |

Pilier stratégique 2: Intensifier les approches transversales

| Objectif stratégique | Activités stratégiques | cibles | total |
|--|--|--|-----------------------|
| OS 2.1 Développer les plateformes des parties prenantes qui mènent les interventions à stratégie similaire à celles utilisées dans la lutte contre les MTN | A.S 2.1.1 Mise en place d'une plateforme inclusive et fonctionnelle regroupant les parties prenantes (Paludisme, PEV, SIDA, Tuberculose, ONG menant des activités communautaires, etc.) intervenant dans la lutte contre les MTN à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (National, Régional et District de Santé) | 02 réunions et 02 descentes de supervision au niveau National et Régional par an pendant 5 ans | 562 500 000 |
| | A.S 2.1.2 Dépistage des cas de MTN cutanées pendant les stratégies avancées et mobiles de la PEV+CNLP2LUB | 01 campagne mensuelle de dépistage des MTN à manifestation cutanée est conduite conjointement avec les équipes du PEV pendant 5 ans | 1 218 000 000 |
| | A.S 2.1.3 Dépistage des cas de MTN cutanées pendant le TIDC et/ou le déparasitage (PNLSHI+PNLO+CNLP2LUB) | 01 campagne annuelle de dépistage des MTN à Manifestation cutanée est conduite chaque année pendant 5 ans dans les écoles et les communautés | 3 045 000 000 |
| | A.S 2.1.4 Dépistage de la Bilharziose génitale féminine (BGF) lors des dépistages de cancer du col de l'Utérus (PNLSHI+Programme Cancer) | 01 campagne annuelle de dépistage de la BGF est organisée pendant 5 ans | 250 000 000 |
| | A.S 2.1.5 Dépistage de la Bilharziose génitale féminine (BGF) lors des dépistages lors des consultation spécifique de routine (PNLSHI+Programme de la Santé Maternelle et Infantile+Programme VIH) | 6000 personnels de santé sont formés au diagnostic de la BGF au niveau de soin de santé primaire | 360 000 000 |
| | A.S 2.1.6 Suivi communautaire intégré des cas de Lèpre, UB par les Agents de santé Communautaire (Plateforme de Santé communautaire) | 15000 ASCp sont formés sur le suivi intégré des patients MTN pendant la période | 450 000 000 |
| | A.S 2.1.7 Intégration de l'approche "Une seule santé" dans les interventions de lutte contre les MTN | 01 formation des équipes (04 personnels/District) pendant 5 ans | 255 600 000 |
| OS 2.2 Renforcer les autres domaines de système de Santé en faveur de la lutte contre les MTN | A.S 2.2.1 Intégration des MTN dans la Couverture sanitaire Universelle | 1 activité de plaidoyer est réalisée chaque année pour la prise en compte des MTN dans l'offre de service de la CSU | 2 500 000 |
| | A.S 2.2.2 Renforcement des programmes MTN en ressources humaines en quantité et en qualité en matière de lutte intégrée de MTN | 3 ateliers d'élaboration de finalisation et de validation d'un manuel de procédures en matière de PEC des MTN aide avec honoraire d'un consultant national | 45 000 000 |
| | A.S 2.2.3 Renforcement des capacités des programmes MTN dans la digitalisation des matière de en matière de suivi et analyse | 250 personnels des niveaux national régional et district sont formes au suivi et analyse des données digitalisées des MTN | 62 500 000 |
| | A.S 2.2.4 promotion des bonnes pratiques WASH en collaboration avec le MINEE et les CTD | Implémentation de l ATPC dans 43 DS hot spot SCH ; 24 DS trachome et 37 DS STH; du pays pendant la période du plan stratégique | 10 400 000 000 |
| Sous total pilier | | | 16 651 100 000 |

| Pilier 3. Modifier le modèle opérationnel pour faciliter l'appropriation par les pays | | | |
|--|--|--|----------------------|
| Objectif stratégique | Activités stratégiques | Cibles | Coûts |
| OS 3.1 : Promouvoir et Renforcer l'appropriation et le leadership à travers l'allocation des ressources aux structures nationales et locales pour le soutien des interventions de lutte contre les MTN | AS 3.1.1 Créer de plateformes partenariat /collaboration de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre les MTN au niveau local et transfert de compétences auxdites plateformes pour la mise en œuvre des activités MTN | Ateliers et réunions de concertation, transferts de compétence et plaidoyer au niveau central (6), régional (20), districts (406) et transfrontalier (1) | 2 190 000 000 |
| | AS 3.1.2 Renforcer des capacités du personnel des districts de santé aux mécanismes de mobilisation locale des ressources | Ateliers de formation des acteurs centraux (1), régionaux (10) et district (203). | 258 000 000 |
| | AS 3.1.3 Engager les OBC et ASC a travers des conventions dans la lutte contre les MTN | 2 rencontres par DS tous les 2 ans dans 203 DS | 487 200 000 |
| OS 3.2 : Renforcer les capacités des CTDs et les autorités en matière de leadership local en faveur des MTN et promouvoir la communication pour le changement social des comportements en faveur de la lutte contre les MTN | AS 3.2.1 Renforcer des capacités des CTDs en matière de leadership local lié aux MTN | Réunions de 360 Maires dans les 10 régions | 57 600 000 |
| | AS 3.2.2 Développer et mettre en œuvre des plans intégrés de communication spécifiques à la lutte contre les MTN | Ateliers (4) d'élaborations, validation et dissémination de plan de communication intégrée | 40 000 000 |
| | AS 3.2.3 Mobiliser les ambassadeurs en faveur de la lutte contre les MTN | 1 réunion de plaidoyer | 10 000 000 |
| Sous total pilier | | | 3 042 800 000 |

| Pilier 4 : Renforcer la mobilisation des ressources et la collaboration intersectorielle afin d'éliminer les MTN | | | |
|---|--|--|------------|
| Objectifs stratégiques | Activités stratégiques | Cibles | Coûts |
| O.S 4.1 : Développer les mécanismes de mobilisation des ressources internes (Etat, collectivités territoriales décentralisées, privées et communautés) et externes. | A.S 4.1.1 Développer les stratégies de plaidoyer de mobilisation de ressources, cartographie de nouveaux partenariats | 01 réunion de cartographie de nouveaux partenariats par an pendant 5ans et 03 ateliers de développement des stratégies de plaidoyer de lutte contre les MTN au cours de la première année | 40 000 000 |
| | A.S 4.1.2 Inclure de la lutte contre les MTN dans les stratégies Nationales et locales de financement, auprès du MINEPAT, MINEDUB, MINESEC, MINSANTE, MINEDUH, MINEE, MINEPDED, MINEPIA, MINADER, MINJEC, MINAS, FEICOM, MINDEVEL et les CTDs. | 06 ateliers d'élaboration du plan de pérennisation des acquis en matière de lutte contre les MTN au cours de la première année et 2 réunions de coordination multisectorielle par an pendant 5 ans | 80 000 000 |
| | A.S 4.1.3 Création d'une plateforme de financement regroupant les Parties prenantes de la lutte contre les MTN et les bailleurs de fonds | 01 réunion de concertation, 01 atelier de plaidoyer et 01 atelier d'évaluation des financements par an avec les parties prenantes pendant 5 ans | 75 000 000 |
| O.S 4.2 : Renforcer la Coordination nationale des MTN dans la mobilisation, la consolidation et le suivi de la gestion des fonds auprès des partenaires nationaux et internationaux pour | A.S 4.1.4 Renforcement de la coordination nationale des MTN en expertise pour la mobilisation et le monitoring des fonds | Atelier de formations au niveau national (1) et dans les régions (10) | 55 000 000 |
| | A.S 4.1.5 Mettre en place d'un cadre de suivi des engagements financiers et des dépenses des fonds mobilisés pour les MTN | 3 ateliers d'élaboration, finalisation et validation des outils de suivi des engagements la première années | 30 000 000 |

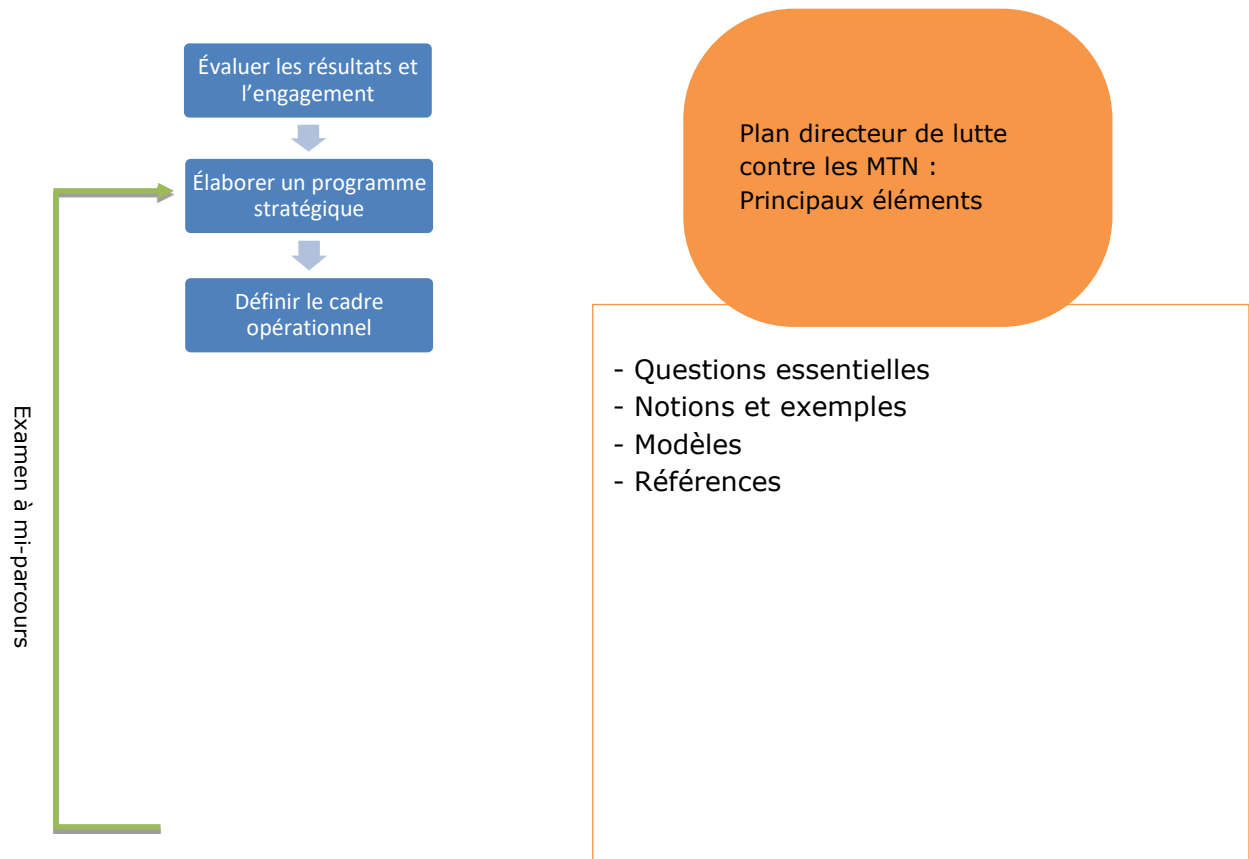
| | | | |
|----------------------------|--|---|--------------------|
| la lutte contre les MTN | A.S 4.1.6 Développer des systèmes de capture des acquis et rationalisation des canaux de vulgarisation des activités MTN (bonnes pratiques, leçons apprises) | Réunions trimestrielles (4) d'élaboration des bulletins sur les acquis des MTN pendant 5 ans | 20 000 000 |
| | A.S 4.1.7 Vulgariser des interventions de lutte contre les MTN par les médias (Formation des Médias, Mise en place d'une structure de communication dédiée aux programmes MTN, etc...) | Contractualisation de 10 organes médias dans les 10 régions pour la diffusion des spots en faveur des MTN chaque année, pendant 5 ans | 60 000 000 |
| | A.S 4.1.8 Renforcer la communication scientifique en faveur des MTN | Une journée scientifique et la publication de 10 articles scientifiques sur les MTN par an pendant 5 ans | 55 000 000 |
| | A.S 4.1.9 Renforcer de la communication pour les changements de comportement en faveur des MTN | Ateliers d'élaboration et mise en œuvre d'un plan de communication sur les MTN | 225 000 000 |
| Sous total pilier 4 | | | 640 000 000 |

| Recapitulatif Budget Plan Directeur MTN 2024-2028 | | |
|---|---------------------------|----------------------------|
| Pilier | Sous total en FCFA | En dollars US (USD) |
| Accélérer l'action programmatique | 62,605,100,000 | 113,827,455 |
| Intensifier les approches transversales | 16,651,100,000 | 30,274,727 |
| Modifier le modèle opérationnel | 3,042,800,000 | 5,532,364 |
| Renforcer la mobilisation des ressources et la collaboration multisectorielle | 640,000,000 | 1,163,636 |
| Total Général du Plan | 82,939,000,000 | 150,798,182 |

1 USD= 550 FCFA

Annexes

Annexe 1 : Étapes à suivre pour élaborer ou passer en revue un plan directeur de lutte contre les MTNS national



Annexe 2 : Étapes à suivre pour élaborer ou passer en revue un plan directeur de lutte contre les MTN national



IV. Peaufiner les plans et les actions requises



III. Consulter et faire appel aux partenaires



II. Définir des cibles et des stratégies



I. Préparer et organiser

Examiner les plans de lutte contre les MTN existants et la situation des programmes de lutte contre les maladies

Comprendre les priorités sanitaires nationales, par exemple la charge de morbidité des MTN, les progrès réalisés vers les objectifs déjà définis et les futures lacunes potentielles

Établir une cartographie des parties prenantes concernées (du secteur de la santé et au-delà) et des initiatives existantes en matière de lutte contre les MTN

Créer une équipe spéciale (formée de représentants du niveau local ou d'autres secteurs par exemple) ou faire appel à une équipe existante pour coordonner la planification stratégique de la lutte contre les MTN.

Consulter les ODD et la feuille de route mondiale à l'horizon 2030 pour fixer des cibles à atteindre pour chaque maladie pertinente ainsi que des cibles transversales, en tenant compte des objectifs et des calendriers existants

Concevoir des ébauches de stratégies qui tiennent compte des mesures à prendre pour atteindre les cibles, en notant les lacunes, les obstacles et les mesures prioritaires. Cela peut inclure des éléments comme un argumentaire d'investissement et un modèle de collaboration, et un cadre de suivi et d'évaluation.

S'assurer que ces stratégies correspondent aux stratégies sanitaires nationales au sens plus large.

Réunir ou intégrer les parties prenantes dans un comité pour toutes les MTN et y inclure des représentants des secteurs concernés (WASH par exemple) afin d'examiner les stratégies existantes et proposées

Mener de vastes consultations auprès de parties prenantes locales, régionales et mondiales comme

L'OMS, les individus et les communautés touchées par les MTN

Utiliser une carte des parties prenantes et les résultats pour déterminer leurs rôles et les ressources dont elles disposent

Améliorer les plans nationaux de lutte contre les MTN en utilisant les informations fournies par les partenaires

Déterminer les ressources et les activités internes et externes requises et mettre en évidence les lacunes et les obstacles. Prendre des mesures pour remédier aux lacunes.

Les intégrer dans les stratégies sanitaires nationales et obtenir l'engagement politique nécessaire pour mettre en œuvre les plans de lutte contre les MTN

Adapter les structures de gouvernance, de collaboration et du programme afin d'assurer la réalisation des objectifs

Démarrer un apprentissage continu et adapter la stratégie

Annexe 3 : Cibles, étapes importantes et indicateurs proposés pour la feuille de route

| Cibles générales à l'échelle mondiale | |
|--|------|
| Indicateur | 2030 |
| Pourcentage de réduction du nombre de personnes ayant besoin d'une intervention liée à une maladie tropicale négligée | 90 % |
| Nombre de pays ayant éliminé au moins une maladie tropicale négligée | 100 |
| Nombre de maladies tropicales négligées éradiquées | 2 |
| Pourcentage de réduction des années de vie ajustées sur l'incapacité en rapport avec des maladies tropicales négligées | 75 % |

Cibles transversales

| Indicateur | | 2030 |
|----------------------------------|---|-------|
| Approches intégrées | Indice de couverture des traitements intégrés en ce qui concerne la chimio prévention | 75 % |
| | Nombre de pays ayant adopté et mis en œuvre des stratégies intégrées de lutte contre les maladies tropicales négligées de la peau | 40 % |
| | Pourcentage de réduction du nombre de décès dus à des maladies tropicales négligées à transmission vectorielle (par rapport à 2016), en vue d'atteindre la cible fixée par l'OMS dans le cadre de l'Action mondiale pour lutter contre les vecteurs | 75 % |
| Coordination multisectorielle | Accès à des services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène de base au moins, dans les régions où les maladies tropicales négligées sont endémiques, afin d'atteindre les cibles 6.1 et 6.2 de l'objectif de développement durable n°6 | 100 % |
| | Pourcentage de la population à risque protégée contre les dépenses de santé liées à des maladies tropicales négligées qui sont à la charge des patients et constituent une situation catastrophique, en vue d'atteindre la cible 3.8 de l'objectif de développement durable n°3 | 90 % |
| | Pourcentage de pays ayant intégré les maladies tropicales négligées dans leurs stratégies ou leurs plans sanitaires nationaux | 90 % |
| Couverture sanitaire universelle | Pourcentage de pays ayant inclus les interventions liées aux maladies tropicales négligées dans leurs services essentiels et dans leur budget | 90 % |
| | Pourcentage de pays dont les systèmes de santé disposent de directives pour la prise en charge des incapacités liées aux maladies tropicales négligées | 90 % |

| | | |
|----------------------------|---|------|
| Appropriation par les pays | Pourcentage de pays qui rédigent des rapports sur toutes les maladies tropicales négligées endémiques pertinentes | 90 % |
| | Pourcentage de pays qui recueillent et fournissent des données sur les maladies tropicales négligées, avec une ventilation par sexe | 90 % |

Incidence des approches intégrées sur les cibles spécifiques à certaines maladies

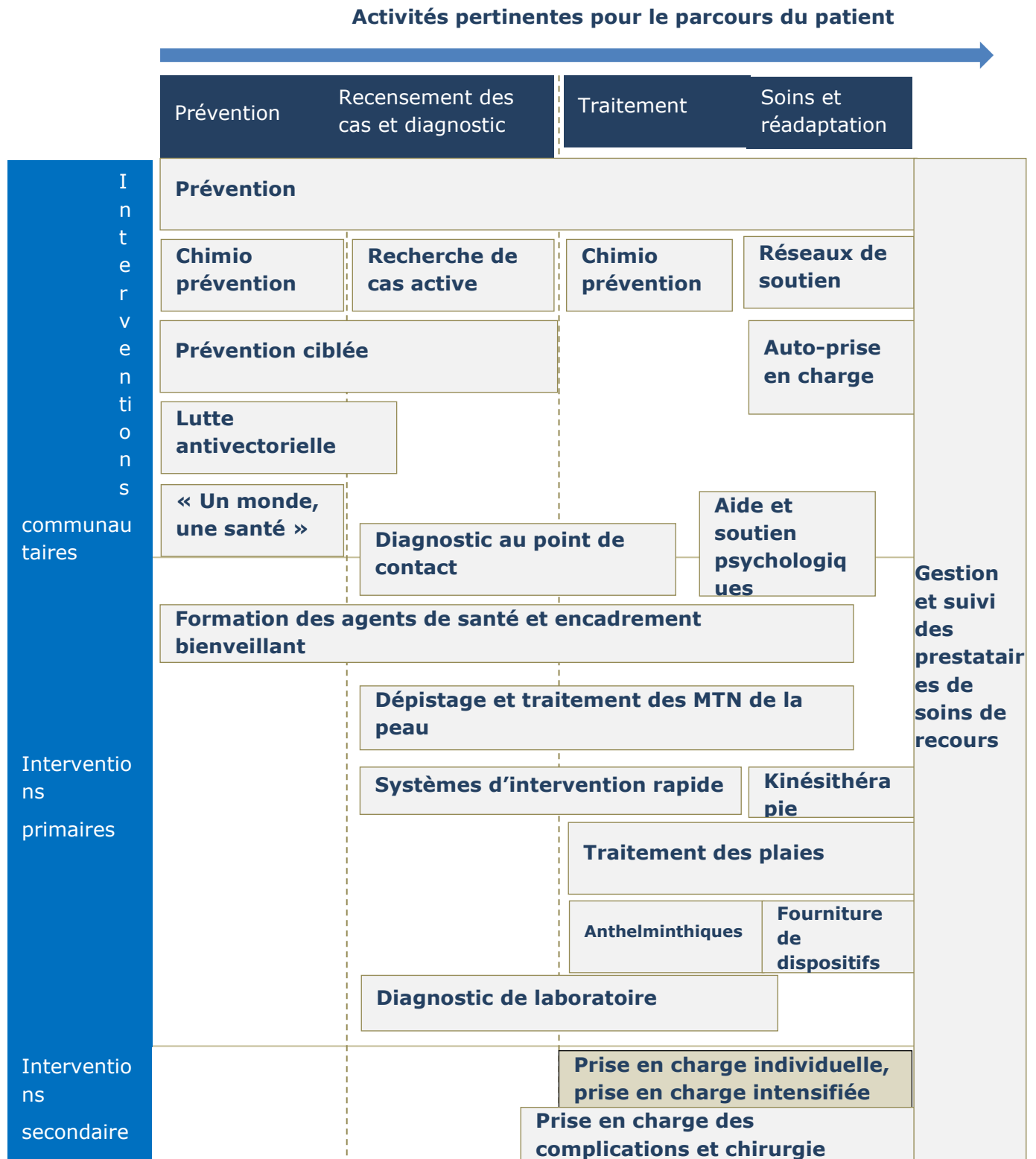
| Maladie | Indicateur | 2020 | 2024 | 2025 | 2030 |
|---|--|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| Maladie que l'on prévoit d'éradiquer | | | | | |
| Dracunculose | Nombre de pays certifiés exempts de transmission | 187 (96 %) | 189 (97 %) | 191 (97 %) | 194 (100 %) |
| Pian | Nombre de pays certifiés exempts de transmission | 1 (1 %) | 97 (50 %) | 131 (70 %) | 194 (100 %) |
| Maladie que l'on prévoit d'éliminer (interruption de la transmission) | | | | | |
| Trypanosomiase humaine africaine (à T. gambiense) | Nombre de pays où l'interruption de la transmission a été vérifié. | 0 | 0 | 5 (21 %) | 15 (62 %) |
| Lèpre | Nombre de pays n'ayant enregistré aucun nouveau cas autochtone de lèpre | 50 (26 %) | 75 (39 %) | 95 (49 %) | 120 (62 %) |
| Onchocercose | Nombre de pays où l'interruption de la transmission a été vérifiée | 4 (12 %) | 5 (13 %) | 8 (21 %) | 12 (31 %) |
| Maladie que l'on prévoit d'éliminer en tant que problème de santé publique | | | | | |
| Maladie de Chagas | Nombre de pays où les quatre modes de transmission (vectorielle, par transfusion, à la suite d'une transplantation et congénitale) ont été interrompus et où les traitements antiparasitaires couvrent 75 % de la population cible | 0 | 4 (10 %) | 10 (24 %) | 15 (37 %) |
| Trypanosomiase humaine africaine (à T. rhodesiense) | Nombre de pays où son élimination en tant que problème de santé publique a été validée (moins d'un cas en moyenne par année dans une population de 10 000 habitants, dans tous les districts sanitaires du pays, au cours des cinq dernières années) | 0 | 2 (15 %) | 4 (26 %) | 8 (61 %) |
| Leishmaniose (viscérale) | Nombre de pays où son élimination en tant que problème de santé publique a été validée (taux de létalité due à la leishmaniose viscérale primaire inférieur à 1) | 0 | 32 (43 %) | 56 (75 %) | 64 (85 %) |

| | | | | | |
|---|--|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Filariose lymphatique | Nombre de pays où son élimination en tant que problème de santé publique a été validée (l'infection a été maintenue sous les seuils définis par l'enquête d'évaluation de la transmission pendant quatre ans au moins après l'arrêt de l'administration massive de médicaments, et la totalité des soins essentiels sont dispensés dans toutes les régions où l'existence de cas est connue) | 19 (26 %) | 23 (32 %) | 34 (47 %) | 58 (81 %) |
| Rage | Nombre de pays ayant atteint un taux nul de décès humains dus à la rage | 80 (47 %) | 89 (53 %) | 113 (67 %) | 155 (92 %) |
| Schistosomiasés | Nombre de pays où leur élimination en tant que problème de santé publique a été validée (à l'heure actuelle, cela signifie que le taux d'infection par les schistosomiasés d'intensité élevée est inférieur à 1 %) | 26 (33 %) | 49 (63 %) | 69 (88 %) | 78 (100 %) |
| Géo helminthiasés | Nombre de pays où leur élimination en tant que problème de santé publique a été validée (le taux des géo helminthiasés d'intensité modérée ou élevée causées par <i>Ascaris lombricoïdes</i> , <i>Trichuristrichuria</i> , <i>Necatoramericanus</i> ou <i>AncyLA Stomaduodenale</i> est inférieur à 2 %) | 7 (7 %) | 60 (60 %) | 70 (70 %) | 96 (96 %) |
| Trachome | Nombre de pays où son élimination en tant que problème de santé publique a été validée (cela signifie i) que le taux de prévalence du trichiasis trachomateux « inconnu dans le système de santé » est inférieur à 0,2 % chez les 15 ans ou plus, dans tous les districts où la maladie était endémique, ii) que le taux de prévalence des inflammations trichomateuses - folliculaires chez les enfants de 1 à 9 ans - est inférieur à 5 %, dans tous les districts où la maladie était endémique, et iii) qu'il existe des données écrites qui prouvent que le système de santé est capable d'identifier et de prendre en charge les nouveaux cas de trichiasis trachomateux grâce à des stratégies définies, ainsi que des données indiquant que des ressources financières suffisantes pour mettre en œuvre ces stratégies sont disponibles) | 9 (14 %) | 28 (44 %) | 43 (68 %) | 64 (100 %) |
| Maladies que l'on prévoit de juguler | | | | | |
| Ulcère de Buruli | Pourcentage de cas classés dans la catégorie III (stade avancé) au moment du diagnostic | 30 % | Moins de 22 % | Moins de 18 % | Moins de 10 % |
| Dengue | Taux de létalité due à la dengue | 0,80 % | 0,50 % | 0,50 % | 0 % |

| | | | | | |
|--|---|-------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| Echinococcose | Nombre de pays ayant intensifié leur lutte contre l'échinococcose cystique dans les régions où la maladie est hyperendémique | 1 | 4 | 9 | 17 |
| Trématodose d'origine alimentaire | Nombre de pays ayant intensifié leur lutte dans les régions où la maladie est hyperendémique | Sans objet | 3 (3 %) | 6 (7 %) | 11 (12 %) |
| Leishmaniose (cutanée) | Nombre de pays dans lesquels : 85 % des cas sont détectés et signalés, et 95 % des cas signalés sont traités. | Sans objet | 44 (51 %) | 66 (76 %) | 87 (100 %) |
| Mycétome, chromoblastomycose et autres mycoses profondes | Nombre de pays ayant inclus le mycétome, la chromoblastomycose, la sporotrichose et la paracoccidioïdomycose dans leurs programmes de lutte et leurs systèmes de surveillance nationaux | 1 | 4 | 8 | 15 |
| Gale et autres ectoparasitoses | Nombre de pays ayant intégré la prise en charge de la gale dans les soins offerts au titre de la couverture sanitaire universelle | 0 | 25 (13 %) | 50 (26 %) | 194 (100 %) |
| Envenimations par morsures | Nombre de pays où le taux de mortalité par morsure de serpent a été réduit de 50 % | Sans objet | 39 (30 %) | 61 (46 %) | 132 (100 %) |
| Taeniasis et cysticercose | Nombre de pays ayant intensifié leur lutte dans les régions où ces maladies sont hyperendémiques | 2 (3 %) | 4 (6 %) | 9 (14 %) | 17 (27 %) |

Note : Dans certains cas, le mot « pays » est utilisé pour désigner des pays, des territoires ou des régions

Annexe 4 : Intégration de la lutte contre les MTNS dans les systèmes de santé nationaux



- Les interventions propres à certaines MTN demeurent pertinentes. Par exemple, les traitements individuels et la prise en charge des cas, y compris les traitements et les soins de première intention
- Tous les services de lutte contre les MTN devraient être fournis dans le respect de l'égalité entre les sexes et des droits humains

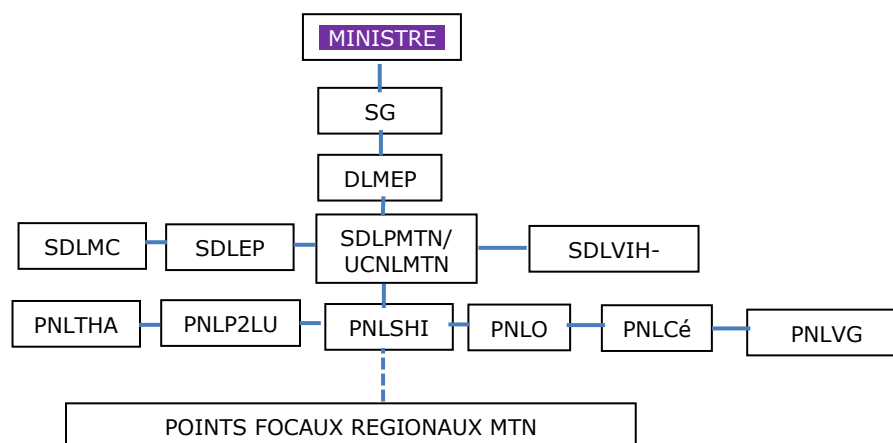
Annexe 5 : Coordination avec les ministères de la Santé et d'autres ministères et autorités

(Activités des services du ministère de la Santé qui sont pertinentes pour la lutte contre les MTNs)

| Domaine | Action | Structures concernées |
|--------------------------------------|---|---|
| WASH | <ul style="list-style-type: none"> - approvisionnement et amélioration de la qualité de l'eau potable (aménagements et constructions des points d'eau ...) - amélioration des logements, assainissement (construction des latrines améliorées, Drainage ou traitement des eaux stagnantes...) - éducation pour la sante/ sensibilisation (Changement des comportements...) | MINEE, MINEDUB, MINDUH, MINEPDEP, MINESEC |
| Lutte Anti vectorielle | <p>Utilisation de répulsifs et de pièges (moustiquaires imprégnées d'insecticide, écrans, insecticides ou molluscicides, par exemple)</p> <p>Gestion de l'environnement en vue de minimiser les habitats larvaires</p> | MINEPDEP |
| Santé mental | <p>Services d'aide et de soutien psychologique destinés aux patients atteints de MTNS</p> <p>Évaluation de routine de la santé mentale des patients atteints de MTNS spécifiques et de ceux atteints de maladies chroniques en particulier</p> | MINAS |
| Handicap et inclusion | <p>Traitement du handicap et prise en charge des morbidités au moyen de la kinésithérapie par exemple. Fourniture de services et d'appareils d'assistance tels que des dispositifs d'aide à la marche ou des prothèses. Formation à l'auto-prise en charge du handicap et à l'auto-administration de soins.</p> | MINAS |
| Santé maternelle et infantile | <p>Sensibilisation aux maladies pour lesquelles les femmes et les enfants sont exposés à un risque disproportionné ou pour lesquelles il existe des manifestations particulières chez les femmes (la schistosomiase génitale féminine, par exemple)</p> | MINPROFF |
| Santé oculaire | <p>Promotion des soins oculaires, à savoir le lavage du visage, la protection des yeux et les examens de la vue</p> <p>Fourniture de traitements contre les affections oculaires liées aux MTNS, y compris des interventions chirurgicales, le cas échéant</p> | MINAS |

| | | |
|---|---|--|
| Nutrition | <p>Accès à une meilleure nutrition, en vue de renforcer le système immunitaire et de réduire la sensibilité à des infections telles que la leishmaniose viscérale, pour laquelle la malnutrition constitue un facteur de risque</p> <p>Fourniture d'aliments et de compléments (fer et vitamine A par exemple) pour lutter contre les effets secondaires courants liés aux MTNS, tels que l'anémie ou les troubles nutritionnels.</p> | MINPROFF |
| Autres programmes de lutte contre les maladies | <p>Administration de chimiothérapie préventive aux enfants d'âge préscolaire.</p> <p>Dépistage de la lèpre et d'autres mycobactéries telles que l'ulcère de Buruli.</p> <p>Etablissement d'un diagnostic conjoint, en même temps que celui de la trypanosomiase humaine africaine, lutte antivectorielle contre le moustique Anophèles</p> <p>Education sur les risques de co-infection avec certaines MTNS, par exemple.</p> | <p>Programme élargie de vaccination</p> <p>Programme de lutte contre le paludisme</p> <p>Programme de la lutte contre VIH/SIDA-IST-TB</p> <p>Programme de lutte contre THA</p> <p>Comité national de lutte contre le pian, la leishmaniose, la lèpre et l'ulcère de Buruli</p> |

Annexe 6 : Organigramme du Programme national de lutte contre les MTNS au sein du ministère de la Santé publique



Annexe 7 : Vecteurs et MTN connexes

| Activité | Tableau 6. Vecteurs et MTN connexes | | | | | | | Remarques |
|---|-------------------------------------|--------|-----------|-----------------|--------------|--------------|----------------------------------|---|
| | Moustiques | | | Autres vecteurs | | | | |
| | | | | Mollusques | Simulie | Phlébotome | Mouche tsé-tsé | |
| | Filariose lymphatique | Dengue | Paludisme | Schistosomiase | Onchocercose | Leishmaniose | Trypanosomiase humaine africaine | |
| Distribution moustiquaires imprégnées d'insecticide | X | X | X | NA | NA | X | NA | |
| Pulvérisation intra domiciliaire à effet rémanent | X | NA | X | NA | NA | X | NA | |
| Pulvérisation spatiale | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | |
| Traitement larvicide | NA | NA | NA | X | X | NA | NA | Pour onchocercose, projet pilote à Massangam |
| Pièges | NA | NA | NA | NA | NA | NA | X | |
| Prévention/Traitement des lieux de reproduction | NA | NA | X | X | X | X | NA | Onchocercose projet pilote à Bafia, la Schistosomiase projet pilote à Ndikiniméki |
| Destruction physique des gîtes larvaires | X | X | X | NA | X | X | NA | Slash and Clear (onchocercose) |

Annexe 8 : Données de traitement de masses SCHISTOSOMIASE 2013-2024, Cameroun

| Données de traitement de masses SCHISTOSOMIASE 2013-2024, Cameroun | | | | | | | | | | | |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Régions | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2024 |
| Adamaoua | 227 032 | 247 165 | 262 371 | 247 425 | 269 667 | 106 808 | 354 753 | 260 723 | 187 692 | 255 778 | 53 642 |
| Centre | - | 306 607 | 271 926 | 161 098 | 675 225 | 71 607 | 644 591 | 812 995 | 717 384 | 597 636 | 736 448 |
| Est | 42 268 | 44 308 | 69 434 | 77 934 | 78 101 | 33 252 | 239 307 | 72 592 | 72 119 | 81 065 | 97 116 |
| Extrême Nord | 24 118 | 946 062 | 909 370 | 7 463 336 | 982 311 | 269 616 | 3 196 806 | 1 284 975 | 940 537 | 970 568 | - |
| Littoral | 63 370 | 71 357 | 66 922 | - | 54 178 | 79 779 | 90 147 | 75 875 | 13 849 | 60 666 | 53 642 |
| Nord | 494 502 | 521 740 | 563 688 | 475 723 | 585 119 | 143 614 | 1 913 703 | 807 951 | 596 929 | 539 065 | - |
| Nord-Ouest | 74 688 | 89 297 | 83 570 | 76 490 | 69 190 | 1 256 | - | - | - | - | - |
| Ouest | 141 687 | 158 396 | 159 237 | 143 851 | 152 488 | 174 475 | 707 355 | 140 895 | 63 391 | 96 298 | 169 089 |
| Sud | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA |
| Sud-ouest | 36 318 | 36 318 | 99 272 | 108 951 | 152 734 | 744 | - | - | 54 330 | - | - |
| National | 1 103 983 | 2 421 250 | 2 485 790 | 8 754 808 | 3 019 013 | 881 151 | 7 146 662 | 3 456 006 | 2 646 231 | 2 601 076 | 1 109 937 |

Annexe 9 :Données de traitement de masses GEOHELMINTHIASES 2013-2024, Cameroun

| Données de traitement de masses GEOHELMINTHIASES 2013-2024, Cameroun | | | | | | | | | | | |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Régions | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2024 |
| Adamaoua | 242 562 | 250 893 | 260 589 | 261 307 | 260 229 | - | 319 326 | 253 690 | 197 311 | 397 143 | 271 033 |
| Centre | 814 850 | 809 618 | 779 613 | 755 628 | 926 564 | - | 1 179 316 | 1 079 343 | 1 014 830 | 647 146 | 741 746 |
| Est | 207 043 | 231 477 | - | 218 150 | 292 375 | - | 272 796 | 315 692 | 336 559 | 361 673 | 324 560 |
| Extrême Nord | 899 486 | 953 723 | 911 118 | 922 735 | 963 548 | - | 2 208 224 | 1 298 126 | 1 160 934 | 1 269 713 | 1 079 795 |
| Littoral | 495 763 | 575 444 | 665 471 | 665 041 | 686 655 | - | 691 366 | 733 535 | 709 911 | 763 966 | 409 461 |
| Nord | 429 901 | 561 711 | 544 260 | 544 005 | 571 528 | - | 1 290 719 | 805 662 | 686 569 | 810 000 | 658 534 |
| Nord-Ouest | 484 214 | 519 302 | 534 403 | 501 371 | 462 280 | - | - | - | - | - | - |
| Ouest | 579 059 | 621 771 | 671 090 | 527 571 | 563 243 | - | 833 101 | 180 929 | 663 293 | 214 648 | 236 675 |
| Sud | 172 099 | 168 006 | 185 435 | 201 185 | 197 139 | - | - | - | 255 505 | 236 676 | 267 711 |
| Sud-ouest | 264 461 | 276 151 | 296 168 | 310 758 | 344 125 | - | - | - | 141 481 | - | - |
| National | 4 589 438 | 4 968 096 | 4 848 147 | 4 907 751 | 5 267 686 | - | 6 794 848 | 4 666 977 | 5 166 393 | 4 700 965 | 3 989 515 |

Annexe 10: Données de traitement de masses TRACHOME 2013-2024, Cameroun

| Données de traitement de masses TRACHOME 2013-2024, Cameroun | | | | | | | | | | | |
|--|--------|--------|--------|--------|------|------|------|--------|--------|--------|--------|
| Régions | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2024 |
| Adamaoua | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Centre | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Est | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Extrême Nord | 1E+06 | 845317 | 379068 | 420174 | 0 | 0 | 0 | 238137 | 164030 | 176936 | 117261 |
| Littoral | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nord | 309531 | 356409 | 366915 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nord-Ouest | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ouest | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sud | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sud-ouest | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| National | 2E+06 | 1E+06 | 745983 | 420174 | 0 | 0 | 0 | 238137 | 164030 | 176936 | 117261 |

