

<p>REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix – Travail – Patrie</p> <p>-----</p> <p>MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE</p> <p>-----</p> <p>UNITE DE COORDINATION DES SUBVENTIONS DU FONDS MONDIAL ET DES PARTENAIRES DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME</p> <p>-----</p> <p>PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME</p> <p>-----</p> <p>SECRETARIAT PERMANENT</p> <p>-----</p>	<p>REPUBLIC OF CAMEROUN Peace – Work – fatherland</p> <p>-----</p> <p>MINISTRY OF PUBLIC HEALTH</p> <p>-----</p> <p>COORDINATION UNIT OF THE GLOBAL FUNDS AND PARTNERS GRANTS FOR FIGHT AGAINST AIDS, TUBERCULOSIS AND MALARIA</p> <p>-----</p> <p>NATIONAL MALARIA CONTROL PROGRAMME</p> <p>-----</p> <p>PERMANENT SECRETARIAT</p> <p>-----</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RAPPORT D'ACTIVITES 2021 DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE

■

Avril 2022



TABLE DES MATIÈRES

Liste des Tableaux

LISTE DES FIGURES

EQUIPE DE REDACTION

Liste des abréviations

RESUME ANALYTIQUE

INTRODUCTION~~INTRUCTION~~

- 1 CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PTA 2021
- 2 OBJECTIFS DU PTA 2021
 - 2.1 OBJECTIFS GÉNÉRAUX
 - 2.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES
- 3 PRINCIPALES ACTIVITES PLANIFIEES ET BUDGET 2021
 - 3.1 RÉPARTITION DU FINANCEMENT DU PTA 2021 PAR SOURCE
 - 3.2 ACTIVITÉS *DU* PTA 2021 PAR PILIER ET PAR AXE STRATÉGIQUE
 - 3.3 PRINCIPALES ACTIVITÉS DU PTA 2021
- 4 RÔLES DES ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE
- 5 SUIVI DES PROGRÈS DANS LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN 2021
- 6 PRINCIPAUX RÉSULTATS 2021
 - 6.1 EXÉCUTION TECHNICO FINANCIÈRE GLOBALE DU PLAN *DU PTA* 2021
 - 6.2 PRINCIPALES RÉALISATIONS PAR PILIER ET PAR AXE STRATÉGIQUE
 - 6.2.1 RENFORCEMENT DU DIALOGUE POLITIQUE
 - 6.2.2 UTILISATION DE L'INFORMATION STRATÉGIQUE
 - 6.2.2.1 *Surveillance épidémiologique de routine*
 - 6.2.2.2 *Surveillance épidémiologique sentinelle*
 - 6.2.2.3 *Suivi*
 - 6.2.2.4 *Evaluation*
 - 6.2.3 MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES ET STRATEGIES ANTIPALUDIQUES
 - 6.2.3.1 PREVENTION DU PALUDISME
 - 6.2.3.2 PRISE EN CHARGE DU PALUDISME
 - 6.2.3.3 FORMATION DES ACTEURS AUX STRATEGIES DE LUTTE ET RECHERCHE OPERATIONNELLE SUR LE PALUDISME
 - 6.2.4 COORDINATION DE LA REPONSE NATIONALE

6.2.4.1 Gestion de programme

6.2.4.2 Communication pour le Développement (C4D)

7 ANALYSE DES INDICATEURS CLÉS DE SUIVI DES PROGRÈS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME (SITUATION 2021, TENDANCES 2015-2021)

7.1 ANALYSE DES INDICATEURS DE SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

7.2 ANALYSE DES INDICATEURS DE SUIVI DES INTERVENTIONS

8 ANALYSE FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS, MENACES

9 DIFFICULTÉS/ DÉFIS/ LEÇONS APPRISES ET RECOMMANDATIONS

10 PERSPECTIVES 2022

11 CONCLUSION

12 ANNEXES

Liste des Tableaux

LISTE DES FIGURES

EQUIPE DE RÉDACTION

NOM(S) ET PRÉNOM(S)	FONCTION	CONTRIBUTION(S)
Dr ACHU Dorothy KAH Fosah ,	Secrétaire Permanent/ PNLP	Coordination générale
Dr ATEBA Marcellin Joël ,	Secrétaire Permanent Adjoint/ PNLP	Supervision technique
Dr FOSSO Jean ,	Chef de la Section Planification, Surveillance, Suivi-Evaluation/ PNLP	<ul style="list-style-type: none"> - Mise à jour du canevas de rédaction ; - Rédaction des chapitres : introduction, Contexte, Objectifs, Activités planifiées et budget, suivi des progrès, analyse FFOM, conclusion ; - Consolidation du rapport ; - Mise en cohérence de l'ensemble des chapitres
M. KUETCHE TAKOUGANG Chancellin Magloire	Chef d'Unité Planification Stratégique/ SPSSE/ PNLP	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des données de suivi de la mise en œuvre du PTA 2021 ; - Commentaires des résultats de la surveillance épidémiologique de routine
M. ABOMABO Moïse ,	Chef d'Unité Suivi-Evaluation/ SPSSE/ PNLP	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des données de surveillance épidémiologique, d'utilisation des services antipaludiques et de supervision ; - Contributions à la rédaction des chapitres « suivi des campagnes de lutte contre le paludisme » et « suivi des Progrès dans la Lutte contre le paludisme »
Mme Flora NEH	Cadre à la SPSSE	<ul style="list-style-type: none"> - Synthèse et analyse des constats de la supervision
Dr EKOYOL EKOBE EWANE Germaine ,	Chef de la Section Prise en charge des Cas/ PNLP	<ul style="list-style-type: none"> - Réaction du chapitre prise en charge du paludisme
Dr SOTAKWO KENGNE Gisèle	Chef d'Unité Prise en charge des cas/ SPEC/ PNLP	<ul style="list-style-type: none"> - Contributions à la Rédaction du Chapitre Prise en Charge du Paludisme (volet Prise en charge intégré communautaire)
Dr MOTA Serge	Chef d'Unité Gestion des Produits Pharmaceutiques / SPEC/ PNLP	<ul style="list-style-type: none"> - Contributions à la Rédaction du Chapitre Prise en Charge du Paludisme (volet Gestion des approvisionnements et des stocks d'intrants antipaludiques)
Dr. EVINA Elvira Dr. ASSOMO Angelyne Mlle. ABENG Joséla	Cadres SPEC	<ul style="list-style-type: none"> - Contributions à la Rédaction du Chapitre Prise en Charge du Paludisme (volet

NOM(S) ET PRÉNOM(S)	FONCTION	CONTRIBUTION(S)
Mme. TAMEN Thérèse		Gestion des approvisionnements et des stocks d'intrants antipaludiques)
Dr BOMBA Dominique	Chef de la Section Prévention/ PNLP	- Rédaction du Chapitre Prévention du Paludisme
Dr TABUE RAYMOND	Chef de l'Unité Lutte Intégrée contre les Vecteurs / SPRE/ PNLP	- Contributions à la rédaction des Chapitres « Prévention du Paludisme » et « Recherche opérationnelle » (volet Distribution des MILDA, Etudes entomologiques)
Dr VOUNDI Junior	Chef de l'Unité Chimio-Prévention/ SPRE/ PNLP	- Contributions à la rédaction des Chapitres « Prévention du Paludisme » (volet TPIg, TPIIn, Campagne CPS)
Dr MEDOU KOUMOU Hortense,	Chef de la Section Formation et Recherche/ PNLP	- Réaction du chapitre Formation et Recherche Opérationnelle
Dr NDONGO Nelly Patricia	Chef de l'Unité Formation/ SFR/ PNLP	- Contributions à la Réaction du chapitre Formation et Recherche Opérationnelle (volet « formation »)
Mme NGANDEU Neuly	Chef d'Unité Recherche/ SFR/ PNLP	- Contributions à la Réaction du chapitre Formation et Recherche Opérationnelle (volet « Recherche Opérationnelle »)
Mr OUMAROU NGAMBE,	Chef de la section Information, Education, Communication, Mobilisation sociale et partenariat/ PNLP	- Rédaction du chapitre communication pour le changement des comportements, partenariat dans la lutte contre le paludisme
Mme OLINGA Blandine	Chef de l'Unité Partenariat/ SIMP/ PNLP	- Contributions à la Rédaction du chapitre communication pour le changement des comportements, partenariat dans la lutte contre le paludisme (volet « Partenariat »)
Mme ZINTSEM Philomène	Chef de L'Unité IEC/Mobilisation sociale/ SIMP/ PNLP	- Contributions à la Rédaction du chapitre communication pour le changement des comportements, partenariat dans la lutte contre le paludisme (volet « IEC/Mobilisation sociale »)
Mme TCHOUNGA Florentine	Chef Section Administration et Finances/ PNLP	- Rédaction du chapitre « Gestion du Programme » de lutte contre le paludisme

Liste des abréviations

RESUME ANALYTIQUE

Le paludisme reste endémique au Cameroun. En 2021, les femmes enceintes et les enfants de moins de 05 ans ont contribué à payer le plus lourd tribut.

Afin de faire face à ce fléau, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a commencé la mise en œuvre de son nouveau Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme (PSNLP) 2019-2023, dont la prévention contre le paludisme.

La prévention est un pilier fondamental de la lutte contre le paludisme. La mise en œuvre des interventions y relatives contribuent majoritairement à la baisse de la morbidité et la mortalité. Conscient de cette situation, le Cameroun et ses partenaires financent les interventions de prévention en faveur du paludisme. Il s'agit notamment des interventions de chimio prévention et de lutte antivectorielle du paludisme.

Le Plan de Travail Annuel 2021 était constitué en grande partie par la mise en œuvre des activités de distribution de masse des MILDA à la population. Ces activités ont été financées par le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP), l'Initiative du Président américain contre le Paludisme (PMI), et le Budget de l'Etat du Cameroun. Les activités de surveillance entomologique dans les sites sentinelles se sont poursuivies, menées par le PNLP et VectorLink en collaboration avec les laboratoires partenaires des institutions de recherches et des Universités.

La sixième campagne de chimio prévention saisonnier s'est poursuivie dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord du pays, avec le financement de PMI. Le taux de réalisation est défini comme le nombre d'enfants comptés dans les ménages par les agents distributeurs rapporté à la cible tel que dénombrée durant la phase de mobilisation. Il ressort qu'il a varié de 101,0% au cycle 1 à 105,3% au cycle 4. La région du Nord est celle ayant un nombre d'enfants supplémentaires importants par rapport à la cible. Cette situation est plus prononcée au 4è cycle. Les enfants traités varient de 1 877 838 au premier cycle à 1 922 419 au 4è cycle. Ce qui entraine un pourcentage de couverture qui varie de 94,9% au 4è cycle à 96,7% au 1er cycle. Dans la Région du Nord, la couverture atteint son maximum au 3è cycle (98,8%), tandis qu'à l'Extrême-Nord, ce maximum est atteint au 1er cycle (96,9%). Par contre les minimums atteints dans ces deux Régions ont été observés au premier cycle pour le Nord et au 4è cycle pour l'Extrême-Nord. De manière générale plus de 95% des enfants éligibles ont été traités dans chaque cycle pour les deux régions. Dans le cadre de la campagne CPS 2021, une quantité

totale de 8 653 350 plaquettes de SPAQ a été mobilisée, soit 1 472 350 pour les enfants de 3-11 mois et 7 181 000 pour ceux de 12-59 mois. Le taux de complétude des rapports sur la mobilisation sociale est globalement satisfaisant pour les deux régions (avec une moyenne de 95%).

Quant à l'administration du TPI en CPN, les activités se sont poursuivies en routine dans les formations sanitaires du pays.

L'objectif est que d'ici 2023 au moins 80% des femmes enceintes soient protégées par le TPI conformément aux directives nationales.

Malgré la gratuité du TPI pour les femmes enceintes au Cameroun depuis 2007, moins de 50% des femmes enceintes ont pris au moins trois doses de TPI en 2020. En 2021, 50,8% des femmes enceintes ont pris au moins trois doses de TPI et l'absence de mise en œuvre du TPI en communauté pourrait peut être expliquer cette performance.

Le TPI n'a été l'innovation de la chimioprévention cette année avec son lancement officiel lors de la JMLP mais l'absence des intrants n'a pas permis son effectivité sur le terrain.

INTRODUCTION

Le paludisme reste l'une des principales causes de morbidité et de mortalité au Cameroun. En 2020, il a représenté 29,1% des motifs de consultation et 17,2% des décès survenus dans les formations sanitaires du pays. Face à ce problème, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) met en œuvre le PSNLP 2019-2023, dont la vision est celle d'un Cameroun sans paludisme à l'horizon 2035, la principale mission étant d'« assurer un accès universel et équitable aux interventions les plus efficaces de prévention, de prise en charge du paludisme, à un coût abordable à toute la population camerounaise, y compris les plus vulnérables et défavorisées ». L'objectif général est de réduire de 60 % d'ici à 2023, la mortalité et la morbidité dues au paludisme par rapport à la situation de 2015. Ledit Plan est une opérationnalisation au Cameroun de la Stratégie Technique Mondiale de Lutte contre le paludisme 2016-2030, structurée autour de trois piliers qui consiste à: (i) Garantir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme ; (ii) Accélérer les efforts vers

l'élimination et l'obtention du statut exempt de paludisme ; (iii) Faire de la surveillance du paludisme une intervention de base. Il est également une opérationnalisation de l'approche « d'une charge élevée à un fort impact » (HBHI) recommandée aux pays à lourd fardeau de paludisme par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et qui restructure la réponse nationale en quatre piliers, notamment : (1) le Renforcement du dialogue politique au niveau national et au niveau communautaire ; (2) l'Utilisation des informations stratégiques pour l'action ; (3) les Principales politiques et stratégies de lutte contre le paludisme ; (4) la Coordination de la réponse nationale.

Avec l'appui des partenaires techniques et financiers, le Gouvernement déploie d'importants efforts pour financer ce plan stratégique. Plus spécifiquement, le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP) finance le projet « Scaling up malaria for High Impact » à travers la Note Conceptuelle Paludisme 3 (NFM3) pour la période de 2021 à 2023 pour un montant de de 101 245 790 euros. Bien plus, depuis l'année 2018, **l'Initiative Présidentielle du Gouvernement américain contre le Paludisme (PMI) apporte un financement annuel d'environ 20 000 000 de dollars par an à la lutte contre le paludisme**, essentiellement alloué aux Régions de l'Extrême Nord et du Nord. Ces subventions visent l'intensification et la mise à échelle des interventions de prévention et de prise en charge des cas à travers notamment, la distribution des MILDA, l'administration du Traitement Préventif Intermittent (TPI) du paludisme chez les femmes enceintes, le diagnostic et le traitement des cas de paludisme selon les directives nationales, l'extension de la prise en charge des cas au niveau communautaire, le renforcement du système de surveillance et de suivi évaluation du Programme.

Le présent rapport est une synthèse des réalisations effectuées en 2021 en faveur de la lutte contre le paludisme par le PNLP et ses partenaires de mise en œuvre du PSNLP 2019-2023. Au cours de l'année 2021, le PNLP a bénéficié de l'appui des Directions techniques du Ministère de la Santé Publique (MINSANTE), de la supervision du Secrétaire Général ainsi que la coordination du Ministre de la Santé Publique, à travers l'Unité de Coordination des Subventions du Fonds Mondial et des Partenaires de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (UCS-FMP).

Le Rapport comprend 11 chapitres numérotés de I à XI. Le Chapitre I rappelle le contexte qui a guidé l'élaboration du Plan de Travail Annuel (PTA) 2021. Le chapitre II porte sur les objectifs généraux et spécifiques du PTA 2021. Le chapitre III synthétise la répartition du budget du PTA 2021 par source de financement et les principales activités par pilier et par axe stratégique. Le Chapitre IV présente les rôles des acteurs de la mise en œuvre. Le Chapitre V présente le cadre de suivi des Progrès dans la lutte contre le paludisme et celui de la Note conceptuelle paludisme 2021-2023. Le Chapitre VI ressort la synthèse des principales réalisations de 2021 par pilier, axe stratégique, stratégie et intervention de lutte contre le paludisme. Le Chapitre VII analyse les tendances des indicateurs clés de suivi des progrès dans la lutte contre le paludisme, notamment les indicateurs de surveillance épidémiologique de routine, de suivi des performances en matière de prévention, de diagnostic et de traitement du

paludisme (couvertures des interventions). Le Chapitre VIII synthétise les forces, les faiblesses, les opportunités, les menaces à la mise en œuvre du PTA 2021, par pilier et par axe stratégique. Le chapitre IX synthétise les difficultés, les leçons apprises et les principales recommandations par pilier et par axe stratégique. Le chapitre X synthétise les actions à mener au cours de l'année 2022.

13 CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PTA 2021

Le contexte national de la mise en œuvre du PTA 2021 peut être présenté suivant les aspects géographiques, administratifs, démographiques, environnementaux, sanitaires, offre et utilisation des services.

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

Sur le plan administratif, le pays est divisé en 10 Régions administratives, 58 Départements, 360 Arrondissements et 374 Collectivités Territoriales Décentralisées (Communes et Communautés Urbaines).

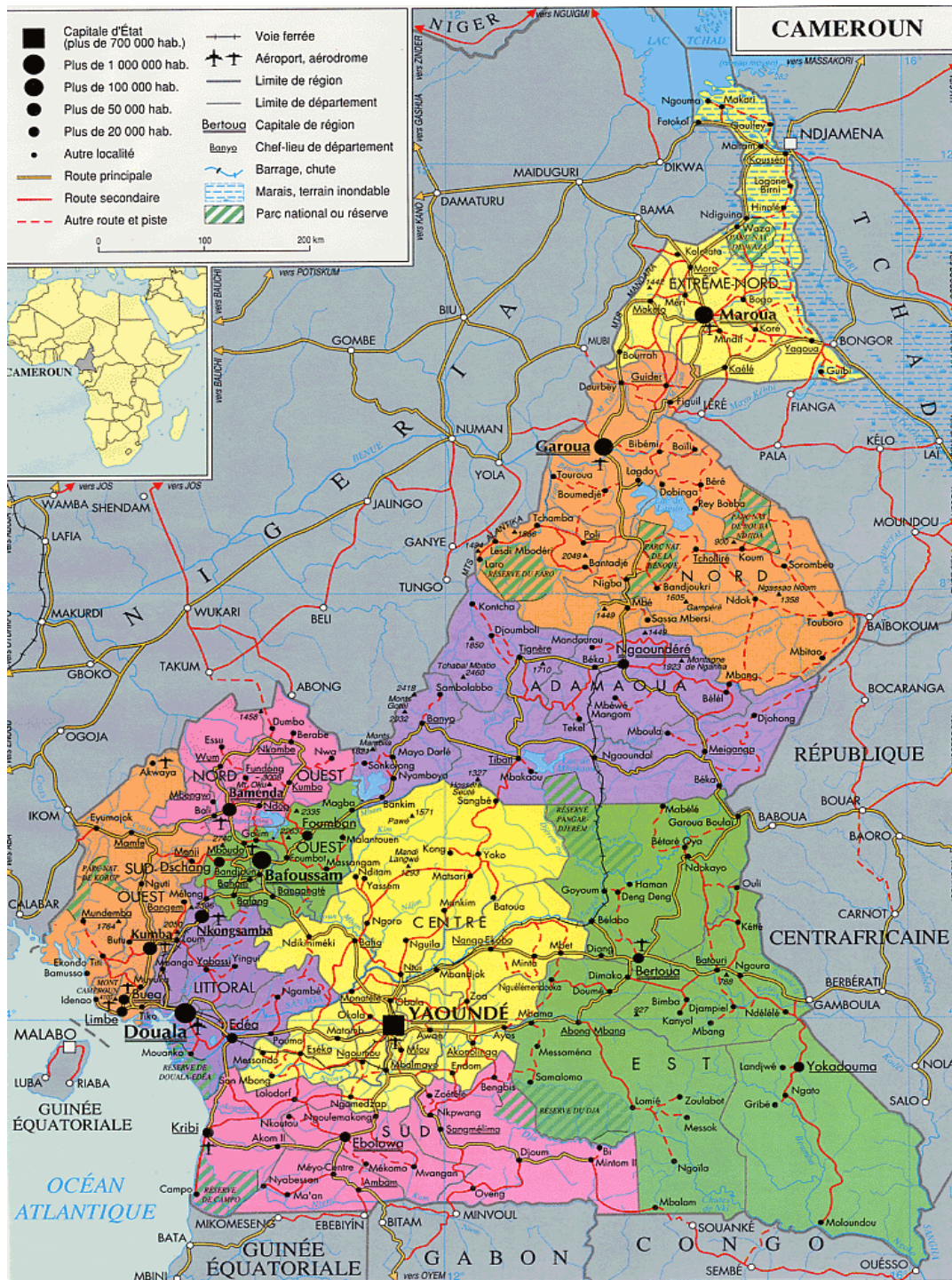


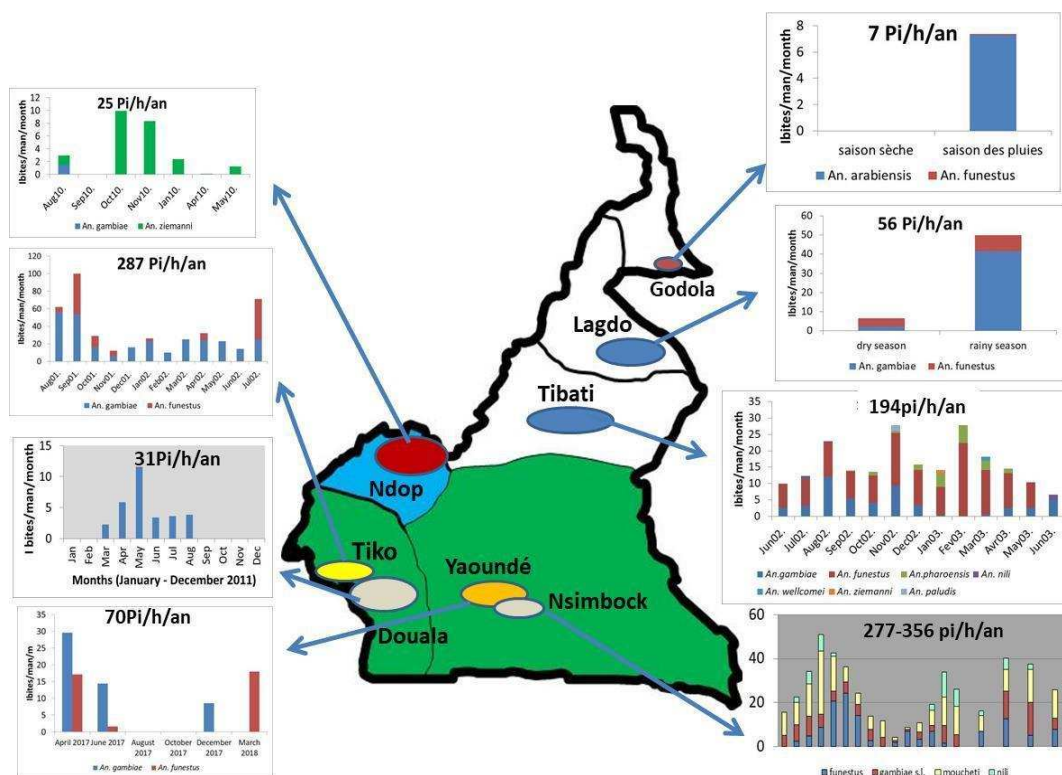
Figure 1 : Carte administrative du Cameroun

Sur les plans démographique, environnemental et de santé, la population du pays était estimée à 26 765 522 habitants en 2021, tous à risque de paludisme. Les populations des groupes les plus vulnérables étaient constitués de 4 110 877 enfants de moins de 5 ans (15,4%), et 964 219 femmes enceintes (3,6%) (PSNLP 2019-2023, page 5). La variabilité des conditions climatiques, écologiques, et socio-économiques influence l'intensité de la transmission du paludisme suivant les trois principaux faciès éco-épidémiologiques :

- (i) **le faciès sahélien** couvre l'Extrême Nord et est caractérisé par une transmission saisonnière courte (1-3 mois) variant de 1 à 100 piqûres infectantes par homme par an (pi/h/an);
 - (ii) **Le Faciès soudano-sahélien** couvre les régions de l'Adamaoua et du Nord. Il est caractérisé par une transmission saisonnière longue (6-9 mois) avec une intensité variant de 100 à 200 pi/h/an.
 - (iii) **Le faciès équatorial** couvre toute la zone forestière et les savanes humides des régions méridionales. La transmission y est pérenne et varie de 100 à 400 pi/h/an.
- Par ailleurs, les particularités épidémiologiques sont relevées à travers le pays (Figure 2), notamment :

- ✓ **Le sous faciès montagnard** fait référence à la situation du paludisme le long de la chaîne montagneuse de l'ouest Cameroun, caractérisé par des niveaux de transmission faible à modérée variant de 1-50 Pi/h/an.
- ✓ **Le sous faciès côtier** est le domaine forestier de la côte atlantique caractérisé par une transmission pérenne qui oscille entre 30 et 300 pi/h/an,
- ✓ **Le sous faciès urbain** fait référence à la transmission du paludisme dans les principaux centres urbains (Yaoundé, Douala...) et connaît une recrudescence (30 à 70 pi/h/an), en rapport avec le développement anarchique des villes et de l'adaptation du principal vecteur à l'environnement urbain.

Figure 2: Intensité de la transmission du paludisme dans différents faciès épidémiologiques du Cameroun (Profil entomologique, 2018, page 20-21)



Le système de santé est organisé suivant une structure pyramidale à trois niveaux selon le scénario à trois phases de Lusaka : central, intermédiaire, et périphérique. La composition et les compétences de chaque niveau sont résumés dans le tableau 1 **ci-après** :

Tableau 1 : Composition et compétence des différents niveaux du système de santé

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

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

La carte sanitaire du pays mis à jour en 2021 comprend 5837 formations sanitaires et de 9 491 Agents de santé communautaires mettant en œuvre les activités de lutte contre le paludisme (figure 3)

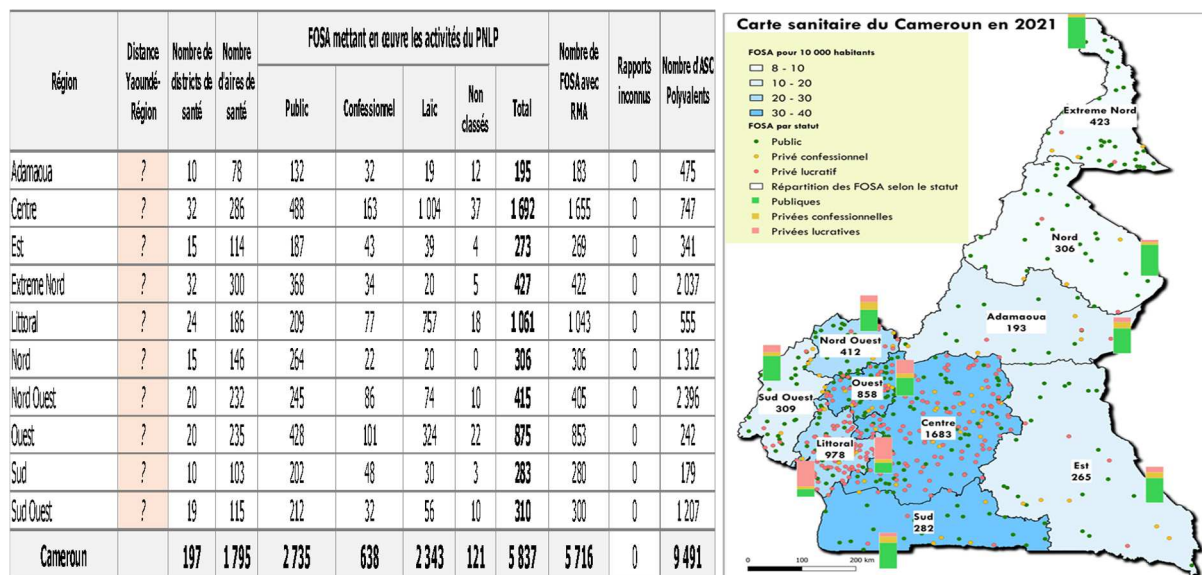


Figure 3 : Carte sanitaire de la prise en charge du paludisme au Cameroun en 2021

Le dispositif de mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme en 2021 peut être schématisé ainsi qu'il suit (figure 4) :

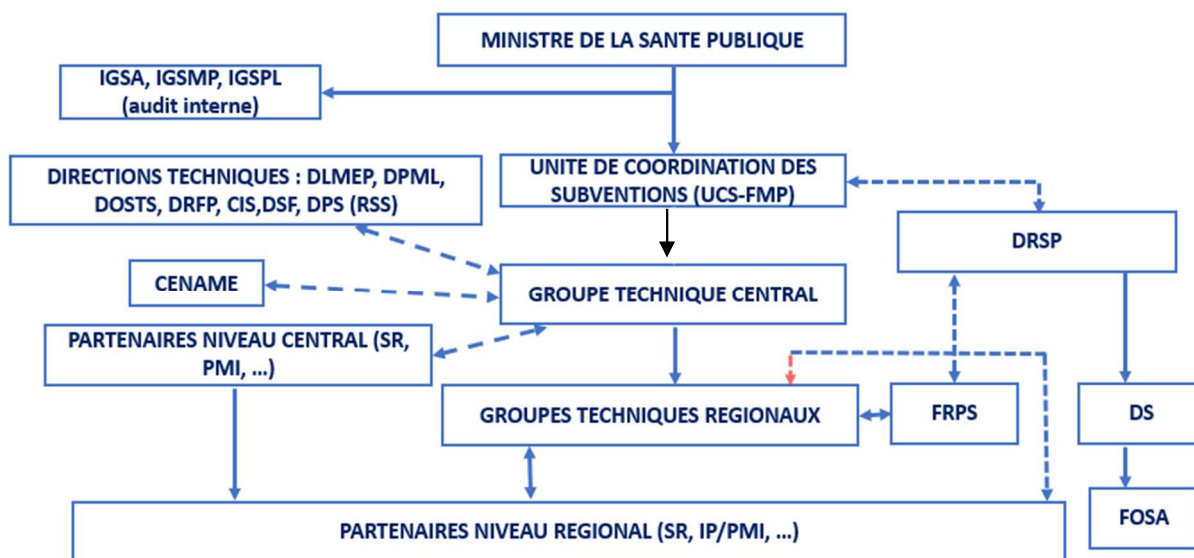


Figure 4 : Architecture du dispositif de mise en œuvre de la lutte contre le paludisme au Cameroun en 2021

Insuffisances relevées de l'évaluation du Plan de Travail Annuel 2020

L'année 2021 était la troisième année de mise en œuvre du PSNLP 2019-2023 avec l'appui financier du Fonds Mondial de lutte contre le Sida , la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP) et « President's Malaria Initiative » (PMI). Au terme de l'année précédente (2020), l'évaluation de la mise en œuvre du Plan de Travail annuel avait ressorti de nombreuses insuffisances pour lesquelles des dispositions devraient être prises en 2021 pour améliorer la performance et l'efficacité du programme. Il s'agissait de :

- Retard dans la mise en œuvre de la campagne de distribution des MILDA;
- Faible mobilisation des Fonds de Contrepartie
- Rupture de stock en intrants dans les FOSA et au niveau des Agents de Santé Communautaire ;
- Faible réalisation des cibles des Interventions Sous-Directives Communautaires (ISDC) ;
- Retard dans le paiement des acteurs communautaires à chaque cycle de la campagne Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) ;
- Non-respect des directives nationales dans certaines formations sanitaires y compris la gratuité du traitement chez les enfants de moins de 05 ans ;
- Insuffisance de la promptitude dans la transmission des données de surveillance épidémiologique en routine.

14 OBJECTIFS DU PTA 2021

Les objectifs généraux et spécifiques du PTA 2021 visaient à contribuer à la réalisation des objectifs généraux et spécifiques du PSNLP 2019-2023.

14.1 OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Les objectifs généraux poursuivis étaient de contribuer à :

- Réduire de 60 % d'ici à 2023, de la mortalité due au paludisme par rapport à la situation de 2015;
- Réduire de 60 % d'ici à 2023, de la morbidité dues au paludisme par rapport à la situation de 2015.

14.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Les objectifs spécifiques poursuivis, déclinés par pilier étaient les suivants:

Pilier 1 : Renforcement du dialogue politique du niveau national et au niveau communautaire

D'ici 2023

- Amener au moins 80% des leaders/décideurs politiques répertoriés de tous ordres (politique, religieux, traditionnel) à poser des actes concrets et tangibles en faveur de la lutte contre le paludisme ;

- Faire augmenter le financement pour la lutte contre le paludisme de 2% par an.

Pilier 2 : Utilisation des informations stratégiques pour l'action

D'ici à 2023 :

- Amener 100% des districts de santé à utiliser les informations de qualité issues de la surveillance épidémiologique de routine pour la prise de décisions ;
- Amener 100% des sites sentinelles à mener des activités complémentaires de surveillance du paludisme ;
- Réaliser au moins 80% des activités de lutte contre le paludisme dans les délais programmés ;
- Réaliser 100% des enquêtes et études des effets et impact des interventions de lutte contre le paludisme ;
- Contrôler 100% des épidémies et situation d'urgence dans les deux semaines suivant leur détection.

Pilier 3 : Principales politiques et stratégies de lutte contre le paludisme

Dans le présent PSNLP 2019-2023, le pilier 3 comprend trois principaux axes stratégiques qui reposent sur : (i) la prévention, (ii) la prise en charge des cas et (iii) la formation et recherche.

Les objectifs spécifiques ont été élaborés dans chacun de ces axes stratégiques :

Prévention

D'ici à 2023,:

- Assurer une couverture d'au moins 80% des femmes enceintes par le Traitement Préventif Intermittent (TPI3) conformément aux directives nationales ;
- Assurer une protection d'au moins 95% des enfants de 03 à 59 mois contre les accès palustres par quatre cycles de prise de SP+AQ dans les districts de santé éligibles à la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) ;
- Assurer une protection d'au moins 95% des enfants de moins d'un an, dans les districts de santé ciblés, contre les accès palustres par le traitement préventif intermittent à la SP (TPIn-SP) conformément aux directives nationales ;
- Amener au moins 80% de la population générale à dormir sous Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA) ;
- Assurer une protection d'au moins 80% de la population à risque des districts de santé ciblés, par la Pulvérisation Intra- Domiciliaire (PID) ;

- Renforcer les capacités d'au moins 80% du personnel du PNLP et des CTD dans la mise en œuvre de la Lutte Anti-Larvaire (LAL) ;
- Réduire d'au moins 60% le nombre de sites sentinelles où la résistance des vecteurs aux pyréthriinoïdes est rencontrée.

Prise en charge des cas

D'ici 2023, :

- Tester au moins 80% des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires, services de prestation de soins et dans la communauté, par le TDR ou la GE ;
- Traiter, 100% des cas de paludisme confirmés, conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté ;
- Rendre disponible dans au moins 80% des structures sanitaires et chez les Agents de santé communautaires, de façon permanente, les intrants antipaludiques.

Formation et recherche

D'ici à 2023 :

- Former au moins 80% des acteurs des niveaux Central, régional, et districts en gestion des programmes de lutte contre le paludisme ;
- Mener à terme, au moins 80% des sujets de recherches identifiés.

Pilier 4 : Coordination de la réponse nationale:

- **Gestion du programme**

D'ici à 2023 mettre en œuvre, au moins 95% des activités planifiées conformément aux procédures de gestion du PNLP.

- **Gouvernance**

D'ici à 2023, respecter les procédures de gestion dans la mise en œuvre de 100% des activités planifiées.

- **Communication pour le Développement (C4D)**

d'ici à 2023, mener au moins 80% des populations y compris les populations spéciales à utiliser les services et les produits de lutte contre le paludisme.

15 PRINCIPALES ACTIVITES PLANIFIEES ET BUDGET 2021

15.1 RÉPARTITION DU FINANCEMENT DU PTA 2021 PAR SOURCE DE FINANCEMENT

Le budget du PTA 2021 du PNLP s'élevait à 32,24 milliards de F CFA, à mobiliser dans trois principales sources de financement :

- L'Etat du Cameroun (Budget de fonctionnement + Financement de contrepartie) pour un montant **2,37 milliards F CFA** : cette contribution était destinée à la mise en œuvre de la campagne de distribution des MILDA dans la région du Sud-ouest, l'achat des médicaments et intrants antipaludiques ainsi que les frais de fonctionnement du PNLP.
- Le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme pour un montant de **16,76 milliards de FCFA**, destiné principalement à la préparation de la campagne de distribution des MILDA de 2022-2023 (achat MILDA, macroplanification, microplanification, formation des acteurs), l'achat des médicaments et des MILDA de routine, la mise en œuvre des interventions sous-directives communautaires, le renforcement du système d'information sanitaires et de suivi évaluation, l'amélioration de la prise en charge du paludisme dans les formations sanitaires.
- L'Initiative du Président des Etats Unis contre le Paludisme (PMI), pour un montant de **13,12 milliards FCFA** destiné principalement à la lutte contre le paludisme dans les régions du Nord et de l'Extrême nord et l'appui au niveau central. Les principales activités de ce financement sont la mise en œuvre de la Campagne de Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS), l'approvisionnement des FOSA en intrants, l'amélioration de la qualité de la prise en charge du paludisme dans les formations sanitaires et à domicile, la surveillance épidémiologique ou entomologique et la communication pour le changement de comportement.

La figure 5 ci-dessous illustre la répartition du PTA 2021 du PNLP par source de financement, notamment le Fonds Mondial (57%), le PMI (41%) et enfin du Budget de l'Etat (7%),



Figure 5 : Répartition du Budget du PTA 2021 du PNLP par source de financement

15.2 REPARTITION DES ACTIVITES INSCRITES AU PTA 2021 PAR PILIER

Le Plan de Travail Annuel 2021 comprenait 66 activités subdivisées en 926 tâches. Suivant le PSNLP 2019-2023, réparties ainsi qu'il suit entre les 4 piliers de l'approche « HBHI » (tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des activités et tâches du PTA 2021 suivant les piliers « HBHI ».

Piliers	Nbre de stratégie	Nbre de activités	Nbre de tâches
Renforcement du dialogue politique au niveau national et au niveau communautaire	1	2	7
Utilisation des informations stratégiques pour l'action	5	12	89
Principales politiques et stratégies de lutte contre le paludisme	10	41	619
Coordination de la réponse nationale	3	11	211
Total général	19	66	926

15.3 PRINCIPALES ACTIVITÉS DU PTA 2021

Les principales activités inscrites au Plan de Travail annuel 2021 étaient :

- 1) La 3^{ème} Campagne nationale de distribution de masse de Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA) : distribuer 1 003 500 MILDA dans la région du Sud-Ouest (phase 3)
- 2) La campagne de chimio prévention du paludisme saisonnier dans les régions du Nord et Extrême Nord (NO/EN) : administration des médicaments antipaludiques à 1,900,000 enfants de 3 - 59 mois;
- 3) La planification du traitement préventif du paludisme chez les nourrissons ;
- 4) Interventions sous-Directives Communautaires (ISDC) : formation, équipement et suivi des 5170 agents de santé communautaires dans 69 districts de santé ;
- 5) L'approvisionnement des formations sanitaires et des ASC en intrants (tests de diagnostic rapide et médicaments antipaludiques pour la prévention et la prise en charge du paludisme simple et grave) ;
- 6) La formation et la supervision des prestataires de soins sur la prise en charge des cas de paludisme dans les formations sanitaires ;
- 7) La formation des acteurs aux directives à la surveillance du paludisme ;
- 8) La planification de l'Enquête sur les Indicateurs de Paludisme ;
- 9) La surveillance du paludisme (épidémiologique et entomologique);
- 10) La supervision des activités à tous les niveaux ;

11) La coordination/ gestion du Programme

16 ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE ET LEURS RÔLES

La mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme en 2021 plusieurs principaux acteurs dont les dénominations, les zones et domaines d'intervention, les rôles et responsabilités sont récapitulés dans le tableau 3 ci-après :

Tableau 3 : cartographie des acteurs clés de la lutte contre le paludisme en 2021

Acteurs	Zone d'intervention	Domaine	Rôles et Responsabilités
1. Comité RBM	National	Coordination	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination Générale Contrôle de l'exécution des projets et sous-projet ; - Plaidoyer national et international en vue de la mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières ; - Adoption du Plan de Travail/ suivi de la mise en œuvre à travers le comité RBM; - Communication des résultats du Programme aux partenaires)
2. Inspections Générales du MINSANTE	National	Audit interne	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle et audit interne
3. MINSANTE (DLMEP)	National	coordination, suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination de l'élaboration des documents normatifs et outils - Développement des stratégies de prévention, de prise en charge des cas, de la planification, et de surveillance, - Suivi, rapportage et documentation des activités et bonnes pratiques, - Supervision technique de la MEO des directives de lutte contre le paludisme dans les DRSP
4. MINSANTE (DSF)	National	coordination, suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration des documents normatifs et outils ; - Développement des stratégies et appui technique aux DRSP - Supervision de la MEO des directives de lutte contre le paludisme

Acteurs	Zone d'intervention	Domaine	Rôles et Responsabilités
5. MINSANTE(DOSTS)	National	Coordination, suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration des documents normatifs et outils - Développement et suivi de la stratégie nationale de santé communautaires et - Rationalisation et renforcement de la coordination des activités communautaires - Supervision de la MEO des activités de lutte contre le paludisme dans les FOSA et dans la communautaires
6. MINSANTE (CIS)	National	Coordination, suivi et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement du Système National d'Informations Sanitaires (SNIS),
7. MINSANTE(DPML)		coordination, suivi	<ul style="list-style-type: none"> - (i) Coordination de la mise en œuvre des activités de renforcement de la chaîne d'approvisionnement, (ii) Suivi des activités de laboratoires (iii) Coordination du Comité de quantification des besoins en médicaments et consommables médicaux
8. MINSANTE (LANACOME)		Prestataire de service	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle qualité
9. UCS FMP	National	coordination	<p>Coordination/ Gestion financière des subventions des partenaires et des RH du programme ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivi des engagements contractuels du Programme avec les partenaires ; - Contrôle de la gestion du Programme ;
10. PMI	Nord et Extrême Nord	Coordination	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination des agences de mise en œuvre
11. CENAME	National	Prestataire de service	<ul style="list-style-type: none"> - Réception, entreposage, transport et distribution des médicaments et des Tests de Diagnostic du Paludisme
12. FRPS	10 régions sur 10	Prestataire de service	<ul style="list-style-type: none"> - Réception, entreposage, transport et distribution des médicaments et des Tests de Diagnostic du Paludisme

Acteurs	Zone d'intervention	Domaine	Rôles et Responsabilités
13. PNLP	National	Mise en oeuvre et suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Assure la gestion administrative et financière du programme ; - élaboration et MEO des Plans de Travail Annuels Globaux ; - Suivi de l'ensemble des interventions/activités du GTC, des GTRs, des SRs, des IPs ; - Collaboration avec les directions techniques dans l'élaboration des directives en matière de lutte contre le paludisme, du renforcement du système de santé et de planification stratégique ainsi que leurs diffusion; - Animation de la communication et du partenariat dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme Animation de la coopération technique avec les PTFs en collaboration avec les Directions compétentes du Ministère - Veille à la collecte, l'analyse et la diffusion des données épidémiologiques ainsi que prépare les rapports mensuels, trimestriels et annuels - ,
14. DRSP		coordination et appui	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination des activités des Groupes Techniques Régionaux (GTR) de lutte contre le paludisme - Gestion administrative et financière des subventions et des RH du GTR ; - coordination de la MEO des activités des partenaires - suivi de l'exécution des conventions avec les Fonds Régionaux de Promotion de la Santé (FRPS) ; - coordination de la mise en œuvre des activités de renforcement du système de santé ;

Acteurs	Zone d'intervention	Domaine	Rôles et Responsabilités
			<p>Suivi de partenariats avec les différents intervenants du programme.</p> <p>Supervision des acteurs et veille à la qualité des données au niveau des districts et aires de santé;</p>
15. Groupes Techniques Régionaux	10 Régions sur 10	coordination	<ul style="list-style-type: none"> - MEO des des Plans de Travail Annuels de la Région - Appui technique à la communication et aux activités des partenaires dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme - Supervision des activités de lutte contre le paludisme au niveau districts et aires de santé
16. Plan Cameroun	8 Régions (AD, CE, ES, LT, OU, SU)	MEO	<p>Animation de la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme par les OSCD au niveau communautaires</p> <p>Supervision des activités des OSCD</p> <p>Assistance technique aux OSCD</p> <p>Suivi de la collecte et validation des données des activités communautaires</p> <p>-</p>
17. REACH OUT	2 Régions (NW, SW)	MEO	<p>Animation de la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme par les OSCD au niveau communautaires</p> <p>Supervision des activités des OSCD</p> <p>Assistance technique aux OSCD</p> <p>Suivi de la collecte et validation des données des activités communautaires</p>
18. OSCD		Suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Supervision des activités des ASCP - Appui à la MEO des ISDC

Acteurs	Zone d'intervention	Domaine	Rôles et Responsabilités
			<ul style="list-style-type: none"> - Suivi de la collecte et la validation des données des ASCP.
19. GHSC-PSM		Chaîne d'approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"> - Fournir un appui direct pour l'approvisionnement et la gestion de la chaîne d'approvisionnement dans le cadre de la mise en œuvre de PMI - Donne un appui pour la gestion de stock, le transport et la distribution des intrants de lutte contre le paludisme au dernier kilomètre - Fournit l'assistance technique pour garantir une meilleure coordination et collaboration, le suivi évaluation, le renforcement continue de capacité/ supervisions des activités de la gestion de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux.
20. IMPACT MALARIA	Nord et Extrême Nord, GTC	Appui à la MEO	<ul style="list-style-type: none"> - Appui au développement des document normatifs et des nouvelles directives sur le paludisme - Appui à la MEO des activites de prevention (CPS), de prise en charge du paludisme en grossesse dans les FOSA - Appui aux activités de lutte contre le paludisme en communauté - Appui à la coordination des activités de lutte contre le paludisme au niveau centrale
21. VECTORLINK	Extreme Nord, Nord, Littoral, Sud, Ouest	Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> - Formation des acteurs à l'entomologie de base - Surveillance de la résistance des vecteurs aux insecticides ; - Surveillance de la bionomie des vecteurs et de la transmission du paludisme
22. BREAKTHROUGH ACTION	Nord et Extrême	CCSC	<ul style="list-style-type: none"> - Appui la mise en oeuvre des stratégies de CCSC en faveur de la

Acteurs	Zone d'intervention	Domaine	Rôles et Responsabilités
	Nord, GTC		<p>lutte contre le paludisme dans les communautés et dans les FOSA</p> <p>Appui aux renforcement des capacités du PNLP/MoH et d'autres partenaires à coordonner, concevoir, mettre en œuvre, suivre et évaluer une CSC efficace aux niveaux national et infranational</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appui à la coordination dans la MEO des activités de communication de la lutte contre le paludisme
23. MEASURE MALARIA	Nord et Extrême Nord	SS&E	<ul style="list-style-type: none"> - Appui au système de surveillance et de suivi évaluation de la lutte contre le paludisme
24. ECD	District de santé	Coordination	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi de la MEO des activités au niveau du districts et des aires de santé - Coordonner la collecte et l'analyse des données épidémiologiques ainsi que le reportage - Appui à la MEO des interventions de lutte contre le paludisme au niveau des aires de santé
25. Prestataires de soins	Formations Sanitaires et la communauté	Prestation de soins et services	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des cas de paludisme selon les directives nationales - MEO des activités de prévention - renseigne des outils de collecte des données d'information sanitaires -
26. Agents de Santé Communautaires	communauté	Prestataires de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des cas de paludisme simple et la references des cas graves, - MEO des activités de prévention - renseigne des outils de collecte des données d'information sanitaires

17 SUIVI DES PROGRÈS DANS LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN 2021

Le Comité National Roll Back Malaria (CNRBM) a assuré le suivi stratégique de la mise en œuvre du PTA 2021 à une fréquence semestrielle.

Le Plan de suivi et évaluation du PSNLP 2019-2023 a défini le système de suivi de la mise en œuvre des activités du Programme National de Lutte contre le Paludisme et de mesure des indicateurs de performance, de résultats, d'impact. Le suivi opérationnel de la mise en œuvre du PTA 2021 a été assuré à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du pays. Au niveau de la formation sanitaire, le suivi des progrès est fait sur une base mensuelle par la production du rapport mensuel d'activité. Au niveau du district de santé, les réunions mensuelles de coordination des activités impliquant les responsables du district et des formations sanitaires ont été organisées. Au niveau régional, les rencontres de coordination et de suivi ont été trimestrielles avec implications des Responsables des Districts de Santé, les responsables du PNLP, les représentants des partenaires et agences de mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme, sous la supervision du Délégué Régional de la Santé Publique. Au niveau central, les rencontres de coordination et de suivi de la qualité des données rapportées par les formations sanitaires ont été semestrielles avec implication des administrations apparentées, les représentants des partenaires techniques et financiers du Ministère de la Santé Publique dans le domaine de la lutte contre le paludisme. Des réunions du groupe Technique Prise en charge et Prévention ont également été tenues à un rythme trimestriel. A la fin de l'année 2021, une évaluation du PTA a été organisée pour évaluer les performances et procéder à l'élaboration du PTA de l'année suivante. Une évaluation à mi-parcours du PSNLP 2019-2023 est prévue en 2022.

Les supervisions intégrées ou spécifiques à certaines interventions de lutte contre le paludisme(EUV) ont été déployées du niveau central vers les Délégations Régionales de la Santé Publique, des délégations régionales vers les Districts de Santé, des districts de santé vers les aires de santé et formations sanitaires, et enfin des aires de santé vers les agents de santé communautaire.

Les forces, faiblesses, opportunités et menaces identifiées à la suite de ces différentes activités de suivi ont permis de formuler des actions opérationnelles pour l'amélioration de la mise en œuvre de la suite des interventions du prochain PTA.

L'ensemble du personnel technique du PNLP a participé au suivi des progrès dans la réalisation du PTA 2021 du PNLP. Cependant, la Section Planification, Surveillance, Suivi et Évaluation du Groupe Technique Central du PNLP a coordonné toutes les activités se rapportant au suivi évaluation du Plan de Travail Annuel 2021.

18 PRINCIPAUX RÉSULTATS 2021

Les principaux résultats de la mise en œuvre du PTA 2021 du PNLP sont ci-après synthétisés, d'une part suivant l'exécution technico-financière globale, et d'autre part

selon les piliers de l'approche « HBHI », les stratégies et les interventions du PSNLP 2019-2023.

18.1 EXÉCUTION TECHNICO FINANCIÈRE GLOBALE DU PLAN DE TRAVAIL 2021

Le PTA 2021 du PNL (GTC, GTRLP, SR, Agences) comptait 66 grandes activités. Parmi ces grandes activités, 39 ont été réalisées soit un taux de réalisation physique 59%. Désagrégés en tâches, ce taux est de 61% (tableau 4). Les activités non réalisées étaient principalement :

- Les activités de mise en place de la surveillance sentinelle;
- Les activités de planification de la distribution des MILDA aux nourrissons pendant la vaccination de routine;
- La contribution à la mise en œuvre de l'Enquête sur les Indicateurs du Paludisme de l'année 2021 (EIP);
- L'analyse des échantillons de lames et cassettes de TDR pour l'assurance qualité du diagnostic;
- L'étude pour l'utilisation rationnel des intrants antipaludiques;
- Le mentoring : Visite de formation sur site (OTSS);
- Le renforcement des capacités du personnel du PR.
- La diffusion des spots TV;
- Certaines activités des SR (communautaire et humanitaire).

Tableau 4 : taux de réalisation des activités de 2021 du PNL

Piliers	Nombre d'activités planifiées (a)	Nombre d'activité réalisées (b)	Taux d'exécution physique (b/a)
Renforcement du dialogue politique du niveau national et au niveau Communautaire	7	4	57%
Utilisation des informations stratégiques pour l'action	89	47	53%
Principales politiques et stratégies de lutte contre le paludisme	619	355	57%
Coordination de la réponse nationale	211	159	75%
TOTAL	926	565	61%

Le taux d'exécution physique des activités du PTA 2021 varie de 53% (pilier 2) à 75% (pilier 4)(Tableau 4). les meilleurs taux de réalisation physique des tâches ont été enregistrés dans les stratégies de Suivi et d'évaluation, de surveillance épidémiologique de routine, de diagnostic, de prise en charge des cas dans les

formations sanitaires et en communauté, de distribution des MILDA en routine, de chimioprévention du Paludisme saisonnier, de Traitement Préventif Intermittent chez les femmes enceintes, de formation continue, de gestion du Programme.

Au terme de l'année 2021, l'essentiel des tâches étaient encore en cours de réalisation pour les stratégies de Plaidoyer institutionnel, de Communication pour le développement, de Traitement Préventif Intermittent chez le nourrisson.

Par ailleurs, l'essentiel des tâches planifiées sur d'autres stratégies n'ont pas pu être réalisés au cours l'année 2021. Il s'agit des stratégies de renforcement de l'engagement politique, distribution de masse de MILDA.

18.2 PRINCIPALES RÉALISATIONS PAR PILIER ET PAR AXE STRATEGIQUE

18.2.1 RENFORCEMENT DU DIALOGUE POLITIQUE AU NIVEAU NATIONAL ET COMMUNAUTAIRE

Le renforcement du dialogue politique au niveau national et communautaire est le premier pilier du PSNLP 2019-2023. La mise en œuvre de ce pilier passe par les stratégies de renforcement de l'engagement politique, de plaidoyer institutionnel, de mobilisation des partenaires, de renforcement de la collaboration intersectorielle.

Les actions dans ce cadre ont consisté aux activités ci-après :

18.2.1.1 Elaboration du document de stratégie nationale « Stop Malaria » de plaidoyer d'engagement des leaders en faveur de la lutte contre le paludisme

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale de plaidoyer en direction des leaders à tous les niveaux, un document de stratégie « Stop Malaria » a été élaboré et validé. Ce document a engendré l'élaboration d'une note conceptuelle de la campagne « Stop Malaria » en vue de conduire la cérémonie de lancement de ladite campagne de plaidoyer

18.2.1.2 Mise en œuvre du plaidoyer à tous les niveaux sur un paquet intégré des interventions de lutte contre le paludisme

Au terme de l'élaboration de la stratégie « Stop Malaria » de plaidoyer, plusieurs activités de plaidoyer ont démarré :

- L'élaboration de la Note conceptuelle de la campagne « Stop Malaria » de plaidoyer de la cérémonie de lancement ;

- L'élaboration et la production des kits de plaidoyer pour les différentes cibles :
 - 1000 Kits de plaidoyer secteur privé ;
 - 2500 Kits de plaidoyer leaders à tous les niveaux
 - 1500 Kits de plaidoyer des professionnels des médias

Les activités de plaidoyers à déployer à la suite de ces actions ont été projetées en 2022, avec notamment :

- La réunion de plaidoyer au niveau central en direction des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) ;
- Les réunions de plaidoyer au niveau des régions en direction des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) ;
- Les réunions de plaidoyer au niveau des Districts de Santé en direction des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) ;
- Les réunions de plaidoyer au niveau des Aires de Santé en direction des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) ;
- Les réunions de plaidoyer avec les acteurs du Secteur Privé
- La dissémination des supports de communication de la campagne de plaidoyer notamment : les messages à travers les réseaux digitaux et numériques des partenaires
- Les messages à travers la production et affichage des panneaux billboards au niveau central et dans les régions

18.2.1.3 *Adoption et mise en application des décisions politiques pour l'accélération de la lutte contre le paludisme*

Dans le cadre de l'application des décisions politiques pour accélérer la lutte contre le paludisme, des initiatives ont été prises en vue de l'implication des leaders au premier niveau dans la lutte contre le paludisme. A cet effet, une action de plaidoyer a permis d'obtenir l'implication de la Première Dame, Madame Chantal BIYA comme « Marraine Nationale » de la campagne Stop Malaria

18.2.1.4 *Renforcement de l'implication des champions*

Avec l'obtention de l'implication de la Première Dame, Madame Chantal BIYA comme « Marraine Nationale » de la campagne Stop Malaria, des actions à déployer dans les régions et Districts de Santé viseront en 2022 la mobilisation des champions à tous les niveaux en vue d'une campagne concertée vers l'élimination du paludisme.

18.2.1.5 Renforcement de l'engagement politique

Dans le cadre du renforcement de l'engagement politique, un plan de Stratégie Nationale de Plaidoyer a été élaboré, ainsi qu'une note conceptuelle de lancement et mobilisation des financement pour les activités de lancement de de la Campagne de Plaidoyer Stop Malaria. L'implication des champions par la mobilisation de la Première Dame du Cameroun comme Marraine Nationale de la campagne STOP MALARIA a été lancé en 2021 ; Le Lancement du plaidoyer pour la prise en compte des interventions la lutte contre le paludisme dans les budgets des Collectivités Territoriale Décentralisée (CTD) a été effectué.

18.2.1.6 Plaidoyer pour augmenter le budget de l'Etat alloué à la santé et celui de la santé alloué à la lutte contre le paludisme

Une réunion entre la Société Civile et la Task Force parlementaires contre le paludisme a été menée à Yaoundé sous la houlette de l'ONG CS4ME et Impact Santé Afrique. Ces rencontres de plaidoyer ont eu pour but d'engager le parlement dans la prise d'initiatives en faveur de l'augmentation du budget de santé publique et de la lutte contre le paludisme

18.2.1.7 Plaidoyer auprès des groupements patronaux pour augmenter le budget alloué à la lutte contre le paludisme par les entreprises

Dans le cadre des actions de plaidoyer auprès des Groupes patronaux pour l'augmentation du budget alloué à la lutte contre le paludisme, il est envisagé dans la stratégie « Stop Malaria » de plaidoyer des actions en direction des groupes patronaux. Dans ce cadre, l'élaboration du document de stratégie »Stop Malaria » a permis d'aborder le GICAM pour documenter la vision générale de ce Groupement patronal sur les attentes fixés aux entreprises du secteur privé. Ces actions sont planifiées dans le document de stratégie pour être exécutées d'ici 2023. Les actions suivantes ont été implémentées :

- Lettres de plaidoyer aux tutelles de certaines entreprises publiques dans l'optique de les inviter à s'investir dans la lutte contre le paludisme. Ces actions ont touché les sectoriels ci-après :
- Le Ministère des Postes et Télécommunication pour les entreprises du réseau de téléphonie mobile (MTN, Orange, Nextel, Camtel...). Ces entreprises ont été saisies pour apporter leur collaboration dans la diffusion des messages de lutte contre le paludisme.

18.2.1.8 Prise en compte des interventions la lutte contre le paludisme dans les budgets des CTD

Les actions de plaidoyer en vue et projetées en 2022 viseront à mobiliser les CTD également pour l'augmentation du budget alloué à la lutte contre le paludisme par les CTD ; Dans ce sciage, le Ministère de la Décentralisation est fortement impliqué désormais au Comité National Roll Back Malaria dans le cadre de la réponse aux actions de plaidoyer en vue d'intégrer la lutte contre le paludisme dans le budget des CTD. Par ailleurs, un certain nombre d'ateliers sont planifiés pour sensibiliser les responsables des CTD des niveaux central, régional des districts de santé dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme au niveau communautaire.

h

18.2.1.9 PLAIDOYER POUR LA RECHERCHE DES FINANCEMENTS INNOVANTS POUR LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

18.2.1.10 Mobilisation des partenaires

Dans ce cadre, l'organisation de la cérémonie officielle de lancement de la campagne « Stop Malaria » servira de plate-forme de plaidoyer en direction des PTF invités à échanger et engager leurs organismes en vue d'un appui plus soutenu aux actions de lutte contre la maladie.

Dans le cadre du plaidoyer en faveur de l'augmentation des ressources ces actions ont été mises en œuvre en 2021 :

- L'organisation de 2 réunions du Comité National Roll Back Malaria pour asseoir l'implication des ministères (MINPROFF, MINJES, MINPOSTEL, MINAS, MINFOF, MINEDUB...) et organismes sectoriels en vue d'un engagement à mobiliser les ressources additionnelles en faveur de la lutte contre le paludisme
- Organisation des interventions ministérielles au parlement à l'effet de sensibiliser les députés aux questions de lutte contre le paludisme
- Réunions de plaidoyer avec les parlementaires dans le cadre des actions visant à les sensibiliser à proposer des lois à l'adoption de l'Assemblée Nationale dans le sens d'augmenter le budget alloué à la lutte contre le paludisme ;
- Mise en place d'un groupe parlementaire solidaire de la lutte contre le paludisme

18.2.1.11 Plaidoyer pour la prise en compte des interventions la lutte contre le paludisme dans les budgets des CTD

Ici, il a été planifié des réunions de plaidoyer en directions des responsables de CTD au niveau central, régional, des districts et aires de santé en vue de la sensibiliser à promouvoir l'implication des CTD dans la couverture des problème de santé publique

notamment avec la mise à échelle des Interventions Sous Directive Communautaire dans les Districts de Santé non ou faiblement couverts.

Par ailleurs plusieurs 1500 kits de plaidoyer et 2200 Newsletter adressés aux Parlementaires ont été produits en 2021, l'objectif étant de les sensibiliser et engager à prendre des initiatives dans le sens d'étendre les interventions et les budgets des CTD à la prise en charge communautaire du paludisme

18.2.1.12 Renforcement de la Collaboration multisectorielle

18.2.1.12.1 Plaidoyer pour l'implication effective des ministères précis dans la lutte contre le paludisme

- La tenue de deux réunions du CNRBM a servi de cadre à la mobilisation effective et l'engagement de tous les ministères apparentés à la lutte contre le paludisme.
- Par ailleurs, en recommandation d'une des réunions du Comité National Roll Back Malaria, un projet de décret mettra sur pied le End Malaria Council (EMC) ou encore Conseil pour l'élimination du Paludisme. Cette instance logée dans les Services du Premier Ministre Chef du Gouvernement aura pour but de mobiliser et regrouper les représentants de tous les ministères apparentés dans la lutte contre le paludisme dans la mobilisation des ressources en vue de l'élimination du paludisme.

18.2.1.12.2 Plaidoyer pour l'intégration des interventions de lutte contre le paludisme au sein des OSC

Les organisations de la Société Civile (OSC) ont tenu en 2021 deux (2) importantes réunions autour du CS4ME, cette instance regroupe désormais des OSC impliqués dans les activités de lutte contre le paludisme.

18.2.2 UTILISATION DE L'INFORMATION STRATEGIQUE POUR LA PRISE DE DECISION ET L'ACTION

L'utilisation de l'information stratégique pour la prise de décision et l'action est le deuxième pilier du PSNLP 2019-2023. La mise en œuvre de ce pilier passe par les stratégies de surveillance épidémiologique de routine, de surveillance épidémiologique sentinelle, de suivi, d'évaluation, et de ripostes aux épidémies.

18.2.2.1 Surveillance épidémiologique de routine

Au cours de l'année 2021, les actions visant le renforcement du système de surveillance épidémiologique du paludisme en routine ont continué d'être mises en œuvre. Il s'agit de :

- La maturation du marché de production et de distribution 28 886 registres harmonisés des formations sanitaires et de 5 895 registres de suivi de la mise du traitement gratuit des cas de paludisme simple et grave chez les enfants de moins de 5 ans ;
- la mise à jour des tableaux de bord sur le paludisme dans DHIS2 (Paludisme 3.0 et PNLP_Intrants dans les FOSA);
- Le paramétrage des Registres électroniques de surveillance des maladies prioritaires (VIH, TB, Paludisme) exécuté avec l'appui technique de la Cellule des Informations Sanitaires (CIS) du Ministère de la Santé Publique;
- Les registres paramétrés pour la surveillance du Paludisme dans le module Tracker du DHIS2 étaient constitués de :
 - *Registre de consultation externe*
 - *Registre de laboratoire*
 - *Registre d'hospitalisation*
 - *Registre de la gratuité*
- La contribution à l'élaboration du Rapport mensuel de l'agent de santé communautaire, exécuté avec l'appui technique de la CIS ;
- Le Paramétrage du Rapport mensuel de l'agent de santé communautaire et élaboration des tableaux de bord dans DHIS2 avec l'appui technique de la CIS ;
- La réalisation de 70% des réunions trimestrielles de revue de la qualité et d'analyse des données au niveau régional, dans les 8 régions sous financement Fonds Mondial tous les 144 districts de santé ont présenté leur rapport d'analyse des données, sous l'encadrement des équipes des GTRLP et la supervision du niveau central (tableau 5). Dans les régions du Nord et de l'Extrême Nord sous financement PMI, les réunions bimestrielles de revue de la qualité des données ont été organisées au niveau des districts de santé..

Tableau 5. Taux de réalisation des réunions de revue de qualité et d'analyse des données par Région

REGION (S)	Nombre prévu	Nombre réalisé	Taux de réalisation
Adamaoua	3	2	66,66 %
Centre	3	3	100%
Est	3	2	66,66 %
Extrême Nord	0	0	NA
Littoral	3	2	66,66 %
Nord	0	0	NA
Nord-Ouest	3	2	66,66 %

REGION (S)	Nombre prévu	Nombre réalisé	Taux de réalisation
Ouest	3	2	66,66 %
Sud	3	2	66,66 %
Sud-Ouest	3	2	66,66 %
CAMEROUN	24	17	70,83%

. *NA pourquoi?

- La réalisation de 50 % des réunions semestrielles de revue de qualité et d'analyse des données au niveau central (1 réunion sur 2). Les produits de la mise en oeuvre de cette activité ont été entre autres : (i) la mise à jour de la carte sanitaire de la lutte contre le paludisme (figure 6) ; (ii) l'amélioration de la complétude et de la cohérence des données rapportées (figure 7) ;
- la production du bulletin épidémiologique semestriel avec l'appui du partenaire Measure Malaria I (figure 8) ;
- Le développement et la mise en place d'un tableau de bord analysant les données de différentes sources avec l'appui technique grâce aux financements de la Fondation Bill et Melinda Gates (figure 9)
- L'analyse des données de surveillance de routine collectées et rapportées par les formations sanitaires et les agents de santé communautaire du 1^{er} janvier au 31 décembre 2021 (indicateurs clés de surveillance).

Figure 6 : Carte sanitaire 2021 de la lutte contre le paludisme mis à jour en 2021

☐ Collecte des données de base et mise à jour de la carte sanitaire

Population estimée	27 076 679
Superficie (Km ²)	475 442
Densité (Habitant/ Km ²)	55
Nombre de régions	10
Nombre de District de santé fonctionnels	197
Nombre d'aires de santé	1 795
Nombre de formations sanitaires dans le pays	6 124
Nombre de formations sanitaires prenant en charge le paludisme	5 795

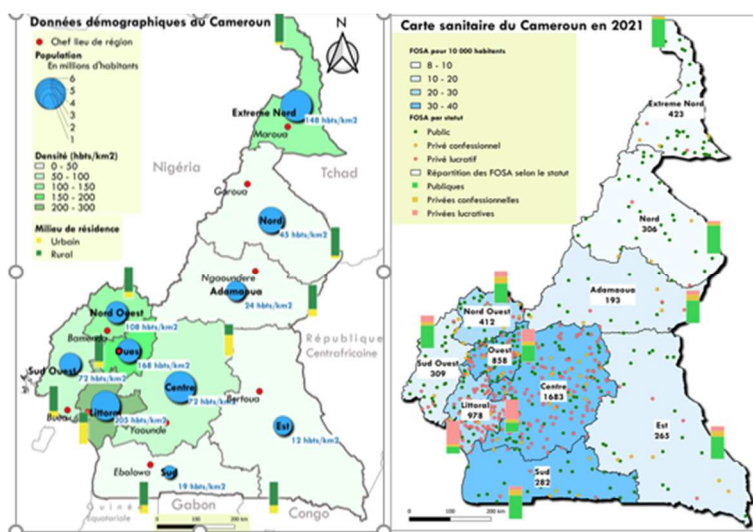


Figure 7 : Evolution de la qualité des données de 2020 à 2021 au niveau national

Amélioration de la complétude des données logistiques

Région	Taux de rapportage	AL 6.1.1	AL 6.1.2	AL 6.1.3	AL 6.1.4	AL 6.1.5	AL 6.1.6	AL 6.1.7	AL 6.1.8	AL 6.1.9	AL 6.1.10	AL 6.1.11	AL 6.1.12
Adamaoua	96%	72%	72%	72%	70%	70%	70%	70%	72%	72%	72%	72%	72%
Centre	94%	73%	73%	73%	71%	71%	71%	71%	73%	73%	73%	73%	73%
Est	95%	73%	73%	73%	71%	71%	71%	71%	73%	73%	73%	73%	73%
Extrême Nord	97%	73%	73%	73%	71%	71%	71%	71%	73%	73%	73%	73%	73%
Littoral	94%	73%	73%	73%	71%	71%	71%	71%	73%	73%	73%	73%	73%
Nord	96%	73%	73%	73%	71%	71%	71%	71%	73%	73%	73%	73%	73%
Nord-Ouest	94%	73%	73%	73%	71%	71%	71%	71%	73%	73%	73%	73%	73%
Ouest	97%	73%	73%	73%	71%	71%	71%	71%	73%	73%	73%	73%	73%
Sud	97%	73%	73%	73%	71%	71%	71%	71%	73%	73%	73%	73%	73%
Sud-Ouest	94%	73%	73%	73%	71%	71%	71%	71%	73%	73%	73%	73%	73%
Cameroun	92%	73%	73%	73%	71%	71%	71%	71%	73%	73%	73%	73%	73%

Région	Taux de rapportage	AL 6.1.1	AL 6.1.2	AL 6.1.3	AL 6.1.4	AL 6.1.5	AL 6.1.6	AL 6.1.7	AL 6.1.8	AL 6.1.9	AL 6.1.10	AL 6.1.11	AL 6.1.12
Adamaoua	96%	77%	77%	77%	75%	75%	75%	75%	77%	77%	77%	77%	77%
Centre	94%	77%	77%	77%	75%	75%	75%	75%	77%	77%	77%	77%	77%
Est	96%	77%	77%	77%	75%	75%	75%	75%	77%	77%	77%	77%	77%
Extrême Nord	98%	77%	77%	77%	75%	75%	75%	75%	77%	77%	77%	77%	77%
Littoral	93%	77%	77%	77%	75%	75%	75%	75%	77%	77%	77%	77%	77%
Nord	97%	77%	77%	77%	75%	75%	75%	75%	77%	77%	77%	77%	77%
Nord-Ouest	95%	77%	77%	77%	75%	75%	75%	75%	77%	77%	77%	77%	77%
Ouest	98%	77%	77%	77%	75%	75%	75%	75%	77%	77%	77%	77%	77%
Sud	98%	77%	77%	77%	75%	75%	75%	75%	77%	77%	77%	77%	77%
Sud-Ouest	95%	77%	77%	77%	75%	75%	75%	75%	77%	77%	77%	77%	77%
Cameroun	93%	77%	77%	77%	75%	75%	75%	75%	77%	77%	77%	77%	77%

Augmentation de la proportion des rapports sans incohérences

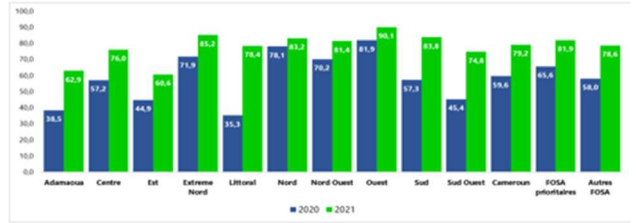
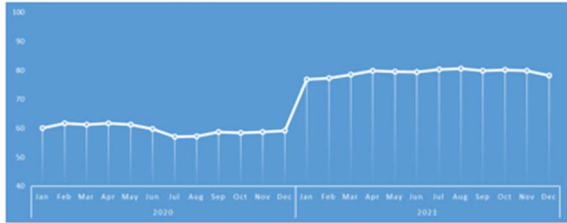


Figure 8 : aperçu des outils d'aide à l'analyse des données de lutte contre le paludisme en 2021

Elaboration d'un outil d'aide à l'analyse des données et à la génération des rapports périodiques



Elaboration du bulletin épidémiologique du 1er semestre 2021

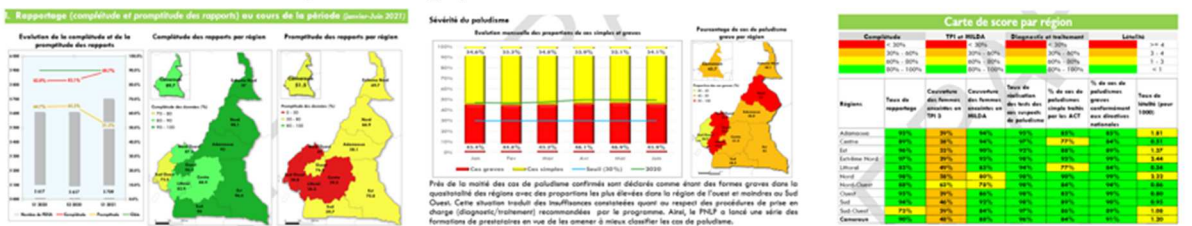
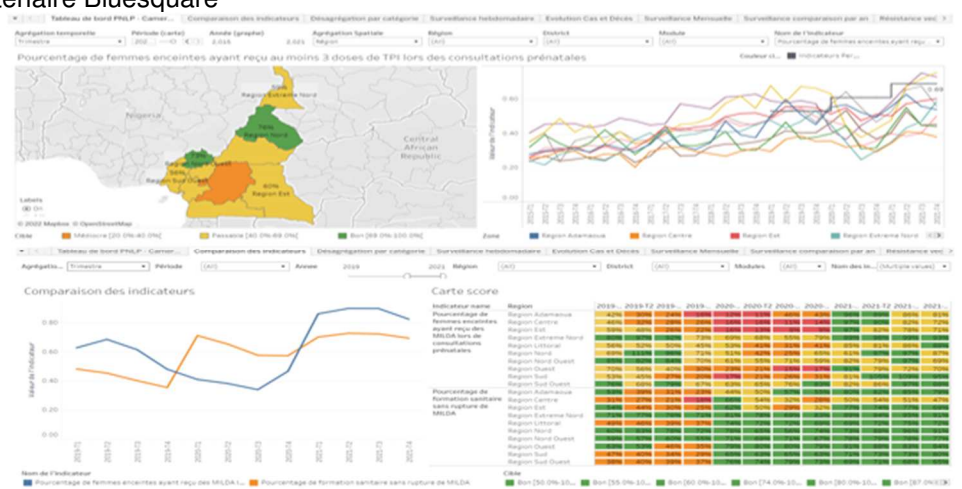


Figure 9 : Aperçu du tableau de bord pour l'analyse de différentes sources mis en place en 2021 avec l'appui technique Partenaire Bluesquare

- Indicateurs de surveillance
- Indicateurs de performance
- Données entomologiques
- Données climatiques
- Surveillance hebdomadaire
- Analyses comparatives



18.2.2.2 Surveillance épidémiologique sentinelle

Au cours de l'année 2021, le Plan de mise en œuvre de la surveillance épidémiologique sentinelle a été mis à jour. La répartition des sites de surveillance sentinelle a été mise à jour. Le nombre de districts de santé abritant un site sentinelle est passé de 24 à 35.

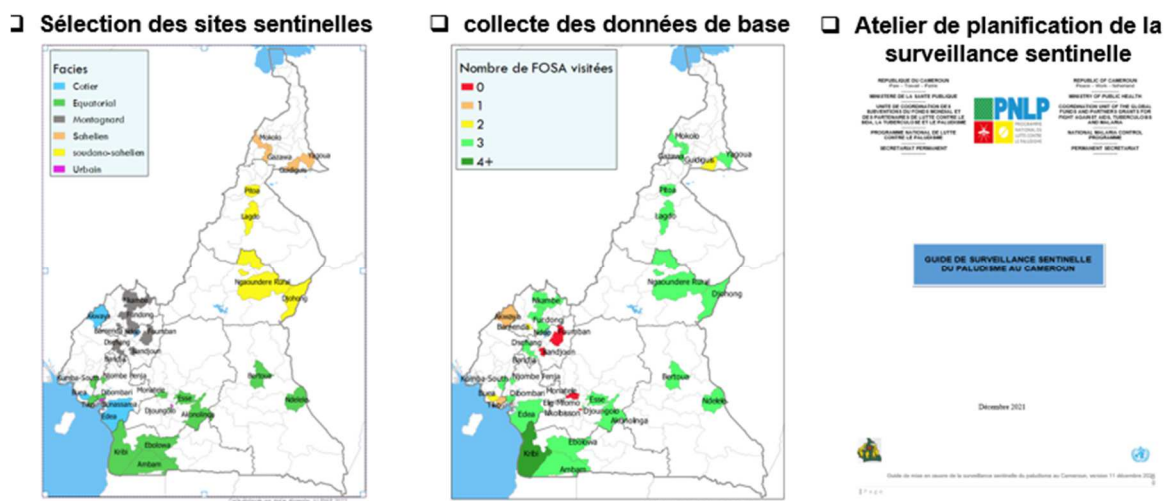


Figure 10. Disposition géographique des sites sentinelles sélectionnés

Tableau 6. Répartition par Région des districts et formations sanitaires sites sentinelles.

Regions	Nbre de DS sites sentinelles	Nbre de FOSA sites sentinelles
Adamaoua	2	6
Centre	6	18
Est	2	6
Extrême Nord	4	12
Littoral	4	12
Nord	2	6
Nord Ouest	4	12
Ouest	4	12
Sud	3	9
Sud Ouest	4	12
Total	35	105

Le Paquet d'interventions mis en œuvre dans ces sites sentinelles reste limité à la surveillance entomologique (bionomie des vecteurs, résistance aux insecticides). La collecte mensuelle des données de surveillance entomologique est assurée à travers 10 sites répartis dans 7 Régions. Notamment, L'Adamaoua, le Centre, l'Extrême Nord, le Littoral, le Nord, Ouest, le Sud.

18.2.2.3 *Suivi*

La stratégie de suivi du PSNLP 2019-2023 est mise en œuvre à travers les actions de suivi des interventions de routine et celles de suivi des campagnes de masse. Le suivi des interventions de routine a été effectué à travers les interventions ci-après résumées:

18.2.2.4 *Suivi des interventions en routine*

i. Intervention 2.3.1.1 : La collecte et l'analyse périodique des données

La collecte et l'analyse périodique des données relatives à la mise en œuvre des interventions antipaludiques (Diagnostic, Traitement, TPI, Distribution de MILDA, Gestion des intrants, surveillance épidémiologique). Il s'agit des actions intégrées au système de surveillance. Au terme de l'année 2021, les données ont été collectées via le DHIS2 de la CIS avec une promptitude de 67% et une complétude des rapports de 98% (tableau 43). Les indicateurs de suivi des interventions de routine ont été analysés à une fréquence semestrielle dans le cadre des réunions de revue et validation des données et de la rédaction des rapports de progrès

ii. Intervention 2.3.1.2 : Production des rapports périodiques de performance

Sur la base des données de suivi analysées, les rapports périodiques de performance ont été produits, notamment :

- l'élaboration, finalisation et validation de deux rapports de suivi des progrès semestriels de la mise en œuvre de la subvention NFM3 paludisme, transmis à l'équipe pays du Fonds Mondial (tableau 9)
- La production trimestrielle des informations requises par le Comité de Suivi Stratégique (CSS) de l'Instance de Coordination Nationale (ICN) du Fonds Mondial ;
- La fourniture semestrielle des informations requises par la revue des performances du Programme par l'Agent Local du Fonds Mondial ;
- La production semestrielle des performances du Programme requise par le Ministre de la Santé Publique.

Tableau 7 : Synthèse des performances rapportées à l'Équipe Pays du FMSTP au semestre 1 et 2 de l'année 2021

N°	Nom du module	Indicateur standard	Cibles S1_2021		Réalizations S1_2021		Performanc e S1	Cibles S2_2021		Cibles S2_2021		Performance S2
			Cible N# Cible D#	Cible %	Réal N# Réal D#	Réalis %		Cible N# Cible D#	Cible %	Réal N# Réal D#		
1	Lutte antivectorielle	VC-1 ^(M) Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée distribuées aux populations à risque dans le cadre de campagnes de distribution de masse	RAS	RAS	RAS	RAS	RAS	RAS	RAS	RAS	RAS	RAS
2	Lutte antivectorielle	VC-3 ^(M) Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée distribuées de manière continue aux groupes à risque cibles	786588		335023		42,59 %	786588		338041		34%
3	Interventions de prévention spécifiques	SPI-1 Proportion des femmes enceintes, fréquentant les centres de consultations prénatales, ayant reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent pour le paludisme	207849	57%	176917	47,61 %	84,16%	207849	57%	210267	53,95 %	95%
			367449,4		371588			367449,4		389709		
4	Prise en charge des cas	CM-1a ^(M) Proportion de cas suspect de paludisme soumis à un test parasitologique dans des établissements de santé du secteur public	1357964	91%	1109017	94,33 %	103 %	1357964	91%	145784 4	95,76 %	105 %
			1492268		1175657			1492268		152225 9		
5	Prise en charge des cas	CM-1b ^(M) Proportion de cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique dans la communauté	298453,5	100%	103501	79,77 %	79,77 %	298453,5	100%	157358	82,23 %	82 %
			298453,5		129741			298453,5		191361		
6	Prise en charge des cas	CM-1c ^(M) Proportion de cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique dans des structures privées	1086372	91%	920654	93,98 %	103,28 %	1086372	91%	964105	95,22 %	105 %
			1193815		979556			1193815		101245 9		
7	Prise en charge des cas	CM-2a ^(M) Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention dans des établissements de santé du secteur public	648042	86%	470057	63,97 %	74,20 %	648042	86%	717984	69,07 %	80 %
			751668		734727			751668		103945 8		
8			133725,5	100%	79082		92,02 %	133725,5	100%	122695	94,70	95 %

N°	Nom du module	Indicateur standard	Cibles S1_2021		Réalizations S1_2021		Performance S1	Cibles S2_2021		Cibles S2_2021		Performance S2
			Cible N# Cible D#	Cible %	Réal N# Réal D#	Réalis %		Cible N# Cible D#	Cible %	Réal N# Réal D#		
	Prise en charge des cas	CM-2b ^(M) Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention dans la communauté	133725,5		83222	95,02 %		133725,5		129553		
9	Prise en charge des cas	CM-2c ^(M) Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention dans des structures privées	489470	78%	357950	58,13 %	74,30 %	489470	78%	417017	64,03 %	82 %
			625598		615685			625598		651246		
10	SRPS : Système de gestion de l'information sanitaire et suivi et évaluation	M&E-2b Promptitude des rapports des établissements de santé: Pourcentage de rapports mensuels remis par les établissements (pour la période d'établissement de rapport) reçus dans les délais, conformément aux directives nationales	20171	65%	19612	57,41 %	88,33 %	20171	65%	23141	67,74 %	104 %
			31032		34158			31032		34158		
11	SRPS : Ressources humaines pour la santé, y compris agents de santé communautaires	HRH-3 Proportion d'agents de santé communautaires qui ont bénéficié d'au moins une supervision formative au cours de la période de rapportage	3426	60%	2209	38,68 %	64,47 %	3426	60%	4024	70,47 %	117 %
			5710		5710			5710		5710		
12	SRPS : Système de gestion de l'information sanitaire et suivi et évaluation	M&E-2a Complétude des rapports des établissements de santé : Pourcentage de rapports mensuels attendus des établissements (pour la période de rapportage) qui ont été réellement reçus	25756,56	83%	29999	87,82 %	103,32 %	25756,56	83%	30658	89,75 %	106 %
			31032		34158			31032		34158		
13	SRPS: Systèmes de	PSM-4 Pourcentage des établissements de santé disposant de	36	60%	1238	21,74 %	36,24 %	36	60%	5	8,77 %	15 %

N°	Nom du module	Indicateur standard	Cibles S1_2021		Réalizations S1_2021		Performance S1	Cibles S2_2021		Cibles S2_2021		Performance S2
			Cible N# Cible D#	Cible %	Réal N# Réal D#	Réalis %		Cible N# Cible D#	Cible %	Réal N# Réal D#		
	gestion des produits de santé	médicaments traceurs pour les trois maladies le jour de la visite ou du rapportage	60		5693			60		57		

iii. Intervention 2.3.1.3 : La supervision des activités à tous les niveaux

Au cours de l'année 2021, huit (08) tours de supervision intégrée (incluant tous les volets de la lutte contre le paludisme) ont été déployés à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'agit de : (i) deux (02) tours de supervision semestrielle du niveau central vers les Délégations Régionales, les Districts de Santé et les formations sanitaires de 08 Régions ; (ii) quatre (04) tours de supervision trimestrielle du niveau régional vers les Districts de Santé et les formations sanitaires de 08 Régions ; (iii) deux (02) tours de supervision semestrielle du niveau district de santé vers les formations sanitaires. Dans les régions du Nord et de l'Extrême Nord, dans le cadre de l'assurance qualité de la prise en charge des cas de paludisme, 02 rounds (Round 3 et 4) de supervision OTSS+ (Outreach Training Supportive Supervision) ont été conduits dans les formations sanitaires des deux régions sous financement PMI par l'équipe Impact Malaria (IM) en collaboration avec les GTRLP, les responsables des districts de santé et des formations sanitaires. 424 formations sanitaires (174 dans le Nord et 250 à l'Extrême Nord) ont été visitées dans 30 districts de santé.

1. La supervision des activités par le niveau central

Deux tours de supervision intégrée des activités de lutte contre le paludisme par le niveau central ont été organisés, du 5 au 31 juillet 2021 et du 05 décembre 2021 au 10 janvier 2022 par la mobilisation de 14 équipes de superviseurs. Ce niveau de supervision a permis de (i) passer en revue la coordination et le suivi évaluation de la lutte contre le paludisme dans respectivement 8 et 10 régions 28 à 35 districts de santé ; (ii) évaluer la prestation des services antipaludiques dans respectivement 77 et 82 formations sanitaires et (iii) renforcer les capacités de 325 et 401 personnes supervisées (tableau 10).

Tableau 8 : Récapitulatif du déploiement de la supervision intégrée de la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme par le niveau central en 2021

Region	Période	Nombre d'équipes impliquées	Nombre de district supervisés	Nombre de FOSA supervisés	Nombre de personnes supervisées
Adamawa	12-31 Juillet 2021	2	4	12	25
	12-19 Dec 2021	2	4	12	39
Est	5-11 juillet 2021	2	3	12	42
	6-13 Dec 2021	1	2	8	ND
Littoral	12-18 juillet 2021	2	4	12	101
	5-11 Dec 2021	2	4	12	53
Nord Ouest	5-11 juillet 2021	1	2	6	ND
	4-10 Jan 2022	1	2	8	50
Ouest	6-24 juillet 2021	3	6	15	90
	12-19 Dec 2021	2	6	10	94

Region	Période	Nombre d'équipes impliquées	Nombre de district supervisés	Nombre de FOSA supervisés	Nombre de personnes supervisées
Sud	5-11 juillet 2021	1	2	5	36
	19-24 Dec 2021	1	2	8	16
Sud Ouest	4-11 juillet 2021	1	3	5	ND
	04-10 Jan 2022	1	2	4	32
Centre	5-10 juillet 2021	2	4	10	31
	5-14 Dec 2021	3	9	14	95
Nord	4-10 Jan 2022	1	2	6	22
Cameroun	5-31 juillet 2021	14	28	77	325
	5 Dec 2021 - 10 Jan 2022	14	33	82	401

A l'issue des deux tours de supervision par le niveau central, on note une nette amélioration de la plupart des éléments suivis à S2 par rapport à S1. L'insuffisance des graphiques de surveillance observée en S1 (25%) s'est beaucoup améliorée en S2 (88-100%) et un plan d'utilisation des données est davantage disponible (25% et 63%), le suivi de la disponibilité des intrants chez les ASC est passé de 38% à 75%. Le suivi des indicateurs de performance chez les ASC est effectué dans 63% des districts de santé.

Au niveau régional (DRSP, GTRLP, FRPS). Il a été constaté une bonne coordination des activités (>80%) et une bonne maîtrise des procédures de surveillance du paludisme en routine. Les problèmes les plus répandus sont constitués d'une insuffisance de mise en œuvre des recommandations des précédentes supervisions (42% à 43%), une faible utilisation des données dans la prise de décision (50%). Un plan de supervision est souvent absent, les ruptures des intrants persistant dans les FRPS (surtout ASAQ et TDR), et insuffisance des graphiques de surveillance et indisponibilité d'un plan d'utilisation des données (25%). En dépit de multiples supervisions, il subsiste encore des problèmes de qualité de mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme.

En guise de solutions pour les problèmes identifiés, les superviseurs ont apporté aux responsables supervisés un briefing sur l'élaboration des plans d'utilisation des données et la mise en œuvre des recommandations des précédentes supervisions. Le partage d'expérience sur le suivi des commandes a été effectif. Il faudra élaborer et disséminer les canevas de plan de supervision, quantification, tableau de bord de suivi des stocks et outils.

Au niveau district de santé (CDS, CBS, Adjoint au CDS, Point Focal Paludisme). La coordination générale des activités est bonne au niveau district (>80%). L'utilisation

des données dans la prise de décision s'est améliorée de 73% à S1 à 82% à S2. En ce qui concerne les problèmes, on a relevé: (i) une insuffisance dans la mise en œuvre des recommandations (42%) et dans l'utilisation des données pour la prise de décision (35%); (ii) l'absence des PTA dans certains districts et des réunions hebdomadaires; (iii) un faible suivi des ISDC (Intrants et performance) dû à l'absence de tableau de bord facilitant ce suivi. Seuls 38% des districts intègrent les données des ISDC dans le DHIS2 du SNIS; (iv) des ruptures des intrants (surtout ASAQ-<25%, SP-23%, MILDA-35% et TDR-35%) en rapport avec les ruptures au FRPS (v) l'insuffisance des graphiques de surveillance (<25%) et de plan d'utilisation des données (15% à S1 et 27% à S2). Concernant le renforcement des capacités, on a relevé une faible couverture des FOSA par les formations sur le diagnostic et la prise en charge.

En guise de solutions apportées par les superviseurs aux problèmes enregistrés, les superviseurs des plans d'utilisation des données et de MEO des précédentes recommandations sur l'élaboration et l'évaluation trimestrielle de l'exécution du PTA. On a également enregistré la formation des points focaux GAS et les points focaux paludisme à la gestion ; à la supervision et au suivi-évaluation des activités de gestion des stocks au niveau des FOSA dans le Nord et l'extrême-Nord. Le suivi de la disponibilité des outils de gestion des données lors des réunions de coordination sera impératif pour améliorer la disponibilité des données.

Au niveau des formations sanitaires (PEC, Prévention, surveillance, Gestion des intrants). Il a été constaté une disponibilité accrue des personnels formés en Prise en Charge des Cas (PEC) (81%). La disponibilité des personnels formés au diagnostic est passée de 30% à 63%, l'approvisionnement des ASC en intrants antipaludiques s'est amélioré de 43% à S1 à 83% à S2. Cependant, les recommandations ne sont pas suffisamment mises en œuvre (42-44%); les documents normatifs ne sont pas souvent présents, surtout une faible disponibilité des affiches de gratuité et de définition des cas; la faible application des directives nationales dans le traitement des cas de paludisme. En ce qui concerne la prise en charge des cas, les registres ne sont pas à jour, on a noté une insuffisance dans leur remplissage, un faible enregistrement des symptômes du diagnostic de suspicion et des signes de gravité; une insuffisance dans l'approvisionnement des ASC en intrants antipaludiques.

En guise de solution, les superviseurs ont apporté un briefing sur le remplissage des registres, les bonnes pratiques de gestion des stocks (calcul et utilisation de la CMM) et les nouvelles directives de prise en charge. Un rappel des définitions des cas de paludisme et l'affichage des définitions a été effectué.

2. La supervision des activités par le niveau régional;

Les quatre tours de supervision trimestrielle des activités de lutte contre le paludisme par le niveau régional ont eu lieu dans les 10 régions du pays, avec à T4 les régions du Nord et de l'Extrême Nord sous subvention PMI. Le déploiement des superviseurs sur le terrain a été effectué de mars à mai pour le premier trimestre (T1) , de juin à août pour le deuxième trimestre (T2), de septembre à octobre pour le troisième

trimestre (T3) et de décembre 2021 à janvier 2022 pour le quatrième trimestre (T4) . Le GTRLP du sud-ouest n'a pas effectué les supervisions T3 et T4. Au total 69 équipes ont été déployées à ce niveau de supervision, et ont visité 156 districts, 521 formations sanitaires et 1205 personnels de santé (tableau 9).

Tableau 9 : Récapitulatif du déploiement de la supervision intégrée de la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme par le niveau **régional** en 2021

Region	Période de descente sur le terrain	Nombre Equipes de supervision	Nombre District de santé visités	Nombre formations sanitaires visitées	Nbre Pers supervisées
Adamaoua	T1: 22-29 mars 2021	2	4	14	76
	T2: 14 juin-5 juillet 2021	2	4	16	83
	12-25 Octobre 2021	2	4	15	71
	01-12 Decembre 2021	2	4	12	59
Est	19-24 avril 2021	2	6	12	ND
	30 juin-5 juillet 2021	2	9	12	ND
	26-31 Octobre 2021	2	2	15	ND
	18-21 Janvier 2022	2	2	11	ND
Littoral	24-30 mars 2021	2	6	20	ND
	12-24 juin 2021	2	9	22	ND
	11-28 Octobre 2021	2	2	22	91
	21-31 Decembre 2021	2	2	13	ND
Nord Ouest	29 mars-3 avril 2021	3	6	27	113
	5-17 juillet 2021	2	4	16	69
	14-19 Octobre 2021	3	5	26	70
	Non enregistrée	2	1	15	55
Ouest	3-8 mai 2021	2	5	10	ND
	10-16 aout 2021	2	8	16	ND
	28 Sept- 7 Octobre 2021	2	3	13	48
	6-11 Décembre 2021	2	5	19	54
Sud	4-9 Avril 2021	2	4	24	21
	9-16 juin 2021	1	4	19	29
	12-27 Octobre 2021	2	4	19	36
	1-24 Decembre 2021	2	4	15	13
Sud Ouest	13-30 avril 2021	2	5	12	16
	Non enregistré	2	7	12	30
	ND	ND	ND	ND	ND
	ND	ND	ND	ND	ND
Centre	12-17 mars 2021	3	6	22	31
	12-17 juillet 2021	3	6	18	65
	18-23 Octobre 2021	3	6	18	51
	6-10 Decembre 2021	3	8	12	ND

Region	Période de descente sur le terrain	Nombre Equipes de supervision	Nombre District de santé visités	Nombre formations sanitaires visitées	Nbre Pers supervisées
Nord	T4: 13-18 Decembre 2021	2	5	12	55
Ext Nord	T4: 13-17 Decembre 2021	2	6	12	69
Cameroun	12 mars-08 mai 2021	18	42	141	257
	12 juin-16 aout 2021	16	51	131	276
	28 sept-31 oct 2021	16	26	128	367
	01 Dec-21 Janvier 2021	19	37	121	305

Le déploiement de ce niveau de supervision a également contribué à identifier de problèmes majeurs au cours des différentes missions et à apporter des solutions par niveau concerné.

Au niveau des districts de santé, les constats les plus répandus sont que les recommandations des précédentes supervisions sont mises en œuvre dans environ 30-36% des cas pour l'ensemble des quatre supervisions. En ce qui concerne la coordination, on note un bon rapportage des activités avec une amélioration progressive de T1 à T4 (83-92%). On a également relevé une amélioration en ce qui concerne la tenue des réunions hebdomadaires et de validation des données sur les quatre périodes (59-78%) ainsi que l'élaboration d'un plan de supervision (49-75%), même s'il n'est pas satisfaisant. De plus en plus, des districts ont été supervisés (49-56%) et ont fait de la supervision au cours des différentes périodes (38-89%). Au contraire, l'utilisation des données dans la prise de décision a enregistré une baisse sur la période. En ce qui concerne les ISDC, le problème de suivi des ASC et des intrants a persisté sur les quatre périodes avec des performances très faibles (<40%). Les ruptures de stock de médicaments, surtout l'ASAQ, sont alarmantes du T1 au T4. L'analyse des données est effectuée à ce niveau sauf qu'il n'y a pratiquement pas des graphiques de surveillance.

En guise de solutions/recommandations, il faut: (i) un briefing sur l'élaboration des plans d'utilisation des données et de MEO des précédentes recommandations; (ii) la formation des points focaux GAS au suivi des stocks d'intrants et gestionnaire des données en suivi-évaluation; (iii) Le suivi de la disponibilité des outils de gestion des données lors des réunions de coordination sera impératif pour réduire les ruptures des outils et perte des données; (iv) Faire participer tous les chefs d'aire et de centres de santé, les OSCD et les ASC aux réunions de coordination du district pour explorer les problèmes rencontrés dans la MEO des ISDC.

Au niveau FOSA, sur la période des quatre tours de supervision, il n'y a pas eu d'amélioration par rapport à la mise en œuvre des recommandations précédentes de T1 à T4. Des problèmes relevés on note: l'indisponibilité des affiches pour la définition de cas grave; la faible disponibilité des directives de gestion des médicaments (<50%), malgré que certains documents normatifs soient disponibles; des incohérences des

données sur le traitement du paludisme avec la persistance des cas testés sans symptômes; la non maîtrise de la définition des cas de Paludisme Simple /Paludisme Grave dans la plupart des FOSA ; la proportion élevée des cas de PG dans toutes les FOSA visitées. Les ruptures de stock de médicaments, surtout l'ASAQ et AL, sont alarmantes du T1 au T4, par conséquent, les ASC sont peu approvisionnés en intrants. Faible couverture en MILDA et TPI3 dans les FOSA et faible renseignement des fiches de décharges de TPI et MILDA.

En réponses à ces problèmes, les superviseurs ont formulés les solutions ci-après :

- Traiter le paludisme simple selon les directives nationales de PEC ;
- Commander l'AL disponible au FRPS ;
- Briefer et mettre à la disposition des ASC l'AL pour la PEC communautaire
- Utiliser les fiches de décharge de la SP et des MILDA
- Intégrer les feedbacks faites par les districts

Résultats de la supervision OTSS+ au niveau des formations sanitaires dans les régions du Nord et de l'Extrême Nord

Le pourcentage d'établissements supervisés qui répondent aux normes (y compris le matériel approprié, la documentation et le personnel qualifié pour une gestion clinique du paludisme de qualité) ayant obtenu une performance de 90% et plus est passé de 17% au troisième round de supervision OTSS+ à 22.5% au quatrième round soit une progression de 5 points.

Le pourcentage d'agents de santé observés démontrant une compétence dans le traitement du paludisme pendant la grossesse ayant obtenu une performance de 90% et plus est passé de 28% au troisième round de supervision OTSS+ à 45% au quatrième round soit une progression de 17 points.

Le pourcentage d'agents de santé observés démontrant des compétences en matière de prévention du paludisme pendant la grossesse ayant obtenu 90% et plus est passé de 29.7% à 48.7% entre le troisième et le quatrième round de la supervision OTSS+ soit un gain de 54 points.

Le pourcentage des prestataires des soins qui démontrent leurs compétences à correctement classer les cas non-paludisme, les cas de paludisme simple et les cas de paludisme grave et ayant obtenu une performance de 90% et plus est passé de 90% à 87.5% entre le troisième et le quatrième round de la supervision OTSS+ soit une régression de 2.5 points.

Le pourcentage des prestataires formés et supervisés ayant obtenu une performance de 90% et plus sur leur compétence à adhérer aux résultats négatifs des tests de confirmation est passé de 83.6% à 87.9% entre le troisième et la quatrième round de supervision OTSS+ soit une augmentation de 4 points.

Le pourcentage de prestataires des soins qui démontrent leur compétence pour la réalisation des TDR du paludisme et ayant obtenu une performance de 90% et plus est passé de 61.5% à 77.7 % pour ce quatrième round de supervision OTSS+ soit une progression de 16.2 points.

Supervision des activités par le niveau District

Grâce à l'appui technique et financier de GHSC-PSM, les équipes de districts de la région de l'Extrême- Nord ont organisé une supervision formative pour assurer le renforcement continue des capacités des personnes impliquées dans la gestion des intrants au niveau des formations sanitaires. Au total, 48 % (202/419) des HF repartit dans 16 districts de la région de l'Extrême- Nord ont été visités au mois d'août 2021.

18.2.2.5 Intervention 2.3.1.2: Suivi des campagnes de masse de lutte contre le paludisme

iv. Le suivi de la campagne de chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS)

Les actions de suivi de la campagne CPS ont porté sur : (i) la mise à jour du plan de suivi évaluation ; la mise à jour des outils de gestion des données (ii) le paramétrage des outils de collecte des données dans la plate-forme Dhis2 ; (iii) la formation des gestionnaires de données à leur utilisation ; (iv) la coordination et le suivi de la collecte des données ; (v) la supervision ; (vi) la revue validation des données. Bien plus, 301 tablettes ont été acquises et paramétrées pour la collecte automatique des données de la CPS au niveau des aires de santé.

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre adéquate de la CPS, suite au pré positionnement de la SPAQ 1 et 2 avant le début de la campagne CPS, GHSC-PSM a effectué des visites de supervision ciblées à la fin du cycle 2 dans les aires de santé où il y avait des problèmes de disponibilité/ gestion de stocks. Au total, 22/24 (92%) aires de santé réparties dans 3 districts et 28/29 (96%) aires de santé ciblées dans 9 districts dans la région de l'Extrême-Nord et du Nord respectivement, Au cours des supervisions, l'inventaire physique de tous les intrants antipaludiques a été effectué. Pour répondre aux problèmes relevés, les fiches de stock ont été ouvertes et mises à jour au besoin suite à la faible traçabilité des mouvements de stock observée au cours des cycles 1 et 2. Ces supervisions ont également permis d'effectuer des redéploiements et un réapprovisionnement de stock de certains sites a pour garantir une bonne disponibilité de la SPAQ 1 et de la SAPQ 2 pendant les cycles 3 et 4.

Pendant la mise en œuvre des trois premiers cycles de la campagne de CPS, pour répondre au problème d'instabilité du logiciel DHIS2, GHSC-PSM a élaboré un outil Excel qui a permis la saisie des données par les Points Focaux de districts préalablement formés à la gestion des stocks et des données. Ainsi, l'analyse des données logistiques à la fin des cycles 1 et 2 a permis le redéploiement de 96450 traitements de de SPAQ 1 et 2 à 17 Aires sanitaires dans la région du Nord. Dans la région de l'Extrême-Nord, le stock de SPAQ 1 et 2 a été réajusté dans 15 aires de santé.

v. Le suivi de la campagne de distribution de masse de Moustiquaires Imprégnées d'insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA)

Les actions de suivi des campagnes de la lutte contre le paludisme ont porté sur : (i) l'adaptation des outils de la campagne en fonction des stratégies adaptées au contexte d'insécurité ; (ii) le paramétrage des outils de collecte des données de gestion de la campagne dans le Dhis2 ; (iii) la formation des gestionnaires de données à leur utilisation ; (iv) la coordination et le suivi de la collecte des données ; (v) la supervision. Ces actions ont été mises en œuvre pour la 3^{ème} campagne de distribution des MILDA dans la Région du Sud-Ouest.

Dans les régions du Nord et de L'Extrême- Nord, pour améliorer la disponibilité des MILDA pour les campagnes de routine, GHSC-PSM a acquis environ 700 000 MILDA dont environ 238 000 ont été distribuées en 2021 à environ 750 formations sanitaires.

18.2.3 Stratégie 2.4.1: Evaluation

La stratégie d'évaluation a été mise en œuvre d'une part par la planification des enquêtes ménages, et d'autre part par la planification et la mise en œuvre de l'évaluation rétrospective du Programme et l'évaluation du système de surveillance. Les enquêtes sur les indicateurs du Paludisme et de l'enquête sur les comportements étaient prévues dont:

- L'Enquête sur les Indicateurs du Paludisme (EIP) dont l'objet est de mesurer les disparités géographiques et socio-économiques des indicateurs du paludisme ; prélever une goutte de sang auprès des jeunes enfants pour le test d'anémie et de la parasitémie palustre,
- L'enquête Malaria Behaviour Survey (MBS) dont l'objectif est de fournir une meilleure compréhension des caractéristiques sociodémographiques, attitudinales et normatives (également appelées caractéristiques idéationnelles) associées aux résultats comportementaux liés au paludisme du Cameroun et déterminer l'orientation appropriée des activités programmatiques conçues pour améliorer les facteurs liés au paludisme et les résultats comportementaux.

Ces deux enquêtes n'ont pas été mises en œuvre à cause du retard observé lors de la passation des marchés pour la sélection des prestataires. Elles ont été reprogrammées pour l'année 2022.

Toutefois, en ce qui concerne l'enquête sur les indicateurs du paludisme, le contrat a été signé entre le MINSANTE et son partenaire ICF Marco pour l'assistance technique, le questionnaire d'enquête a été adapté et validé. La mise en œuvre de la collecte des données a été reportée à août -octobre 2022 en raison du retard accusé dans la signature du contrat d'assistance technique. En ce qui concerne, l'enquête sur les

comportements, l'assistance technique de BREAKTHROUGH Action mobilisé avec l'appui de PMI, la sélection du prestataire de collecte des données en cours, le Protocole et questionnaires d'enquête ont été finalisés.

Au cours de l'année 2021, GHSC-PSM en collaboration avec le PNLP et les DRSP du Nord et de l'Extrême Nord ont mis en œuvre l'enquête End User Verification (EUV) dont le but est d'évaluer la disponibilité et l'utilisation des intrants de lutte contre le paludisme au niveau des FRPS et des formations sanitaires.

Au total, 82 sites notamment, 35 dans la région du Nord et 47 dans la région de l'Extrême-Nord ainsi que les 02 FRPS ont été inclus dans l'échantillonnage. Il ressort de cette évaluation que, la disponibilité des ACT était meilleure qu'en 2020. En effet, alors que le taux de rupture au jour de la visite pour AL 6*1 a légèrement augmenté, de 24 % août 2020 à 27 % en avril 2021, celle de AL 6*2 de AL 6*3 et de AL 6*4 a diminué respectivement de 24 % à 18 %, de 27 % à 13 % et de 42 % à 13 % d'août 2020 à avril 2021. Bien plus, le pourcentage de formations sanitaires enregistrant au plus 3 jours de rupture au cours des trois derniers mois a également diminué, passant de 27 % à 24 % pour AL 6*1, de 26 % à 14 % pour AL 6*2, de 33 % à 15 % pour AL 6*3 et de 30 % à 25 % pour AL 6*4 d'août 2020 à avril 2021. Par ailleurs, la disponibilité des 4 formulations de AL au jour de la visite est passé de 38,2 % en août 2020 à 66 % en avril 2021. Parmi les causes majeures de rupture de stock, nous avons relevé, la non mise à jour des outils de gestion et surtout la mauvaise qualité des données.

Pour faire suite à cette évaluation EUV, GHSC-PSM a organisé en collaboration avec le PNLP au niveau Central et régional, l'enquête DQA (Data Quality Assessment) pour évaluer la qualité des données utilisées pour la prise de décision. Les trois dimensions de la qualité des données évaluées ont été la disponibilité, la promptitude et l'exactitude. Il en ressort que, sur une échelle de 9 points, la qualité de données a été de 5.4 avec une exactitude de 0.9/3 seulement. Pour adresser ces insuffisances, GHSC-PSM et les DRSP du Nord et de l'Extrême-Nord ont planifié et ont mis en œuvre les supervisions formative, les réunions de validation des données en collaboration avec PMI Measure Malaria, ainsi que la formation du personnel des formations sanitaires à la gestion des stock et des données. Au total, 156 personnes dont 92 hommes et 64 femmes ont été formés à la gestion des stocks et des données au niveau des formations sanitaires.

b) Stratégie 2.5.1: Riposte aux épidémies

La stratégie de Riposte aux épidémies est mise en œuvre à travers les interventions de préparation, détection et contrôle des épidémies. En matière de préparation aux épidémies, les capacités des responsables régionaux ont été renforcées à l'utilisation de l'outil d'analyse des données et de détection des seuils épidémiques. Aucune épidémie n'a été détectée.

18.2.4 MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES ET STRATEGIES ANTIPALUDIQUES

La mise en œuvre des politiques et stratégies antipaludiques constitue le 3^{ème} pilier du PSNLP 2019-2023. Il s'agit des politiques et stratégies de prévention, de prise en charge des cas, de communication, de formation et de recherche.

18.2.4.1 PREVENTION DU PALUDISME

Les stratégies de prévention mises en œuvre se déclinent en stratégies de chimio-prévention et de lutte antivectorielle. La stratégie de chimio prévention est mise en œuvre à travers les interventions de Traitement Préventif Intermittent du Paludisme chez les femmes enceintes (TPIg), le Traitement Préventif Intermittent du paludisme chez le nourrisson (TPI n), la Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) chez les enfants âgés de 3 à 59 mois. La stratégie de lutte antivectorielle est mis en œuvre à travers les interventions de distribution en routine des Moustiquaires Imprégnées d'insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA), la distribution des MILDA en campagne de masse, la gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides.

18.2.4.1.1 Stratégie 3.1.1: Administration de la SP pendant les CPN

La stratégie du TPIg consiste à l'administration de la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) aux femmes enceintes éligibles pendant les Consultations Périnatales (CPN). L'objectif de cette stratégie est que d'ici à 2023, au moins 80% des femmes enceintes soient protégées par le TPI conformément aux directives nationales.

18.2.4.1.1.1 Intervention 3.1.1.1: Approvisionnement en intrants pour TPI

Au terme de l'année 2020, les magasins de la CENAME et des FRPS disposaient d'une quantité totale de 16 725 boîtes de 150 comprimés de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) 500/25mg pour le TPIg. Au cours de l'année 2021, la CENAME a acquis et distribué aux différents Fonds Régionaux de Promotion de la Santé (FRPS) une quantité de 23 494 boîtes de 150 comprimés de SP. Les FRPS ont distribué à leur tour aux formations sanitaires, 35 750 boîtes de 150 comprimés (tableaux 24 à 28).

18.2.4.1.1.2 Intervention 3.1.1.3: Dispensation de la SP aux femmes enceintes lors des CPN dans les FOSA

Au terme de l'année 2021, la performance réalisée dans la réalisation de cet objectif reste insuffisante. Sur 999 812 femmes enceintes attendues en CPN, 772 783 ont été effectivement reçues, soit un taux de fréquentation de 77,3%. Parmi les 772 783 femmes enceintes reçues en CPN, 81% ont reçues au moins une dose

(TPI1) et 50,8% ont reçu au moins trois doses (TPI3). Les performances par région sont détaillées dans le **Tableau 95**.

18.2.4.1.1.3 Intervention 3.1.1.5: Suivi et Evaluation les activités de la CPN

Le suivi évaluation de la stratégie d'administration du TPIg a été intégré aux activités de suivi évaluation du Plan de Travail 2021 du Programme, notamment dans la collecte des données de surveillance, la revue de qualité et l'analyse des données, la supervision intégrée. Il est ressorti de ce suivi le problème de rupture de stock observé à différents niveaux du système de santé.

18.2.4.1.2 Stratégie 3.1.2: Administration de la SP en communauté

Aucune intervention relative à la stratégie d'administration du TPIg en communauté n'a été mise en œuvre en 2021.

18.2.4.1.3 **Stratégie 3.2.1: Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS)**

La chimio prévention du paludisme saisonnier est définie comme « l'administration intermittente d'un traitement complet d'un médicament antipaludique pendant la saison de forte transmission (saison de pluie) du paludisme pour éviter la maladie ». L'objectif est de maintenir des concentrations thérapeutiques de médicament antipaludique dans le sang pendant la période où le risque de contracter le paludisme est plus élevé. Cette intervention vise la réduction de la morbidité et la mortalité liées au paludisme chez les enfants âgés de 3 à 59 mois dans les districts des régions ciblées. Elle a été mise en œuvre dans 46 districts de santé éligibles des régions du Nord et de l'Extrême Nord depuis l'année 2016. Le calendrier de mise en œuvre a été ajusté de juillet à octobre pour le Nord, et de juillet à novembre pour la région de l'Extrême Nord

18.2.4.1.3.1 Intervention 3.2.1.1: Approvisionnement en intrants pour la CPS

Dans le dispositif de mise en œuvre de la subvention de President's Malaria Initiative » (PMI), l'Agence GHSC-PSM assure l'approvisionnement en intrants, depuis l'acquisition auprès des Fournisseurs internationaux jusqu'à la livraison dans les aires de santé. Pour la mise en œuvre de la campagne CPS en 2021 :

Dans le cadre de la campagne CPS 2021, une quantité totale de 8 653 350 plaquettes de SPAQ a été mobilisée, soit 1 472 350 pour les enfants de 3-11 mois et 7 181 000 pour ceux de 12-59 mois. Cette quantité comprend un reliquat de 806 350 plaquettes issues de la campagne de l'année 2020, et une nouvelle acquisition de 7 847 000 plaquettes pour la campagne 2021.

(tableau 10).

Tableau 9: Répartition de la SPAQ utilisées aux Régions de l'Extrême Nord et du Nord en 2021

Régions	Reliquat SPAQ 1 en fin d'année 2020	SPAQ 1 acquis au cours de l'année 2021	Reliquat SPAQ 2 en fin d'année 2020	SPAQ 2 acquis au cours de l'année 2021	Total Reliquat SPAQ 2020	Total acquisition SPAQ 2021	TOTAL SPAQ DISPONIBLE 2021
Extrême Nord	117 200	786 000	454 650	3 843 000	571 850	1 240 650	5 200 850
Nord	49 900	498 000	2 600	2 720 000	52 500	500 600	3 096 900
Total	167 100	1 284 000	457 250	6 563 000	624 350	1 741 250	8 297 750

Région	Cycle	SPAQ 3-11 mois				SPAQ 12-59 mois			
		Quantité disponible	Quantité utilisée	Pertes	Stock théorique	Quantité disponible	Quantité utilisée	Pertes	Stock théorique
Extrême-Nord	1	918 350	192 262	2 037	724 051	4 071 900	1 045 203	5 172	3 031 869
	2	724 051	202 845	1 950	519 256	3 031 869	1 046 652	6 179	1 991 396
	3	527 956	207 985	2 153	317 818	2 060 746	1 025 135	4 393	1 040 004
	4	356 140	209 935	2 055	144 150	1 094 404	1 026 750	4 014	71 668
	Total	2 526 497	813 027	8 195	1 705 275	10 258 919	4 143 740	19 758	6 134 937
Nord	1	533 100	122 241	1 443	409 416	2 469 950	607 697	3 201	1 859 052
	2	408 969	126 050	1 024	281 895	1 858 573	611 395	2 235	1 244 943

	3	298 539	128 760	922	168 857	1 320 897	617 313	1 701	701 883
	4	169 937	128 241	720	40 976	707 085	617 163	1 241	88 681
	Total	1 410 545	505 292	4 109	38 499	2 551 600	2 453 568	8 378	89 654
Total	1	1 451 450	314 503	3 480	1 133 467	6 541 850	1 652 900	8 373	4 890 921
	2	1 133 020	328 895	2 974	801 151	4 890 442	1 658 047	8 414	3 236 339
	3	826 495	336 745	3 075	486 675	3 381 643	1 642 448	6 094	1 741 887
	4	526 077	338 176	2 775	185 126	1 801 489	1 643 913	5 255	160 349
	Total	3 937 042	1 318 319	12 304	2 606 419	16 615 424	6 597 308	28 136	10 029 496

Cette distribution se fait jusqu'au dernier point d'utilisation qui est l'aire de santé. Cette activité comprend plusieurs étapes : la passation des marchés, la sélection du prestataire, le colisage et la distribution des médicaments et autres outils de la CPS (fiches, registres, cartes, matériels) aux 446 aires de santé.

Cet approvisionnement s'est aussi amélioré dans le temps. En 2021, toutes les aires de santé ont été servies avant la campagne et le taux de rupture d'intrants a été très minime. Ces ruptures étaient corrigées avant le début de chaque cycle.

Le tableau ci-dessous montre la synthèse des mouvements de stock au cours de la CPS 2021

Region	Produit	Qte Pre-positionee	QTe utilisée (Rapportee)	Quantite perdue(Rapportee)	Qte attendu de la logistique inverse)	Qte physique restant (Logistique inverse)	Quantite non Utilisable (Logistique inverse)	Qte physique utilisable)	Ecart s
--------	---------	--------------------	----------------------------	------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------------	-----------------------------------------------	---------------------------	---------

Extrême-Nord	SPAQ1 (blisters)	903,200	813,027	8,195	81,978	93,000	25,250	67,750	11,022
	SPAQ2 (blisters)	4,297,650	4,143,740	19,758	134,152	160,150	63,650	96,500	25,998
Nord	SPAQ1 (blisters)	547,900	505,293	4,109	38,498	45,102	2,652	42,450	6,604
	SPAQ2 (blisters)	2,549,000	2,453,568	8,378	87,054	103,417	617	102,800	16,363

La quantité physique utilisable a été stockée au FRPS pour la CPS 2022

18.2.4.1.3.2 Intervention 3.2.1.2: Renforcement des capacités des acteurs de la CPS

En 2021, il y a eu près de 1,100 sessions de formation des acteurs avant le début de la CPS dont 803 sessions de formation des Mobilisateurs-distributeurs au niveau des aires de santé et 190 sessions de briefings des crieurs. Par ailleurs, GHSC-PSM a facilité la formation de 46 Points focaux GAS notamment 41 hommes et 5 femmes pour faciliter le suivi des mouvements de stock pendant la CPS.

18.2.4.1.3.3 Intervention 3.2.1.3: Dispensation de la SPAQ aux enfants de 03-59 mois lors de la CPS

Les enfants cibles de la CPS pour la campagne 2021 étaient estimés à 1 941 722 enfants de 3-59 mois après dénombrement au cycle 1, soit 1 195 196 dans la Région de l'Extrême-Nord et 746 526 dans le Nord. Parmi eux, 323 737 enfants de 3-11 mois et 1 599 245 enfants de 12-59 mois étaient visés.

Au Cameroun, le taux de couverture du traitement CPS des cibles 3-59 mois est déterminé par le pourcentage d'enfants âgés de 3 à 59 mois ayant reçu une CPS, par cycle, pendant la saison de forte transmission.

L'objectif de la couverture des enfants âgés de 03-59 mois pour la CPS 2021 était à 90%. 1 941 722 enfants étaient prévus et 1 922 419 enfants ont été traités, soit une couverture de 99% (tableau 12).

Tableau 12 : Répartition par Région des enfants 3-59 mois ayant reçu au moins une dose de SPAQ au cours de la campagne CPS 2021 par cycle

Région	Nombre d'enfants dénombrés				Nombre d'enfant traités				Pourcentage des enfants couverts			
	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4
Extrême-Nord	1 195 196	1 208 854	1 247 580	1 254 628	1 158 565	1 156 741	1 200 375	1 175 112	96,4 %	96, 7%	96, 8%	94, 2%
Nord	746 526	755 714	755 930	770 976	719 273	731 695	746 694	747 307	96,3 %	96, 8%	98, 8%	96, 9%
Total	1 941 722	1 964 568	2 003 510	2 025 604	1 877 838	1 888 436	1 947 069	1 922 419	96,3 %	97, 0%	98, 8%	94, 9%

En se référant aux années précédentes, le constat est que la performance du Programme dans la mise en œuvre de l'intervention CPS est régulièrement bonne depuis 2016, de 86% à 99% (tableau 13)

Tableau 13 : Evolution du taux de couverture des cibles 3-59 mois en traitement CPS de 2016 à 2021

Paramètres	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Objectif de couverture	80%	80%	80%	85%	87,5%	90%
Enfants cibles	1 549 250	1 586 448	1 611 831	1 706 783	1 724 859	1 941 722
Enfants traités	1 326 366	1 499 193	1 542 184	1 686 302	1 658 707	1 922 419
Taux de couverture	85,6%	94,4%	93,6%	98,8%	96,2%	99%

En se référant aux données qui sont rapportées par les districts de santé lors des campagnes CPS, il y a une bonne couverture des enfants éligibles, dépassant les cibles fixées par le pays. En plus de cela, en 2021, les résultats du mécanisme d'assurance-qualité des données rapportées lors de la CPS (RDQA) ont démontré que les données rapportées par les districts de santé étaient exactes à plus de 90%.

18.2.4.1.3.4 Intervention 3.2.1.4: Sensibilisation en faveur à la CPS dans les zones ciblées

La sensibilisation s'est faite à travers des communications institutionnelles, interpersonnelles, via les médias de masse et réseaux sociaux

18.2.4.1.3.5 Intervention 3.2.1.5: suivi et Evaluation les activités de la CPS

La supervision de la mise en œuvre de la campagne CPS est aussi importante mais est restée un défi. La descente sur terrain n'est pas souvent effective malgré la mise en place de moyens technologiques pour le suivi des mouvements des superviseurs. Notamment, au 1er niveau, les superviseurs de proximité, qui ne descendent pas souvent sur le terrain, alors qu'ils doivent assurer la qualité de travail des mobilisateurs-distributeurs sur terrain.

Tableau 14 : Résultat de couverture des enfants et adhérence au traitement par le monitoring externe Source: Rapports monitoring externe CPS

Paramètres		CPS 2020	CPS 2021
Couverture*	Sur déclaration	96,2%	93,5%
	Avec preuve	84,3%	65%
Adhérence	Sur déclaration	95,4%	91,4%
	Avec preuve	75,2%	48%

*La couverture est représentée ici par la couverture moyenne des 4 cycles

Le monitoring externe est le moyen de mesure de résultat défini dans le plan de mise en œuvre de la campagne. Sur la base des déclarations des parents, le constat est une couverture et une adhérence supérieure à 90%, bien au-dessus des cibles de l'objectif poursuivi au cours des deux dernières années. Cependant le résultat est moins bon en considérant les preuves que les parents ne parviennent pas à conserver

(plaquette vide) ou des traces que les agents de distribution n'arrivent pas à laisser aux ménages (cartes CPS ou marqueurs aux doigts des enfants). Chaque année, le PNLP et ses partenaires fournissent des efforts pour rendre meilleures les conditions de mise en œuvre de cette enquête, car elle permet de vérifier la qualité de la mise en œuvre de la CPS.

L'Évaluation de l'impact de l'intervention CPS: Les avantages de la CPS devront être mesurés grâce à son impact sur certains indicateurs de morbidité et de mortalité du paludisme, tels que mesurés dans les études ayant conduit à la recommandation stratégique de l'OMS en faveur de la mise en œuvre des campagnes CPS. Ces études avaient démontré que la mise en œuvre efficace de la CPS permettait de :

- Eviter environ 75 % de l'ensemble des accès palustres ;
- Eviter environ 75 % des accès palustres graves ;
- Réduire probablement l'incidence de l'anémie modérée ;

En outre, elle pourrait entraîner une diminution de la mortalité de l'enfant d'environ 1 pour 1000, et les événements indésirables graves étaient très rares.

L'OMS stipule que "pour que la stratégie de CPS ait un impact sur la lutte contre le paludisme, la couverture doit être élevée et maintenue pendant plusieurs saisons de transmission."

L'analyse de la situation de la morbidité liée au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans les zones d'intervention de la CPS au Cameroun, après 6 années de mise en œuvre, peut être résumée comme suit :

L'incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans semble présenter une hausse constante depuis l'année 2016 mais l'on constate une baisse de la morbidité en 2021 dans la région de l'extrême- Nord et de la mortalité dans les deux régions comme le montrent les graphiques ci-dessous (figure 11 à 13).

Figure 11. Evolution des tendances épidémiologiques dans la région de l'extrême Nord de 2015 à 2021 (Source: DHIS2)

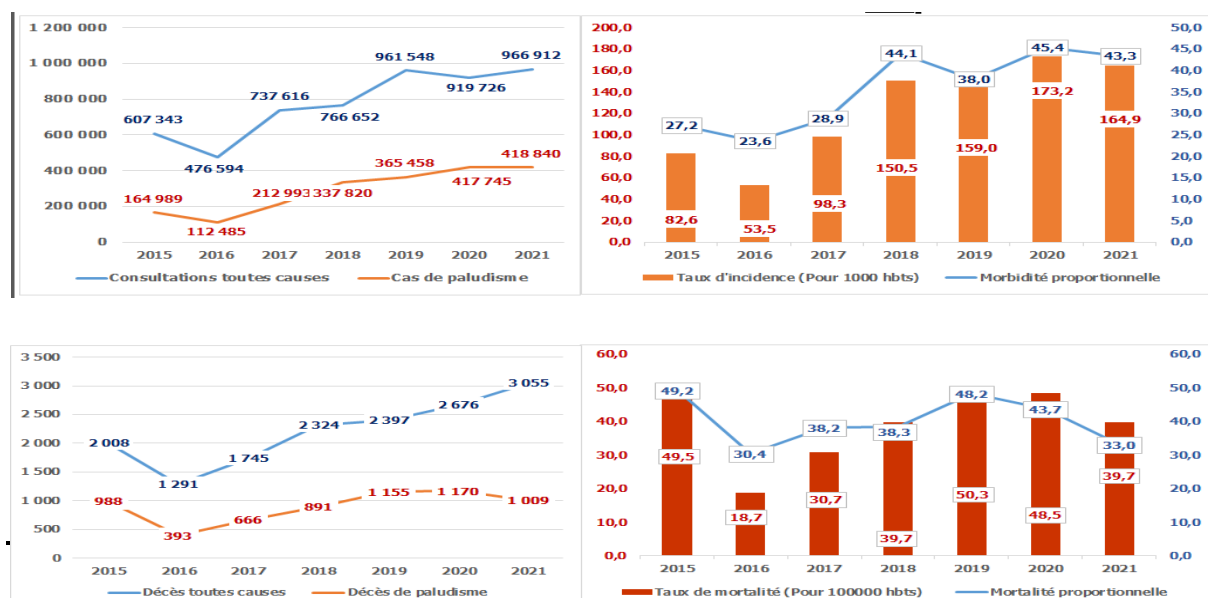
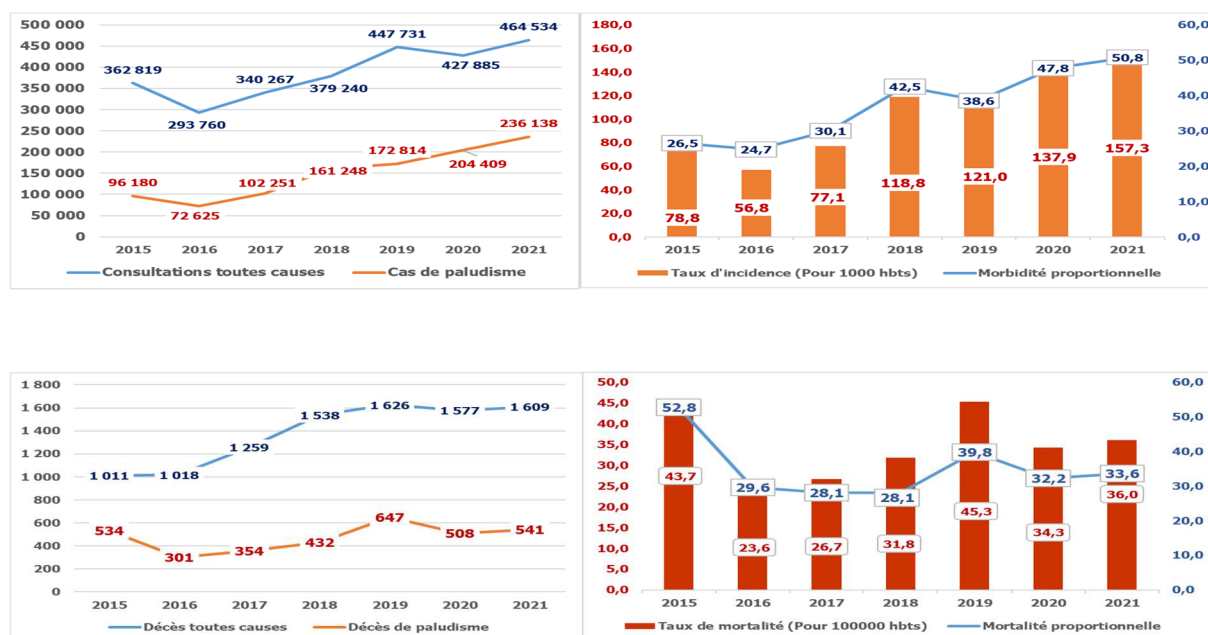
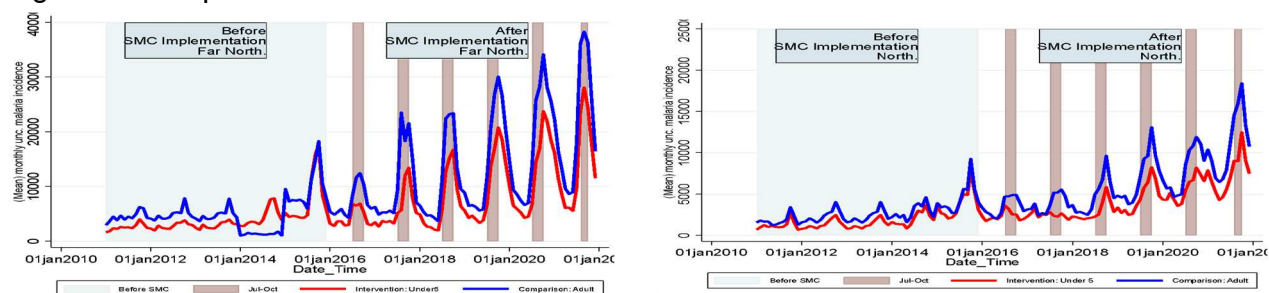


Figure 12. Evolution des tendances épidémiologiques dans la région du Nord de 2015 à 2021
(Source: DHIS2)



Ces graphiques démontrent que depuis 2017, il y a une augmentation constante des cas rapportés de toutes les maladies, liée probablement à une amélioration du système de rapportage et surtout à l'introduction du DHIS2. Cependant, malgré que les cas de paludisme aient aussi augmenté, il y a une inflexion progressive de la courbe à partir de l'année 2021. Quant à la mortalité proportionnelle et même le nombre des décès, ces deux indicateurs ont clairement amorcé la descente.

Figure 13 : Impact de la CPS de 2016 à 2021



L'analyse détaillée et approfondie des données de lutte contre le paludisme

a permis d'identifier les principales interventions responsables de l'augmentation apparente de l'incidence du paludisme dans les régions du Nord et de l'Extrême Nord : Il s'agit entre autres :

- Des activités de renforcement des capacités des prestataires de soins ;
- L'expansion des acteurs pour la prise en charge communautaire ;
- L'augmentation des structures qui rapportent les données dans DHIS2 ;
- L'équipement et le renforcement des capacités des Personnels en charge des examens de diagnostic du paludisme ;
- Des activités de sensibilisation et de communication ;
- Des activités d'amélioration de la qualité des données ;
- Ces interventions ont toutes eu pour effet immédiat l'amélioration de la détection et du rapportage des cas de paludisme.

Ainsi, en marge de ces interventions qui accroissent inéluctablement la détection des cas de paludisme, ces analyses d'impact montrent ainsi que la CPS 2021 a été (ou pourrait être) responsable de :

28% de réduction des cas de paludisme simple et grave (31% à l'Extrême Nord et 19% au Nord)

24% de réduction des cas d'hospitalisation dues au paludisme grave (27% à l'Extrême Nord et 28% au Nord)

30% de réduction des décès dus au paludisme (30% à l'Extrême Nord et 27% au Nord)

LIMITATIONS DE LA CAMPAGNES CPS, DEFIS ET REPONSES

A l'instar de toute intervention de santé mise en œuvre à large échelle, la CPS a connu plusieurs défis et fait face à des contraintes aux rangs desquels :

L'insécurité : certaines zones de l'Extrême-Nord ou du Nord sont encore en état d'insécurité, ce qui limite parfois la mise en œuvre et le suivi de la campagne. Si les menaces terroristes sont déjà connues et des mesures appropriées d'anticipation prises lors de la planification, il y a cependant des crises sporadiques qui ont sévi en 2021 dans le Département du Logone & Chari et qui étaient totalement imprévues. Le PNLP et ses partenaires ont mis en place des mécanismes de coordination et de suivi, notamment les réunions d'évaluation de fin de cycle qui ont permis à chaque région d'adapter la stratégie au contexte en cours.

La pandémie à COVID-19, depuis l'année 2020, a entraîné une perturbation de la mise en œuvre de plusieurs activités. Malgré une situation très complexe, le

PNLP et ses partenaires (notamment PMI), ont adapté la stratégie CPS au contexte afin de limiter la propagation de COVID-19. Cette approche, inspirée des recommandations de l'OMS, a évité la suspension de cette intervention auprès des populations bénéficiaires.

L'inaccessibilité géographique : La période de mise en œuvre de la CPS est la saison pluvieuse qui se caractérise par des inondations dans plusieurs Districts de Santé des régions du Nord et de l'Extrême Nord. Il s'en suit des mouvements des populations et la difficulté d'atteindre certains villages. La stratégie a été adaptée pour impliquer de plus en plus les communautés locales à travers les agents de santé communautaires, les membres des associations des femmes, les crieurs et même certains chefs des ménages. Ceux-ci vivant dans la population à desservir, pouvaient facilement les atteindre en cas de mouvement ou de difficulté d'accès.

La faible implication des autorités politico-administratives : depuis 2020, avec la survenue de la pandémie, le lancement de la campagne CPS, impliquant des hautes personnalités politico-administratives, a été suspendu. Cette activité qui permettait à l'autorité politique de fédérer les forces vives locales autour de l'activité n'a pas trouvé d'équivalent à ce jour. Il serait important d'y réfléchir pour remettre l'autorité politique au premier plan de sensibilisation pour la CPS.

Les difficultés de suivi de l'activité : vu son étendue et son intensité sur terrain, la CPS est une activité difficile à suivre. Malgré le nombre élevé des superviseurs (près de 2000) sur terrain, il a été constaté un relâchement au fur et à mesure des cycles et surtout au niveau le plus important de la chaîne, c'est-à-dire la supervision de proximité. Lors de l'évaluation de la CPS 2021, tous les experts se sont accordés à cette tâche aux communautés locales telles que les Organisations à base Communautaires (OBC) et réseaux d'associations des femmes pour les campagnes à venir.

Faible mobilisation des ressources : si les ressources se sont avérées nombreuses aux campagnes initiales, il est constaté une réduction des contributeurs au fil des temps. Actuellement, PMI est le seul partenaire mobilisant la quasi-totalité des fonds de cette activité. Il serait important que certaines activités telles que la pharmacovigilance, pourtant importantes, puissent recevoir assez de fonds.

La mesure de l'impact de la CPS en elle-même représente un défi pour plusieurs pays mettant en œuvre cette intervention en Afrique. L'évaluation rétrospective des interventions de lutte contre le paludisme, conduite actuellement par le PNLN sous la conduite de l'OMS présente une opportunité pour revoir la méthodologie de cette évaluation de l'impact de la CPS.

18.2.4.1.4 Stratégie 3.3.1.: Traitement Préventif Intermittent chez les nourrissons (TPIIn-SP)

Les interventions relatives à la mise en œuvre de cette stratégie ont été inscrites au PTA 2021 du PNLP. Au 31 décembre 2021, seules certaines activités préparatoires ont été mis en œuvre, aux rangs desquelles les ateliers de co-conception de l’approche de mise en œuvre du TPI_n et TPI_n + et celui de l’élaboration du guide de mise en œuvre.

18.2.4.1.5 Stratégie 3.4.1: Distribution en routine des MILDA

Dans la poursuite de l’objectif stratégique d’ «amener au 80% de la population du Cameroun à dormir sous la MILDA d’ici à 2023 », les interventions relatives aux deux stratégies de distribution de MILDA ont été inscrites au PTA 2021 du PNLP : la distribution en routine intégrée d’une part à la Consultation Pré Natale (CPN) des femmes enceintes, et d’autre part à la Vaccination en routine des enfants 0-23 mois, et la distribution en campagne de masse.

La distribution des MILDA en routine aux femmes enceintes en CPN s’est poursuivie en 2021 dans les FOSA du pays. Globalement, sur toutes les femmes venues en CPN, seulement 40% ont reçu leur MILDA. L’analyse par région montre que seulement 03 régions dans lesquelles le pourcentage des femmes enceintes ayant reçues les MILDA en CPN a dépassé les 50%. il s’agit notamment des régions de l’Extrême-Nord, le Nord-Ouest et le Sud-ouest (Tableau 15). Ce faible taux de distribution est en partie dû à l’absence des MILDA dans les FOSA, les MILDA pour la distribution de routine en 2021 n’ayant été livrée qu’en fin de l’année.

Tableau 15 : Traitement préventif intermittent et distribution des MILDA aux femmes enceintes reçues en CPN dans les formation sanitaires du Cameroun en 2021

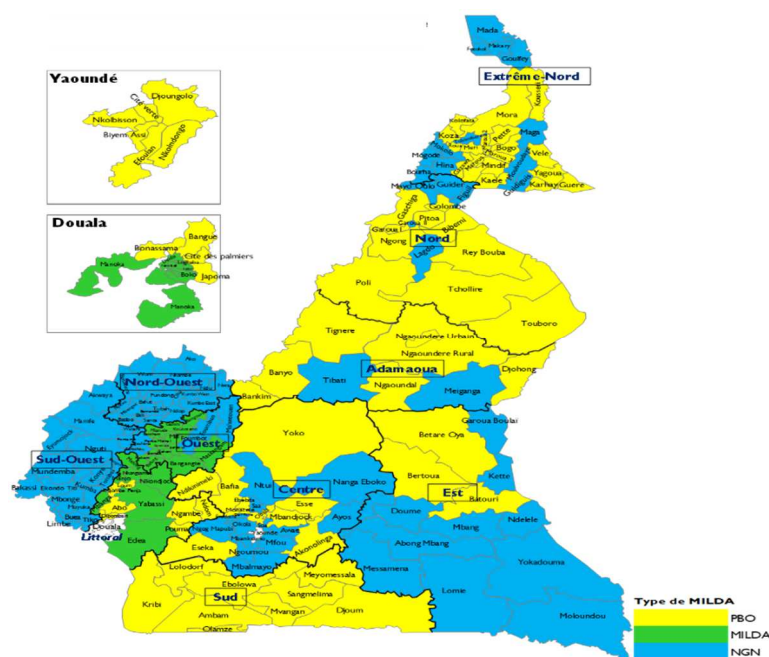
REGION	Femmes enceintes vues en CPN	Nombre de femmes enceintes ayant reçu le TPI				Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu le TPI 3	Nombre de femmes enceintes ayant reçu une MILDA	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu une MILDA
		TPI 1	TPI 2	TPI 3	TPI 4			
ADAMAOUA	54 471	45 234	35 584	27 003	16 888	49.6%	14 740	27.1%
CENTRE	109 010	68 998	50 291	35 356	19 203	32.4%	15 398	14.1%
EST	49 787	40 972	33 271	25 548	11 942	51.3%	5 586	11.2%
EXTREME-NORD	150 471	91 323	69 487	49 621	32 747	33.0%	101 845	67.7%
LITTORAL	83 287	50 114	40 057	30 165	17 139	36.2%	34 912	41.9%
NORD	111 711	73 268	62 557	51 286	36 828	45.9%	50 768	45.4%
NORD-OUEST	34 531	23 461	19 528	14 981	7 044	43.4%	21 571	62.5%
OUEST	61 477	42 625	32 343	23 907	12 360	38.9%	12 241	19.9%
SUD	13 553	11 242	7 420	5 903	4 027	43.6%	3 562	26.3%
SUD-OUEST	20 554	18 087	14 665	11 708	5 689	57.0%	14 954	72.8%
CAMEROUN	688 852	465 324	365 203	275 478	163 867	40.0%	275 577	40.0%

18.2.4.1.5.1 Intervention 3.4.1.1: Approvisionnement en MILDA pour la distribution de routine

Une quantité de MILDA acquis pour la distribution de routine aux femmes enceintes (FE) et les enfants cibles du PEV de routine est arrivée dans le pays en décembre 2021 et sont stockées dans les magasins régionaux en attente de transport vers les formations sanitaires du pays par le partenaire du PNLP en charge de cette activité, le Programme Alimentaire Mondial (PAM).

Pour faire face à la résistance des vecteurs aux insecticides actuellement documentée dans le pays, une cartographie par district de santé de 3 types de MILDA (MILDA standard, MILDA+PBO et MILDA avec 2 insecticides actifs) a été établie sur la base du niveau de risque palustre issu de la stratification et des données de résistance des vecteurs aux insecticides (figure 14, tableau 16)

Figure 14 : Carte de répartition des types de MILDA par District de santé en 2021



MILDA : MILDA ordinaire imprégnées de pyréthriinoïdes ; **PBO** : MILDA + Piperonyl butoxyde (PBO) ; **NGN** : New generation Net, MILDA imprégnées de deux insecticides de familles différentes

Tableau 16 : Répartition des quantités par types de MILDA acquis en 2021 et destinées à la distribution aux femmes enceintes de 2021 à 2022

A.	Région	Quantité MILDA ordinaires	Quantité MILDA +PBO	Quantité MILDA NGN
	Adamaoua	-	37 500	9 250
	Centre	-	96 900	26 500
	Est	-	15 600	19 000
	Extrême Nord	-	117 950	70 450
	Littoral	55 400	33 000	-

A.	Région	Quantité MILDA ordinaires	Quantité MILDA +PBO	Quantité MILDA NGN
	Nord	-	71 700	40 050
	Nord-Ouest	-	-	66 850
	Ouest	47 900	-	26 100
	Sud	-	22 200	-
	Sud-Ouest	-	-	52 050
	TOTAL	103 300	394 850	310 250

Au 31 décembre 2021, seules les MILDA Ordinaire et MILDA+PBO étaient disponibles au niveau du pays

18.2.4.1.5.2 Intervention 3.4.1.2: Marketing social

La distribution des MILDA à travers le marketing social s'est poursuivie en 2021 au travers de l'Association Camerounaise pour le Marketing Social (ACMS). De 2016 à 2021, une quantité 106 502 MILDA ont été distribuées par ce canal (tableau 17)

Tableau 17 : Récapitulatif de la Distributions MILDA en stratégie marketing social par le Partenaire de ACMS de 2016 à 2021

A.	Années de distribution	Quantités distribuées
	2016	39178
	2017	25283
	2018	9188
	2019	11817
	2020	12052
	2021	8984
	TOTAL	106502

18.2.4.1.6 Stratégie 3.4.2: Distribution de masse des MILDA

S'agissant de la stratégie de distribution de masse des MILDA, les activités relatives à la 3^{ème} Campagne de distribution de masse de MILDA ont continué d'être mises en œuvre, notamment pour la Région du Sud-Ouest.

18.2.4.1.6.1 Intervention 3.4.2.1: Approvisionnement en MILDA pour la campagne de distribution de masse

Une quantité de 1 062 717 MILDA acquise au titre de la 3^{ème} campagne distribution de masse a été reçue en 2021 au magasin régional du Sud-Ouest. Bien plus, dans le cadre de la préparation de la 4^{ème} campagne de distribution de masse des MILDA 2022-2023, les quantifications des besoins ont été faites et les commandes passées sous financement Fonds Mondial selon la répartition ci-après : (tableau 18).

Tableau 18 : Répartition des MILDA campagne 2022-2023 commandées en vue de la production, transport et livraison par le PNLP (financement Fonds Mondial)

Marque MILDA		<i>Duranet Plus rect 150d</i>	<i>Olyset Plus Rect 135d</i>	<i>Permanet 3.0 rect 100d</i>	<i>MAGNet rect 150d</i>	<i>Olyset rect 150d</i>	<i>Interceptor G2 rect 100d</i>	Total
Type MILDA		MILDA+PBO			MILDA Ordinaire		MILDA NGN	
Phase1	Adamaoua	395 850		295 000			170 000	860 850
	Extrême Nord	1 891 150					1 129 600	3 020 750
	Nord	1 204 600					673 250	1 877 850
Phase2	Est		331 900				404 650	736 550
	Littoral		961 350		1 594 050			2 555 400
	Ouest					889 000	484 300	1 373 300
Phase3	Nord-Ouest						1 476 500	1 476 500
	Sud-Ouest						1 220 700	1 220 700
Total		3 491 600	1 293 250	295 000	1 594 050	889 000	5 559 000	13 121 900

18.2.4.1.6.2 Situation de l'approvisionnement des MILDA campagne au 31 décembre 2021

L'approvisionnement des MILDA de la campagne 2022-2023 est assuré par la Fondation IDA et les livraisons effectuées en région e. La réception et stockages des MILDA au niveau des régions, ainsi que le transport de la région aux magasins des aires sont assurés par le Programme alimentaire Mondial q.

Au 31 décembre 2021, 9% des 13 121 900 MILDA attendues ont été reçues et entreposées au niveau des magasins régionaux du PAM, soit 1 135 602 de MILDA.

18.2.4.1.6.3 Intervention 3.4.2.2: Renforcement des capacités des acteurs de la campagne de distribution de masse des MILDA

Les interventions de renforcement des capacités des acteurs de la campagne de distribution de masse de MILDA ont été menées au titre de la 3^{ème} campagne de distribution dans la Région du Sud-Ouest.

18.2.4.1.6.4 Intervention 3.4.2.3: Distribution de masse des MILDA

La distribution de masse dans la région du Sud-ouest a été planifiée en deux phases : une phase pour les districts de santé à risque sécuritaire faible, et une autre pour les districts à forte insécurité. En 2021, la distribution de masse a été effective dans les DS à risque sécuritaire faible. Il s'agissait des districts de santé de e Buea, Tiko, Limbe et Muyuka. Le tableau 20 ci-dessous présente la synthèse des résultats clés (MILDA distribuées, Ménages Servis, Populations couvertes).

Tableau 19: synthèse des résultats de la première phase de la 3^{ème} campagne de distribution de masse de MILDA dans le Sud-ouest en 2021

District	Nombre de MILDA livrer aux Aires	Quantite MILDA à distribuer	Nombre de ménages servis	Nombre MILDA distribué	Population couverte	Cible			Indicateurs				Balance
						Ménage	Population	MILDA	Couverture MILDA	Couverture Population	Couverture MILDA	Taux de MILDA distribuée	
Buea	96 850	95 906	36 871	95 755	181 100	34 770	173 730	98 650	106%	104%	97%	99%	151
Limbe	102 450	109 592	42 616	108 953	207 330	40 406	201 803	114 750	105%	103%	95%	106%	639
Muyuka	47 600	43 890	16 668	43 690	78 133	23 236	115 958	65 900	72%	67%	66%	92%	200
Tiko	89 650	91 204	35 078	90 470	165 368	31 603	157 784	89 650	111%	105%	101%	101%	734
Total	336 550	340 592	131 233	338 868	631 931	130 015	649 275	368 950	101%	97%	92%	99,5%	1 724

18.2.4.1.6.5 Intervention 3.4.2.4: Suivi et Evaluation des activités de la Campagne de distribution de masse des MILDA

La suivi évaluation de la 3^{ème} phase de la campagne de distribution des MILDA dans la Région du Sud-Ouest a été effectué à travers :

- La mise à jour des outils de gestion des données ;
- La mise à jour du paramétrage des outils de collecte des données dans la plateforme Dhis2 ;
- la collecte, l'analyse et l'utilisation des données journalières (dénombrement, distribution, logistique);
- La supervision de la mise en œuvre à tous les niveaux (région, District, aire de santé), et de tous les volets de la campagne (microplanification, formation, communication, logistique, la gestion financière, le suivi évaluation).

La supervision technique s'est effectuée sur 11 jours dans les districts de santé de Buea, Tiko, Muyuka et Limbe. Cette supervision était facilitante et formative et a permis de corriger les erreurs constatées.

Par ailleurs, aucune étude sur la durabilité n'a été organisée en 2021, les MILDA 2019 étant arrivées en fin de vie. Ainsi, une étude de la durabilité n'aurait pas été opportune sur les MILDA de 2019. Une contractualisation avec des partenaires où des laboratoires de recherche permettraient une mise en œuvre optimale de cette intervention.

18.2.4.1.7 Stratégie 3.5.1: Pulvérisation Intra-Domiciliaire (PID)

Au cours de l'année 2021, aucune activité relative à la stratégie de pulvérisation Intra-Domiciliaire n'a été menée.

18.2.4.1.8 Stratégie 3.6.1: Lutte Anti-Larvaire (LAL)

Au cours de l'année 2021, aucune activité relative à la stratégie de Lutte Anti Larvaire n'a été menée. Toutefois, les résultats issus de l'étude pilote menés par l'OCEAC dans la ville de Yaoundé seront capitalisés.

18.2.4.1.9 Stratégie 3.7.1: Gestion de la résistance aux insecticides

Au cours de l'année 2021, trois importants documents de gestion de la résistance ont été élaborés ou mis à jour et validés, à savoir :

- La Stratégie nationale de gestion intégrée des vecteurs ; sa production et dissémination par l'OMS est en attente.

- Le Plan national de gestion de la résistance des vecteurs du paludisme aux insecticides ; Sa production par l'agent de PMI (Vectorlink) est attendue.
- Le Profil entomologique du paludisme du Cameroun 2021 . Sa production par le PNLP est attendue
- Une instance de gestion de la résistance a été mis en place. Il s'agit du « Vector Comitee Group » pour accompagner le PNLP dans la prise de décisions du choix des outils de lutte antivectorielle dans le pays. Le conflit de calendrier en 2021 n'a pas permis de tenir les réunions planifiées.

Quant à l'**approvisionnement en équipements et intrants pour la surveillance entomologique**, les marchés relatifs à l'acquisition des intrants et matériel de surveillance entomologique passé en 2021 n'ont pas été livrés. Cette situation a complexifié la mise en œuvre les enquêtes de la surveillance entomologique.

18.2.4.1.9.1 Intervention 3.7.1.1.: Renforcement des capacités des acteurs eà la surveillance entomologique

La capacité des acteurs du niveau régional et district a été renforcée en 2021 par l'entremise de l'agence Vectorlink et CRID-PAMCA-PNLP.

L'agence Vectorlink a mené des formations de 05 jours dans les régions de l'Est et de l'Adamaoua. Cette formation a été appuyée par le PNLP.

Une autre formation a été faite par la « Pan-African Mosquito Control Association » (PAMCA) en collaboration avec le CRID (Centre for Research in Infectious Diseases) (CRID) et le PNLP. La formation a duré 12 jours et a mobilisé 15 techniciens et ingénieurs du génie sanitaire des 10 régions du pays.

18.2.4.1.9.2 Intervention 3.7.1.2.: Collecte et analyse des données de la résistance aux insecticides

18.2.4.2 PRISE EN CHARGE DU PALUDISME

18.2.4.2.1 Stratégie 3.8.1: Diagnostic biologique du paludisme

Dans le cadre du processus du suivi de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme, et afin de répondre aux objectifs du plan stratégique national, le PNLP s'est fixé pour objectifs d'améliorer entre autre la qualité du diagnostic et du traitement des cas de paludisme dans les FOSA , en communauté

, aussi bien dans le secteur public que privé.

Le diagnostic de qualité du paludisme demeure une intervention essentielle dans le contexte actuel de lutte contre le paludisme. Les directives nationales de prise en charge des cas de paludisme recommandent de confirmer tous les cas suspects avant de les soumettre à un traitement. Ceci permettrait non seulement d'estimer le réel fardeau de la maladie, mais aussi d'utiliser de manière rationnelle les ressources disponibles.

L'année 2021 a été marquée par l'acquisition des intrants pour le diagnostic biologique du paludisme en vue de mettre en place le système d'assurance qualité et de contrôle qualité du diagnostic du paludisme.

18.2.4.2.1.1 Intervention 3.8.1.1: Approvisionnement en intrants pour le diagnostic du paludisme

Au cours de l'année 2021, les interventions et activités suivantes ont été menées :

- Le paiement des frais d'assurances et de fret ;
- L'Approvisionnement en Tests de Diagnostic Rapide (TDR) pour les Interventions Sous-Directives Communautaires (ISDC) et paiement des frais y relatifs
- Assurance qualité et contrôle qualité du traitement du paludisme
- Paiement des frais de gestion du SYNAME
- Approvisionnement en TDR pour le secteur privé et frais y relatifs,
- L'assurance qualité et contrôle qualité des TDR avec les coûts de distribution dans le pays .
- Acquisition des réactifs et autres intrants pour la microscopie
- Paiement des frais de magasinage
- La commande et acquisition des intrants pour le diagnostic biologique notamment:
 - 1 693 750 TDR pour le diagnostic biologique du paludisme et le stock au 31 décembre 2020 était de 916 852
 - 23 microscopes donc 20 pour les sites sentinelles
 - De l'huile à immersion (13 flacons de 100 ml)
 - 40 flacons de 500ml de Giemsa,
 - 30 rouleaux de cotons hydrophiles
 - 83 boites de 100 papiers filtres

- 49 boîtes de gants de nitrite
- 36 boites de 50 lames porte-objets
- 15 flacons de solution tamponnées PH=7
- 20 flacons de 1l méthanol pur
- 11 ampoules pour microscopes
- 24 rallonges électriques
- 2 sachets Malachite Oxalate green 100mg
- 155 petits compteurs manuels
- 280 boites de 50 lames porte objet
- 280 boîtes de rangement de 50 lames chacune pour le transport
- Des paquets de papier filtre
- Eau tamponnée,

Par ailleurs , les intrants suivants ont été acquis sous financement PMI et mis à la disposition des Régions du Nord et de l'Extrême Nord : (voir CUGPP (Dr Mota))

18.2.4.2.1.2 Intervention 3.8.1.2: Renforcement des capacités les prestataires de soins en matière de diagnostic du paludisme

Le personnel a été formé à différents niveaux sur le diagnostic biologique de qualité du paludisme par TDR et goutte épaisse.

Au total 3902 personnels ont été formés (tableau 20);

Tableau 20 : Profil du taux de réalisation des formations aux directives de prises en charge du paludisme à différents niveaux du système de santé en 2021

Formation des centraux pour la formation des prestataires sur les nouvelles directives de lutte contre le paludisme	CIBLE(S)	REALISATION(S)	TAUX DE REALISATION
Formation des biologistes du niveau central au diagnostic biologique de qualité	25	25	100%
Formation des biologistes et techniciens de laboratoire au diagnostic biologique du paludisme du niveau régional	401	335	83%
Formation des techniciens de laboratoire au diagnostic biologique du paludisme au niveau district de santé (DS)	2000	843	42%

TOTAL FORMES	3902	1203	49%
---------------------	-------------	-------------	------------

Commentaires : le taux insuffisant de réalisation de cette activité vient de ce que le budget validé s'est avéré être insuffisant du fait de la prise en compte des aspects COVID 19 et du surcoût des intrants nécessaire à la tenue des sessions pratiques.

18.2.4.2.1.3 Intervention 3.8.1.3: Mise à jour des documents normatifs sur le diagnostic du paludisme

Au cours de l'année 2021, les SOP pour le diagnostic biologique de qualité du paludisme ont été mis à jour avec l'appui d'Impact Malaria, soit un total de 24 SOP répartis ainsi qu'il suit :

- 17 SOP pour le diagnostic du paludisme;
- 7 SOP pour l'assurance qualité et le contrôle qualité du diagnostic biologique du paludisme;

Dans les FOSA, un total de 4 513 640 (94,2% des cas suspects) patients ont bénéficié d'un diagnostic biologique par TDR et GE. La répartition des tests réalisés se fait ainsi qu'il suit :

- 3 007 651 tests de diagnostic rapide et
- 1 505 989 gouttes épaisses pour la microscopie.

Il résulte des actions ci-dessus mentionnées une performance de 95% dans la réalisation du diagnostic parasitologique des cas suspects de paludisme dans les formations sanitaires publiques en 2021 (tableau 21)

A l'échelle nationale, le type de test le plus utilisé est le TDR (66,8%). Toutefois, le taux d'utilisation par type de test varie d'une région à l'autre. Ainsi, le TDR est plus utilisé dans 8 régions sur 10 (de 86% à l'Extrême-Nord à 51,9% au Sud-Ouest) et la microscopie est plus utilisée dans 1 région sur 10, notamment la région du Littoral (55,8%) (confère Profil du taux de diagnostic parasitologique par types de tests effectués et par région en 2021).



18.2.4.2.1.4 Intervention 3.8.1.4: Assurance qualité du diagnostic biologique du paludisme

Dans le cadre de la mise en œuvre de « l'assurance qualité du diagnostic biologique du paludisme », plusieurs activités et tâches ont été réalisées à savoir :

- La dissémination du guide qualité de diagnostic du paludisme;
- La mise à jour des SOPs sur la qualité du diagnostic biologique;
- L'élaboration des modules sur la qualité du diagnostic et leur prise en compte dans la formation des biologistes et techniciens de laboratoire;
- L'analyse des échantillons de lames et cassettes de TDR.

Activités en cours de mise en œuvre ;

- Acquisition des boîtes de rangement, lames, huile à immersion. Ces intrants sont en cours de répartition;
- Sélection de 3 experts nationaux en charge du contrôle des lames faites;
- Sélection des 30 premières FOSA à enrôler,
- Rédaction des TDR pour la mise en place du système et transmission aux coordonnateurs des régions et aux experts chargés de recevoir et contrôler les lames;
- Formation de 50 experts régionaux en cours, pour assurer le relais du contrôle de lames en routine au niveau régional. La suite de la mise en œuvre de cette activité se fera en 2022.
- Supervision des techniciens de laboratoire dans les autres structures par les responsables formés : Activité mise en œuvre dans les régions du Nord et Extrême-nord, non encore débutée dans les 8 autres régions et reportée en 2022.

-

18.2.4.2.2 Stratégie 3.9.1: Prise en charge du paludisme dans les formations sanitaires

Au cours de l'année 2021, la prise en charge du paludisme a continué dans les formations sanitaires et en communauté. Dans les FOSA, elle a concerné le secteur public et privé. Le guide diagnostic du paludisme révisé en 2019 a continué d'être distribué, et les capacités des personnels de santé à différents niveaux ont continué d'être renforcées par des formations, des supervisions formatives, des briefings et dans le cadre du mentoring.

- Le diagnostic du paludisme

Un total de 3 069 521 cas de paludisme ont été confirmés dans les FOSA en 2021 (confère tableau taux de positivité des examens de diagnostic dans les FOSA par région).

Par ailleurs, on observe une différence des taux de positivité au TDR et à la GE variant d'une région à une autre. Dans l'ensemble l'écart n'est pas significatif. Les valeurs les plus élevées sont retrouvées dans les régions de l'Est et du Nord (Confère analyse comparative des taux de positivité des TDR et de la microscopie par région). de même on remarque une disparité de ce taux selon les groupes cible et le statut des FOSA (Confère taux de positivité des tests diagnostic du paludisme selon les groupes cibles et selon le statut de la FOSA).

-
Tableau 23: :

- Traitement du paludisme simple dans les FOSA

A l'échelle nationale, la molécule Artéméther + Luméfantrine (AL) a été l'ACT le plus utilisé dans le traitement du paludisme simple dans les formations sanitaires (73,3%) suivi de ASAQ (11,0%). Il est à noter que l'ASAQ n'est pas utilisé dans les régions du Nord et de l'Extrême Nord pour éviter la résistance à l'amodiaquine déjà utilisée dans le cadre de la CPS dans ces régions (Confère répartition des cas de paludisme simples traités selon les différentes molécules).

Le respect des directives est plus important chez les moins de 5 ans. La région du Centre est celle qui enregistre la performance la plus basse (73%) en ce qui concerne le traitement de première ligne (confère nombre de cas de paludisme simples traités par ACT chez les enfants de moins de 5 ans).

Concernant la prise en charge du paludisme simple chez la femme enceinte, 54,3% des cas ont été traités avec un ACT, parmi lesquels 50,9% étaient des ACT de première ligne. (Confère répartition par région du nombre de cas de paludisme simple traités chez les femmes enceintes)

- **Le traitement du paludisme grave**

En ce qui concerne le paludisme grave, la performance dans le traitement par l'artésunate injectable, médicament recommandé en première intention par les Directives nationales a été de 44,5%. Les meilleures performances ont été enregistrées dans les Régions du Sud-Ouest (59%), de l'Extrême Nord (54%) et du Littoral (53%) (Confère répartition par région du nombre de cas de paludisme graves traités dans les FOSA). Le pourcentage des cas graves traités par l'artésunate injectable dans les FOSA public et privés reste autour de 44% (confère traitement du paludisme grave selon le statut de la FOSA).

~~Figure 18: Répartition des molécules utilisés pour le traitement des cas de paludisme grave~~

- **Respect de la gratuité**

Au niveau national, 50% d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme ont été traités gratuitement en 2021. Parmi lesquels 55,2% et 44,8% étaient respectivement des cas de paludisme simple et graves (Confère répartition par région du nombre de cas de paludisme traité gratuitement).

18.2.4.2.2.1 Intervention 3.9.1.1: Approvisionnement en intrants pour le traitement du paludisme

Au cours de l'année 2021, l'intervention « Approvisionnement en intrants pour le traitement du paludisme » a été mise en œuvre à travers:

- La Commande et l'acquisition des intrants ; ACT, Artésunate injectable et ,Payement des frais assurances et freight
- Approvisionnement des intrants pour les ISDC et payement des frais y relatifs
- Approvisionnement en intrants pour le secteur privé et frais y relatifs, Assurance qualité et contrôle qualité intrants PEC, Coût de distribution dans le pays

Au total, le Programme avec l'appui des partenaires a acquis ce qui suit :

- 1 760 836 doses d'ACT (714 396 doses PMI et 1 046 440 par FM) ;
- 2 364 760 ampoules d'artésunate injectable 60mg (777 000 ampoules PMI et 1 587 760 FM) ;
- 1 850 152 doses de TPI (675 452 doses PMI et 1 174 700 doses FM) ;
- 56 734 boîtes de 2 suppositoires (FM).

Coordination des activités de gestion de la chaîne d'approvisionnement pour une prise en charge adéquate des cas

Au cours de l'exercice 2021, GHSC-PSM a fourni un appui technique et financier à la Direction de la Pharmacie du Médicament et des Laboratoires (DPML) pour l'organisation de deux (2) réunions trimestrielles de coordination de la chaîne d'approvisionnement au niveau central. Il s'agit d'une plateforme de coordination des actions des intervenants du SYNAME notamment la DPML, les Partenaires, la Société

Civile ainsi que les programmes de santé, en vue de garantir une disponibilité continue des intrants à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement. Ces réunions ont été une opportunité pour la mise à jour trimestrielle du plan d'approvisionnement et pour la conduite des échanges sur les rôles et les responsabilités de chaque partie prenante. Bien plus les Points Focaux GAS des districts et quelques personnes ciblées au niveau de la DPML ont été formées à la gestion des stocks et des données en réponse à l'une des recommandations de ladite réunion. Par ailleurs le Personnel de la DPML, du PNLP ont aussi été formé à la saisie, l'analyse et à l'utilisation des données de Quantification Analytic tool(QAT) pour la prise de décision.

Dans le but d'améliorer la qualité des données utilisées pour la quantification des besoins, GHSC-PSM a facilité la tenue des réunions mensuelles de validation des données au niveau de la DPML. Ces réunions ont permis d'améliorer la disponibilité des données nécessaire à la planification des approvisionnements.

GHSC-PSM donne un appui au ministère de la Santé depuis 2021 en prenant en charge la formation de 22 personnels de santé du niveau central et régional sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement et des achats de produits de santé à l'international à travers l'empower school of health.

Au niveau des régions du Nord et de l'Extrême-Nord, GHSC-PSM a facilité la tenue des réunions régionales trimestrielles de coordination des approvisionnements. Ces réunions ont permis aux participants notamment les partenaires techniques et financiers, les représentants des délégations régionales, des Districts et des formations sanitaires etc., d'échanger sur la plus-value du système d'allocation recommandée par l'évaluation EUV 2020 et de l'adopter comme approche adéquate pour améliorer la couverture des sites pendant la distribution sur site des intrants.

18.2.4.2.2.1 Situation des intrants antipaludiques à la CENAME en 2022

Tableau 24 : Synthèse des mouvements de stock des intrants antipaludiques à la CENAME de janvier à décembre 2021

Désignation	Stock au 31/12/2020	Quantité reçue en 2021	Quantité distribuées en 2021	Quantité périmée	Stock au 31/12/2021
Artésunate + Amodiaquine 100/270 mg (3 cp) (Plaquettes)	7631	82350	74 719	0	0
Artésunate + Amodiaquine 100/270 mg (6 cp) (Plaquettes)	0	128400	150 550	0	22150
Artésunate + Amodiaquine 25/67,5mg (3 cp) (Plaquettes)	18 186	54450	90239	0	53975
Artésunate + Amodiaquine 50/135mg (3 cp) (Plaquettes)	25	109900	110475	0	600
Artesunate 60mg injectable (Ampoules)	362 460	2381640	2073755	0	54575
Artemether +Luméfántrine 20/120 (6*1) Cp (Plaquettes)	498 520	30120	424000	0	44400
Artemether +Luméfántrine 20/120 (6*2) Cp (Plaquettes)	493 484	219840	225644	0	48000
Artemether +Luméfántrine 20/120 (6*3) Cp (Plaquettes)	318 048	164640	1908	0	151500

Désignation	Stock au 31/12/2020	Quantité reçue en 2021	Quantité distribuées en 2021	Quantité périmée	Stock au 31/12/2021
Artemether +Luméfántrine 20/120 (6*4) Cp (Plaquettes)	113 922	256740	143058	0	240
Gants d'Examen (Boîtes de 100)	0	0	0	0	0
MALARIA Ag Pf/Pan (Tests)	916 852	1 693 750	1726348	0	949450
Sulfadoxine + Pyriméthamine + Amodiaquine 250/12,5/76,5mg Cp (Plaquettes)1	/	0	0	0	0
Sulfadoxine + Pyriméthamine + Amodiaquine 250/12,5/76,5mg Cp (Plaquettes)2	/	0	0	0	0
Sulfadoxine + Pyriméthamine 500/25mg comprimés (Comprimés)	2508807	3524100	1 115 193	0	99900

(i) **Approvisionnement des FRPS en intrants antipaludiques par la CENAME en 2021**

Tableau25: Synthèse des mouvement de stock d'ACT de la CENAME vers les FRPS de janvier à décembre 2021.

Désignation du CAPR/FRPS	ASAQ 25/67,5mg (B/25)	ASAQ 50/135mg (B/25)	ASAQ 100/270mg, 3cp (B/25)	ASAQ 100/270mg 6cp (B/25)	AL 20/120mg (B/30)	AL 20/120mg g (B/30)	AL 20/120mg g (B/30)	AL 20/120mg g (B/30)
ADAMAOUA	-	427	275	1 025	2 848	2 680	1 210	288
CENTRE	-	460	350	800	2 650	4 100	1 892	1 404
EST	355	800	375	350	1 258	2 900	1 848	954
EXTREME NORD	NA	NA	NA	NA	3980	6 567	5 851	13 357
LITTORAL		375	230	400	1 817	2 200	1 672	1 426
NORD	NA	NA	NA	NA	2 653	4 377	4 938	9 999
NORD-OUEST	344	480	320	370	1 450	2 350	1 780	1 648
OUEST		684	400	500	1 375	2 275	2 068	554
SUD		420	300	946	2 120	2 475	1 016	1 136
SUD-OUEST		750	300	603	3 050	1 790	793	1 144
TOTAL	699	4 396	2 550	4 994	23 201	31 714	23 068	31 910

Tableau 26: Synthèse des Quantités de TDR, artésunate injectable et SP livrées aux régions de janvier à décembre 2021

Désignation du CAPR/FRPS	Tests de Diagnostic Rapide (boîte de 25 TDR)	Artésunate injectable 60mg (ampoules)	Sulfadoxine Pyriméthamine 500/25 mg (b/150cp)	Sulfadoxine Pyriméthamine + Amodiaquine (3 – 11 mois)	Sulfadoxine Pyriméthamine + Amodiaquine (12 – 59 mois)

ADAMAOUA	7 960	310 000	4 056	0	0
CENTRE	9 540	223 080	5 288	0	0
EST	8 620	196 800	4 770	0	0
EXTREME NORD	38 293	850580	8 964	660000	4080000
LITTORAL	4 262	371 600	5 694	0	0
NORD	26 869	568257	5 977	440000	2720000
NORD-OUEST	8 872	183 600	2 606	0	0
OUEST	13 520	157 280	1 840	0	0
SUD	11 080	82 800	1 232	0	0
SUD-OUEST	9 960	62 600	1 420	0	0
TOTAL	138 976	3 006 597	41 847	1 100 000	6 800 000

**(ii) Distribution des intrants
antipaludiques aux formations sanitaires**

Tableau 27: Synthèse des Quantités d'ACT distribuées aux formations sanitaires par les FRPS de janvier à décembre 2021

Désignation du CAPR/FRPS	ASAQ 25/67,5 mg (B/25)	ASAQ 50/135 mg (B/25)	ASAQ 100/270mg g, 3cp (B/25)	ASAQ 100/270 mg 6cp (B/25)	AL 20/120 mg (B/30)	AL 20/120 mg (B/30)	AL 20/120 mg (B/30)	AL 20/120mg (B/30)
ADAMAOUA	899	425	275	764	3 269	5 770	2 158	288
CENTRE	-	460	350	800	2 465	3 630	1 892	1 397
EST		800			1 613	1 688	-6 648	954
EXTREME-NORD	NA	NA	NA	NA	2 564	2 502	1 793	3 601
LITTORAL		292	52	21	1 277	1 657	1 340	1 175
NORD	NA	NA	NA	NA	6 244	7 380	4 474	10 111
NORD-OUEST	344	480	320	370	1 450	2 486	1 780	1 551
OUEST	-	684	601	397	1 375	2 275	1 882	622
SUD		305	519	1 518	1 614	2 475	926	1 136
SUD-OUEST	-	750	300	603	3 050	1 790	793	1 144
TOTAL	1 243	4 196	2 418	4 473	24 920	31 653	10 390	21 979

Tableau 28: synthèses des Quantités de TDR, artésunate injectable et SP distribuées aux formations sanitaires par les FRPS de janvier à décembre 2021.

FRPS	Tests de Diagnostic Rapide (boîte de 25 TDR)	Artésunate injectable 60mg (ampoules)	Sulfadoxine Pyriméthamine 500/25 mg (b/150cp)
ADAMAOUA	8 643	295 411	6 471
CENTRE	12 713	136 501	8 574
EST	8 745	190 685	3 940

FRPS	Tests de Diagnostic Rapide (boîte de 25 TDR)	Artésunate injectable 60mg (ampoules)	Sulfadoxine Pyriméthamine 500/25 mg (b/150cp)
EXTREME-NORD	41 730	701017	7 027
LITTORAL	4 031	488 928	6 504
NORD	16 676	547313	2641
NORD-OUEST	8 872	170 004	2 606
OUEST	15 656	186 397	1 842
SUD	12 471	86 880	759
SUD-OUEST	9 960	62 600	1 420
TOTAL	139 497	2 871 736	45 422

(iii) Situation des Stocks d'intrants dans les FRPS au 31/12/2021

Tableau 29: synthèse des Quantité d'ACT en stock dans les FRPS au 31/12/2021

Désignation du CAPR/FRPS	ASAQ 25/67,5 mg (B/25)	ASAQ 50/135 mg (B/25)	ASAQ 100/270mg g, 3cp (B/25)	ASAQ 100/270 mg 6cp (B/25)	AL 20/120 mg (B/30)	AL 20/120 mg (B/30)	AL 20/120 mg (B/30)	AL 20/120 mg (B/30)
ADAMAOUA	126	2	-	261	209	-	222	-
CENTRE	-	-	-	-	185	470	-	7
EST	777	-	639	4 626	6	1 212	8 496	-
EXTREME-NORD	NA	NA	NA	NA	1710	18720	131220	222540
LITTORAL	329	83	178	379	590	693	332	250
NORD	NA	NA	NA	NA	14280	79860	73080	224427
NORD-OUEST	6	-	70	-	-	-	-	97
OUEST	-	-	8	103	-	-	186	-
SUD	311	263	83	164	506	0	90	-
SUD-OUEST	-	-	14	-	117	129	-	-
TOTAL	1 549	348	991	5 532	1 614	2 505	9 326	355

Au 31 décembre 2021, plusieurs intrants sont en rupture de stock à la CENAME

Tableau 30: Synthèse des Quantités de TDR, injectables et SP en stock dans les FRPS au 31/12/2021

FRPS	Nombre de TDR (boîte de 25 Tests)	Artésunate injectable 60mg (Ampoules)	Sulfadoxine Pyriméthamine 500/25 mg (boîte de 150cp)	Gants (boîte de 100)	Seringues 10 cc	Seringues 5 cc
ADAMAOUA	205	28 285	53	0	0	0
CENTRE	645	129 389	746	0	0	0

EST	566	25 030	1 209	0	0	0
EXTREME-NORD	461	145 850	917	0	0	0
LITTORAL	605	6 070	1 223	0	0	0
NORD	418	167 000	830	0	0	0
NORD-OUEST	761	24 271	690	0	0	0
OUEST	0	11 269	0	0	0	0
SUD	445	1 744	473	0	0	0
SUD-OUEST	86	22 617	1 188	0	0	0
TOTAL	3 313	248 675	5 582	0	0	0

Synthèse des mouvements de Stock CPS 2021

Region	Product	**Qty Pre-positioned	QTY Used (Reported)	Losses (Reported)	Expected stock from Reverse Log	Total Physical stock from Reverse log	Non-usable stock from Reverse Log	Usable Stock from Reverse Log	GAP
Far North	SPAQ1 (blisters)	903,200	813,027	8,195	81,978	93,000	25,250	67,750	11,022
	SPAQ2 (blisters)	4,297,650	4,143,740	19,758	134,152	160,150	63,650	96,500	25,998
North	SPAQ1 (blisters)	547,900	505,293	4,109	38,498	45,102	2,652	42,450	6,604
	SPAQ2 (blisters)	2,549,000	2,453,568	8,378	87,054	103,417	617	102,800	16,363

**En jaune la quantité de SPAQ livrés aux Formations sanitaires en 2021

Au 31 décembre 2021, plusieurs intrants ont été en rupture de stock dans plusieurs FRPS.

Défis liés à la gestion des stocks

- Insuffisance des données sur la consommation réelle des intrants, bien qu'en nette amélioration ;
- Faible remplissage des outils de suivi des stocks au niveau opérationnel ;
- Présence d'autres antipaludiques concurrents (double tarification, gratuité) ;

- Persistance des ruptures de stocks ;
- Non-respect des directives nationales de prise en charge ;
- **Monopole d'un seul partenaire technique et financier ;**
- Manque de financements pour l'acquisition de certains intrants : artésunate injectable, AL 6*4, paracétamol, seringues, gants ;
- Lourdeurs considérables dans les procédures d'achat sur les fonds de contrepartie ;
- Non-respect du plan d'approvisionnement 2021 du fait du contexte sanitaire et des délais de livraisons allongés (environ 60 jours voire plus) ;
- Absence d'outil dédié à la gestion des stocks au niveau du Programme et des ses démembrements régionaux.

Quelques Recommandations

- Sensibiliser les Points focaux de la gestion des stocks aux niveaux régional, district et formations sanitaires sur le remplissage des données de stock dans le Dhis2 ;
- Poursuivre le plaidoyer auprès des Partenaires pour le renforcement de la chaîne d'approvisionnement ;
- Mener un plaidoyer de haut niveau pour mobiliser les ressources financières suffisantes afin d'adresser tous les besoins (budget adossé sur la quantification et non l'inverse) ;
- Mettre en œuvre toutes les stratégies nécessaires pour déployer les outils de suivi et former le personnel à son remplissage (fiches de stock, DHIS2, RMA) ;
- Assurer un leadership efficace pour garantir le respect du cahier de charges de la contrepartie Etat ;
- Passer les commandes suffisamment à temps pour s'assurer que les délais de livraison n'impactent pas la continuité de la prévention, du diagnostic et de la prise en charge en contexte Covid-19 ;

Doter le PNLP d'un outil de gestion de stock approprié

18.2.4.2.2 Intervention 3.9.1.2: Renforcement des capacités les prestataires de soins en matière de prise en charge du paludisme

Au cours de l'année 2021, les capacités des prestataires de soins ont été renforcées à tous les niveaux : central, régional et périphérique.

Tableau 31 : récapitulatif de réalisation des cibles du plan d'amélioration de la prise en charge du paludisme.

Taux d'exécution des activités du Plan d'amélioration de la prise en charge du paludisme (NFM3)

Formation des centraux pour la formation des prestataires sur les nouvelles directives de lutte contre le paludisme	CIBLE(S)	REALISATION (S)	TAUX DE REALISATION
Formation des centraux pour la formation des prestataires sur les nouvelles directives de lutte contre le paludisme	25	25	100%
Formation des régionaux pour la formation des prestataires sur les nouvelles directives de lutte contre le paludisme	401	337	84%
Formation des prestataires de soins au nouvelles directives	3500	2570	73%
TOTAL FORMES	3926	2907	74%
Formation des mentor au niveau central pour la mise en œuvre des visites de formation sur site.	50	45	90%
Visites de formation sur site (supervision facilitantes)			

Les visites de formation sur site des mentors formés ont débuté dans les régions du Nord, Extrême nord et du Littoral et continueront en 2022.

18.2.4.2.2.3 Intervention 3.9.1.3.: Assurance qualité du traitement du paludisme

Dans ce volet les activités prévues étaient les suivantes :

- Elaboration d'un guide qualité : il s'est tenu plusieurs ateliers pour l'élaboration, la validation et la finalisation du guide qualité, avec l'appui financier du FM et de l'OMS et bien d'autres partenaire technique.
- Traduction, production : l'appel d'offre et les spécifications pour la traduction et production ont été lancés et sont en cours
- Dissémination et diffusion du guide en cours : Il est prévu un atelier de dissémination une fois le guide produit. La dissémination se poursuivra en régions et dans les FOSA. Cependant, un module relatif à la qualité de la prise en charge a été élaboré et pris en compte au cours des formations des prestataires.
- Prise en compte de la qualité au cours de diverses missions supervisions;
- Mentoring, visite de formation sur site : cette nouvelle activité du PSN-LP a débutée dans les 2 régions du Nord et Extrême nord, puis étendue aux 8 autres régions du pays. Dans sa première phase, il s'est agit de former des mentors dans les régions, soit 30 mentors pour les régions du Nord et Extrême-Nord et 48 mentors pour les autres régions exception faite des régions de l'Adamaoua et du Nord-Ouest qui restent en attente de la disponibilité de fonds pour la mise en œuvre.
- Au total ; 30 responsables des 2 régions septentrionales et 46 sur 48 prévus pour les 8 autres régions ont été formés et ont commencé les restitutions dans leurs FOSA respectives.
- Assistance technique pour système achat performance: cette activité a été reprogrammée, plusieurs séances de travail ont eu lieu avec les responsables du PBF.
- Paiement des subsides dans le cadre achat performances : elle a été reportée en 2022.
- Etude sur utilisation rationnelle des intrants : cette activité a été annulée.

18.2.4.2.3 Stratégie 3.9.2: Prise en Charge du paludisme dans le cadre de la mise en œuvre ISDC

La mise en œuvre des activités communautaires sous financement du Fond Mondial est assurée par deux sous bénéficiaires dont un communautaire en charge de 8 régions et l'autre humanitaire dans les régions du Nord ouest et du Sud ouest pour un total de 79 districts de santé. Ces interventions de santé communautaire bénéficient également de l'appui technique et financier des partenaires tel que L'UNICEF dans 24 districts, Impact Malaria dans

Au cours de l'année 2021, les activités ont comporté :

- Formation des ASCP;
- Tenue des réunions de taskforce des ISDC à tous les niveaux;
- Tenues des missions de validations mensuelles des données des ASCP par les OSC et les chefs des aires;
- Supervision par le niveau central, niveau régional ; niveau district et par les chefs des aires de santé des activités communautaires;
- Dotation en intrants et équipements de travail y compris le matériel anti COVID 19 des ASCp.

Autres activités:

- Elaboration et validation du PSN-SC 2021-2025 ;
- Elaboration et validation du formulaire du RMA communautaire;
- Paramétrage du RMA communautaires et des indicateurs de suivi dans la plateforme DHIS2;

La mise en œuvre des ISDC a consisté au diagnostic et au traitement des cas de paludisme simple en communauté, la référence des cas graves vers les FOSA, la promotion de l'utilisation de la moustiquaire par les populations.

18.2.4.2.3.1 Intervention 3.9.2.1.: Renforcement des capacités des ASC

Dans le cadre de la prise en charge du paludisme en communauté, plusieurs activités ont été mises en œuvre .

En 2021 il a été question de :

- Révision des modules ISDC
 - Formation des OSDC et des formateurs
 - Formation de nouveaux ASC
 - Atelier de validation du PSN-SC (en lieu et place de la finalisation des ISDC)
-
- 3790 ASCP ont été formés par Plan Cameroon en 6 jours dans 8 régions excepté le NOSO. Par ailleurs 106 OSDC, 498 Chefs d'aires ont été recyclés dans 53 DS couverts. Il y a eu en plus formation de 233 nouveaux ASC en 10 jours.
 - PMI à travers Impact Malaria a formé au nord 19 CAS, 197 ASCP avec 3 absents ; à l'extrême nord 271 ASCP
 - Unicef n'a pas fait de formation ; et JHPIEGO a mis fin à son contrat avec les 33 ASCP de Kribi sous son financement

Approvisionnement / Equipement des ASC

Plusieurs intrants et matériels ont été donnés aux ASC à savoir :

- les ASCP ont reçus le materiel suivants : les TDR, ACT, Artesunate suppo, MUAC, Pénis artificiels, bottes, chasubles, manteaux, sacs, thermomètres, Boite a images , les registres de dénombrement, de consultation et de communication. Cependant, les n'ont pas reçu de SRO Zinc et la caisse de conservation de médicaments
 - Acquisitions du matériel (EPI et Boite à image) des ASC pour la mise en œuvre des activités du NMF3.

Tableau 35 : Etat des acquisitions du matériels/outils des ASC suivis par le SR Comm

Matériels/Outils	Hypothèse de répartition	Quantités prévues
Boîte à images pour les ASC	1 BAI/ASC	3790
Masque chirurgical boîte de 50 masques	Une boîte / ASC	3790
Gel hydro alcoolique flacon de 250ml	4 Flacons/ASC	15700

Matériels/Outils	Hypothèse de répartition	Quantités prévues
Gants de soins boîte de 100	Une Boîte de 100 Gants/ASC	3790

De même au courant de l'année 2021 ; la SPEC a acquis auprès de la DPS plus de 3000 bandes MUAC pour les formations et le travail des ASCP sous financement FM ; PMI ...

Par ailleurs, 200 Pénis artificiels artificiels ont été remis aux ASCP formes par plan international Cameroun et PMI pour les démonstrations du port correct du préservatif en communauté

Le SR Humanitaire n'a pas pu acquérir le matériel et outils car les formations des ASCP qu'il suit seront en début 2022

18.2.4.2.3.2 Intervention 3.9.2.2: Approvisionnement / Equipement des ASC

18.2.4.2.3.3 Intervention 3.9.2.3: Coordination des activités des ISDC

La coordination a comporté :

- Tenue d'une a réunion de task force au niveau central
- Ténue des réunions de coordination trimestrielles au niveau régional
- Tenue des réunions mensuelles au niveau des DS et aires

Les réunions de taskforce régionales et centrales sont organisées sur une base semestrielle en collaboration avec les DRSP et ont eu pour objectif d'évaluer le niveau de réalisation des activités ISDC, d'identifier les goulots d'étranglement et de proposer des solutions adéquates, pertinentes et faisables en fonction du contexte dans chaque région. Ces réunions ont permis d'apporter des informations aux participants sur la manière d'intégrer de façon pratique les aspects genre et droit humains dans les activités communautaires et la méthodologie des missions de validation des données sur site. Des recommandations ont été formulées pour adresser les goulots identifiés.

Au niveau centrale ; la TFC a eu lieu en septembre pour S1 et celle de S2 n'a pas pu avoir lieu

Au niveau régionale ; les TF Régionales et les réunions semestrielles de coordination et suivi des ISDC incluant les aspects genre et droit humains ; de même que les réunions de validation des données ont toutes eu lieu sauf la région du sud et du littoral qui ont tenues leur TFR en janvier 2022

Au niveau communautaires et districts les TF Communautaires et de Districts trimestrielle de coordination et suivi des ISDC incluant les aspects genre et droit humains ; les réunions de validation des données n'ont pas toutes eu lieu à T1 ;

elles ont commencés a T2 pour les 8 régions de PLAN et le NOSO à cause de la signature tardive des contrats entre le PR et les SR

L'on note que 75% des réunions de TF comptant pour 2021 ont été réalisées. En raison des conflits de calendrier, seul 02 réunions centre et littoral ont été renvoyées au courant du mois de Janvier 2022. On observe un taux de participation globale de 89%. L'appui technique par les superviseurs du niveau central n'a pas été effectif en raison des conflits de calendrier d'activités.

18.2.4.2.3.4 Intervention 3.9.2.4.: Supervision des Activités des ISDC

Elle a comporté la mise en oeuvre effective des missions de supervision des ASC par le niveau central et régional DS , OSDC et chefs des aires.(voir Rapport Plan pour plus de détails).

La supervision des ASC ; des CAS ; des OSCD ; du PF régional des ISCD ; du PF GAS au FRPS et des GTR au niveau régional par le niveau central a eu lieu une fois en 2021 dans les 10 régions à l'aide d'une grille de supervision validée au niveau central ; réalisée par le PR et le SR

La supervision des OSCD par les équipes régionales incluant le suivi de l'intégration des aspects genre, inclusion et droits humains ;

- Les supervisions des ASC par les OSCD et les CAS
- Les supervisions trimestrielles des OSCD ; des CAS par le RFS ont eu lieu sauf à T1

Le Suivi et la coordination de la mise en oeuvre des activités par les OSCD : supervisions des ASC, missions d'OSDV, approvisionnement en intrants) ;

18.2.4.2.4 Stratégie 3.9.3: Pharmacovigilance

18.2.4.2.4.1 Intervention 3.9.3.1: Renforcement des capacités des acteurs en Pharmacovigilance

Les activités relatives à la pharmacovigilance n'ont pas pu être menées et seront reportées en 2022. Toutes fois une activité de quantification adossée à cette intervention a été menée avec l'appui du partenaire PSM-GHSC, en fin d'année en vue de quantifier les intrants pour le PNLN.

La section a par ailleurs mis en oeuvre des activités de coordination, notamment :

- Participation aux réunions de coordination du programme
- Coordination de la mise en oeuvre des ISDC à différents niveaux
- Coordination de la tenue des réunions du GTT
- Réunion de coordination hebdomadaire de la section

18.2.4.2.4.2 Intervention 3.9.3.2: Appui le fonctionnement des comités de pharmacovigilance

Les activités prévues dans le cadre de la pharmacovigilance n'ont pas pu être tenues. Des concertations sont en cours avec la DPML pour une mise en œuvre efficiente desdites activités.

18.2.4.2.4.3 Intervention 3.9.3.3: Collecte et analyse des données de pharmacovigilance

La collecte des données de PV ne s'est faite que dans le cadre de la CPS. La suite des activités interviendra après la concertation prévue avec la DPML.

18.2.4.2.5 Stratégie 3.10.1: Fonctionnement du SGIL, Gestion des intrants et Approvisionnement

Le SGIL du Ministère de la Santé Publique n'est pas encore formellement créé. Cependant, en vertu de ses attributions contenues dans l'Organigramme ministériel, la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DPML) coordonne toutes les activités qui y sont liées.

Un Plan de renforcement de la chaîne d'approvisionnement a été validé en 2021 pour la période 2022 à 2026.

18.2.4.2.5.1 Intervention 3.10.1.1: Renforcement d'un système de gestion d'information logistique intégré des intrants

L'outil phare retenu au niveau national par le Ministère de la Santé Publique pour la gestion d'information logistique intégré des intrants est le DHIS2. Il contribue de manière progressive depuis 2018 avec le paramétrage d'un formulaire GAS, une collecte efficace des données des données logistiques utilisées notamment pour les quantifications du pays.

18.2.4.2.5.2 Intervention 3.10.1.2: Renforcement de la logistique de la chaîne d'approvisionnement

Plusieurs réunions et ateliers ont été tenus sous la coordination de la DPML pour le renforcement de la chaîne d'approvisionnement. Le défi majeur demeure la vétusté des moyens logistiques des structures de stockage et de distribution.

18.2.4.2.5.3 Intervention 3.10.1.3: Renforcement des capacités des acteurs de la chaîne d'approvisionnement

Les activités de mentoring, formations et supervisions ont été menées en 2021 sur financement des partenaires. Elles ont permis une amélioration notable de la qualité des données logistiques ainsi qu'une meilleure cohérence entre ces données et les données de services.

18.2.4.3 FORMATION DES ACTEURS AUX STRATÉGIES DE LUTTE ET RECHERCHE OPÉRATIONNELLE SUR LE PALUDISME

18.2.4.3.1 Stratégie 3.11.1: Formation

La stratégie de formation des acteurs de lutte contre le paludisme est mise en œuvre à travers deux interventions, la formation initiale et la formation continue.

18.2.4.3.1.1 Intervention 3.11.1.1: Formation initiale

Le Plan de formation du personnel a été mise à jour, mais aucune activité de formation initiale des acteurs de lutte contre le paludisme n'a été mis en œuvre.

18.2.4.3.1.2 Intervention 3.11.1.2: Formation continue

Des formations continues ont été mise en oeuvre et portaient sur le renforcement des capacités des acteurs opérationnels selon le PTA 2021 du PNLP sur divers volets de la lutte contre le paludisme, notamment sur la prévention, diagnostic, traitement dans les formations sanitaires ou en communauté, communication pour le développement, suivi et évaluation des activités.

18.2.4.3.1.2.1 Renforcement des capacités des acteurs de la campagne de distribution de masse des MILDA

Tableau 36. Liste des acteurs formés au niveau district et aire au Sud-Ouest

Niveau district	Agents dénombreur	1506
	Superviseurs de proximité pour le dénombrement	216
	Distributeurs pour la stratégie porte à porte	1786
	Distributeurs pour la stratégie Hit-and-Run	325
	Superviseurs de proximité pour la distribution	236
	Livreur	201
	Superviseurs de l'aire de santé	149
	Logisticiens des aires de santé	234
	Crieurs	611
	Agents de saisie de données de district	39
	Logisticiens de district	38
	Superviseurs de district	38
Aires de santé	Agents denombreur	1506
	Distributeurs	3292
	Crieurs	611
	Agents Livreur	201
	Logisticiens des aires	234
	Superviseurs de proximité (denombrement)	216
	Superviseurs de proximité (Distribution)	236

Pour la mise en œuvre de la campagne de chimio prévention du paludisme dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord, au total trente-huit quatre cent quatre-vingt-dix-neuf acteurs ont été formés au niveau central, régional, district et aires.

Tableau 37 : Résultat de la formation des acteurs de la campagne CPS 2021, dans la région de l'Extrême-Nord et du Nord

Regions	Extrême-Nord			NORD		
	Acteurs	Nombre attendus	Nombre formés	Taux de participation	Nombre attendus	Nombre formés
Superviseurs centraux	5	5	100%	3	3	100%
superviseurs Régionaux et de district	102	102	100%	56	56	100%
superviseurs des aires et de proximité	1144	1144	100%	627	627	100%
Gestionnaire des données des districts de santé sur DHIS2	31	31	100%	15	15	100%
Mobilisateurs	9987	9987	100%	6041	6038	99,95%
crieurs	3010	3010	100%	1450	1450	100%
Distributeurs	9987	9987	100%	6041	6041	100%

Au cours de l'année, les capacités de deux mille cinq cent soixante-dix prestataires de soins ont été renforcés en matière de prise en charge du paludisme dans les dix régions.

Tableau 38. Répartition du nombre de prestataires formés aux nouvelles directives de prise en charge du paludisme en 2021

Régions	Nombre de personnes prévus	Nombre de personnes formés	GAP	PERFORMANCE %
Adamaoua	65	65	0	100%
Centre	697	697	0	100%
Est	102	102	0	100%
Extrême-Nord	113	113	0	100%
Littoral	743	743	0	100%
Nord	29	29	0	100%

Régions	Nombre de personnes prévus	Nombre de personnes formés	GAP	PERFORMANCE %
Nord-Ouest	121	121	0	100%
Ouest	430	430	0	100%
Sud	156	156	0	100%
Sud-Ouest	114	114	0	100%
Total	2570	2570	0	100%

18.2.4.3.2 Stratégie 3.12.1: Recherche

La stratégie recherche est mise en œuvre à travers les interventions de « renforcement du partenariat pour la recherche » et de la recherche sur la transmission du paludisme.

18.2.4.3.2.1 Intervention 3.11.1.1: Renforcement du partenariat pour la recherche

En 2021, s'est poursuivi le renforcement de la collaboration du PNLP et et les institutions ou agence de mise en œuvre des activités de recherche aux rangs desquelles : VectorLINK, CRID, Centre de Biotechnologie de l'Université de Yaoundé 1. Les activités de surveillance entomologique ont porté sur l'étude de la transmission du paludisme et l'étude de la résistance des vecteurs aux insecticides dans les sites sentinelles (Tableau xxx).

Les indicateurs évalués étaient entre autres l'agressivité (intérieur, extérieur), indice endophasique; taux d'infection par les sporozoïtes et Taux d'Inoculation Entomologique (EIR), le taux de mortalité.

Tableau : sites de surveillance entomologique

Région	site de surveillance de la sensibilité des vecteurs aux insecticides		site de surveillance de la bionomie des vecteurs	
	Vectorlink	PNLP	Vectorlink	PNLP
Adamaoua	Djohong			
Adamaoua	Ngaoundere			
Centre		Mbalmayo		Mbandjock
Centre		Mbandjock		
Est	Bertoua			Bertoua
Est	Ndelele			
Extreme Nord	Gazawa		Simatou	
Extreme Nord	Mada			
Extreme Nord	Mogode			
Littoral	Njombe	Edea	Bonaberi	Edea
Nord	Garoua		Gounougou	
Nord	Touboro			
Ouest		Santchou	Mangoun	Santchou
Sud		Kribi	Nyambesang	Kribi
Sud		Sangmelima		

18.2.4.3.2.2 Intervention 3.12.1.2: Recherche sur la transmission du paludisme

L'étude de la transmission du paludisme s'est effectuée, dans dix sites sentinelles pour évaluer la composition, la densité, le comportement et la transmission des espèces vectrices.

- Composition des espèces de moustiques collectées par HLC et PSC dans les sites de Bertoua, Santchou, Mbandjock, Edéa et Kribi

De Juillet à Décembre 2021, le PNLP a collecté 2 446 moustiques du genre *Anopheles* par HLC dans les cinq sites sentinelles, notamment dans les localités de Mbandjock dans la Région du Centre, Edéa dans la Région du Littoral, Kribi dans la Région du Sud, Bertoua dans la Région de l'Est, Santchou dans la Région de l'Ouest. Les espèces prédominantes représentées étaient *An. gambiae s.l.* (95,58%), *An. funestus* (2,98%), *An. ziemanni* (1,02%), 0,12% pour *An. moucheti*, *An. paludis* et *An. nili*. *An. gambiae s.l.* a été collecté dans les cinq sites sentinelles. *Anopheles funestus* n'a été collecté qu'à Mbandjock et Santchou. *Anopheles moucheti* et *An. nili* ont été trouvés qu'à Santchou.

Au total, 267 moustiques du genre *Anopheles* ont été collectés par PSC. *An. gambiae s.l.* (80,5%), *An. funestus s.l.* (10,5%), *An. moucheti* (8,6%) et *An. rufipes* (4,8 %) et *An. paludis* (0,4%) étaient les espèces présentes.

a)

b)

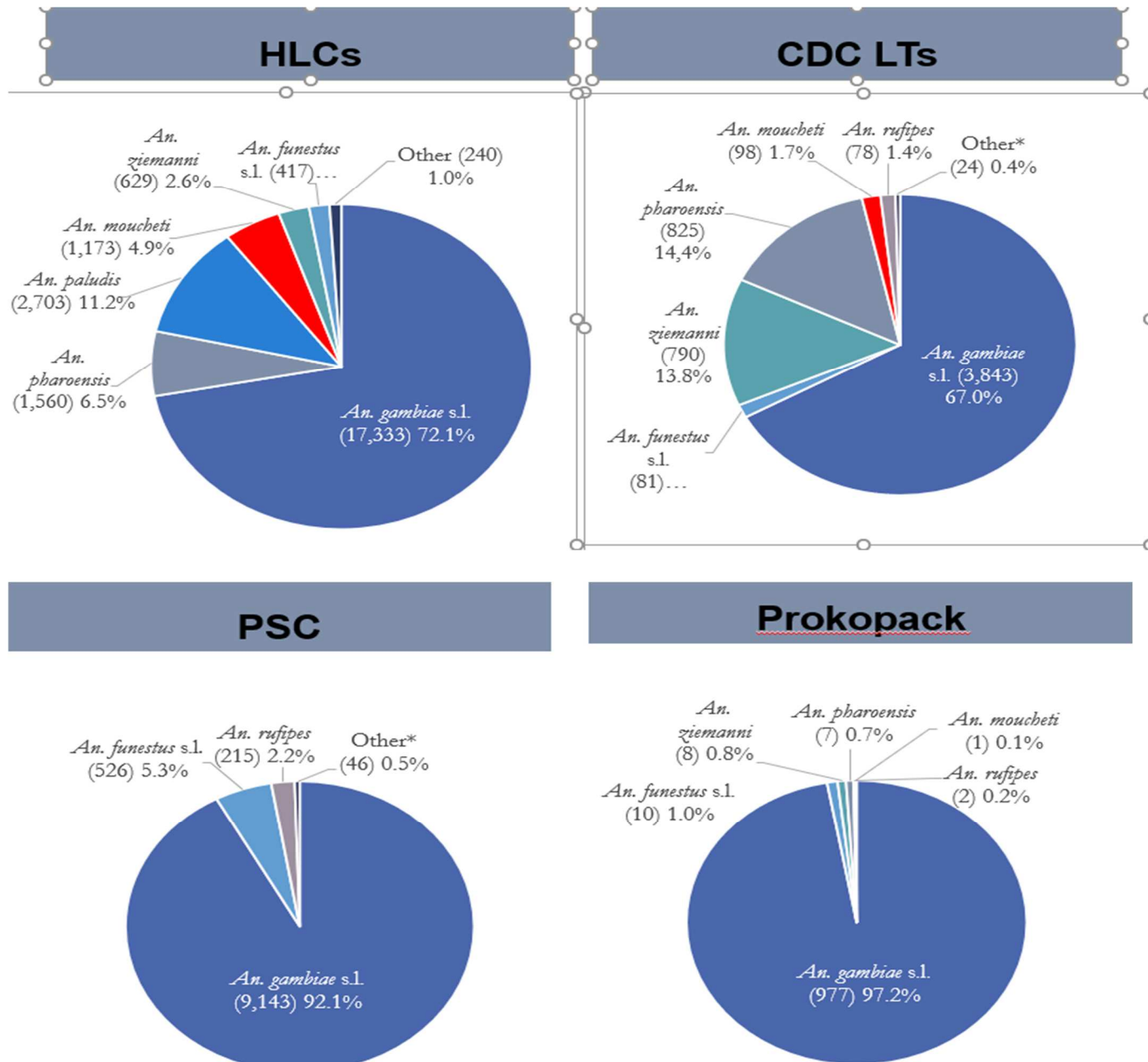
Les analyses moléculaires par PCR ont été effectuées sur un total de 259 *An. gambiae s.l.* pour l'identification moléculaire de la sous-espèce du complexe suivant le protocole décrit par Santolamazza et al, 2008 pour *An. gambiae s.l.*.

Deux espèces du complexe *gambiae* ont été identifiées : *An. gambiae* (44,4%), *An. coluzzii* (55,2%). Les hybrides d'*An. gambiae/An. coluzzii* (0,4%) ont également été trouvés. La composition des espèces variait selon le site. Une prédominance d'*An. coluzzii* a été observée dans les sites de Bertoua (56,3%), Edéa (93,2%) et Kribi (96,4%). Quant à *An. gambiae* il a été retrouvé en forte proportion dans les sites de Mbandjock (83,6%) et Santchou (93,8%). La forme hybride d'*An. gambiae/An. coluzzii* n'a été retrouvée que dans le site de Santchou (2,1%).

c) Composition des espèces de la faune anophélienne dans les sites de Mangoun, Simatou, Bonaberi, Nyambesang, Gounougou

Il a été observé une grande diversité d'espèces d'anophèles, soit un total de 12 espèces réparties sur cinq sites (Mangoun, Simatou, Bonaberi, Nyambesang, Gounougou). *An. gambiae s.l.* a été retrouvé dans tous les sites, avec le taux de piqûres le plus élevé à Simatou (25,4 piqûres/personne/nuit) et le plus faible étant Nyabessang (1,2 piqûres/personne/nuit).

Figure 19. Composition spécifique des espèces d'anophèles à dans les sites (septembre 2020-octobre 2021)



Agressivité et variations mensuelles

Site sentinelle de Bertoua

L'agressivité total moyen pour *An. gambiae s.l.* était de 0,64 piqûres par personne et par nuit (b/p/n) avec 0,64 b/p/n à l'intérieur et 0,64 b/p/n à l'extérieur, tandis qu'*An. ziemanni* était en moyenne de 0,04 b/p/n (0,06 b/p/n à l'intérieur et 0,03 b/p/n à l'extérieur). L'agressivité a varié d'un mois à l'autre et a culminé pour *An. gambiae s.l.* en septembre 2021. Le pic de piqûre d'*An. gambiae s.l.* collecté à Bertoua a été

observé entre 04h00 et 05h00 du matin. *An. gambiae s.l.* a continué à piquer après 6h00 du matin. L'index endophagie d'*An. gambiae s.l.* (0,50) était supérieur à celui d'*An. ziemanni* (0,00), et *An. paludis* (0,00), indiquant *An. gambiae s.l.* dans cette zone pique aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur.

Site sentinelle de Edéa

A Edéa, l'agressivité total moyen pour *An. gambiae s.l.* était de 20,93 piqûres par personne et par nuit (b/p/n) avec 16,86 b/p/n à l'intérieur et 25 b/p/n à l'extérieur, tandis qu'*An. ziemanni* était en moyenne de 0,04 b/p/n (0,06 b/p/n à l'intérieur et 0,03 b/p/n à l'extérieur). L'agressivité a varié d'un mois à l'autre et a culminé pour *An. gambiae s.l.* en juillet 2021. Le pic de piqûre d'*An. gambiae s.l.* collecté à Edéa a été observé entre 00h00 et 01h00 du matin. *An. gambiae s.l.* a continué à piquer après 6h00 du matin. L'index endophagie d'*An. gambiae s.l.* (0,40) était inférieur à celui d'*An. paludis* (1,00), indiquant *An. gambiae s.l.* dans cette zone pique majoritairement à extérieur.

Site sentinelle de Kribi

A Kribi, l'agressivité total moyen pour *An. gambiae s.l.* était de 3,82 piqûres par personne et par nuit (b/p/n) avec 2,31 b/p/n à l'intérieur et 5,33 b/p/n à l'extérieur, tandis qu'*An. funestus* était en moyenne de 0,04 b/p/n (0,06 b/p/n à l'intérieur et 0,03 b/p/n à l'extérieur). L'agressivité a varié d'un mois à l'autre et a culminé pour *An. gambiae s.l.* en novembre 2021. Le pic de piqûre d'*An. gambiae s.l.* collecté à Edéa a été observé entre 02h00 et 03h00 du matin. *An. gambiae s.l.* a continué à piquer après 6h00 du matin. L'index endophagie d'*An. gambiae s.l.* (0,30) indiquait que celui-ci pique majoritairement à extérieur.

Site sentinelle de Mbandjock

L'agressivité total moyen a Mbandjock pour *An. gambiae s.l.* était de 5,42 piqûres par personne et par nuit (b/p/n) avec 2,31 b/p/n à l'intérieur et 5,33 b/p/n à l'extérieur, tandis qu'*An. funestus* était en moyenne de 1,39 b/p/n (5,47 b/p/n à l'intérieur et 0,61 b/p/n à l'extérieur). L'agressivité a varié d'un mois à l'autre et a culminé pour *An. gambiae s.l.* en novembre 2021. Le pic de piqûre d'*An. gambiae s.l.* collecté à Edéa a été observé entre 00h00 et 01h00 du matin. *An. gambiae s.l.* a continué à piquer après 6h00 du matin. L'index endophagie d'*An. gambiae s.l.* (0,51) était supérieur à celui d'*An. funestus* (0,50), indiquant *An. gambiae s.l.* dans cette zone pique majoritairement à intérieur.

Site sentinelle de Santchou

L'agressivité total moyen a Santchou pour *An. gambiae s.l.* était de 1,67 piqûres par personne et par nuit (b/p/n) avec 2,31 b/p/n à l'intérieur et 5,33 b/p/n à l'extérieur, tandis qu'*An. funestus* était en moyenne de 1,39 b/p/n (1,42 b/p/n à l'intérieur et 1,92 b/p/n à l'extérieur). L'agressivité a varié d'un mois à l'autre et a culminé pour *An. gambiae s.l.* en aout 2021. Le pic de piqûre d'*An. gambiae s.l.* collecté à Santchou a été observé

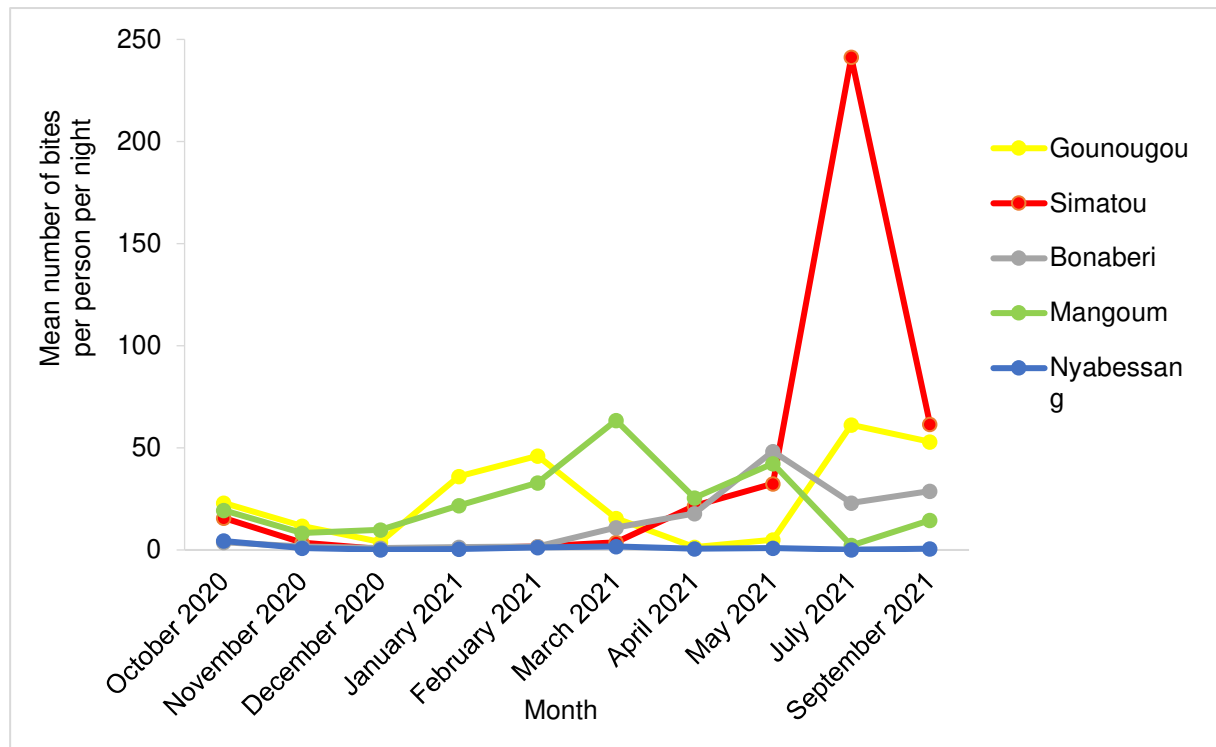
entre 22h00 et 00h00 du matin. *An. gambiae s.l.* a continué à piquer après 6h00 du matin. L'index endophagie d'*An. gambiae s.l.* (0,43) était inférieur à celui d'*An. moucheti* (1,00), indiquant *An. gambiae s.l.* dans cette zone pique majoritairement à l'extérieur.

Agressivité dans les **sites sentinelle de Mangoun, Simatou, Bonaberi, Nyambesang et Gounougou**

Des pics d'agressivités ont été observés à l'intérieur et à l'extérieur chez *An. gambiae s.l.* et dans tous les sites après minuit et les piqures se sont poursuivies au-delà de 6 heures du matin. *An. gambiae s.l.* s'est avérée plus endophage à Simatou et Nyabessang.

L'agressivité était élevée avec des pics entre 22 h et 6 h et le comportement des vecteurs indiquent la nécessité de rechercher des outils de lutte antivectorielle complémentaires (par exemple, IRS) pour renforcer la lutte contre le paludisme.

Figure 20: variation de l'agressivité dans les site de *Mangoun, Simatou, Bonaberi, Nyambesang et Gounougou*



d) **Densité à l'intérieurs des ménages**

La densité moyenne des anophèles au repos à l'intérieur par maisons était de 13,35 femelles/maison/nuit (267 femelles au total/120 pièces

e) **Préférence trophique des vecteurs**

Un total de 148 moustiques anophèles gorgé de sang ont été analysés par ELISA, dont 95 se sont avérés s'être gorgé sur des humains. L'indice d'anthropophilie global était de 64,2%. Cet indice pour *An. gambiae s.l.* variait de 50% à Santchou à 87.5% à Kribi.

f) **Taux de parturité**

Les ovaires de 804 *An. gambiae s.l.* ont été disséqués. Le taux de parité moyen sur les cinq sites était de 70,65%, avec le taux moyen le plus bas observé à Santchou (57,1%) et le plus élevé (73,33%) observé à Mbandjock.

g) **Niveau de transmission du paludisme dans les sites par HLC**

Sur 812 moustiques du genre anophèles testés par ELISA, 25 avaient l'antigène circumsporozoïte de *Plasmodium*. Le taux d'infection moyen total était de 3,08 %. Deux espèces d'anophéliennes se sont révélées positives : *An. gambiae s.l.* et *An. funestus s.l.* Les taux d'infection étaient de 2,08% (Bertoua), 1,59% (Edéa), 4,30%

(kribi), 5,38% (Mbandjock) et 1,42% (Santchou). Le TIE variait de 0 piqûres infectées/personne/mois à Santchou à 10,0 piqûres infectées/personne/mois à Edéa.

Tableau 39: Taux d'inoculation entomologique des moustiques collectés par les HLC (Juillet à Décembre 2021)

Site sentinelle	Espèces	ma	Taux d'infection	TIE (infecté/homme/nuit)	TIE mensuel (infecté/homme/mois)
Bertoua	<i>An. gambiae s.l.</i>	0,64	0,0208	0,01331	0,39931
Edéa	<i>An. gambiae s.l.</i>	20,93	0,0159	0,33355	10,00664
Kribi	<i>An. gambiae s.l.</i>	3,82	0,0430	0,16428	4,92832
Mbandjock	<i>An. gambiae s.l.</i>	5,42	0,0604	0,32718	9,81544
	<i>An. funestus s.l.</i>	1,00	0,0270	0,02703	0,81081
Santchou	<i>An. gambiae s.l.</i>	1,67	0,010	0,01634	0,49020
	<i>An. funestus</i>	0,01	0,059	0,00082	0,02451
	<i>An. moucheti</i>	0,04	-	0	0
	<i>An. nili</i>	0,04	-	0	0
	<i>An. ziemanni</i>	0,24	-	0	0

Dans les sites de Mangoun, Simatou, Bonaberi, Nyambesang et Gounougou, Sept espèces d'anophèles ont été impliquées dans la transmission du paludisme ; dans quatre des cinq sites, au moins deux espèces d'anophèles ont été trouvées avec des sporozoïtes de *Plasmodium falciparum*.

Une transmission pérenne a été observée à Simatou et Gounougou, et la transmission la plus élevée a été enregistrée à Gounougou et Mangoum.

18.2.4.3.2.3 Enquêtes de la sensibilité des vecteurs aux insecticides

La sensibilité des vecteurs aux insecticides a été menée dans seize sites en 2021 dont six conduites par le PNLP et dix par le partenaire VectorLink. Cinq classes d'insecticides ont été testées : les pyréthroïdes, les organophosphorés, les carbamates, les néonicotinoïdes et les pyrroles. Des tests au pyréthri-noïdes avec le synergiste PBO ont été également effectués ainsi que l'évaluation de l'intensité de la résistance. Les protocoles de l'OMS et de bouteilles CDC ont été utilisés pour déterminer le statut de la sensibilité des vecteurs aux insecticides.

18.2.4.3.2.3.1 Susceptibilité d'*An. gambiae s.l.*

Une résistance à la dose diagnostique de tous les pyréthroïdes a été observée dans tous les sites du PNLP en 2021. Une résistance au pirimiphos-méthyl a également été observée dans deux sites (Mbalmayo et Santchou), et une sensibilité a été enregistrée dans les quatre autres sites en 2021. Seul *An. gambiae s.l.* d'Edéa a été sensible au Bendiocarb.

Vis-à-vis de la deltaméthrine, *An. gambiae s.l.* a montré une résistance élevée (moins de 98 % de mortalité à 10 fois la dose diagnostique) à Mbalmayo, Santchou et

Mbandjock. Cette résistance pour cet insecticide était modérée (inférieure à 98 % de mortalité à 5x ou supérieure à 98 % à 10x la dose diagnostique) à Kribi, Sangmélina et Edéa.

Quant à la perméthrine, *An. gambiae s.l* a montré une résistance élevée (moins de 98 % de mortalité à 10 fois la dose diagnostique) à Mbalmayo et Santchou. Cette résistance, pour cet insecticide, était modérée (inférieure à 98 % de mortalité à 5x ou supérieure à 98 % à 10x la dose diagnostique) à Sangmélina et Mbandjock.

En ce qui concerne l'alpha cyperméthrine, *An. gambiae s.l* a montré une résistance élevée (moins de 98 % de mortalité à 10 fois la dose diagnostique) à Sangmélina, Mbalmayo, Mbandjock et Santchou. Cette résistance, pour cet insecticide, était faible dans le reste des sites.

La pré-exposition des moustiques au PBO avant les pyréthrinoïdes a entraîné une restauration totale (100%) à Kribi (Deltaméthrine, et alphacyperméthrine), à Mbalmayo (alphacyperméthrine). La restauration était partielle dans les autres sites et pour les autres insecticides (Taux de mortalité inférieur à 100%).

Figure 23: Effet du PBO sur la résistance d'*An. gambiae s.l.* à la alpha cyperméthrine 0.05% par les tests en tube OMS

Anopheles gambiae s.l a été résistant au clothianidine dans les sites de Mbalmayo et Mbandjock, et sensible dans les autres sites. La résistance au chlorfénapyr (100 µg/flacon) a été enregistrée à 72h heures après exposition à Mbandjock et Mbalmayo.

Quant au chlorfénapyr (200 µg/bouteille), il a été observé une sensibilité dans tous les sites à 72h.

Dans les autres sites (vectorlink) de la surveillance entomologique, les résultats de la sensibilité des vecteurs aux insecticides se présentent comme suit (Figure 31 ; 32).

Figure 31. Résultats des tests de sensibilité aux insecticides et effet du PBO en 2021

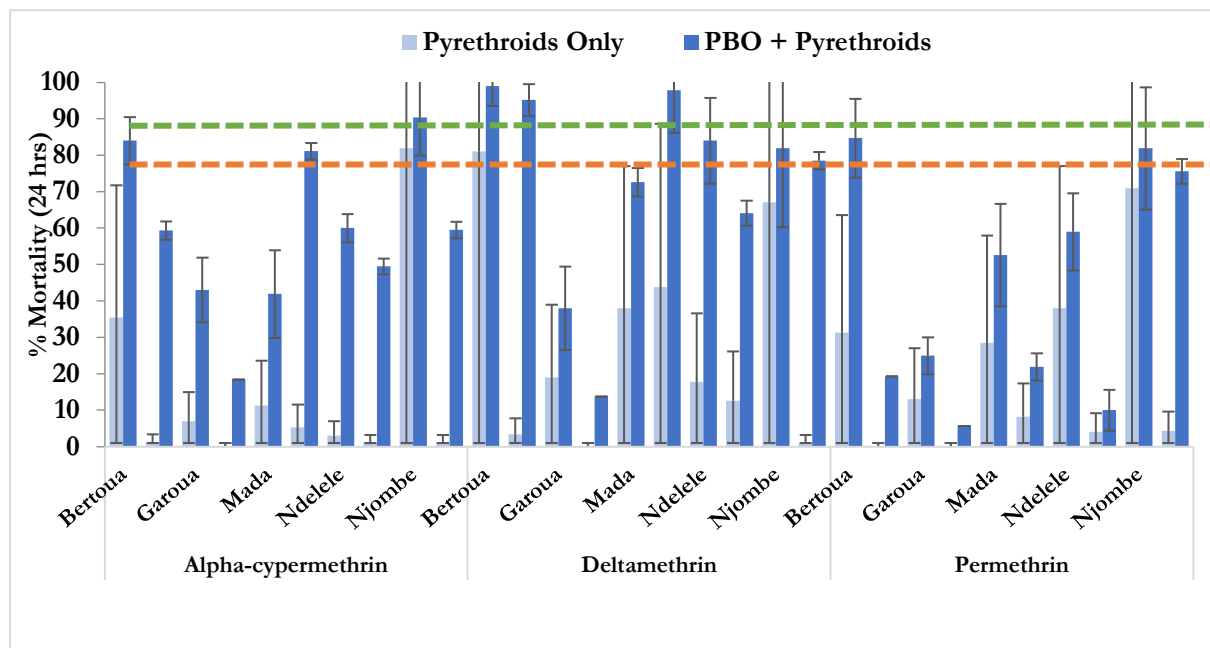


Figure 32: Sensibilité au bendiocarbe et au pirimiphos-méthyl entre les sites en 2021

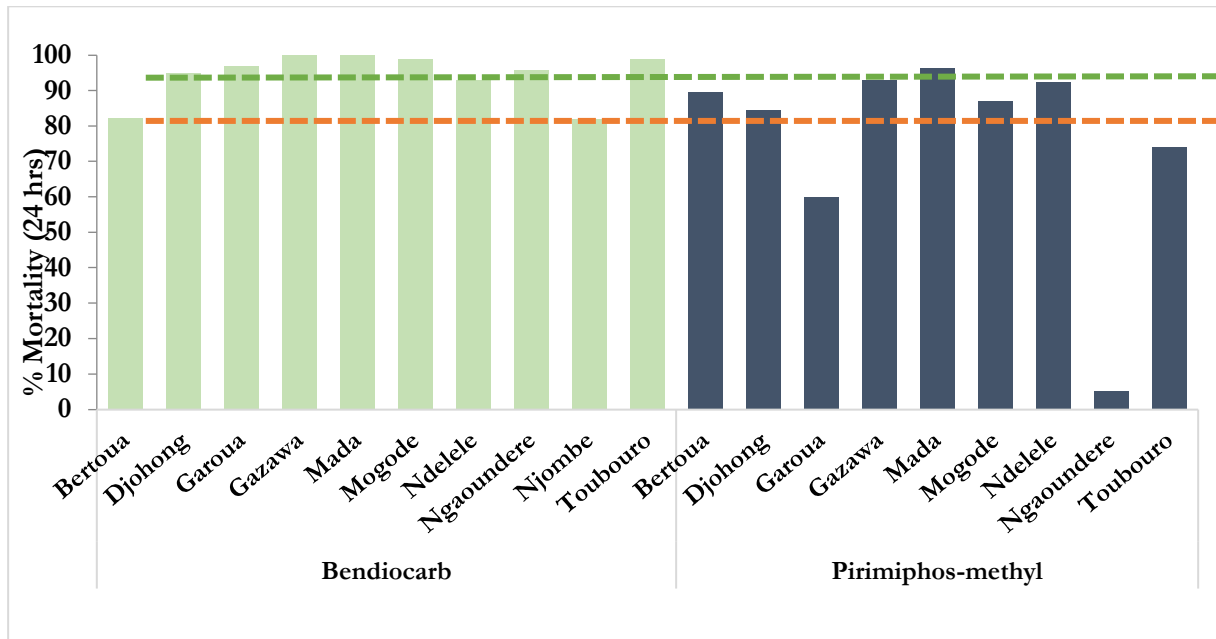


Figure 34. Sensibilité d'*An. gambiae s.l.* à Clothianidine 2 % par le test les test en tube OMS dans sur tous les sites en 2021

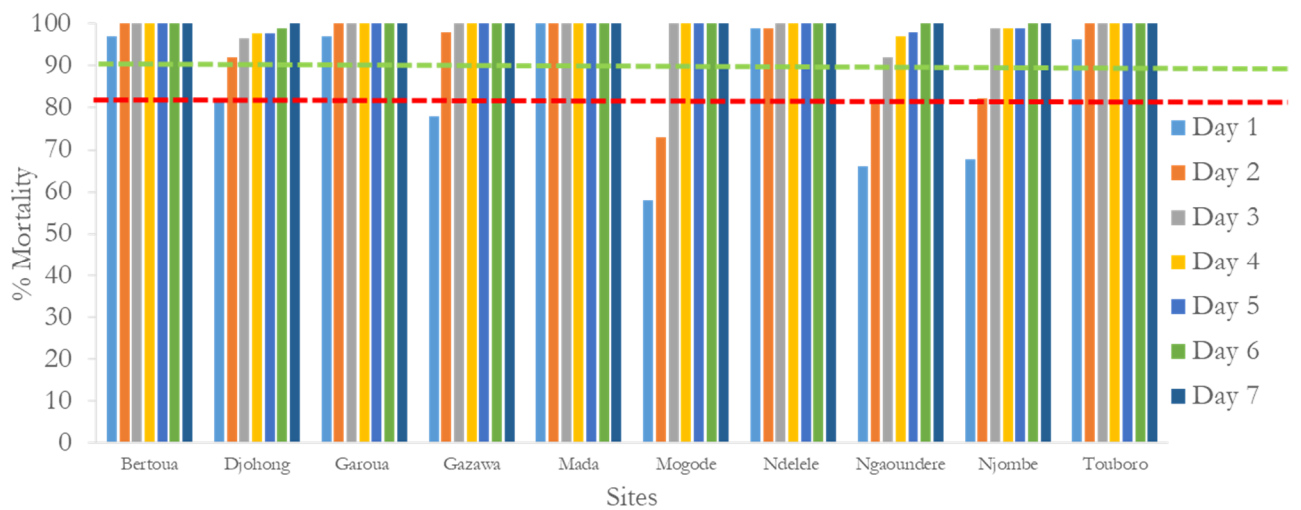
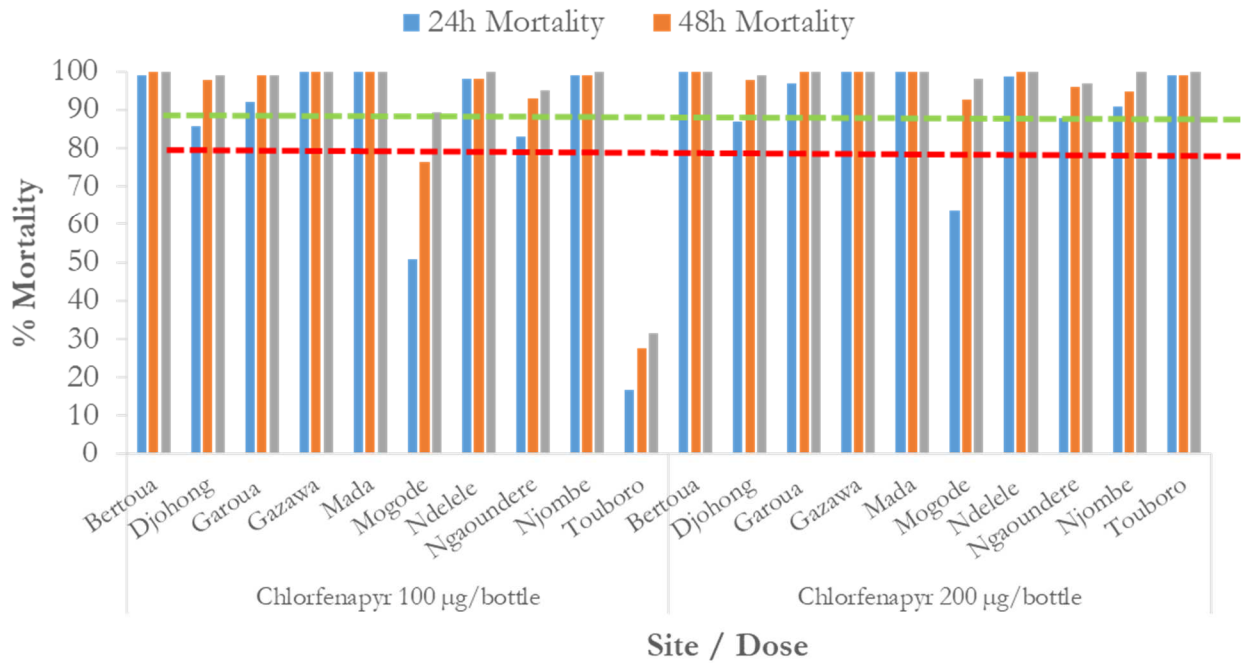
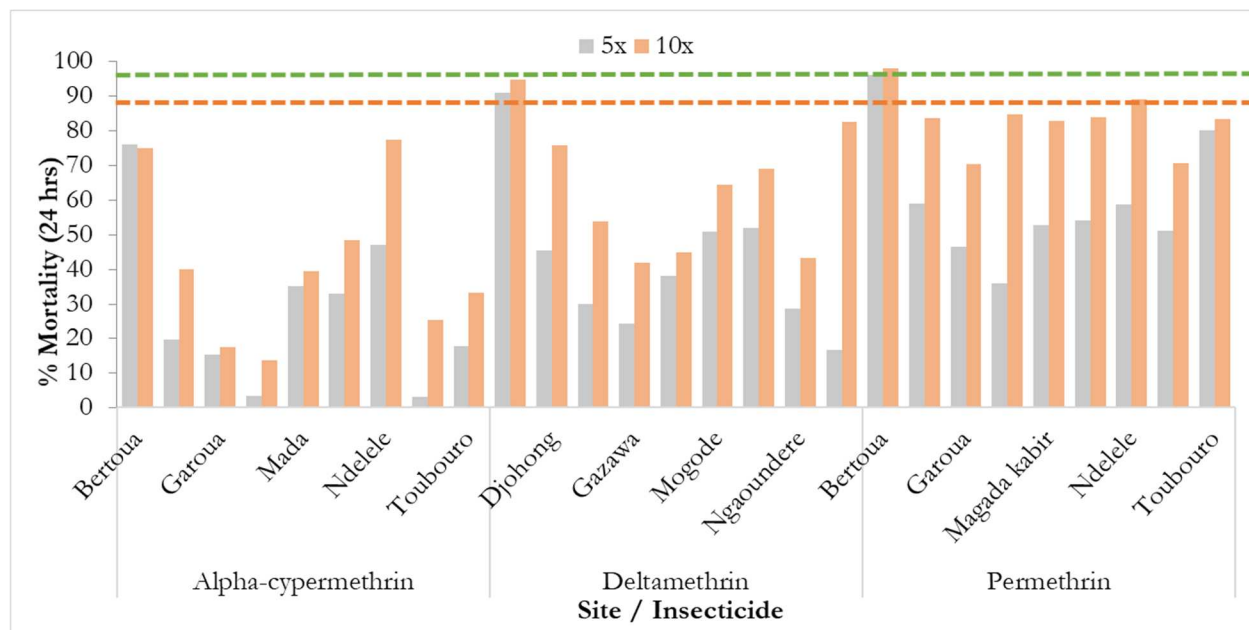


Figure 35. Sensibilité d'*An. gambiae* s.l. au chlorfénapyr (100 et 200 µg/bouteille) par les test en bouteille CDC sur tous les sites en 2021



Intensité de la résistance aux insecticides a été évalué par l'exposition des d'*An gambiae* s.l à des doses d'insecticide 5 à 10 fois concentré.

Figure 33. Intensité de résistance aux insecticides sur tous les sites en 2021



1.1.1.1.1. Résistance cible

La résistance aux insecticides chez les moustiques peut être liée à des mutations du site cible. Parmi elles, la résistance aux pyréthroïdes et au DDT est décrite comme une substitution de l'acide aminé leucine à la phénylalanine (L1014F, appelée kdr-West) ou à la sérine (L1014S, appelée kdr-East) à la position 1014 au niveau du canal sodium. Le N1575Y représente une mutation supplémentaire impliquée dans la mutation kdr. Pour les insecticides organophosphorés et carbamates, le mécanisme du site cible, connu sous le nom d'Ace-1, est une substitution d'un acide aminé glycine à la sérine en position 119.

Les figures 33-35 décrivent la fréquence de chaque allèle des trois gènes d'intérêt dans les sites de collecte. Quatre mutations ont été trouvées : kdr-W(L1014F), kdr-E (L1014S), N1575Y pour les pyréthroïdes et Ace-1 pour les organophosphorés et les carbamates.

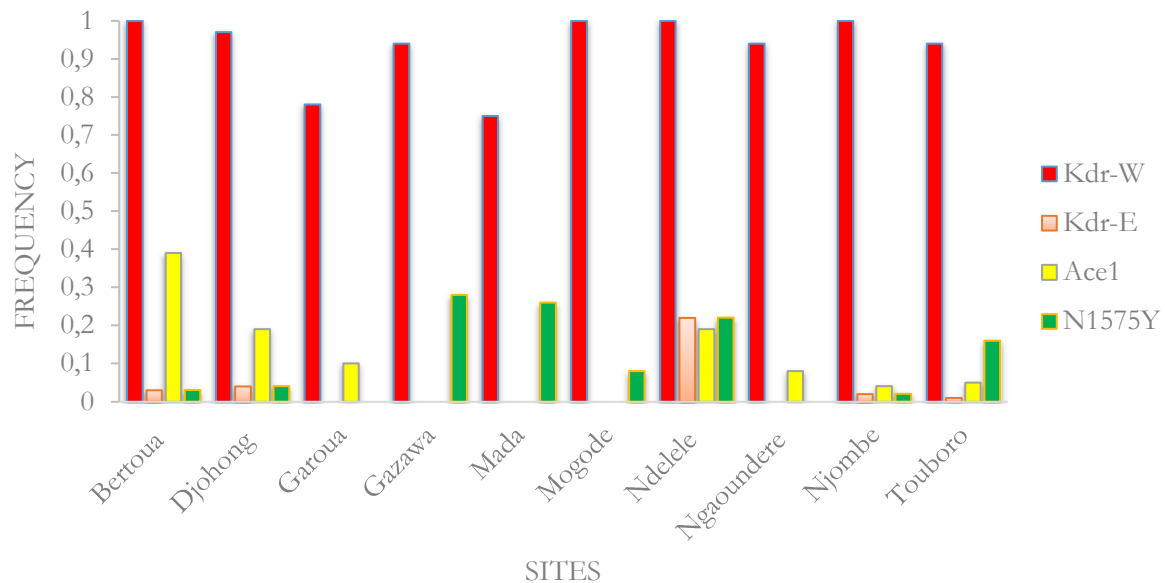
Kdr-w (L1014F) était présent dans tous les sites, avec une fréquence élevée des allèles hétérozygotes (RS). L'allèle résistance homozygote (RR) a été retrouvé avec des fréquences élevées dans les sites Mbandjock (46,6%) et Mbalmayo (42,7%).

L'allèle sensible (SS) du gène Kdr-E (L1014S) était présent dans tous les sites, avec des fréquences allant de 95% dans les sites de Santchou et Edéa à 100% dans les sites Kribi, Mbandjock et Sangmélina. Aucune allèle résistante (RR) n'a été retrouvée dans les sites.

Les allèles SS et RS du gène de résistance N1575Y ont été retrouvés dans tous les sites chez *An. gambiae* s.l. Les fréquences des allèles RS variaient de 23,3% à Santchou à 99,3% à Kribi, tandis que les allèles SS variaient de 0,7% à Kribi à 76,7% à Santchou.

Les allèles SS et RS du gène de résistance N1575Y ont été retrouvés dans tous les sites chez *An. gambiae* s.l, mis à part dans celui de Kribi où seul l'allèle SS était présent à 100%. La fréquence de l'allèle RS était plus importante à Santchou (59,1%). L'allèle de résistance RR était présent chez *An. gambiae* s.l 1,3% et 0,7% à Sangmélina et Santchou respectivement.

Figure 36. Fréquence des gènes impliqués dans le mécanisme de la résistance cible d'*An. gambiae s.l.* dans les sites vectorlink



Dans les sites de surveillance entomologique mené par le partenaire Vectorlink, l'étude de la sensibilité des vecteurs aux insecticides montre :

- Une résistance aux pyréthroïdes à la dose diagnostique a été observée dans l'ensemble des 10 sites en 2021.
- Une résistance élevée (moins de 98% de mortalité enregistrée après 24 heures à 10x DD) a été observée dans tous les sites et contre les trois pyréthroïdes testés (alpha-cyperméthrine, Deltaméthrine, Perméthrine) sauf à Bonabéri où une résistance modérée à la perméthrine a été trouvée
- L'exposition préalable des moustiques au PBO a considérablement augmenté la mortalité d'*An. gambiae s.l.* mais n'a pas rétabli la sensibilité complète dans la plupart des sites enquêtés, sauf à Bertoua et Mogode avec la deltaméthrine.
- Une résistance au bendiocarbe a été observée dans six sites (Bertoua, Djohong, Garoua, Ndelele, Ngaoundéré et Njombe) et au pirimiphos-méthyl dans tous les sites
- La sensibilité d'*An. gambiae s.l.* à la clothianidine (2 %) a été observée dans les 10 sites.
- *An. gambiae s.l.* était également sensible au chlorfénapyr (200 µg/bouteille), dans tous les sites sauf Ngaoundéré.

18.2.5 SURVEILLANCE EFFICACITE THEURAPEUTIQUE

La surveillance de l'efficacité thérapeutique des médicaments antipaludiques a été réalisée au cours de l'année 2021 au Cameroun par le Centre de Biotechnologie (BTC) d'avril à aout 2021 dans quatre sites de la région du Centre. Ces sites comprenaient : Hôpital de District de Soa, District d'Akonolinga, hôpital de District de Mbalmayo et l'hôpital de district de Mbandjock.

La taille de l'échantillon a été déterminée sur la base du protocole standard de l'OMS. Un échantillon minimum de 76 patients était requis pour l'étude. Une augmentation de 20 % a été autorisée pour les perdus de vue et les abandons pendant la période de suivi de 28 jours. Un total de 91 patients ont été inclus pour chacun des deux médicaments à l'étude. L'étude a recruté un total de 182 patients.

Un total de 182 enfants ont été randomisés pour recevoir ASAQ et AL. Après traitement, les taux de guérison non ajustés par PCR au 28eme jour étaient les suivants :

Analyse en ITT [ASAQ=95,6% (IC à 95%, 89,1-98,8) versus AL = 83,5% (IC à 95%, 74,3-90,5), P = 0,033], analyse PP [AS-AQ = 98,9% (IC à 95%, 93,8-100,0) versus AL = 91,6% (IC à 95%, 83,4-96,5), P = 0,0,35] et survie KM [AS-AQ = 98,9% (IC à 95%, 93,8-100,0) versus AL = 91,6% (IC à 95%, 83,4-96,5), P=0,026].

Les taux de guérison non corrigés étaient statistiquement différents entre les deux médicaments.

Les événements indésirables (EI) légers et modérés attendus ont été signalés dans les deux groupes de médicaments [ASAQ=56 (62,2%) versus AL=100 (56,0%), P=0,398].

Les événements indésirables les plus fréquents était : maux de tête, fièvre, perte d'appétit et faiblesse corporelle. Ces EI ont été complètement résolus après traitement.

Cette étude a montré une efficacité et une tolérance élevées de l'ASAQ et de l'AL pour le traitement du paludisme simple à *P. falciparum* chez les enfants au Cameroun.

Avec l'avènement de la résistance aux ACT en Asie du Sud-Est et en Afrique, une surveillance continue des ACT est nécessaire par les études d'efficacité thérapeutique.

18.2.5.1.1.1 Intervention 3.12.1.3: Recherche sur le comportement de l'homme

En ce qui concerne l'intervention « Recherche sur le comportement de l'homme », l'Enquête « Malaria Behavior Survey » (MBS) a été planifié en 2021 dans 8 Régions sur 10 (hormis le Nord et l'Extrême Nord). La mise en œuvre au niveau opérationnel est prévue au cours de l'année 2022.

18.2.6 COORDINATION DE LA RÉPONSE NATIONALE

La coordination de la réponse nationale a été assurée en 2021 par la mise en œuvre des interventions relevant de trois axes stratégiques : la gestion du programme, la gouvernance et la communication pour le développement

18.2.6.1 Gestion de programme

Dans la stratégie « Gestion de Programme », les interventions de planification, de coordination des acteurs, de mobilisation des ressources (NFM, FCP, PMI, autres), ont été mis en œuvre, dans le respect des procédures administratives, financières et comptables approuvées par les bailleurs de Fonds.

Budget 2021 par bailleur

Au cours de l'exercice 2021, le programme a été financé par le Fonds Mondial, PMI et les Fonds de contrepartie de l'Etat du Cameroun.

Ci-dessous le Budget par Financement :

Financement	Monnaie	Montant en Monnaie du Financement	Montant FCFA
Fonds Mondial	Euros	25 543 379	16 755 358 259
PMI	USD	23 500 000	13 630 000 000
Fonds de Contrepartie	FCFA	2 144 000 000	2 144 000 000

Soit un Total de Budget pour 2021 en FCFA 32 529 358 259

Ce budget a été mis en œuvre:

- ❖ Pour le Fonds Mondial par le Bénéficiaire Principal (PR) et deux Sous Bénéficiaires (SR): Un SR Communautaire (Plan Cameroon) et un SR Humanitaire (Reach Out);
- ❖ Pour PMI : par les agences suivantes: PMI Vector Link, GHSC-PSM, Breakthrough Action, PMI Impact Malaria, M-DIVE, Digital Square Project, Peace Corps, PMI Measure Malaria, CDC-IAA et USAID;
- ❖ Les Fonds de contrepartie (FCP) ordonnés par le PR.

Décaissements 2021 par bailleur (taux de décaissement) et justification des écarts

Les financements mobilisés en 2021 sont les suivants :

Financement	Budget (en FCFA)	Décaissement (en FCFA)	% de Décaissement	Justification de l'écart
Fonds Mondial	16 755 358 259	11 711 973 585	70%	Signature tardive du contrat du SR Humanitaire
PMI	13 630 000 000	13 630 000 000	100%	RAS
Fonds de Contrepartie	2 144 000 000	2144 000 000	100%	RAS
Total	32 529 358 259	27 485 973 585	84%	

Dépenses 2021 par bailleur (taux d'exécution financière)

❖ FONDS MONDIAL

Les dépenses effectuées par module et par source de financement sont détaillées dans les tableaux ci-dessous:

Module Name	Budget XAF	Actual Expenditure XAF	Absorption Rate	Explanation of current period
Vector Control	3 409 761 641	3 004 902 336	88%	
Specific prevention interventions (SPI)	254 759 287	266 316 863	105%	
Case management	3 982 513 659	3 027 155 939	76%	

RSSH: Health management information systems and M&E	1 961 662 940	810 755 197	41%	
Program management	2 053 349 461	1 353 810 407	66%	
RSSH: Human resources for health, including community health workers	5 093 311 081	2 824 257 154	55%	
Total Général	16 755 358 259	11 287 197 896	67%	

Globalement, le taux d'absorption de 67% sur le budget du Fonds Mondial se justifie par la contractualisation tardive du SR Humanitaire (Reach Out) en Novembre 2021 avec le PR et les activités non réalisées majoritairement dépendantes des processus de contractualisation (Conventions, marchés.....) qui se sont achevés en fin d'année 2021.

❖ PMI

AGENCE DE MISE EN ŒUVRE	BUDGET	DÉPENSES	% d'Absorption
BREAKtHROUGH ACTION	481 400 000	365 789 077	76%
IMPACT MALARIA	3 999 100 000	3 416 926 868	85%

GHSC-PSM	6 454 443 000	6 231 807 100	97%
MEASURE MALARIA	667 000 000	791 796 860	119%
VECTOR LINK	441 380 000	825 482 924	187%
M-DIVE	97 875 000		
DIGITAL SQUARE PROJECT	97 875 000		
PEACE CORPS	23 200 000		
CDD IAA	272 310 000		
USAID	1 095 417 000		
TOTAL	13 630 000 000	11 631 802 726	89%

Les dépenses de PMI ont été rapportées par Agence de mise en œuvre.

(Informations à compléter par PMI)

❖ FONDS DE CONTREPARTIE

DÉSIGNATION	BUDGET	DÉPENSES	%	OBSERVATIONS
Primes du personnel fonctionnaire et Agents de l'Etat	558 941 412	328 852 282	59%	
Achat sulfadoxine + pyriméthamine	65 478 022	0	0%	
Achat TDRpf/PAN	183 696 566	0	0%	
Achat Arthéméther Luméfranine	80 997 000	0	0%	
Achat ASAQ	69 000 000	0	0%	
Achat MILDA de la région du Sud	1 185 887 000	0	0%	Avis de publication
TOTAL	2 144 000 000	328 852 282	15%	

Au cours de l'exercice, seules les primes au personnel fonctionnaire et agents de l'Etat ont été payées. Le processus de contractualisation des marchés des intrants et des MILDA de Campagne de la région du Sud n'étant pas finalisé au 31 Décembre 2021.

18.2.6.1.1 Intervention 4.1.1.1: Planification

En matière de planification, les activités réalisées en 2021 ont été :

- L'atelier de revue annuelle 2020 et de planification 2021 du PNLN ;
- L'élaboration du « Malaria Opérationnel Plan » 2022 en collaboration avec les responsables PMI ;
- La planification opérationnelle des principales activités aux rangs desquelles : (i) la campagne de distribution des MILDA 2022-2023 au Cameroun ; (ii) la stratégie nationale de « Traitement Préventif Intermittent du nourrisson

(TPIn) » ; (iii) l'Enquête sur les Indicateurs du Paludisme au Cameroun (EIPC) 2022 ; (iv) la Surveillance Sentinelle du Paludisme au Cameroun ; (v) l'Enquête sur les comportements vis-à-vis de la lutte contre le paludisme (Malaria Behaviour Survey) ; (vi) l'Evaluation Retrospective de la Lutte contre le Paludisme au Cameroun.

18.2.6.1.2 Intervention 4.1.1.2: Gestion des ressources humaines et matérielle

En ce qui concerne la gestion des ressources humaines et matérielle :

- 80% des activités prévues ont été réalisées ; il s'agit des activités de paiement des salaires et primes du personnel, du fonctionnement du PR au niveau central, de la codification du fichier des immobilisations.
- Les effectifs des personnels ont été renforcés par le déploiement de sept (07) cadres au GTC PNLP et de quatre (04) Assistant de Surveillance, suivi Evaluation dans les GTRLP ;
- L'assurance maladie est garantie à tous le personnel du Programme ;
- Les cadres de performances des différents postes de travail ont été formalisés ;
- Le matériel informatique à l'occurrence les ordinateurs et les clés Tompro pour le personnel a été acquis;
- La logistique de transport a été renforcé par l'acquisition et réception d'un minibus affecté au transport du personnel ;et 11 Pick up sont en cours de dédouanement.

Tableau 40 : Situation des différents postes de travail du PNLP au 31 décembre 2021

Structures organiques du PNLP		Effectif du Personnel par poste de travail												
Niveau	Structure	S P	S P A	Chef Section	Coordonnateur	Chef d'Unité	CGP	EXP SSE	Assis tant CUS SE	Cadre	Secrétaire	Chauffeur	Agent d'entretien	TOTAL
	Unité de Coordination des Subventions	0	0	0	1		1	1						3
Niveau Central	Secrétariat permanent	1	1	0	NA	0			0	0	0	0	0	2
	SAF	0	0	1	NA	3			0	4	2	5	2	17
	SIMP	NA	NA	1	NA	3			0	1	0	0	0	5
	SPRE	NA	NA	1	NA	2			0	2	1	0	0	6

Structures organiques du PNLP		Effectif du Personnel par poste de travail												
Niveau	Structure	S P	S P A	Chef Section	Coordonnateur	Chef d'Unité	CGP	EXP SSE	Assis tant CUS SE	Cadre	Sec rétaire	Cha ffeur	Agen t d'entr etien	TOT AL
	SPEC	N A	NA	1	NA	2			0	3	1	0	0	7
	SPSSE	N A	NA	1	NA	2			0	1	1	0	0	5
	SFR	N A	NA	1	NA	2			0	1	0	0	0	4
	UAD	N A	NA	0	NA	1			0	0	0	0	0	1
	TOTAL GTC	1	1	6	0	15			0	12	5	5	2	47
Niveau Régional	GTRLP AD	N A	NA	0	1	2			1	1	1	1	0	7
	GTRLP CE	N A	NA	0	1	2			1	1	1	1	0	7
	GTRLP ES	N A	NA	0	1	2			0	0	1	1	0	5
	GTRLP EN	N A	NA	0	1	2			0	0	1	1	0	5
	GTRLP Lt	N A	NA	0	1	2			1	1	1	1	0	7
	GTRLP NO	N A	NA	0	1	2			0	0	1	1	0	5
	GTRLP NW	N A	NA	0	1	2			0	0	1	1	0	5
	GTRLP OU	N A	NA	0	1	2			1	0	1	1	0	6
	GTRLP SU	N A	NA	0	1	2			0	0	1	1	0	5
	GTRLP SW	N A	NA	0	1	2			0	0	1	1	0	5
	TOTAL GTRLP			0	10	20			4	3	10	10	0	57
TOTAL PNLP			6	10	35			4	15	15	15	2	107	

Tableau 41 : Etat consolidé des immobilisations Fonds Mondial au 31 12 2021

Catégorie	Libellé	Quantité	Etat
MATÉRIEL	ACQUISITION MINIBUS	1	Fonctionnel
ROULANT	ACQUISITION VEHICULE 4*4 PICK UP	12	Fonctionnel dont 02 ck up en panne

LOGICIEL	LOGICIEL TOMPRO	1	Fonctionnel
	ACQUISITION 8 SITES POUR LOGICIEL TOMPRO	8	Fonctionnel
MATÉRIEL ARCHIVAGE	CONTAINER POUR ARCHIVAGE	3	Fonctionnel
MATÉRIEL FORMATIQUE	DESKTOP	44	Fonctionnel dont 04 desktop en panne
	MODULEUR	20	Fonctionnel dont 04 desktop en panne
	ORDINATEUR PORTABLE	64	Fonctionnel dont 07 laptop en panne et 02 défectueux
	PHOTOCOPIEUR	18	Fonctionnel dont 01 en panne
	POLYCOM/GRANDSTREAM VIDEO CONFERENCE	2	Fonctionnel
	SCANNER	16	Fonctionnel dont 02 en panne
	SERVEUR PROLIANT	1	Fonctionnel
	TÉLÉVISEUR	1	Fonctionnel
	VIDEO PROJECTEUR	19	Fonctionnel dont 01 en panne

18.2.6.1.3 Intervention 4.1.1.3: Gestion financière

En ce qui concerne la gestion financière, 100% des activités planifiées ont été réalisés, il s'agit des activités de codification du budget et de paramétrisation du logiciel de comptabilité, et des activités de revue validation des données financières et comptables

18.2.6.2 Stratégie 4.2.1: Gouvernance

18.2.6.2.1 Intervention 4.2.1.1: Coordination

La coordination a été assurée à travers la tenue de réunion de coordination à tous les niveaux. Il s'agissait, des réunions intégrée ou thématique :

- Deux réunions du Comité national Roll Back Malaria au niveau central ;
- D'une réunion de coordination des partenaires au niveau central ;
- Des réunions mensuelles (en ligne) avec l'équipe pays du Fonds Mondial ;
- Réunions hebdomadaires (en ligne) de suivi de la campagne MILDA 2022-2023 ;
- Des réunions bi-hebdomadaires de coordination au GTC PNLP ;
- Des Réunions de coordination dans les Sections du GTC PNLP
- Les réunions de coordination du GTRLP.
- Les réunions semestrielles de taskforce des ISDC au niveau central ;
- Les réunions trimestrielles de taskforce das ISDC dans les Régions ;
- Les réunions trimestrielles du Groupe de Travail Prise en charge des cas ;
- Des Réunions trimestrielle du Groupe de Travail SSE ;

18.2.6.2.2 Intervention 4.2.1.2: Contrôle et Audit

En matière de contrôle et d'audit, les missions d'inventaires des immobilisations ont été conduites sur le terrain, ainsi que les missions d'audit externe.

18.2.6.2.3 Intervention 4.2.1.4: Archivage et documentation

En matière d'archive et documentation, la capacité de stockage physique des archives a été renforcé par l'acquisition et l'installation de deux conteneurs 40 pied.

18.2.6.3 Stratégie 4.3.1: Communication pour le Développement (C4D)

Cinq (5) interventions structurent les activités de l'axe stratégique C4D. Il s'agit de :

1. La Communication institutionnelle
2. La communication pendant les campagnes de masse (MILDA, CPS,, SASNIM)
3. La Communication sur la disponibilité et l'utilisation des services et produits de lutte contre le paludisme (routine)
4. La Communication en direction des prestataires de soins sur le respect des directives et l'utilisation des services et produits de lutte contre le paludisme et
5. La Communication pendant les situations de crise

Cartographie des acteurs de mise en œuvre des réponses gouvernementales

PARTENAIRES ACTEURS	DOMAINES D'INTERVENTION	ZONE D'INTERVENTION	MONTANT D'ALLOCATION	MODALITES D'INTERVENTION (rôle)
Direction Promotion Santé-MINSANTE	Sous-comité scientifique CNRB Sous-comité C4D campagne MILDA	Central		<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement expertise; - élaboration des stratégies de C4D
Cellule Communication-MINSANTE	Sous-comité scientifique CNRM Sous-comité C4D campagne MILDA Commissions des recettes techniques des prestations de marchés	Central		<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement expertise; - Elaboration des stratégies de C4D - Coordination des Sous-Comités et commissions et groupes techniques de suivi-évaluation des activités C4D
OMS	Sous-comité scientifique CNRM Sous-comité C4D campagne MILDA	Central		<ul style="list-style-type: none"> - Orientation de la prise en compte et de la mise en œuvre de la stratégie mondiale de la Communication dans les Sous-Comités
UNICEF	Sous-comité scientifique CNRM Sous-comité C4D campagne MILDA	Central		<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement expertise; - Elaboration des stratégies de C4D - ISDC
BID	Appui logistique	National		<ul style="list-style-type: none"> - production des supports de visibilité
Breakthrough Action-PMI	Etudes Stratégie Conseil	Central/régional/DS/AS des régions Extrême-Nord et Nord		<ul style="list-style-type: none"> ● Réalisation des études MBS, enquêtes et sondages sur les comportements ● Elaboration des stratégies et Plans SBC ● Appui à la MEO communication CPS, MILDA et routine dans le Nord et l'Extrême Nord
Sous-Comité Scientifique Communication et Partenariat du CNRBM (Cellcom-MINSANTE, DPS MINSANTE, MINCOM, IRESCO, Malaria No More/ISA, ACMS, OCASC, CEPCA, OIC) CRTV, Cameroun Tribune, Médias privés	Conseil (Sous-Comité Scientifique et partenariat du CNRBM)	Central		<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboration des orientations stratégiques ● Elaboration des stratégies et plans de plaidoyer et partenariat ● développement des stratégies de Mobilisation sociale et de communication
Sous-Comité Scientifique Communication campagne MILDA (Cellcom-MINSANTE, DPS MINSANTE, MINCOM, CRTV, Cameroun Tribune, Médias privés, Croix Rouge Camerounaise, UNICEF, OMS, IRESCO, Malaria No More/ISA, ordres confessionnelle (OCASC, CEPCA, OIC), ordres pharmaceutique, Association des chefs traditionnels, Communes et Villes Unies du Cameroun (CVUC)	Conseil (Sous-Comité communication de la campagne MILDA)	Central		<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboration de la stratégie de communication, plaidoyer et partenariat de de la campagne MILDA ; ● planification des activités et interventions ; ● revue de la mise en œuvre des activités
MINCOM	Partenariat	Réseau national		<ul style="list-style-type: none"> ● appui communication mass médias
MINPOSTEL	Partenariat	Réseau national		<ul style="list-style-type: none"> ● appui communication de masse (IEC) à travers les réseaux de télécommunications mobiles

MINPROFF	Partenariat	Réseau national		<ul style="list-style-type: none"> Appui mobilisation sociale à travers les réseaux associatifs des femmes et familles
MINEDUB/MINESEC	Partenariat	Réseau national		<ul style="list-style-type: none"> Appui mobilisation sociale dans les réseaux éducatifs
MINATD	Partenariat	Réseau national		<ul style="list-style-type: none"> Appui mobilisation sociale des structures administratives et des CTD et des chefferies traditionnelles
MINDDEVEL	Partenariat	Réseau national		<ul style="list-style-type: none"> Appui mobilisation sociale à travers le réseau des collectivités locales
Communes et Villes Unies du Cameroun (CVUC)	Partenariat	DS/AS du Réseau national		<ul style="list-style-type: none"> Appui aux activités de communication des ASC lors des visites communautaires
PLAN INTERNATIONAL	Partenariat communautaire) (SR	8 régions francophones		<ul style="list-style-type: none"> Coordonne les activités de CIP, counseling à travers les ASC par les OSCD et OBC
IRESO	Partenariat	Littoral, Ouest		<ul style="list-style-type: none"> Appui Etudes/enquêtes socio comportementales
REACH OUT	SR Humanitaire	Nord-Ouest/Sud-Ouest		<ul style="list-style-type: none"> Coordonne les ISDC (sensibilisation et prise en charge communautaire) dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest
GIZ	SR Prison			<ul style="list-style-type: none"> Coordonne la sensibilisation, counseling, et Prise en charge dans le secteur privé
GICAM	SR Secteur Privé	National		<ul style="list-style-type: none"> Coordonne la sensibilisation, counseling, et Prise en charge communautaire dans les prisons
JhPIEGO	Partenariat	DS : AS des du Corridor Sud		<ul style="list-style-type: none"> sensibilisation, counseling, et Prise en charge communautaire dans le DS Kribi
Point Focaux communication des régions	Appui opérationnel	Régions		<ul style="list-style-type: none"> Suivi et supervision de la mise en œuvre des activités de C4D, Marketing social et partenariat
Point Focaux communication et MOBSOC des DS/AS	Appui opérationnel	DS/DS		Suivi et supervision de la mise en œuvre des activités de C4D, Marketing social et partenariat
Radios communautaires ou de proximité	Appui opérationnel	DS/AS		<ul style="list-style-type: none"> Conception, production et diffusion des messages aux populations : Information, Education, sensibilisation
SPSSE	Planification, Suivi, Evaluation	Central/national		<ul style="list-style-type: none"> Planification des revues évaluations des activités du programme y compris la communication Suivi des indicateurs de communication
SPEC	Fourniture indicateurs prise en charge	Central		<ul style="list-style-type: none"> Production des indicateurs de prise en charge
SPE	Fourniture indicateurs de prévention	Central		<ul style="list-style-type: none"> Production des indicateurs de prévention

SFR	Renforcement de capacité, Réalisation des enquêtes et études comportementaux	Central et national		<ul style="list-style-type: none"> - Planification et suivi des activités de renforcement des capacités - Mise en œuvre des études et enquêtes MBS
-----	---------------------------------------------------------------------------------	---------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La coordination de la mise en œuvre des principales activités de ces interventions de la C4D est suivie par le Chef Section IEC/Mobilisation Sociale et Partenariat (IEC-MS et Partenariat) qui bénéficie de l'appui de trois unités opérationnelles notamment en charge de :

- L'IEC et la Mobilisation Sociale ;
- Partenariat et
- Technologie de l'Information et de la Communication (TIC)

De manière générale, le Chef Section IEC-MS & Partenariat est chargé de :

- Coordonner l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie de communication et de marketing social en appui au PSN de lutte contre le paludisme .
- Veiller à accompagner les SRs et les structures partenaires du PNLN dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs plans de communication pour la lutte contre le paludisme :
renforcer le plaidoyer
- Coordonner le développement du partenariat
- Coordonner et suivre de la mise en œuvre de la réponse communautaire et locale
- Veiller à la promotion des approches innovantes en matière de communication sociale pour le changement de comportement
- Coordonner l'administration et la gestion du Système d'information
- Veiller à l'assurance qualité des équipements et Maintenance informatique
- Coordonner la mise en œuvre de la communication du programme sur les plateformes informatiques, électroniques et téléphoniques
- Suivre la mise en œuvre de toute autre action instruite par la hiérarchie dans le domaine de compétence du poste de travail.

Activités de coordination des activités de C4D réalisées :

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités de communication à la Section IEC MS et Partenariat, les structures de coordination nous permettent de restituer les données ci-après des opérations :

- 23 matrices de coordination des activités reflétant la planification, la mise en œuvre et l'évaluation par la hiérarchie des activités hebdomadaires menées en interne ;

- La Section IEC MS et Partenariat (SIMP) a tenu 18 réunions de coordination internes dont 9 rapports archivés ;

- Le personnel de la SIMP a été représenté à toutes les réunions de coordination centrale du PNL. La SIMP a rapporté 5 fois en 2021 les réunions de coordination centrale ;

8 réunions de coordination de l'UCS ont vu la participation de la Section, notamment à l'occasion des opérations de lancement des campagnes MILDA/CPS/JMLP, du NFM3 et lors des préparatifs des réunions RBM

La communication en faveur de la lutte contre le paludisme a été présente lors des toutes les réunions du CNC présidées par le MINSANTE ou son représentant; animant même le Groupe Thématique C4D de la campagne qui a tenu 16 réunion, notamment dans le cadre de l'élaboration de la stratégie de communication de la campagne MILDA. (12 rapports Sous-Comité C4D campagne MILDA disponibles).

La campagne CPS a bénéficié aussi d'un groupe de coordination des actions de communication, notamment avec la participation des partenaires Breakthrough Action et Impact Malaria. C'est à juste titre que nous avons élaboré la stratégie communication de la CPS 2022 et lancé avec cohésion les activités de communication.

Une réunion du CNRBM s'est tenue en prélude à la campagne MILDA. La Section IEC a rapporté les questions inscrites à l'agenda.

Nous avons également participé à plusieurs réunions de coordination avec les Partenaires (PMI/FMLSTP) dont la plupart en ligne

18.2.6.3.1 Intervention 4.3.1.1: Communication institutionnelle

18.2.6.3.2 Intervention 4.3.1.2: communication pendant les campagnes de masse (MILDA, CPS, PID, SASNIM)

1. COMMUNICATION PENDANT LES GRANDES CAMPAGNES DE MASSE

En 2021, plusieurs activités de communication en faveur des campagnes de distribution de masse ont été planifiées. On notera :

- La poursuite de la 3^{ème} campagne de distribution de masse des MILDA 2021, notamment dans les régions du Centre et du Nord-Ouest et du Sud-Ouest à financement Fonds de Contrepartie du Cameroun ;
- La campagne de Chimio Prévention du Paludisme Saisonnier dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord

1.a) Poursuite de la 3^{ème} campagne de distribution de masse des MILDA 2021 dans les régions du Centre et du Nord-Ouest et du Sud-Ouest

La poursuite de la distribution des MILDA en campagne de masse planifiée dans les régions du Centre et du Nord-Ouest et du Sud-Ouest ne s'est déroulée que dans les

régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest. La campagne du Centre n'a pas encore été menée.

Activités exécutées

Communication de masse en faveur de la campagne MILDA 2019 dans le Sud-Ouest

- Communication à travers les radios de proximité en langues locales
- 1 atelier d'élaboration des spots et microprogrammes de la campagne MILDA 2019 dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest s'est tenu à Limbé en Janvier 2021, cet atelier a découlé sur :
 - L'élaboration de 32 spots et microprogrammes en langues locales du Nord-Ouest et du Sud-Ouest ;
 - La diffusion desdits 32 spots et microprogrammes dans 34 radios de proximité jusqu'au mois de Mai 2022 étant donné que la campagne MILDA dans le Sud-Ouest s'est poursuivie jusqu'en mai 2022.

Dans le même domaine de la communication mass média toujours, les activités suivantes ont été déroulées :

- Sponsoring des interventions en direct des programmes radios et télé populaires à travers les chaînes suivantes :
 - Intervention en direct et diffusion d'annonce sur la campagne MILDA du Nord-Ouest sur CRTV radio Poste National
 - Intervention en direct et diffusion d'annonce sur la campagne MILDA du Nord-Ouest sur Equinoxe Télévision CRTV Télé, Canal 2 International et Equinoxe TV
 - Intervention en direct et diffusion d'annonce sur la campagne MILDA du Sud-Ouest sur CRTV Télé, Canal 2 International et Equinoxe TV
 - Intervention en direct et diffusion des spots d'annonce sur la campagne MILDA du Sud-Ouest sur Mont Cameroun FM à Buea et Cameroun Crtv Buea ;
 - Production et diffusion/dissémination des banderoles d'annonce de la campagne MILDA dans les villes de Bamenda et Buea ;

- Production et diffusion/affichage inter-urbain de 04 panneaux (Billboards) d'annonce sur l'utilisation des MILDA dans les axes Bafoussam-Bamenda et Douala-Buea ;
- Production et diffusion de près de 4232 affiches grand-public d'information et de sensibilisation sur l'utilisation et l'entretien des MILDA dans les FOSA et les lieux publics (marchés, églises, mosquées, lieux réunions d'associations) dans les Aires de Santé du Nord-Ouest et du Sud-Ouest

Mobilisation sociale pendant la campagne MILDA 2019 dans le nord-ouest et le sud-ouest

Les campagnes de mobilisation sociale déroulées pour booster cette campagne ont connu de ce fait :

- La sensibilisation par plus de 2390 crieurs dans les Aires de Santé des deux régions, mais aussi,

Communication Inter Personnelle de Proximité en faveur de la campagne MILDA 2019 dans le Nord-Ouest et le Sud-Ouest

Ici la CIP a été mise en œuvre à travers la mobilisation porte à porte des Agents dénombreurs-Distributeurs dans les ménages des Aires de Santé des 2 régions. A travers cette activité, les agents de dénombrement ont informé et sensibilisé les membres de ménages sur le déroulement de la campagne, le passage et le rôle des acteurs mobilisés, mais surtout sur la bonne utilisation des MILDA une fois réceptionnées.

Activités de plaidoyer et sensibilisation communautaire en faveur de la campagne MILDA

Les activités de plaidoyer ont été menées au niveau central et régional. Aussi, Un Comité Roll Back Malaria a été organisé au Niveau central pour mobiliser les sectoriels (MINAT, MINCOM, MINPROFF, MINESEC, MINEDUB, MINJES, Forces de maintien de l'ordre et de sécurité...) et les partenaires techniques et financiers (OMS, UNICEF, PMI, Reach Out, Plan International, CTD, ONG, OSC, OBC...) et les engager à poser des actes concrets et favorables à l'organisation de la campagne MILDA dans ces deux régions sécuritairement minées,

Par ailleurs, des activités de sensibilisation communautaires ont été menées à travers l'organisation des réunions de sensibilisation dans les Distriots et les Aires de Santé de ces 2 régions. Ces réunions de sensibilisations ont regroupé les cibles suivantes :

- Les leaders communautaires (chefs traditionnels, religieux et associatifs)
- Les chefs d'Aires de Santé-cibles ;
- Les représentants des ONG/OSC et OBS locales
- Les Chefs d'Aires de Santé

Communication à travers les réseaux digitaux, numériques et les canaux de téléphonie mobile

Le PNLP a mis en œuvre des actions de sensibilisation à travers les sites web des partenaires et des organismes sectoriels pour communiquer sur les activités de la campagne MILDA. Ces actions se sont étendues à travers les réseaux digitaux et numériques notamment les pages Facebook, Twitter You Tube, Instagram et WhatsApp des institutions et organismes suivants ; MINSANTE ; P NLP, MINPROFF, MINCOM, Breakthrough Action, OMS, UNICEF...

Ces actions de communication devraient être étendues à la sensibilisation dans les réseaux MTN, Orange Cameroun, Camtel et Nextel si ces acteurs avaient répondu favorablement aux initiatives de plaidoyer menées en direction du MINPOSTEL mais dont la mise en œuvre par ces partenaires de la chaîne de diffusion ne s'est pas faite promptement.

1.b) La campagne de Chimio Prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord

A la faveur de la mise en œuvre de la campagne CPS en faveur des enfants de 3 à 59 mois dans les 2 régions du Nord et de l'Extrême-Nord, une campagne de communication a été menée dans les deux régions. Cette campagne a tourné autour de plusieurs stratégies :

Communication à travers masse média en faveur de la CPS

- Communication à travers les radios de proximité en langues locales
 - 2 ateliers d'élaboration des spots et microprogrammes de la CPS dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord se sont tenues d'une part à Guider (Nord) et à Mokolo (Extrême-Nord)
 - L'élaboration de 53 spots et microprogrammes en langues locales du Nord et de l'Extrême-Nord ;
 - La diffusion desdits 53 spots et microprogrammes dans 34 radios rurales jusqu'au mois de décembre 2021 en langues locales du Nord et de l'Extrême-Nord dans 34 radios de proximité ;

Dans le même domaine de la communication mass média toujours, les activités suivantes ont été déroulées :

- Sponsoring des interventions en direct des programmes radios à travers les chaînes suivantes :

- Intervention en direct et diffusion d'annonce sur la CPS sur CRTV radio Poste National et les chaînes CRTV Nord et Extrême-Nord
- Production et diffusion/dissémination des banderoles d'annonces de et de lancement de la campagne CPS dans les villes de Garoua et Maroua ;
- Production et diffusion des affiches grand-public d'information et de sensibilisation sur la CPS dans les FOSA et les lieux publics (marchés, églises, mosquées, lieux réunions d'associations) dans les Aires de Santé du Nord et de l'Extrême-Nord

Mobilisation sociale pendant la campagne MILDA 2019 dans le nord-ouest et le sud-ouest

Les campagnes de mobilisation sociale déroulées pour booster la CPS ont connu de ce fait :

- La sensibilisation par plus des crieurs dans les Aires de Santé des deux régions Nord et Extrême-Nord, mais aussi,
- La mobilisation et la sensibilisation à travers les Réseaux d'Association Féminines (RAF) mobilisés à partir des représentations au niveau des régions, des Districts et des Aires de Santé ;
- Les actions de sensibilisation par les autorités et leaders traditionnels, religieux et associatifs à travers les lieux de grandes mobilisation (événements socio politiques, les lieux de culte : églises, marchés, mosquées, les marchés et différents sites d'association socio culturelles)

Communication Inter Personnelle de Proximité en faveur de la campagne CPS dans le Nord et Extrême-Nord

Ici la Communication de Proximité a été mise en œuvre à travers la mobilisation porte à porte par les Agents Mobilisateurs Distributeurs (MOBI-DIST) dans les ménages des Aires de Santé des 2 régions

A travers cette activité, les agents de Mobi-Dist ont informé et sensibilisé les responsables et membres de ménages sur le déroulement de la campagne, le passage et le rôle des acteurs mobilisés, le respect des cycles et de l'administration de la SPAQ en J2 et J3 pendant tous les cycles de la CPS.

Activités de plaidoyer et sensibilisation communautaire en faveur de la campagne CPS

Les activités de plaidoyer ont été menées au niveau central et régional. Aussi, Au Niveau central et régional pour mobiliser les sectoriels (MINAT, MINCOM, MINPROFF, MINESEC, , MINJES, Forces de maintien de l'ordre et de sécurité...) et les partenaires techniques et financiers (OMS, UNICEF, PMI, Breakthrough Action, Impact Malaria, PSM, CTD, ONG, OSC, OBC...) et les engager à accompagner l'organisation de la CPS dans ces deux régions,

Par ailleurs, les activités de sensibilisation communautaires ont été menées à travers l'organisation des réunions de sensibilisation dans les Districts et les Aires de Santé de ces 2 régions. Ces réunions de sensibilisation ont regroupé les cibles suivantes :

- Les Réseaux d'Association Féminines (RAF)
- Les leaders communautaires (chefs traditionnels, religieux et associatifs)
- Les chefs d'Aires de Santé-cibles ;
- Les représentants des ONG/OSC et OBS locales
- Les Chefs d'Aires de Santé

Communication institutionnelle et à travers les réseaux digitaux, numériques et les canaux de téléphonie mobile

Un point de presse du Ministre de la Santé Publique a été organisé au MINSANTE regroupant les professionnels des médias nationaux. Ce fut l'occasion pour le Ministre de la Santé Publique d'informer et sensibiliser les professionnels des médias sur les enjeux et l'importance de cette campagne CPS dans les régions concernées en faveur des enfants de moins de 5 ans et des attentes portées en eux. Le dossier de presse élaboré et produit a mis à la disposition de ces acteurs les informations nécessaires pour informer et mobiliser les populations en faveur de la CPS.

Le PNLP a mis en œuvre des actions de sensibilisation à travers les sites web des partenaires et des organismes sectoriels pour communiquer sur les activités de la campagne CPS. Ces actions se sont étendues à travers les réseaux digitaux et numériques notamment les pages Facebook, Twitter, YouTube, Instagram et WhatsApp des institutions et organismes suivants ; MINSANTE ; PNLP, MINPROFF, MINCOM, Breakthrough Action, OMS, UNICEF...

Ces actions de communication devraient être étendues à la sensibilisation dans les réseaux MTN, Orange Cameroun, Camtel et Nextel si ces acteurs avaient répondu favorablement aux initiatives de plaidoyer menées en direction du MINPOSTEL mais dont la mise en œuvre par ces partenaires de la chaîne de diffusion ne s'est pas faite promptement.

2. SENSIBILISATION DES POPULATIONS SUR LA DISPONIBILITÉ ET L'UTILISATION DES SERVICES ET DES PRODUITS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

En 2021, les activités de sensibilisation sur la disponibilité et l'utilisation des services et produits sur la lutte contre le paludisme ont été planifiées comme actions :

- La sensibilisation de routine sur la disponibilité et l'utilisation des services et produits sur la lutte contre le paludisme à travers les radios communautaires

- La sensibilisation de routine sur la disponibilité et l'utilisation des services et produits sur la lutte contre le paludisme à travers les chaînes de radios télévisions urbaines
- La sensibilisation de routine sur la disponibilité et l'utilisation des services et produits sur la lutte contre le paludisme à travers l'affichage de masse
- La sensibilisation de routine sur la disponibilité et l'utilisation des services et produits sur la lutte contre le paludisme à travers les canaux digitaux, numériques et de téléphonie mobile

2.a) Sensibilisation de routine sur la disponibilité et l'utilisation des services et produits sur la lutte contre le paludisme à travers les radios communautaires

La subvention FMSTP a prévu la couverture de 4 régions par les radios communautaires dans ce qui est de la sensibilisation sur les services de routine de lutte contre le paludisme. Aussi ; les activités suivantes ont eu lieu :

- Tenue de 4 ateliers d'élaboration des spots et microprogrammes en faveur des activités de routine de lutte contre le paludisme, notamment dans l'Adamaoua, l'Est, le Sud et le Sud-Ouest.
- Ces 4 ateliers ont donné lieu à l'élaboration et la production de 94 spots et microprogrammes en langues locales dans 73 radios communautaires de proximité de l'Adamaoua, de l'Est, du Sud et du Sud-Ouest.

Ces mêmes activités de production et diffusion des messages à travers les radios communautaires ont été aussi déroulées dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord grâce à l'appui de PMI à travers les partenaires de mise en œuvre Breakthrough Action et Impact Malaria

La diffusion desdits messages a été centrée sur les thématiques suivantes :

- Assainissement de l'environnement
- Utilisation correcte de la MILDA
- Installation, utilisation et entretien des MILDA
- Traitement Préventif Intermittent (TPI) chez la femme enceinte
- CPS et administration de la SPAQ aux enfants de 3 à 59 mois dans les régions du Nord et Extrême-Nord
- Test de Diagnostic Rapide (TDR)
- Prise en charge communautaire du Paludisme par les ASC
- Gratuité de la prise en charge du paludisme simple et grave
- Etc.

NB : Non diffusion des messages en langues locales dans les Radios communautaires de 4 autres régions

En raison des contraintes budgétaires, les régions du Centre, de l'Ouest , du Littoral et du Nord-Ouest n'ont pas connu la couverture des activités de sensibilisation dans les radios communautaires en langues locales.

2.b) La sensibilisation de routine sur la disponibilité et l'utilisation des services et produits sur la lutte contre e paludisme à travers les chaines de radios télévisions urbaines

- Échec du recrutement de l'agence de production et diffusion des messages dans les médias urbains

La communication de routine en faveur de la lutte contre le paludisme dans les chaînes radio télé planifiées n'a pas été mise en œuvre. En effet, afin de mettre en œuvre les activités de sensibilisation à travers les radios et télé urbaines, il avait été envisagé le recrutement et la mobilisation d'une agence de communication pour élaborer, produire et contractualiser avec les partenaires de la chaîne de diffusion des messages en faveur de la lutte contre le paludisme. Malheureusement, l'agence n'a pas été recrutée au terme de l'année 2021

2.c) La sensibilisation de routine sur la disponibilité et l'utilisation des services et produits sur la lutte contre e paludisme à travers l'affichage de masse

En 2021, il a été prévu la production et diffusion des affiches de sensibilisation de masse sur les principales interventions de routine contre le paludisme. 35 947 affiches sur les interventions et les spécifications suivantes ont été planifiées :

N°	Outil	Spécifications techniques	Quantités
Conception, traduction et production des maquettes			
1	Conception des créa	Une créa pour chaque support selon les spécifications techniques indiquées	8
2	Production des maquettes	Une maquette par outil	8
3	Traduction des supports	Une traduction par support	8
Production			
4	Affiches installation MILDA	Format A 1, Vinyl, quadrichromie, papier glacé couché brillant pelliculé et autocollant	4 200
5	Affiches utilisation et entretien des MILDA	Format A 1, Vinyl, quadrichromie, papier glacé couché brillant pelliculé et autocollant	6447
7	Affiches TPI femmes enceintes	Format A 1, Vinyl, quadrichromie, papier glacé couché brillant pelliculé et autocollant	4 400
8	Affiches TPI n	Format A 1, Vinyl, quadrichromie, papier glacé couché brillant pelliculé et autocollant	4000
9	Affiches classification des cas de paludisme	Format A 1, Vinyl, quadrichromie, papier glacé couché brillant pelliculé et autocollant	4600
10	Affiches algorithmes de prise en charge	Format A 1, Vinyl, quadrichromie, papier glacé couché brillant pelliculé et autocollant	4200
11	Affiches coûts de prise en charge et la gratuité du paludisme	Format A 1, Vinyl, quadrichromie, papier glacé couché brillant pelliculé et autocollant	4000

13	Affiches sur l'Agent de Santé Communautaire	Format A 1, Vinyl, quadrichromie, papier glacé couché brillant pelliculé et autocollant	4 500
TOTAL PRODUCTION			35 947

Malheureusement, la production desdits supports qui relevait de la mobilisation d'un partenaire n'a pas été faite. Les procédures de pré-qualification et de recrutement de l'entreprise en charge de cette action n'ont toujours pas abouti.

Enfin, un tout autre aspect de la communication en faveur des produits et services de lutte contre le paludisme a été la publication des News Letter de promotion des Interventions Sous Directives Communautaires (ISDC) en faveur des Collectivités Territoriales Décentralisées pour la lutte contre le paludisme.

A cet effet, 2500 élus locaux (parlementaires, sénateurs, maires et responsables de CTD) ont été sensibilisés par la dissémination de 2500 Newsletters produites.

Stratégie 4.3: Communication pour le développement en faveur des prestataires

3.1) Communication en direction des prestataires de soins en faveur du respect des directives nationales et de l'utilisation des services et produits de lutte contre le paludisme

Ces activités de communication en direction des prestataires devraient être faites à travers des ateliers et les campagnes de sensibilisation dans les radios communautaires comme exécutées. Il avait aussi été question d'utiliser les affiches produites pour sensibiliser les prestataires de soins sur la gratuité, l'administration des TDR avant tout traitement du paludisme, la prise en charge communautaire par les Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCp). Ce dernier volet d'activités n'a pas été mené faute d'aboutissement des procédures de marché menant à la production et dissémination des supports de communication en direction desdits prestataires

Stratégie 4.3: Communication institutionnelle

1) Communication de routine sur la disponibilité et l'utilisation des services et produits sur la lutte contre le paludisme à travers les canaux digitaux, numériques et de téléphonie mobile.

La gratuité de la prise en charge du paludisme, l'utilisation correcte et l'entretien des MILDA, le TPI chez la femme enceinte, les TDR et la prise en charge communautaires et dans les Formations Sanitaires ont fait l'objet d'une vaste campagne de

sensibilisation à travers les sites web du PNLP/MINSANTE et des autres partenaires de mise en œuvre de la lutte contre le paludisme. Il en a été de même pour les réseaux Facebook, Twitter, Youtube et Instagram des acteurs de la lutte. En revanche, lesdites activités de sensibilisation n'ont pas été déroulées dans les canaux de communication des opérateurs de téléphonie mobile suite à l'insuffisance de la dynamique de plaidoyer qu'il faut renforcer.

3.2) Autres activités de communication institutionnelle de routine

On peut noter :

2) L'organisation de la 14^{ème} Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme (JMLP)

Durant cet épisode, beaucoup d'activités ont été mises en œuvre notamment :

- Les réunions d'information et de sensibilisation des professionnels des médias ;
- L'organisation de plusieurs symposiums scientifiques sur la recherche contre le paludisme ;
- L'organisation d'une descente communautaire dans les Formations hospitalières du District de Santé de Mbalmayo par le MINSANTE accompagné de ses collaborateurs de sensibilisation des prestataires et des ménages sur le TPI chez la femme enceinte et l'utilisation des MILDA
- La production de 12 banderoles d'information et d'annonce sur la 14^{ème} JMLP
- La production d'un Dossier de Presse d'information des professionnels des médias ;
- L'organisation d'un point de presse du MINSANTE mobilisant les partenaires cibles en vue d'un plaidoyer sur l'engagement et la mobilisation en faveur de l'augmentation des ressources additionnelles par les sectoriels du paludisme ;
- Plusieurs interventions des personnes ressources en vue de sensibiliser les populations sur les enjeux et les dangers du paludisme à travers les médias nationaux
- L'organisation d'un match de football pour sensibiliser contre le paludisme

3) Organisation des réunions SBC Group au niveau central et régional

Plusieurs réunions de groupes thématiques Communication pour le paludisme ont été menées.

- Tenue de 8 réunions du Sous-Comité Communication de la campagne MILDA pour élaborer la stratégie de communication de la campagne MILDA 2022 et planifier la mise en œuvre et le suivi des campagnes MILDA dans le Sud-Ouest et le Nord-Ouest ;

- 12 réunions du Groupe Thématique Social Behaviour Communication ont mobilisé les partenaires de la communication en faveur de la lutte contre le paludisme autour des préoccupations majeures de la lutte contre le paludisme (l'enquête MBS, la production des supports de visibilité, la campagne MILDA 2019 dans les régions restantes, la campagne MILDA 2022, la JMLP et la CPS 2021...)

4) Tenue des réunions de coordination PNLP et SIMP

Les acteurs de la C4D du PNLP ont participé à 32 réunions de coordination du PNLP et 26 rapports réunions de la Section IEC MS et partenariat ont été produits

4.4: Communication pendant les situations de crise

Les activités de Communication de la lutte contre le paludisme en situation sanitaire COVID 19 et communication en contexte sécuritaire NOSO ont été mêlées aux actions de contingences déroulées dans la mise en œuvre des campagnes MILDA, CPS et des activités de routine dans ces cadres. A cet effet, il a été mis en œuvre outre le respect des directives gouvernementales de protection contre le COVID-19 pendant les activités, mais aussi, la sensibilisation par les Agents dénombreurs et distributeurs exclusivement en vue d'éviter l'utilisation des canaux hostiles dans les zones crisogènes.

19 ANALYSE DES INDICATEURS CLES DE SUIVI DES PROGRES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME (SITUATION 2021, TENDANCES 2015-2021)

19.1 ANALYSE DES INDICATEURS DE SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DU PALUDISME

19.1.1 Production et distribution des outils de gestion des données épidémiologiques

En 2021, Le PNLP a prévu de contribuer au renforcement du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) à travers la production des registres harmonisés de formations sanitaires. Les spécifications techniques et les quantités à produire ont été validées par la comité de passation des marchés et ces outils seront produits en 2022.

Tableau 41. Quantification des besoins en Registres de collecte primaires des données dans les FOSA en 2021

REGISTRES	TOTAL
REGISTRE DE CONSULTATIONS EXTERNES	11,242
REGISTRE D'HOSPITALISATIONS	3,616
REGISTRE DU SERVICE DES URGENCES	445
REGISTRE DE CONSULTATION PRENATALE	6,082
REGISTRE LABORATOIRE BIOCHIMIE-BACTERIOLOGIE-PARASITOLOGIE CSI-CMA	6,944
REGISTRE DU SERVICE DE PARASITOLOGIE	557
REGISTRES DE LA GRATUITE	5,895
TOTAL	34,781

19.1.2 Collecte des données de surveillance épidémiologique

19.1.2.1 Revue de la qualité des données de surveillance du paludisme en 2021

La qualité des données épidémiologiques du paludisme, collectées, compilées et transmises par les formations sanitaires et les agents de santé communautaires, via la plate-forme Dhis2 est périodiquement revue, à une fréquence trimestrielle au niveau régional et semestrielle au niveau central. La revue de la qualité des données est effectuée conformément aux directives de l'OMS, sur 4 dimensions : l'exhaustivité et l'actualité des rapports, la consistance interne, la comparaison externe avec d'autres sources données, la qualité des données démographiques.

La dimension exhaustivité et actualité est analysée suivant le profil des indicateurs ci-après :

- *Taux de complétude des rapports des formations sanitaires ;*
- *Taux de promptitude des rapports des formations sanitaires ;*
- *Taux d'exhaustivité des variables dans les rapports transmis.*

19.1.2.2 Complétude et promptitude des rapports des formations sanitaires

En 2021, le nombre de formations sanitaires ayant transmis des rapports mensuels de suivi des activités de lutte contre le paludisme était de 5795 contre 5617 en 2020 soit une augmentation de 3%. Au total 68 150 rapports mensuels des formations sanitaires ont été transmis (tableau 42) contre 55 905 en 2020. Le taux de complétude des rapports des formations sanitaires était de 98% en 2021 contre 83% en 2020, 85% en 2019. Les mois de novembre et de décembre ont connu le plus faible nombre de rapports transmis comme les années précédentes. Les régions du Nord-Ouest et Sud-ouest ont les plus faibles taux de complétude des données. Cette situation pourrait

s'expliquer par la crise anglophone pour les régions du Nord-ouest et du Sud-ouest. On note que toutes les régions ont des complétudes supérieures à 90% (tableau 43).

Tableau 42 : Répartition du nombre de rapports transmis par les formations sanitaires par région et par mois en 2021.

REGION	Nbre de FOSA	JAN	FEV	MARS	AVR	MAI	JUN	JUL	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	TOTAL
ADAMAOUA	193	184	185	187	185	185	185	186	187	191	190	189	189	2 243
CENTRE	1 683	1 688	1 680	1 680	1 679	1 676	1 671	1 671	1 670	1 656	1 648	1 618	1 565	19 902
EST	265	266	266	265	264	265	264	264	264	266	264	261	258	3 167
EXTREME-NORD	423	423	421	419	420	419	424	421	421	423	421	422	419	5 053
LITTORAL	1 054	1 035	1 032	1 038	1 036	1 029	1 031	1 028	1 031	1 033	1 026	1 010	975	12 304
NORD	306	306	306	306	306	306	306	306	306	306	306	306	305	3 671
NORD-OUEST	412	395	392	393	388	390	391	394	398	395	388	386	377	4 687
OUEST	868	866	865	865	865	865	865	866	864	863	863	862	853	10 362
SUD	282	283	283	283	283	283	283	283	281	278	280	279	273	3 372
SUD-OUEST	309	283	280	283	283	283	281	284	286	286	286	277	277	3 389
CAMEROUN	5 795	5 729	5 710	5 719	5 709	5 701	5 701	5 703	5 708	5 697	5 672	5 610	5 491	68 150

Tableau 43 : Complétude des rapports des formations sanitaires par district et par mois en 2021

REGION	Nbre de FOSA	JAN	FEV	MARS	AVRIL	MAI	JUN	JUILLET	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	TOTAL
ADAMAOUA	193	95,3%	95,9%	96,9%	95,9%	95,9%	95,9%	96,4%	96,9%	99,0%	98,4%	97,9%	97,9%	96,8%
CENTRE	1 683	100,3%	99,8%	99,8%	99,8%	99,6%	99,3%	99,3%	99,2%	98,4%	97,9%	96,1%	93,0%	98,5%
EST	265	100,4%	100,4%	100,0%	99,6%	100,0%	99,6%	99,6%	99,6%	100,4%	99,6%	98,5%	97,4%	99,6%
EXTREME-NORD	423	100,0%	99,5%	99,1%	99,3%	99,1%	100,2%	99,5%	99,5%	100,0%	99,5%	99,8%	99,1%	99,5%
LITTORAL	1 054	98,2%	97,9%	98,5%	98,3%	97,6%	97,8%	97,5%	97,8%	98,0%	97,3%	95,8%	92,5%	97,3%
NORD	306	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	99,7%	100,0%
NORD-OUEST	412	95,9%	95,1%	95,4%	94,2%	94,7%	94,9%	95,6%	96,6%	95,9%	94,2%	93,7%	91,5%	94,8%
OUEST	868	99,8%	99,7%	99,7%	99,7%	99,7%	99,7%	99,8%	99,5%	99,4%	99,4%	99,3%	98,3%	99,5%
SUD	282	100,4%	100,4%	100,4%	100,4%	100,4%	100,4%	100,4%	99,6%	98,6%	99,3%	98,9%	96,8%	99,6%
SUD-OUEST	309	91,6%	90,6%	91,6%	91,6%	91,6%	90,9%	91,9%	92,6%	92,6%	92,6%	89,6%	89,6%	91,4%
CAMEROUN	5 795	98,9%	98,5%	98,7%	98,5%	98,4%	98,4%	98,4%	98,5%	98,3%	97,9%	96,8%	94,8%	98,0%

Sur le plan national, seuls 65,8% des rapports des FOSA ont été transmis à temps. D'un mois à l'autre la promptitude des rapports varie de 33,8% en avril à 69,5% en décembre. Aussi, les performances de promptitude de transmission des

rapports mensuels sont meilleures au cours de la deuxième moitié de l'année. Cette augmentation du taux de promptitude pourrait s'expliquer par les nombreuses relances et observations faites quant aux mauvaises performances enregistrées au cours des cinq premiers mois de l'année.

Les régions de l'Ouest (89,0%), du Nord (82,5%) et de l'Extrême-Nord (81,2%) enregistrent les meilleures performances de promptitude de transmission des rapports. Les régions du Sud-Ouest (43,1%), du Littoral (50,9%), du Nord-Ouest (58,5%) et du Centre (59,1%) enregistrent les performances de promptitude de transmission des rapports les moins bonnes (tableaux 44 et 45).

Tableau 44 : Répartition du nombre de rapports transmis dans les délais par les formations sanitaires par district et par mois

REGION	Nbre de FO SA	JAN	FEV	MARS	AVR	MAI	JUN	JUL	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	TOTAL
ADAMAOUA	193	109	112	104	77	128	130	138	164	169	160	148	173	1 805
CENTRE	1 683	549	606	731	376	806	834	961	1 122	1 067	1 086	1 080	1 041	11 942
EST	265	159	181	205	135	197	206	181	210	200	195	168	196	2 498
EXTREME-NORD	423	226	289	293	255	312	297	306	347	344	375	336	356	4 159
LITTORAL	1 054	273	309	334	192	389	456	482	531	545	629	594	654	6 442
NORD	306	175	193	194	145	205	209	223	248	276	284	282	290	3 030
NORD-OUEST	412	153	126	167	151	211	213	238	246	242	262	224	249	2 894
OUEST	868	672	685	698	449	682	697	724	759	756	767	745	773	9 275
SUD	282	172	163	167	96	146	188	159	175	127	142	127	193	2 137
SUD-OUEST	309	107	110	131	83	120	117	101	118	106	108	85	104	1 599
CAMEROUN	5 795	2 595	2 774	3 024	1 959	3 196	3 347	3 513	3 920	3 832	4 008	3 789	4 029	45 781

Tableau 45 : promptitude des rapports des formations sanitaires par district et par mois en 2021

REGION	Nbre de FO SA	JAN	FEV	MARS	AVRIL	MAI	JUN	JUILLET	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	TOTAL
ADAMAOUA	193	56,5%	58,0%	53,9%	39,9%	66,3%	67,4%	71,5%	85,0%	87,6%	82,9%	76,7%	89,6%	77,9%
CENTRE	1 683	32,6%	36,0%	43,4%	22,3%	47,9%	49,6%	57,1%	66,7%	63,4%	64,5%	64,2%	61,9%	59,1%
EST	265	60,0%	68,3%	77,4%	50,9%	74,3%	77,7%	68,3%	79,2%	75,5%	73,6%	63,4%	74,0%	78,6%
EXTREME-NORD	423	53,4%	68,3%	69,3%	60,3%	73,8%	70,2%	72,3%	82,0%	81,3%	88,7%	79,4%	84,2%	81,9%
LITTORAL	1 054	25,9%	29,3%	31,7%	18,2%	36,9%	43,3%	45,7%	50,4%	51,7%	59,7%	56,4%	62,0%	50,9%
NORD	306	57,2%	63,1%	63,4%	47,4%	67,0%	68,3%	72,9%	81,0%	90,2%	92,8%	92,2%	94,8%	82,5%
NORD-OUEST	412	37,1%	30,6%	40,5%	36,7%	51,2%	51,7%	57,8%	59,7%	58,7%	63,6%	54,4%	60,4%	58,5%
OUEST	868	77,4%	78,9%	80,4%	51,7%	78,6%	80,3%	83,4%	87,4%	87,1%	88,4%	85,8%	89,1%	89,0%
SUD	282	61,0%	57,8%	59,2%	34,0%	51,8%	66,7%	56,4%	62,1%	45,0%	50,4%	45,0%	68,4%	63,2%
SUD-OUEST	309	34,6%	35,6%	42,4%	26,9%	38,8%	37,9%	32,7%	38,2%	34,3%	35,0%	27,5%	33,7%	43,1%
CAMEROUN	5 795	44,8%	47,9%	52,2%	33,8%	55,2%	57,8%	60,6%	67,6%	66,1%	69,2%	65,4%	69,5%	65,8%

Légende

●	● Très mauvaise promptitude (<25%)
●	● Mauvaise promptitude (25 – 49,99%)
●	● Promptitude passable (50 - 79,99%)
●	● Bonne promptitude (80 – 89,99%)
●	● Très bonnes promptitude (≥90%)

19.1.2.3 Exhaustivité des données dans les rapports transmis par les formations sanitaires en 2021 (complétude des variables)

L'exhaustivité des données dans les rapports transmis est analysée à travers les indicateurs ci-après :

- Complétude des variables cliniques ;
- Complétude des variables logistiques

L'analyse de la complétude des variables cliniques consiste à vérifier si pour chaque rapport transmis par la FOSA, les données cliniques de surveillance ont été rapportées. Les variables cliniques prises en compte dans cette analyse sont les consultations toutes causes confondues, les cas suspects de paludisme, le cas suspects testés, les tests réalisés, les cas confirmés, les cas simples traités, les cas graves traités. Il ressort de cette analyse que la complétude des variables cliniques est globalement satisfaisante dans 8 Régions sur 10. Elle est insatisfaisante dans 2 régions, le Littoral et le Sud-Ouest (tableau 46).

Tableau 46 : Complétude des variables cliniques par district de santé

REGION	Taux de rapportage	Au moins une variable non nulle	Complétude des consultations	Complétude des cas suspects	Complétude des cas testés	Complétude des tests réalisés	Complétude des cas confirmés	Complétude des cas simples traités	Complétude des cas graves traités
ADAMAOUA	96,8%	95,4%	94,0%	93,4%	87,2%	92,0%	93,6%	89,3%	92,7%
CENTRE	98,5%	87,3%	85,5%	84,4%	75,9%	83,4%	83,3%	74,0%	73,9%
EST	99,6%	97,5%	95,6%	94,4%	85,2%	91,4%	92,5%	85,6%	90,3%
EXTREME-NORD	99,5%	97,3%	96,3%	96,0%	82,6%	95,5%	95,2%	92,3%	92,8%
LITTORAL	97,3%	80,0%	77,9%	76,7%	71,0%	76,0%	76,0%	67,1%	71,0%
NORD	100,0%	98,1%	96,7%	96,5%	82,8%	96,2%	96,4%	92,8%	95,1%
NORD-OUEST	94,8%	90,4%	89,5%	88,7%	83,2%	87,9%	87,5%	79,7%	75,5%
OUEST	99,5%	96,8%	96,0%	94,7%	82,9%	94,0%	91,6%	73,7%	84,3%
SUD	99,6%	94,6%	93,3%	92,8%	85,8%	91,8%	91,7%	83,9%	81,8%
SUD-OUEST	91,4%	72,8%	70,1%	69,4%	64,1%	69,0%	69,4%	65,5%	62,4%
CAMEROUN	98,0%	89,2%	87,7%	86,7%	78,1%	85,8%	85,5%	76,5%	78,7%

L'analyse de la complétude des variables logistiques consiste à vérifier si dans chaque rapport transmis par les FOSA, les variables logistiques sont renseignées. Les variables logistiques prises en compte dans cette analyse portent sur les données de consommation mensuelle et les stocks des intrants antipaludiques (ASAQ, AL, Artésunate injectable, SP, TDR, MILDA) en fin du mois. Il ressort de cette analyse que

la complétude des variables logistiques est globalement insatisfaisante (Tableaux 47 à 50). Seules 4 Régions affichent une complétude des variables satisfaisante dont: l'Adamaoua, de l'Extrême Nord, du Nord et de l'Ouest.

Tableau 47 : Complétude des données de consommation des intrants antipaludiques

REGION	Taux de rapportage	ASAQ	AL	Artesunate injectable	Artemether	Quinine injectable	TDR	SP	MILDA
ADAMAOUA	96,8%	81,7%	82,6%	86,7%	83,0%	86,9%	87,6%	87,5%	87,6%
CENTRE	98,5%	22,8%	29,2%	51,1%	40,0%	51,2%	58,6%	54,9%	51,1%
EST	99,6%	67,9%	69,8%	76,1%	76,2%	86,0%	87,8%	85,5%	86,6%
EXTREME-NORD	99,5%	77,6%	89,8%	93,9%	87,5%	90,8%	95,5%	93,6%	94,5%
LITTORAL	97,3%	64,2%	65,2%	72,7%	67,7%	71,7%	71,7%	72,8%	71,7%
NORD	100,0%	86,5%	94,3%	96,8%	93,3%	96,5%	97,7%	96,8%	95,9%
NORD-OUEST	94,8%	67,9%	68,0%	71,2%	70,6%	77,5%	78,3%	80,5%	76,8%
OUEST	99,5%	85,3%	85,4%	88,3%	87,4%	90,4%	91,6%	90,9%	90,7%
SUD	99,6%	63,5%	58,0%	63,7%	67,0%	73,8%	83,7%	79,9%	77,5%
SUD-OUEST	91,4%	60,5%	62,0%	65,5%	63,2%	66,6%	69,9%	69,0%	68,2%
CAMEROUN	98,0%	58,3%	61,6%	71,3%	66,2%	72,7%	76,2%	74,9%	73,2%

Tableau 48 : Complétude des données des stocks d'intrants antipaludiques en fin du mois

REGION	Taux de rapportage	ASAQ	AL	Artesunate injectable	Artemether	Quinine injectable	TDR	SP	MILDA
ADAMAOUA	96,8%	81,7%	82,6%	86,7%	83,0%	86,9%	87,6%	87,5%	87,6%
CENTRE	98,5%	22,8%	29,2%	51,1%	40,0%	51,2%	58,6%	54,9%	51,1%
EST	99,6%	67,9%	69,8%	76,1%	76,2%	86,0%	87,8%	85,5%	86,6%
EXTREME-NORD	99,5%	77,6%	89,8%	93,9%	87,5%	90,8%	95,5%	93,6%	94,5%
LITTORAL	97,3%	64,2%	65,2%	72,7%	67,7%	71,7%	71,7%	72,8%	71,7%
NORD	100,0%	86,5%	94,3%	96,8%	93,3%	96,5%	97,7%	96,8%	95,9%
NORD-OUEST	94,8%	67,9%	68,0%	71,2%	70,6%	77,5%	78,3%	80,5%	76,8%
OUEST	99,5%	85,3%	85,4%	88,3%	87,4%	90,4%	91,6%	90,9%	90,7%
SUD	99,6%	63,5%	58,0%	63,7%	67,0%	73,8%	83,7%	79,9%	77,5%
SUD-OUEST	91,4%	60,5%	62,0%	65,5%	63,2%	66,6%	69,9%	69,0%	68,2%
CAMEROUN	98,0%	58,3%	61,6%	71,3%	66,2%	72,7%	76,2%	74,9%	73,2%

Tableau 49 : Complétude des données des stocks d'intrants antipaludiques en fin du mois

REGION	Taux de rapportage	ASAO	AL	Artesunate injectable	Artemether	Quinine injectable	TDR	SP	MILDA
ADAMAOUA	96,8%	81,7%	83,4%	85,8%	82,7%	86,7%	86,3%	87,0%	86,6%
CENTRE	98,5%	23,5%	34,3%	50,0%	40,4%	55,9%	55,3%	53,3%	53,5%
EST	99,6%	68,2%	73,9%	75,8%	75,4%	87,8%	84,7%	84,3%	86,2%
EXTREME-NORD	99,5%	77,6%	94,2%	93,4%	87,9%	92,0%	94,5%	93,0%	94,1%
LITTORAL	97,3%	65,0%	66,7%	72,6%	68,3%	73,7%	71,0%	72,5%	72,7%
NORD	100,0%	86,3%	96,8%	96,6%	93,3%	96,4%	97,4%	96,4%	95,3%
NORD-OUEST	94,8%	69,5%	70,2%	71,7%	71,3%	79,3%	77,0%	78,6%	76,8%
OUEST	99,5%	85,2%	85,9%	87,8%	87,4%	91,0%	90,9%	90,0%	90,6%
SUD	99,6%	66,5%	61,3%	65,1%	67,9%	80,1%	82,2%	79,6%	81,0%
SUD-OUEST	91,4%	60,9%	63,5%	64,3%	62,5%	67,0%	68,0%	67,3%	66,8%
CAMEROUN	98,0%	58,9%	64,5%	70,8%	66,5%	75,1%	74,5%	73,8%	74,0%

Tableau 50 : Complétude des données sur le nombre de jours de rupture de stock

REGION	Taux de rapportage	ASAO	AL	Artesunate injectable	Artemether	Quinine injectable	TDR	SP	MILDA
ADAMAOUA	96,8%	82,9%	81,3%	80,9%	81,0%	79,8%	80,2%	79,8%	79,7%
CENTRE	98,5%	24,8%	23,3%	23,6%	22,6%	21,9%	21,8%	21,7%	21,7%
EST	99,6%	70,5%	67,0%	67,3%	66,3%	63,0%	64,5%	64,5%	62,7%
EXTREME-NORD	99,5%	78,5%	84,1%	84,0%	82,8%	82,7%	83,7%	83,5%	82,9%
LITTORAL	97,3%	66,6%	65,3%	64,4%	64,6%	64,2%	64,3%	64,0%	63,4%
NORD	100,0%	89,8%	93,5%	93,4%	92,4%	92,7%	93,4%	93,1%	93,2%
NORD-OUEST	94,8%	68,0%	67,3%	66,8%	67,2%	66,4%	66,9%	67,0%	66,0%
OUEST	99,5%	85,1%	84,6%	85,3%	85,0%	85,8%	85,7%	86,0%	85,4%
SUD	99,6%	63,0%	61,3%	60,8%	60,7%	59,2%	58,7%	58,5%	58,1%
SUD-OUEST	91,4%	59,5%	59,3%	58,5%	59,2%	59,9%	59,4%	59,0%	58,5%
CAMEROUN	98,0%	59,6%	59,1%	59,0%	58,6%	58,1%	58,3%	58,2%	57,8%

19.1.2.4 Consistance des données rapportés par les formations sanitaires en 2021

La consistance des données rapportées par les formations sanitaires est rapportée est analysée à travers le profil des indicateurs de qualité ci-après :

- La cohérence entre les variables connexes dont:
 - o CPN1- TPI1 ;
 - o CPN1- MILDA distribuées aux FEES ;
 - o Consultations toutes causes – Cas suspects ;
 - o Cas suspects- Cas testés ;
 - o Cas Testés par TDR- Cas confirmés par TDR ;

- Cas testés par microscopie- cas confirmés par microscopie ;
- Cas simples confirmés- cas simples traités ;
- Cas graves confirmés- cas graves traités ;
- Cas de fièvre – cas testés par ASC ;
- Cas testés par ASC- cas confirmés par ASC ;
- Cas confirmés- cas traités par ASC – cas traités par ASC ;
- Cas simples confirmés chez moins de 5 ans- cas simples traités gratuitement moins de 5 ans,
- cas graves confirmés moins de 5 ans – cas graves traités gratuitement.
- Les valeurs aberrantes
- La cohérence temporelle

Il ressort de cette analyse que la cohérence des données est globalement satisfaisante en 2021. Le pourcentage des rapports sans incohérence est supérieur à 80% dans 5 Régions sur 10. Il s'agit des régions de l'Extrême Nord, du Nord, du Nord-Ouest, de l'Ouest et du Sud (tableau 51), et des FOSA du secteur public et FOSA prioritaires de la prise en charge des cas (tableau 52). L'amélioration de la cohérence des données est nette de 2020 à 2021 dans 10 régions sur 10 (figure 38).

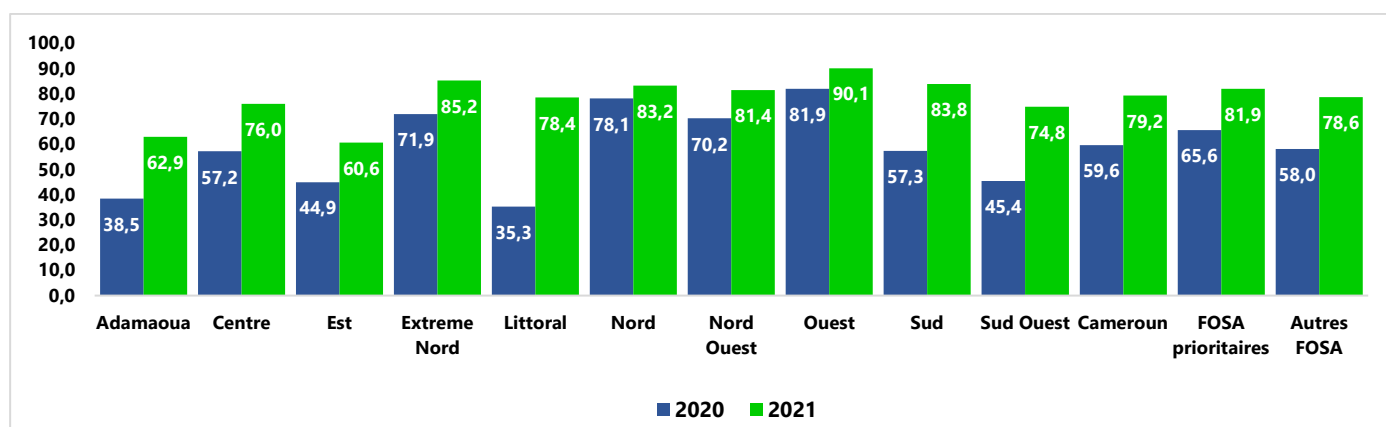
Tableau 51 : Proportion des rapports dans incohérences majeurs par région

REGION	Cohérence entre le nombre de femmes reçues en CPN et le nombre ayant reçu le TPI	Cohérence entre le nombre de MILDA distribués aux encantés et le nombre de femmes reçues en CPN	Cohérence entre le nombre de consultations et le nombre cas suspects	Cohérence entre le nombre de cas suspects et le nombre cas testés	Cohérence entre le nombre de cas testés par TDR et le nombre de cas confirmés par TDR	Cohérence entre le nombre de cas testés par microscopie et le nombre de cas confirmés par microscopie	Cohérence entre le nombre de cas de paludisme simple confirmés et le nombre de cas de paludisme simple traités	Cohérence entre le nombre de cas de paludisme grave confirmés et le nombre de cas de paludisme grave traités	Cohérence entre le nombre de cas de fièvre et le nombre de cas testés par les ASC	Cohérence entre le nombre de cas testés et le nombre de cas confirmés par les ASC	Cohérence entre le nombre de cas confirmés et le nombre de cas traités par les ASC	Cohérence entre le nombre de cas simples confirmés et le nombre de cas simples traités gratuitement (-5 ans)	Cohérence entre le nombre de cas graves confirmés et le nombre de cas graves traités gratuitement (-5 ans)	Proportion de rapport sans incohérence
Région Adamaoua	95,0	87,5	98,9	89,3	91,9	92,1	93,2	85,6	99,6	99,8	98,8	97,1	100,0	62,9
Région Centre	99,2	85,1	98,9	91,3	95,5	94,3	96,7	87,9	99,8	99,8	99,7	99,5	100,0	76,0
Région Est	97,1	85,0	99,0	88,0	88,7	92,9	90,9	81,3	99,2	99,6	99,0	97,8	100,0	60,6
Région Extrême Nord	99,4	93,6	99,6	95,3	99,0	97,9	98,2	93,0	99,8	99,6	99,6	99,1	100,0	85,2
Région Littoral	99,1	91,3	99,4	91,7	96,5	93,3	97,1	90,5	99,9	99,8	99,7	99,1	100,0	78,4
Région Nord	98,3	89,5	99,6	95,8	98,0	95,6	98,4	93,3	99,7	99,8	99,7	99,0	100,0	83,2
Région Nord Ouest	97,8	93,7	99,3	94,1	96,5	96,5	96,8	94,2	99,7	99,4	99,5	99,5	100,0	81,4
Région Ouest	99,5	91,2	99,5	95,9	98,3	97,8	98,9	97,5	100,0	100,0	100,0	99,6	100,0	90,1
Région Sud	98,7	85,5	99,4	94,6	96,7	97,2	97,6	92,6	99,9	99,7	99,8	98,7	100,0	83,8
Région Sud Ouest	99,1	94,7	99,1	89,6	95,6	94,8	95,5	89,9	99,4	99,4	99,2	98,4	100,0	74,8
Cameroon	98,8	89,2	99,3	92,7	96,2	95,2	96,9	90,9	99,8	99,8	99,6	99,1	100,0	79,2

Tableau 52 : Consistance des données selon le statut des FOSA

Statut	Cohérence entre le nombre de femmes reçues en CPN et le nombre ayant reçu le PI	Cohérence entre le nombre de MILDA distribués aux enceintes et le nombre de femmes reçues en CPN	Cohérence entre le nombre de consultations et le nombre cas suspects	Cohérence entre le nombre de cas suspects et le nombre cas testés	Cohérence entre le nombre de cas testés par TDR et le nombre de cas confirmés par TDR	Cohérence entre le nombre de cas testés par microscopie et le nombre de cas confirmés par microscopie	Cohérence entre le nombre de cas de paludisme simple confirmés et le nombre de cas de paludisme simple traités	Cohérence entre le nombre de cas de paludisme grave confirmés et le nombre de cas de paludisme grave traités	Cohérence entre le nombre de cas de fièvre et le nombre de cas testés par les ASC	Cohérence entre le nombre de cas testés et le nombre de cas confirmés par les ASC	Cohérence entre le nombre de cas confirmés et le nombre de cas traités par les ASC	Cohérence entre le nombre de cas simples confirmés et le nombre de cas simples traités gratuitement (-5 ans)	Cohérence entre le nombre de cas graves confirmés et le nombre de cas graves traités gratuitement (-5 ans)	Proportion de rapport sans incohérence
Privé-confessionnel	98,6	86,4	99,2	90,6	95,7	94,5	96,3	89,1	99,8	99,9	99,6	99,1	100,0	75,7
Privé-laïc	99,1	88,7	99,2	91,6	96,0	93,7	97,0	89,8	99,9	99,9	99,7	99,4	100,0	77,8
Public	98,6	90,2	99,4	94,1	96,5	96,7	97,0	92,3	99,7	99,6	99,5	98,9	100,0	81,3
Analyse comparative de la proportion de rapports sans incohérence entre les FOSEA prioritaire et les autres FOSEA - 2021														
FOSEA prioritaires	98,6	89,1	99,6	94,1	97,5	96,3	97,4	92,8	99,8	99,8	99,6	99,2	100,0	81,9
Autres FOSEA	98,9	89,2	99,2	92,4	95,9	94,9	96,8	90,5	99,8	99,7	99,6	99,1	100,0	78,6

Figure 37 : Analyse comparative de la consistance des données entre 2020 et 2021



19.1.3 Analyse des données de surveillance épidémiologique 2021

19.1.3.1 Morbidité palustre au Cameroun en 2021

19.1.3.1.1 Morbidité palustre dans la population générale

La morbidité palustre dans la population générale est analysée à travers les indicateurs ci-après :

- Cas confirmés,
- cas présumés,
- proportion des cas de paludisme en consultation/hospitalisation
- incidence du paludisme

En 2021, il a été enregistré 13 187 423 patients venus en consultation externe toutes causes confondues dans nos formations sanitaires. On note une augmentation de 31% du nombre de consultations toutes causes

par rapport à l'année 2020. Parmi ces patients, il se trouve 4 790 474 cas suspects de paludisme. Un total de 4 513 640 tests de diagnostic a été confirmé par TDR ou par goutte épaisse et 3 069 521 cas suspects ont été confirmés. Les cas de paludisme simple représentaient 40,8% des cas suspects et 54 % de cas confirmés (tableau 53).

Tableau 53 : Répartition du nombre de cas de paludisme par région

Région	Nombre total de consultations toutes causes confondues (b)	Nombre de cas suspects de paludisme simple (c)	Nombre de cas suspects de paludisme grave (d)	Nombre de cas suspects de paludisme (c+ d)	Nombre de cas suspects de paludisme testé	Nombre de cas de paludisme simple confirmés (f)	Nombre de cas de paludisme grave confirmés (g)	Nombre de cas de paludisme confirmés (f+ g)
ADAMAOUA	554 439	180 724	130 262	310 986	289 663	115 259	91 300	206 559
CENTRE	2 003 662	519 154	359 556	878 710	808 742	353 389	252 662	606 051
EST	715 906	193 827	143 691	337 518	308 752	139 980	104 883	244 863
EXTREME-NORD	1 661 279	627 695	347 851	975 546	933 534	344 858	260 206	605 064
LITTORAL	1 782 994	332 763	275 616	608 379	564 914	188 197	195 072	383 269
NORD	825 121	289 466	254 466	543 932	524 953	166 409	196 850	363 259
NORD-OUEST	1 011 022	212 782	117 131	329 913	316 996	78 612	78 592	157 204
OUEST	814 407	193 602	176 035	369 637	358 505	93 218	130 176	223 394
SUD	252 423	69 791	48 736	118 527	114 480	47 311	37 064	84 375
SUD-OUEST	732 486	213 880	103 446	317 326	293 101	129 926	65 557	195 483
Total	10 353 739	2 833 684	1 956 790	4 790 474	4 513 640	1 657 159	1 412 362	3 069 521

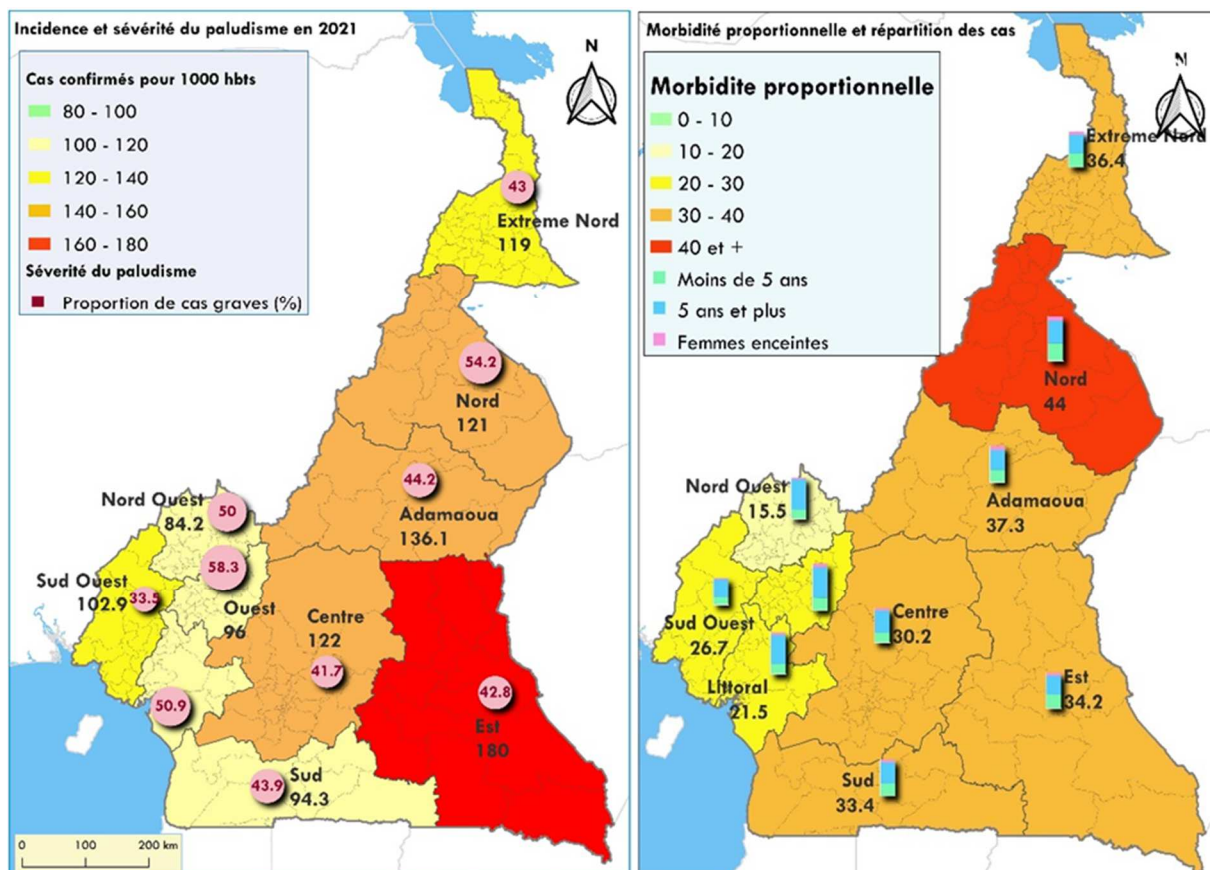
En 2021, la morbidité proportionnelle était de 29,6% et elle est en légère hausse par rapport à l'année 2020 (22,5%). Les régions ayant les plus grandes morbidités proportionnelles sont le Nord, l'Adamaoua et l'Extrême-Nord tandis que les régions ayant les plus basses morbidités proportionnelles sont le Nord-ouest et le Littoral. L'incidence hospitalière quant à elle est de 113,4 pour 1000 habitants. Les régions ayant les plus grandes incidences hospitalières sont L'Est et l'Adamaoua tandis que les régions ayant les plus basses incidences hospitalières sont le Nord-ouest et Littoral (tableau 54)

Tableau 54: Morbidité proportionnelle et incidence du paludisme par région en 2021 au Cameroun

Région	Population (a)	Consultations pour maladie (b)	Cas confirmés (c)	Morbidité proportionnelle (%) (c/b)	Incidence hospitalière (pour 1000 habitants) (c/a)
ADAMAOUA	1 518 189	554 439	206 559	37,3	136,1
CENTRE	4 965 857	2 003 662	606 051	30,2	122,0
EST	1 360 451	715 906	244 863	34,2	180,0
EXTREME-NORD	5 083 776	1 661 279	605 064	36,4	119,0
LITTORAL	4 155 355	1 782 994	383 269	21,5	92,2
NORD	3 002 392	825 121	363 259	44,0	121,0
NORD-OUEST	1 868 031	1 011 022	157 204	15,5	84,2
OUEST	2 327 807	814 407	223 394	27,4	96,0
SUD	894 878	252 423	84 375	33,4	94,3
SUD-OUEST	1 899 943	732 486	195 483	26,7	102,9
CAMEROUN	27 076 679	10 353 739	3 069 521	29,6	113,4

Suivant le profil de l'incidence, le fardeau le plus lourd se trouve dans la Région de l'Est, tandis que la morbidité proportionnelle se trouve dans la Région du Nord (figure 38)

Figures 38 : Répartition géographique de la morbidité proportionnelle, de la gravité du paludisme et de l'incidence du paludisme en 2021 au Cameroun



Evolution de la morbidité palustre au Cameroun en 2021

- L'évolution mensuelle des cas de paludisme montre que nous enregistrons en moyenne 221 152 à 327 775 cas par mois. Les mois où nous enregistrons le plus de cas sont les mois d'Août, septembre et Octobre qui est la période de haute transmission. Pendant cette période, c'est la saison de pluie sur toute

l'étendue du pays (figure 40). La proportion des cas graves reste très importante (46%) par rapport à la cible de réduction en 2021 (30%). La tendance à la hausse de l'incidence annuelle du paludisme a continué en 2021 (figure 39).

Figure 39: Evolution annuelle du nombre de cas confirmés et de l'incidence de 2015 à 2021

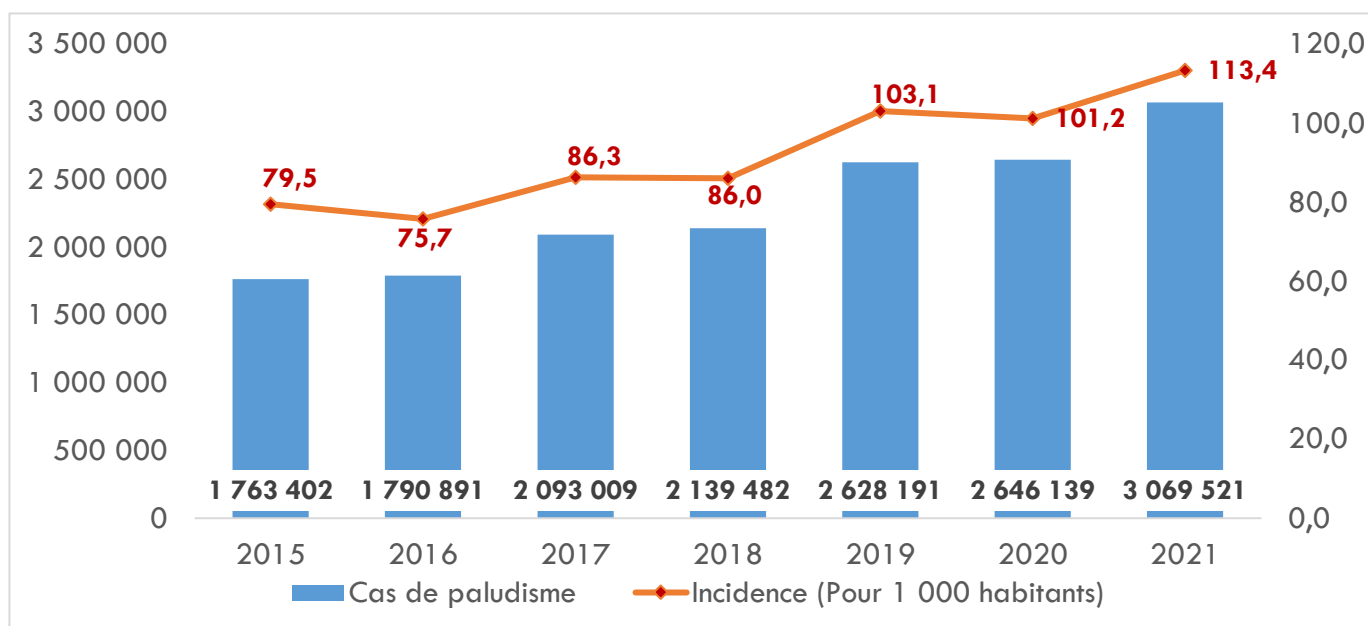


Figure 40 : Evolution mensuelle de la morbidité palustre en 2021

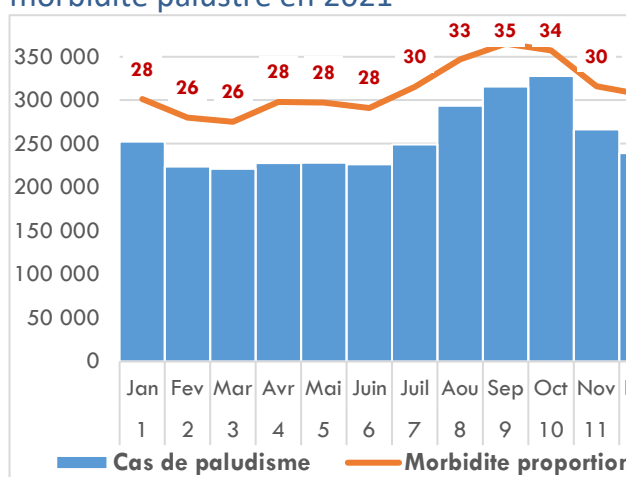


Figure 41: Répartition des cas confirmés selon la gravité en 2021

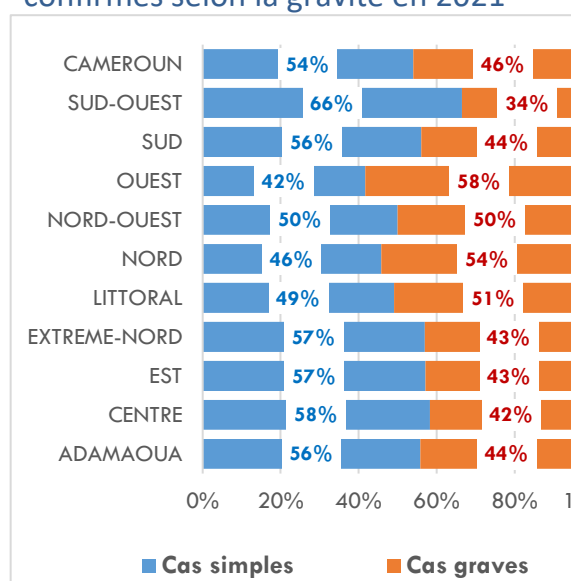


Tableau 55 : Répartition du nombre de cas de paludisme et les cas présumés par région

Région	Cas paludisme confirmés simple	Cas paludisme confirmés grave	Total Cas paludisme confirmés	Cas paludisme présumé simple	Cas de paludisme présumés grave	Total cas de paludisme présumés	Total cas de paludisme, confirmés et présumés
ADAMAOUA	115 259	91 300	206 559	4 249	2 752	7 001	213 560
CENTRE	353 389	252 662	606 051	12 539	4 603	17 142	623 193
EST	139 980	104 883	244 863	8 746	4 521	13 267	258 130
EXTREME-NORD	344 858	260 206	605 064	11 407	3 492	14 899	619 963
LITTORAL	188 197	195 072	383 269	12 544	6 119	18 663	401 932
NORD	166 409	196 850	363 259	4 020	2 327	6 347	369 606
NORD-OUEST	78 612	78 592	157 204	833	423	1 256	158 460
OUEST	93 218	130 176	223 394	1 642	677	2 319	225 713
SUD	47 311	37 064	84 375	1 273	370	1 643	86 018
SUD-OUEST	129 926	65 557	195 483	2 464	613	3 077	198 560
CAMEROUN	1 657 159	1 412 362	3 069 521	59 717	25 897	85 614	3 155 135

19.1.3.1.2 Morbidité palustre dans les groupes spécifiques : Enfants de moins de 5 ans

cas confirmés, présumés, proportion et incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans

Chez les enfants de moins de 5 ans, 2 391 204 cas ont été reçus en consultations externes. Parmi ces cas, 996 582 (41,6%) ont été testés positifs au paludisme (tableau 57). La proportion des cas confirmés de paludisme était plus élevée dans les régions du Sud-Ouest, du centre (94%, et 80% respectivement) comme en 2016. Par contre, les régions de l'Extrême-Nord, et du Nord-ouest et Sud avaient les faibles proportions de cas confirmés de paludisme (35%, 50% et 51% respectivement).

Tableau 57 : Répartition du nombre de cas de paludisme et les cas présumés chez les moins 5 ans

Région	Cas paludisme confirmés simple (< 5ans)	Cas paludisme confirmés grave (< 5ans)	Total Cas paludisme confirmés (< 5ans)	Cas paludisme présumé simple (< 5ans)	Cas de paludisme présumés grave (< 5ans)	Total cas de paludisme présumés (< 5ans)	Total cas de paludisme, confirmés et présumés (< 5ans)
ADAMAOUA	38 808	30 474	69 282	942	797	1 739	71 021
CENTRE	101 598	74 263	175 861	4 215	1 418	5 633	181 494
EST	55 691	39 540	95 231	3 563	1 786	5 349	100 580
EXTREME-NORD	128 538	108 237	236 775	3 948	1 608	5 556	242 331
LITTORAL	46 955	47 027	93 982	4 231	1 986	6 217	100 199
NORD	59 122	84 803	143 925	1 635	1 000	2 635	146 560
NORD-OUEST	17 416	18 378	35 794	338	126	464	36 258
OUEST	24 416	36 423	60 839	328	152	480	61 319
SUD	15 972	13 321	29 293	443	144	587	29 880
SUD-OUEST	35 893	19 707	55 600	874	336	1 210	56 810
CAMEROUN	524 409	472 173	996 582	20 517	9 353	29 870	1 026 452

Tableau 58: Morbidité proportionnelle et incidence hospitalière du paludisme chez les moins de 5 ans au Cameroun en 2021

Région	Population des enfants de moins de 5 ans	Consultations pour maladie	Cas confirmés	Morbidité proportionnelle (%)	Incidence hospitalière (pour 1000 enfants)
ADAMAOUA	257 376	138 377	69 282	50,1	269,2
CENTRE	657 568	412 620	175 861	42,6	267,4
EST	203 967	217 715	95 231	43,7	466,9
EXTREME-NORD	987 223	576 485	236 775	41,1	239,8
LITTORAL	509 758	305 507	93 982	30,8	184,4
NORD	551 133	263 290	143 925	54,7	261,1
NORD-OUEST	283 216	139 795	35 794	25,6	126,4
OUEST	436 787	145 880	60 839	41,7	139,3
SUD	122 021	55 218	29 293	53,0	240,1
SUD-OUEST	257 456	136 317	55 600	40,8	216,0
CAMEROUN	4 266 505	2 391 204	996 582	41,7	233,6

19.1.3.1.3 Morbidité palustre dans les groupes spécifiques : Personnes de 5 ans et plus

cas confirmés, cas présumés, proportion et incidence du paludisme chez les personnes de 5 ans et plus (femmes enceintes exclues)

Chez les 5 ans et plus, **1 888 757** cas de paludisme confirmés et présumés ont été reçus dans les formations sanitaires. Parmi ces cas, **1 050 125** (55,5%) étaient des cas de paludisme simple. Un total de **51 140** de ces cas (2,7%) était des cas présumés de paludisme. Les régions qui ont enregistré le plus de cas de paludisme chez les 5 ans et plus sont les régions du Centre, de l'Extrême nord et du Littoral. Les régions du Sud, de l'Adamaoua et du Nord-Ouest sont des régions qui ont enregistré le moins de cas.

Tableau 59 : Répartition du nombre de cas de paludisme et les cas présumés chez les 5 ans et plus femmes enceintes exclues par région en 2021 au Cameroun

Région	Cas paludisme confirmés simple (< 5ans)	Cas paludisme confirmés grave (< 5ans)	Total Cas paludisme confirmés (< 5ans)	Cas paludisme présumé simple (< 5ans)	Cas de paludisme présumés grave (< 5ans)	Total cas de paludisme présumés (< 5ans)	Total cas de paludisme, confirmés et présumés (< 5ans)
ADAMAOUA	38 808	30 474	69 282	942	797	1 739	71 021
CENTRE	101 598	74 263	175 861	4 215	1 418	5 633	181 494
EST	55 691	39 540	95 231	3 563	1 786	5 349	100 580
EXTREME-NORD	128 538	108 237	236 775	3 948	1 608	5 556	242 331
LITTORAL	46 955	47 027	93 982	4 231	1 986	6 217	100 199
NORD	59 122	84 803	143 925	1 635	1 000	2 635	146 560
NORD-OUEST	17 416	18 378	35 794	338	126	464	36 258
OUEST	24 416	36 423	60 839	328	152	480	61 319
SUD	15 972	13 321	29 293	443	144	587	29 880
SUD-OUEST	35 893	19 707	55 600	874	336	1 210	56 810
CAMEROUN	524 409	472 173	996 582	20 517	9 353	29 870	1 026 452

En 2021, le Cameroun a enregistré 7 045 771 consultations toutes causes confondues chez les plus de 5 ans femmes enceintes exclues contre 6 198 200 en 2020. Parmi ces consultations, 2 894 748 (41,1%) étaient des cas suspects de paludisme et 1 837 617 (26,1%) des cas de paludisme confirmés.

Tableau 60 : Répartition du nombre de cas de paludisme et les cas présumés chez les plus de 5 ans par région en 2021.

Région	Population personnes de 5 ans et plus (femmes enceintes exclues)	Consultations pour maladie	Cas suspects de paludisme	Cas de paludisme confirmés	Morbidité proportionnelle (%)	Incidence hospitalière (pour 1000)
ADAMAOUA	1 064 628	343 606	176 375	113 746	33,1	106,8
CENTRE	4 096 081	1 384 982	562 358	390 923	28,2	95,4
EST	939 375	430 566	177 874	128 524	29,9	136,8
EXTREME-NORD	3 628 038	935 879	515 213	317 412	33,9	87,5
LITTORAL	3 436 976	1 329 081	404 347	264 111	19,9	76,8
NORD	2 279 917	479 904	283 482	182 905	38,1	80,2
NORD-OUEST	1 844 814	822 160	245 841	115 035	14,0	62,4
OUEST	1 633 640	595 103	248 335	145 888	24,5	89,3
SUD	684 823	173 000	69 633	48 860	28,2	71,3
SUD-OUEST	1 562 797	551 490	211 290	130 213	23,6	83,3
CAMEROUN	21 171 089	7 045 771	2 894 748	1 837 617	26,1	86,8

19.1.3.1.4 Morbidité palustre dans les groupes spécifiques : femmes enceintes

cas confirmés, cas présumés, proportion et incidence du paludisme chez les femmes enceintes au Cameroun en 2021

Au Cameroun, des 710 570 cas confirmés et présumés de paludisme enregistrés chez les femmes enceintes, 235 322 (33,1%) étaient confirmés. Les efforts de prévention

dont bénéficie ce groupe vulnérable expliqueraient ce faible niveau de morbidité. La proportion de cas confirmés de paludisme grave chez les femmes enceintes était plus élevée dans les régions du Nord-Ouest (86,5%), du Sud-Ouest (79%) et de l'Ouest (76%) et plus faibles dans les régions du Sud, du Centre et de l'Adamaoua.

Tableau 61 : Incidence et morbidité proportionnelle du paludisme chez les femmes enceintes

Région	Population des femmes enceintes	Consultations pour maladie	Cas suspects de paludisme	Cas de paludisme confirmés	Morbidité proportionnelle (%)	Incidence (pour 1000)
ADAMAOUA	62 906	72 456	36 169	23 531	32,5	374,1
CENTRE	150 432	206 060	64 490	39 267	19,1	261,0
EST	48 803	67 625	30 299	21 108	31,2	432,5
EXTREME-NORD	239 378	148 915	83 505	50 877	34,2	212,5
LITTORAL	110 993	148 406	44 464	25 176	17,0	226,8
NORD	136 475	81 927	53 649	36 429	44,5	266,9
NORD-OUEST	64 548	49 067	12 215	6 375	13,0	98,8
OUEST	95 802	73 424	27 288	16 667	22,7	174,0
SUD	28 644	24 205	9 535	6 222	25,7	217,2
SUD-OUEST	61 831	44 679	19 571	9 670	21,6	156,4
CAMEROUN	999 812	916 764	381 185	235 322	25,7	235,4

Tableau 62 : Répartition du nombre de cas de paludisme et les cas présumés chez les femmes enceintes par région en 2021

District	Cas paludisme confirmés simple (FE)	Cas paludisme confirmés grave (FE)	Total Cas paludisme confirmés (FE)	Cas paludisme présumé simple (FE)	Cas de paludisme présumés grave (FE)	Total cas de paludisme présumés (FE)	Total cas de paludisme, confirmés et présumés (FE)
ADAMAOUA	9 193	14 338	23 531	290	157	47 509	71 040
CENTRE	15 417	23 850	39 267	446	420	79 400	118 667
EST	7 883	13 225	21 108	467	496	43 179	64 287
EXTREME-NORD	19 644	31 233	50 877	665	182	102 601	153 478
LITTORAL	8 574	16 602	25 176	360	302	51 014	76 190
NORD	12 417	24 012	36 429	228	225	73 311	109 740
NORD-OUEST	870	5 505	6 375	40	26	12 816	19 191
OUEST	3 906	12 761	16 667	80	50	33 464	50 131
SUD	2 681	3 541	6 222	35	19	12 498	18 720
SUD-OUEST	2 040	7 630	9 670	87	29	19 456	29 126
CAMEROUN	82 625	152 697	235 322	2 698	1 906	475 248	710 570

19.1.3.2 Analyse de la sévérité du paludisme

Proportion de cas suspects graves, proportion des cas confirmés graves, taux d'incidence des cas graves : dans la population générale

Dans la population générale, le paludisme était responsable de 45% des

hospitalisations dans les formations sanitaires en 2021. En effet, le Cameroun enregistré 1 949 145 hospitalisations toutes causes confondues et parmi ces hospitalisations 1 256 036 étaient des cas de paludisme. A l'échelle nationale, le nombre d'hospitalisations causées par le paludisme pour 10 000 habitants est de 464. Il varie de 316 dans la région du Sud-Ouest à 590 à l'Ouest.

Tableau 63 : Répartition de la morbidité palustre et des hospitalisations pour paludisme par région en 2021 au Cameroun

Région	Population de la région (a)	Nombre total de hospitalisation toutes causes confondues (b)	Nombre de cas d'hospitalisation pour paludisme grave confirmés (d)	morbidité palustre en hospitalisation (d)/(b)	Nombre hospitalisation palu pour 10 000 habitants d/a*10 000
ADAMAOUA	1 518 189	137 338	88 378	64,4	582,1
CENTRE	4 965 857	346 396	245 490	70,9	494,4
EST	1 360 451	137 481	77 947	56,7	572,9
EXTREME-NORD	5 083 776	307 869	204 824	66,5	402,9
LITTORAL	4 155 355	288 476	195 725	67,8	471,0
NORD	3 002 392	183 682	133 102	72,5	443,3
NORD-OUEST	1 868 031	165 570	80 455	48,6	430,7
OUEST	2 327 807	237 563	137 284	57,8	589,8
SUD	894 878	49 837	32 845	65,9	367,0
SUD-OUEST	1 899 943	94 933	59 986	63,2	315,7
CAMEROUN	27 076 679	1 949 145	1 256 036	64,4	463,9

Tableau 64 : Répartition des cas suspects et confirmés de paludisme selon la sévérité et la population cible

Groupe cible	Cas suspects de paludisme			Cas de paludisme confirmés		
	Cas suspects de paludisme simple	Cas suspects de paludisme grave	Proportion de cas graves chez les cas suspects	Cas de paludisme simple confirmés	Cas de paludisme grave confirmés	Proportion de cas de grave chez les cas confirmés
Moins de 5 ans	886 206	628 335	41,5	524 409	472 173	47,4
5 ans et plus	1 803 951	1 090 797	37,7	1 050 125	787 492	42,9
Femmes enceintes	143 527	237 658	62,3	82 625	235 322	74,0
Cameroun	2 833 684	1 956 790	59,2	1 657 159	1 494 987	47,4

Tableau 65 : Répartition des cas suspects et confirmés de paludisme selon la sévérité et le statut de FOSA

Statut	Cas suspects de paludisme			Cas de paludisme confirmés		
	Cas suspects de paludisme simple	Cas suspects de paludisme grave	Proportion de cas graves chez les cas suspects	Cas de paludisme simple confirmés	Cas de paludisme grave confirmés	Proportion de cas de grave chez les cas confirmés
Public	1 599 568	1 146 474	41,8	949 088	837 940	46,9
Privé confessionnel	624 940	330 810	34,6	297 129	223 164	42,9
Privé lucratif	609 176	479 506	44,0	410 942	351 258	46,1
Cameroun	2 833 684	1 956 790	59,2	1 657 159	1 412 362	46,0

Tableau 66 : Répartition des cas suspects et confirmés de paludisme selon la sévérité et le groupe de FOSA

Catégorie	Cas suspects de paludisme			Cas de paludisme confirmés		
	Cas suspects de paludisme simple	Cas suspects de paludisme grave	Proportion de cas graves chez les cas suspects	Cas de paludisme simple confirmés	Cas de paludisme grave confirmés	Proportion de cas de grave chez les cas confirmés
FO SA prioritaires	584 698	670 388	53,4	309 452	506 513	62,1
Autres FO SA	2 248 986	1 286 402	36,4	1 347 707	905 849	40,2
Cameroon	2 833 684	1 956 790	59,2	1 657 159	1 412 362	46,0

Proportion de cas suspects graves, proportion des cas confirmés graves, taux d'incidence des cas graves : dans les Groupes spécifiques

Morbidité palustre en hospitalisation chez les enfants de moins de 5 ans

Chez les moins de 5 ans, le paludisme était responsable de 69% des hospitalisations dans les formations sanitaires en 2021. Sur les 564 230 hospitalisations toutes causes, 390 180 étaient des cas de paludisme. Sur le plan national, le nombre d'hospitalisations pour paludisme pour 10 000 habitants est de 914,5. Il varie de 633 dans la région du Nord-Ouest à 1468 dans la région de l'Est.

Tableau 67 : Répartition de la morbidité palustre et des hospitalisations pour paludisme chez les moins de 5 ans par région en 2021

Région	Population des enfants de moins de 5 ans (a)	Nombre total de hospitalisation toutes causes confondues (b)	Nombre de cas d'hospitalisation pour paludisme grave confirmés (d)	morbidité palustre en hospitalisation (d)/(b)	Nombre hospitalisation palu pour 10 000 habitants d/a*10 000
ADAMAOUA	257 376	39 954	28 428	71,2	1104,5
CENTRE	657 568	97 571	72 587	74,4	1103,9
EST	203 967	47 227	29 945	63,4	1468,1
EXTREME-NORD	987 223	122 801	74 790	60,9	757,6
LITTORAL	509 758	62 163	47 758	76,8	936,9
NORD	551 133	62 365	48 632	78,0	882,4
NORD-OUEST	283 216	31 922	17 937	56,2	633,3
OUEST	436 787	58 999	39 359	66,7	901,1
SUD	122 021	15 778	12 198	77,3	999,7
SUD-OUEST	257 456	25 450	18 546	72,9	720,4
CAMEROUN	4 266 505	564 230	390 180	69,2	914,5

Morbidité palustre en hospitalisation chez les personnes de plus de 5 ans

Chez les plus de 5 ans, 62,1% des hospitalisations toutes causes confondues sont dues au paludisme grave en 2021. Les régions de l'Extrême-Nord et du Centre enregistrent les taux de morbidité palustre en hospitalisation les plus élevés avec près de 7 hospitalisations sur 10 dues à un paludisme grave comme dans la population générale. La région du Nord-Ouest quant à elle a le taux de morbidité palustre en hospitalisation le moins élevé.

Tableau 68 : Répartition des hospitalisations et des hospitalisations pour paludisme chez les plus de 5 ans par région en 2021

Region	Population du district (> 5 ans) (a)	Nombre total de hospitalisation toutes causes confondues (> 5 ans) (b)	Nombre d'hospitalisations pour paludisme grave confirmés(> 5 ans) (d)	morbidity palustre en hospitalisation (> 5 ans) (d)/(a)	Nombre de hospitalisation palu pour 10 000 habitants (> 5 ans) d/a*10 000
ADAMAOUA	1 268 813	75 133	45 029	58,8	357,1
CENTRE	4 308 289	211 004	144 401	68,4	335,2
EST	1 756 484	73 824	37 518	50,8	324,4
EXTREME-NORD	4 096 553	149 821	105 534	70,4	257,6
LITTORAL	3 645 597	199 459	152 166	66,3	302,5
NORD	2 461 239	98 975	65 419	67,7	267,2
NORD-OUEST	1 584 815	121 209	56 824	46,9	358,6
OUEST	1 891 020	153 154	86 038	56,2	455,0
SUD	1 772 857	28 338	16 388	38,3	274,8
SUD-OUEST	1 642 482	56 302	39 804	59,8	205,9
CAMEROUN	22 810 174	1 165 111	723 393	62,1	317,1

faible.

Tableau 69 : Répartition de la morbidité palustre et des hospitalisations pour paludisme chez les femmes enceintes par région en 2021 au Cameroun

Régions	Population de la région (FE) (a)	Nombre total de hospitalisation toutes causes confondues (FE) (b)	Nombre d'hospitalisations pour paludisme grave confirmés(FE) (d)	morbidity palustre en hospitalisation (FE) (d)/(a)	Nombre de cas d'hospitalisation palu pour 10 000 habitants(FE) (d/a*10 000)
ADAMAOUA	62 906	22 251	14 921	67,1	2372,0
CENTRE	150 432	37 821	28 502	75,4	1894,7
EST	48 803	16 430	10 484	63,8	2148,2
EXTREME-NORD	239 378	35 247	24 500	69,5	1023,5
LITTORAL	110 993	26 860	15 801	58,8	1423,6
NORD	136 475	24 644	18 979	77,0	1390,7
NORD-OUEST	64 548	12 439	5 694	45,8	882,1
OUEST	95 802	25 410	11 887	46,8	1240,8
SUD	28 644	5 721	4 059	70,9	1417,1
SUD-OUEST	61 831	12 981	7 636	58,8	1235,0
CAMEROUN	999 812	219 804	142 463	64,8	1424,9

1.1. Evolution comparative de la proportion des cas graves entre 2020 et 2021

Figure 42: Evolution mensuelle de la proportion des cas de paludisme grave en 2020 et 2021

Ensemble des FOSA

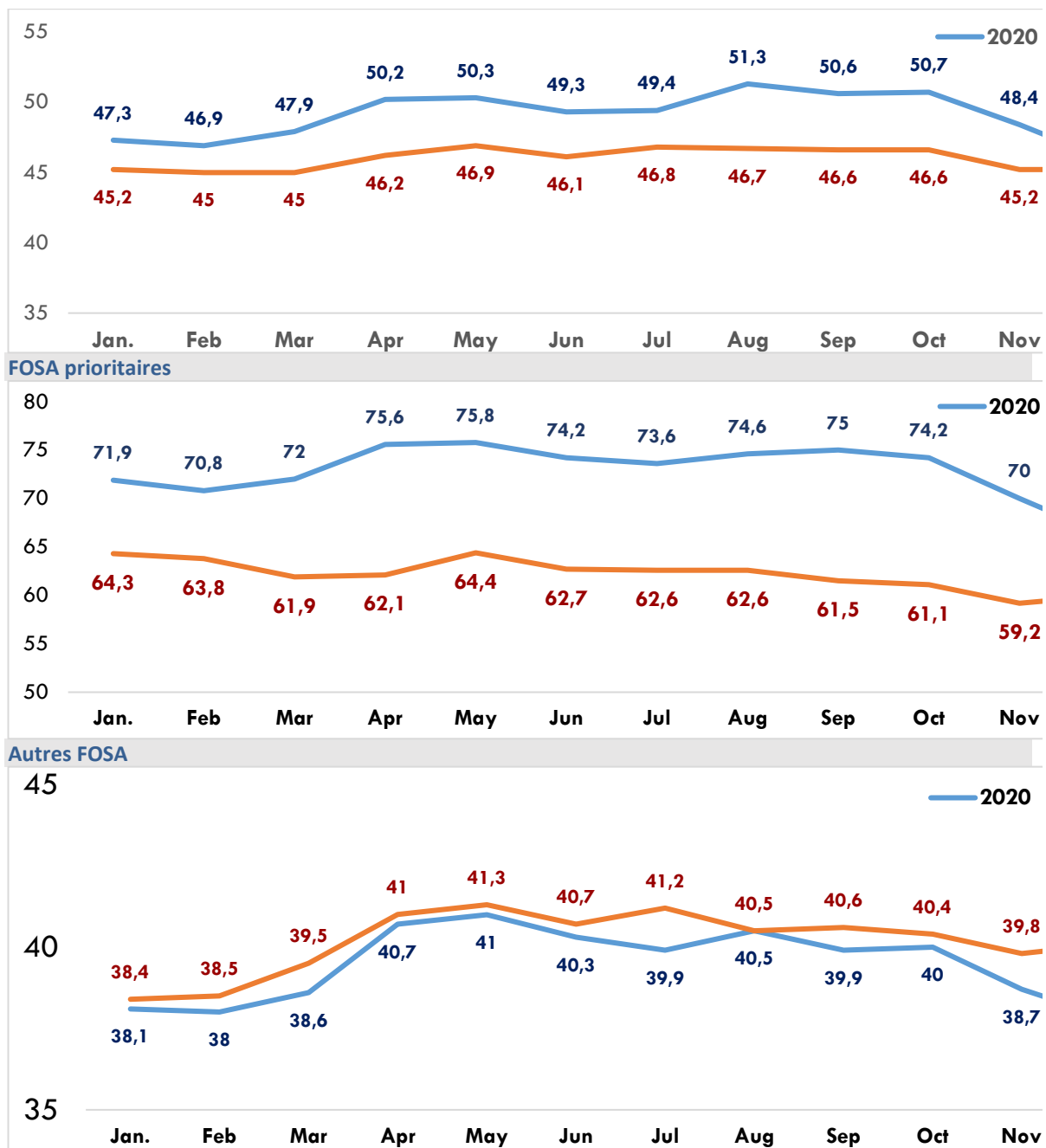


Tableau 69 : Evolution de la proportion des cas de paludisme grave par région entre 2020 et 2021

Région	FO SA prioritaires			Autres FO SA			Ensemble des FO SA		
	2020	2021	Variation	2020	2021	Variation	2020	2021	Variation
ADAMAOUA	71,2	57,5	-13,7	38,0	37,7	-0,3	50,4	44,2	-6,2
CENTRE	71,4	63,0	-8,4	39,0	38,0	-1,0	43,9	41,7	-2,2
EST	67,8	56,4	-11,4	37,9	39,4	1,5	45,1	42,8	-2,3
EXTREME-NORD	74,0	59,0	-15,0	32,2	33,9	1,7	47,0	43,0	-4,0
LITTORAL	70,9	62,9	-8,0	43,6	47,6	4,0	50,8	50,9	0,1
NORD	74,6	67,7	-6,9	44,2	45,8	1,6	56,7	54,2	-2,5
NORD-OUEST	74,9	67,3	-7,6	42,0	43,6	1,6	51,2	50,0	-1,2
OUEST	77,0	69,2	-7,8	52,2	51,8	-0,4	62,2	58,3	-3,9
SUD	71,1	55,3	-15,8	42,5	39,9	-2,6	51,0	43,9	-7,1
SUD-OUEST	63,0	47,2	-15,8	34,8	31,7	-3,1	38,9	33,5	-5,4
CAMEROUN	72,8	62,1	-10,7	39,5	40,2	0,7	49,1	46,0	-3,1

19.1.3.3 Prise en charge du paludisme dans les formations sanitaires

19.1.3.3.1 Diagnostic parasitologique des cas de paludisme

Au Cameroun, les tests utilisés pour la confirmation des cas suspects de paludisme sont le TDR et la goutte épaisse. En 2021, dans nos formations sanitaires, 4 513 640 tests ont été réalisés à la recherche du plasmodium chez 4 790 474 cas suspects.

La proportion de cas suspects testés est de 94,2% en 2021, on observe ainsi une amélioration par rapport aux 91,4% enregistrés en 2020. Ces chiffres pourraient par ailleurs être biaisés par la réalisation simultanée des TDR et de la goutte épaisse chez les mêmes patients et la comptabilisation des TDR invalides parmi les tests réalisés. Des nombreuses actions ont été menées sur le terrain pour améliorer la qualité des données permettant ainsi que les pourcentages des cas suspects testés ne soient plus supérieurs à 100.

La région ayant testé le plus de cas suspects de paludisme en 2021 est celle de l'Ouest avec 97% de cas suspects testés et la région ayant testé le moins est celle de l'Est bien qu'étant la région ayant le plus fort taux d'incidence du paludisme au cours de la même année. On observe par ailleurs une faible variation (5,5%) entre les deux extrêmes (régions de l'Ouest et région de l'Est).

Dans l'ensemble, 66,6% des cas suspects ont été testés avec le TDR et 33,4% avec la goutte épaisse.

Tableau 70 : Répartition du nombre d'examens de diagnostic des cas de paludisme par région en 2021.

Régions	Nombre de cas suspects de paludisme simple	Nombre de cas suspects de paludisme grave	Nombre de cas suspects de paludisme	Nombre de TDR réalisés	Nombre de gouttes épaisses réalisées	Nombre de cas testés	Part du TDR dans le diagnostic	Pourcentage de cas suspects testés
ADAMAOUA	180 724	130 262	310 986	179 971	109 692	289 663	62,1%	93,1%
CENTRE	519 154	359 556	878 710	422 120	386 622	808 742	52,2%	92,0%
EST	193 827	143 691	337 518	224 194	84 558	308 752	72,6%	91,5%
EXTREME-NORD	627 695	347 851	975 546	802 806	130 728	933 534	86,0%	95,7%
LITTORAL	332 763	275 616	608 379	247 302	317 612	564 914	43,8%	92,9%
NORD	289 466	254 466	543 932	410 262	114 691	524 953	78,2%	96,5%
NORD-OUEST	212 782	117 131	329 913	229 757	87 239	316 996	72,5%	96,1%
OUEST	193 602	176 035	369 637	255 842	102 663	358 505	71,4%	97,0%
SUD	69 791	48 736	118 527	80 893	33 587	114 480	70,7%	96,6%
SUD-OUEST	213 880	103 446	317 326	154 504	138 597	293 101	52,7%	92,4%
CAMERO UN	2 833 684	1 956 790	4 790 474	3 007 651	1 505 989	4 513 640	66,6%	94,2%

Tableau 71 : Répartition du nombre d'examens de diagnostic des cas de paludisme selon les groupes cibles

Groupe	Nombre de cas suspects de paludisme	Nombre de TDR réalisés	Nombre de gouttes épaisses réalisées	Par du TDR dans le diagnostic	Pourcentage de cas suspects testés
Enfants de moins de 5	1 514 541	1 045 478	388 905	72,9%	94,7%
Personnes de 5 ans et plus	2 894 748	1 738 272	986 949	63,8%	94,1%
Femmes enceintes	381 185	223 901	130 135	63,2%	92,9%
Total	4 790 474	3 007 651	1 505 989	66,6%	94,2%

Tableau 72: Répartition des examens de diagnostic des cas de paludisme selon le statut des FOSA

Statut de FO SA	Nombre de cas suspects de paludisme	Nombre de TDR réalisés	Nombre de gouttes épaisses réalisées	Par du TDR dans le diagnostic	Pourcentage de cas suspects testés
Public	2 746 042	1 967 685	629 428	75,8%	94,6%
Privé confessionnel	955 750	472 920	423 632	52,7%	93,8%
Privé lucratif	1 088 682	567 046	452 929	55,6%	93,7%
Total	4 790 474	3 007 651	1 505 989	66,6%	94,2%

Tableau 73 : Taux de positivité des examens diagnostiques dans les FOSA par région

REGION	Nombre de TDR réalisés	Nombre de TDR positifs	Taux de positivité TDR	Nombre de gouttes épaisses réalisées	Nombre de gouttes épaisses positives	Taux de positivité gouttes épaisses	Nombre de tests réalisés	Nombre de tests positifs	Taux de positivité des tests
ADAMAOUA	179 971	126 091	70,1%	109 692	80 468	73,4%	289 663	206 559	71,3%
CENTRE	422 120	312 074	73,9%	386 622	293 977	76,0%	808 742	606 051	74,9%
EST	224 194	177 191	79,0%	84 558	67 672	80,0%	308 752	244 863	79,3%
EXTREME-NORD	802 806	508 149	63,3%	130 728	96 915	74,1%	933 534	605 064	64,8%
LITTORAL	247 302	159 906	64,7%	317 612	223 363	70,3%	564 914	383 269	67,8%
NORD	410 262	272 411	66,4%	114 691	90 848	79,2%	524 953	363 259	69,2%
NORD-OUEST	229 757	112 316	48,9%	87 239	44 888	51,5%	316 996	157 204	49,6%
OUEST	255 842	161 008	62,9%	102 663	62 386	60,8%	358 505	223 394	62,3%
SUD	80 893	59 959	74,1%	33 587	24 416	72,7%	114 480	84 375	73,7%
SUD-OUEST	154 504	104 585	67,7%	138 597	90 898	65,6%	293 101	195 483	66,7%
CAMEROUN	3 007 651	1 993 690	66,3%	1 505 989	1 075 831	71,4%	4 513 640	3 069 521	68,0%

Figure 43 : Analyse comparative des taux de positivité des TDR et de la microscopie par région

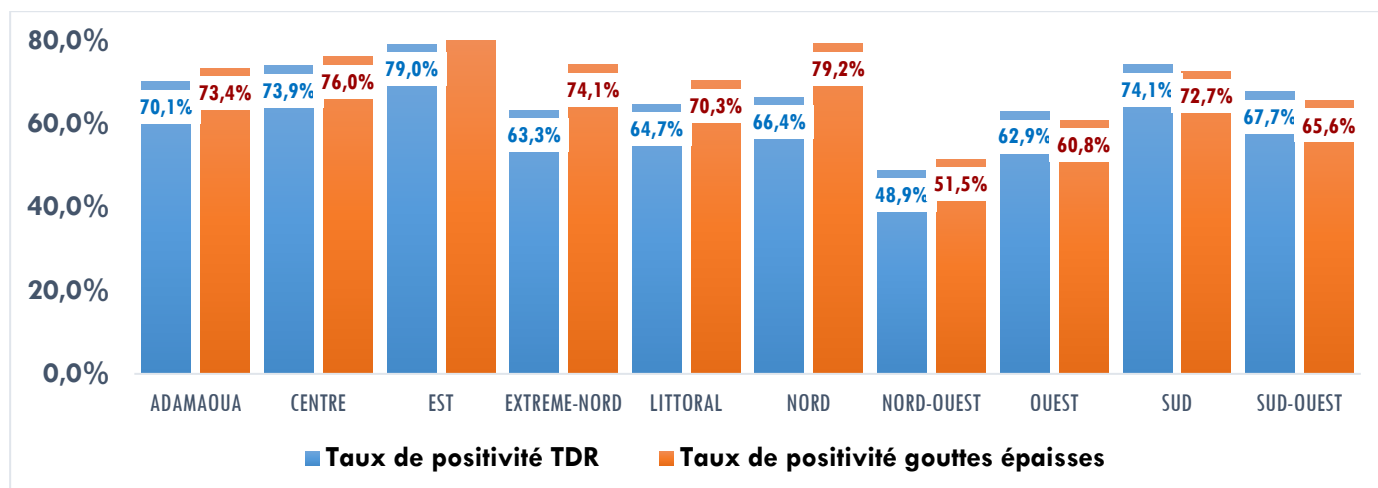


Tableau 74 : Positivité des tests diagnostiques du paludisme selon les groupes cibles

Groupe	Nombre de TDR réalisés	Nombre de TDR positifs	Taux de positivité TDR	Nombre de gouttes épaisses réalisées	Nombre de gouttes épaisses positives	Taux de positivité gouttes épaisses	Nombre de tests réalisés	Nombre de tests positifs	Taux de positivité des tests
Enfants de moins de 5 ans	1 045 478	716 723	68,6%	388 905	279 859	72,0%	1 434 383	996 582	69,5%
Personnes de 5 ans et plus	1 738 272	1 132 338	65,1%	986 949	705 279	71,5%	2 725 221	1 837 617	67,4%
Femmes enceintes	223 901	144 629	64,6%	130 135	90 693	69,7%	354 036	235 322	66,5%
Total	3 007 651	1 993 690	66,3%	1 505 989	1 075 831	71,4%	4 513 640	3 069 521	68,0%

Tableau 75 : Positivité des tests diagnostiques du paludisme selon le statut des FOSEA

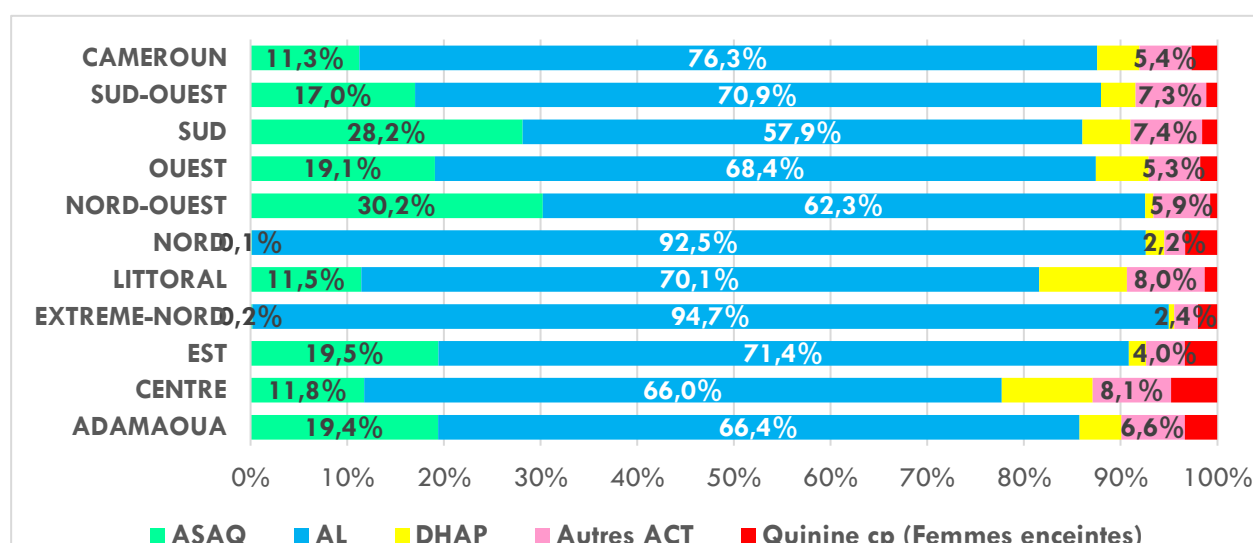
Statut de FOSEA	Nombre de TDR réalisés	Nombre de TDR positifs	Taux de positivité TDR	Nombre de gouttes épaisses réalisées	Nombre de gouttes épaisses positives	Taux de positivité gouttes épaisses	Nombre de tests réalisés	Nombre de tests positifs	Taux de positivité des tests
Public	1 967 685	1 336 887	67,9%	629 428	450 141	71,5%	2 597 113	1 787 028	68,8%
Privé confessionnel	472 920	249 502	52,8%	423 632	270 791	63,9%	896 552	520 293	58,0%
Privé lucratif	567 046	407 301	71,8%	452 929	354 899	78,4%	1 019 975	762 200	74,7%
Total	3 007 651	1 993 690	66,3%	1 505 989	1 075 831	71,4%	4 513 640	3 069 521	68,0%

19.1.3.3.2 Traitement des cas de paludisme

19.1.3.3.2.1.1.1 Traitement des cas de paludisme simple

En 2021 dans nos formations sanitaires, l'AL est l'ACT qui a été le plus utilisé dans la prise en charge du paludisme simple suivi de l'ASAQ. Ceci correspond à une baisse de 10% de la proportion de cas de paludisme simple traités avec ASAQ. La proportion des cas traités avec la combinaison AL et l'ASAQ était plus élevée respectivement dans les régions du Nord (92,5%) et de l'Extrême-Nord (94,7%) pour l'AL et du Nord-Ouest (30%) et du Sud (28%) pour l'ASAQ.

Figure 44: Répartition par région du nombre de cas de paludisme simple traités selon la molécule par le personnel de santé en 2021 au Cameroun



1.1.1.1.1. Traitement des cas de paludisme simple chez les moins de 5 ans

Tableau 76 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme simple traités dans les FOSA

REGION	Nombre de cas de paludisme simple confirmés	Nombre de cas de paludisme simple traités avec ASAQ	Nombre de cas de paludisme simple traités avec AL	Nombre de cas de paludisme simple traités avec DHAP	Nombre de cas de paludisme simple traités avec les autres ACT	Nombre de cas de paludisme simple traités avec quinine cp (femmes enceintes)	Pourcentage des cas traités avec les ACT de 1ère intention	Pourcentage des cas traités avec les ACT	Nombre de cas présumés de paludisme simple
ADAMAOUA	115 259	19 382	66 299	4 316	6 560	3 359	78,1%	83,8%	4 249
CENTRE	353 389	33 894	190 048	27 079	23 292	13 820	71,0%	77,6%	12 539
EST	139 980	24 983	91 706	2 294	5 131	4 314	85,0%	88,7%	8 746
EXTREME NORD	344 858	752	314 581	1 909	8 128	6 658	92,0%	94,3%	11 407
LITTORAL	188 197	18 775	114 912	14 862	13 182	2 124	78,9%	85,9%	12 544
NORD	166 409	231	144 842	3 013	3 375	5 193	89,0%	91,0%	4 020
NORD-OUEST	78 612	21 632	44 566	627	4 187	532	85,0%	90,3%	833
OUEST	93 218	15 433	55 297	4 416	4 309	1 444	80,6%	85,2%	1 642
SUD	47 311	12 013	24 693	2 115	3 173	665	82,1%	88,8%	1 273
SUD-OUEST	129 926	19 495	81 154	4 098	8 364	1 317	80,6%	87,1%	2 464
CAMEROUN	1 657 159	166 590	1 128 098	64 729	79 701	39 426	82,0%	86,8%	59 717

Tableau 77 : Traitement du paludisme simple selon le statut

Statut de FO SA	Nombre de cas de paludisme simple confirmés	Nombre de cas de paludisme simple traités avec ASAQ	Nombre de cas de paludisme simple traités avec AL	Nombre de cas de paludisme simple traités avec DHAP	Nombre de cas de paludisme simple traités avec les autres ACT	Nombre de cas de paludisme simple traités avec quinine cp (femmes enceintes)	Pourcentage des cas traités avec les ACT de 1ère intention	Pourcentage des cas traités avec les ACT	Nombre de cas présumés de paludisme simple
Public	949 088	103 113	700 272	17 775	33 747	18 431	86,5%	90,1%	32 836
Privé confessionnel	297 129	25 436	190 332	17 054	17 283	6 721	78,4%	84,2%	11 285
Privé lucratif	410 942	38 041	237 494	29 900	28 671	14 274	74,3%	81,3%	15 596
Total	1 657 159	166 590	1 128 098	64 729	79 701	39 426	82,0%	86,8%	59 717

Le traitement des cas de paludisme simple avec les combinaisons AL et ASAQ chez les enfants âgés de moins de cinq ans sont gratuites. Nous constatons que 83% des cas confirmés de paludisme simple ont bénéficié de cette politique de gratuité contre 70,7% en 2020. Les régions de l'Extrême-nord et du Nord ont pris en charge 94,4% des cas de paludisme simple chez les moins de 5 ans avec le traitement de première ligne (AL et DHA-PQ), dans les autres régions 82% des cas de paludisme simple chez les moins de 5 ans ont été pris en charge avec le traitement de première ligne (AL, AS-AQ, DHA-PQ). Aussi, sur le plan national, 86,4% des cas de paludisme simple chez les moins de 5 ans ont été traités avec les ACT de première intention. Les régions du Nord et de l'Extrême-Nord enregistrent les meilleures performances avec respectivement 93,1% et 95,0% de cas traités avec les ACT de première intention. Seule la région du Centre a traité moins de 80% des cas de paludisme avec les ACT de première intention.

Tableau 78 Répartition par région du nombre de cas de paludisme traités par le personnel de santé chez les enfants âgés de moins de cinq ans en 2021

Région	Nombre de cas de paludisme simple confirmés (< 5 ans)	Nombre de cas de paludisme simple traités avec ASAQ (< 5 ans)	Nombre de cas de paludisme simple traités avec AL (< 5 ans)	Nombre de cas de paludisme simple traités avec DHAP (< 5 ans)	Nombre de cas de paludisme simple traités avec les autres ACT (< 5 ans)	Pourcentage des cas traités avec les ACT de 1ère intention (< 5 ans)	Pourcentage des cas traités avec les ACT (< 5 ans)	Nombre de cas présumés de paludisme simple (< 5 ans)
ADAMAOUA	38 808	8 892	24 336	610	2 027	87,2%	92,4%	942
CENTRE	101 598	12 454	56 114	6 341	5 629	73,7%	79,3%	4 215
EST	55 691	9 380	39 733	724	1 807	89,5%	92,7%	3 563
EXTREME-NORD	128 538	334	121 571	213	2 032	95,0%	96,6%	3 948
LITTORAL	46 955	6 356	29 549	2 559	3 610	81,9%	89,6%	4 231
NORD	59 122	89	54 423	509	1 223	93,1%	95,1%	1 635
NORD-OUEST	17 416	6 450	8 924	77	595	88,7%	92,1%	338
OUEST	24 416	4 627	15 174	792	741	84,3%	87,4%	328
SUD	15 972	4 831	8 416	522	843	86,2%	91,5%	443
SUD-OUEST	35 893	7 845	20 626	874	2 098	81,8%	87,6%	874
CAMERO UN	524 409	61 258	378 866	13 221	20 605	86,4%	90,4%	20 517

1.1.1.1.2. Traitement des cas de paludisme simple chez les plus de 5 ans

En 2021, le pourcentage de cas de paludisme simple traité avec l'AL chez les plus de 5 ans était de 67,8% contre 53,2% en 2020. Les régions du Nord (92%) et de

l'Extrême-Nord (89%) sont celles qui utilisent le plus l'AL dans la prise en charge du paludisme simple. Des efforts supplémentaires doivent être faits pour la sensibilisation en direction des prestataires de soins pour augmenter la proportion des cas traités avec l'AL surtout dans les régions du Sud, de l'Adamaoua, de l'Ouest et du Nord-Ouest qui enregistrent les faibles proportions de cas traités avec ce médicament. Aussi, sur le plan national, environ 8 cas de paludisme simple sur 10 sont traités avec les ACT de première intention chez les plus de 5 ans. Les régions du Nord et de l'Extrême-Nord enregistrent les meilleures performances avec respectivement 91,5% et 93,3% de cas traités avec les ACT de première intention. Seules les régions du Centre, de l'Adamaoua, et du Littoral ont traité moins de 80% des cas de paludisme avec les ACT de première intention.

Tableau 79 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme simple traités par le personnel de santé chez les plus de 5 ans en 2021

Région	Nombre de cas de paludisme simple confirmés (> 5 ans)	Nombre de cas de paludisme simple traités avec ASAQ (> 5 ans)	Nombre de cas de paludisme simples traités avec AL (> 5 ans)	Nombre de cas de paludisme simples traités avec DHAP (> 5 ans)	Nombre de cas de paludisme simples traités avec les autres ACT (> 5 ans)	Pourcentage des cas traités avec les ACT de 1ère intention (> 5 ans)	Pourcentage des cas traités avec les ACT (> 5 ans)	Nombre de cas présumés de paludisme simple (> 5 ans)
ADAMAOUA	67 258	9 946	38 476	3 391	4 386	77,0%	83,6%	3 017
CENTRE	236 374	20 672	128 653	19 513	16 856	71,4%	78,6%	7 878
EST	76 406	15 080	49 030	1 495	3 156	85,9%	90,0%	4 716
EXTREME-NORD	196 676	316	181 493	1 594	6 057	93,3%	96,3%	6 794
LITTORAL	132 668	12 086	81 827	11 930	9 098	79,8%	86,6%	7 953
NORD	94 870	131	84 320	2 312	2 078	91,5%	93,6%	2 157
NORD-OUEST	60 326	15 126	35 351	537	3 538	84,6%	90,4%	455
OUEST	64 896	10 544	38 795	3 524	3 414	81,5%	86,7%	1 234
SUD	28 658	6 959	14 973	1 532	2 268	81,9%	89,8%	795
SUD-OUEST	91 993	11 513	59 916	3 020	6 134	80,9%	87,6%	1 503
CAMEROON	1 050 125	102 373	712 834	48 848	56 985	82,3%	87,7%	36 502

Tableau 80 : Répartition par région des cas de paludisme simple traités par le personnel de santé chez les femmes enceintes

REGION	Nombre de cas de paludisme simple confirmés	Nombre de cas de paludisme simple traités avec ASAQ	Nombre de cas de paludisme simples traités avec AL	Nombre de cas de paludisme simples traités avec DHAP	Nombre de cas de paludisme simples traités avec les autres ACT	Nombre de cas de paludisme simples traités avec quinine cp (femmes enceintes)	Pourcentage des cas traités avec les ACT de 1ère intention	Pourcentage des cas traités avec les ACT	Nombre de cas présumés de paludisme simple
ADAMAOUA	9 193	544	3 487	315	147	3 359	47,3%	48,9%	290
CENTRE	15 417	768	5 281	1 225	807	13 820	47,2%	52,4%	446
EST	7 883	523	2 943	75	168	4 314	44,9%	47,1%	467
EXTREME-NORD	19 644	102	11 517	102	39	6 658	59,7%	59,9%	665
LITTORAL	8 574	333	3 536	373	474	2 124	49,5%	55,0%	360
NORD	12 417	11	6 099	192	74	5 193	50,8%	51,3%	228
NORD-OUEST	870	56	291	13	54	532	41,4%	47,6%	40
OUEST	3 906	262	1 328	100	154	1 444	43,3%	47,2%	80
SUD	2 681	223	1 304	61	62	665	59,2%	61,5%	35
SUD-OUEST	2 040	137	612	204	132	1 317	46,7%	53,2%	87
CAMEROON	82 625	2 959	36 398	2 660	2 111	39 426	50,9%	53,4%	2 698

19.1.3.3.2.1.1.2 Traitement des cas de paludisme grave

En 2021, nous avons enregistré 1 412 372 cas de paludisme grave et 630 837 (44,6%) ont été traités avec l'artesunate injectable qui le traitement antipalustre injectable le

plus utilisé pour la prise en charge du paludisme grave. Après l'artésunate injectable suit, l'atémether (32,4%) puis la quinine est le traitement antipalustre injectable le moins utilisé dans la prise en charge du paludisme grave. Au niveau national, on observe une augmentation de la proportion de cas de paludisme grave traités avec artésunate injectable par rapport à 2020 (34% en 2020). Cette proportion est plus importante dans les régions du Sud-Ouest (59%), de l'Extrême-Nord (54,3%) et du Littoral (54,1%) et moins importante dans la Région de l'Est avec une portion de cas de paludisme grave traitée avec de l'artésunate inférieure à 25%.

Tableau 81 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme grave traités par le personnel de santé en 2021.

REGION	Nombre de cas de paludisme grave confirmés	Nombre de cas de paludisme grave traités avec artésunate	Nombre de cas de paludisme grave traités avec artemether	Nombre de cas de paludisme grave traités avec quinine	Pourcentage des cas traités avec artésunate	Pourcentage des cas graves traités avec les injectables	Nombre de cas présumés de paludisme grave
ADAMAOUA	91 300	25 330	39 793	28 232	27,7%	102,3%	2 752
CENTRE	252 662	123 105	81 247	54 446	48,7%	102,4%	4 603
EST	104 883	26 166	50 642	35 593	24,9%	107,2%	4 521
EXTREME-NORD	260 206	141 185	77 041	40 281	54,3%	99,3%	3 492
LITTORAL	195 072	105 496	42 746	46 346	54,1%	99,8%	6 119
NORD	196 850	98 055	57 541	40 444	49,8%	99,6%	2 327
NORD-OUEST	78 592	21 580	28 451	24 202	27,5%	94,5%	423
OUEST	130 176	40 156	42 609	44 833	30,8%	98,0%	677
SUD	37 064	11 185	18 571	8 316	30,2%	102,7%	370
SUD-OUEST	65 557	38 579	18 978	14 738	58,8%	110,3%	613
CAMEROUN	1 412 362	630 837	457 619	337 431	44,7%	101,0%	25 897

Tableau 82: Traitement du paludisme grave selon le statut

Statut de FO SA	Nombre de cas de paludisme grave confirmés	Nombre de cas de paludisme grave traités avec artésunate	Nombre de cas de paludisme grave traités avec artemether	Nombre de cas de paludisme grave traités avec quinine	Pourcentage des cas traités avec artésunate	Pourcentage des cas graves traités avec les injectables	Nombre de cas présumés de paludisme grave
Public	837 940	379 492	290 179	174 117	45,3%	100,7%	16 622
Privé confessionnel	223 164	96 115	66 799	63 135	43,1%	101,3%	4 657
Privé lucratif	351 258	155 230	100 641	100 179	44,2%	101,4%	4 618
Total	1 412 362	630 837	457 619	337 431	44,7%	101,0%	25 897

Figure 45: Répartition des cas de paludisme grave traités selon les différentes molécules

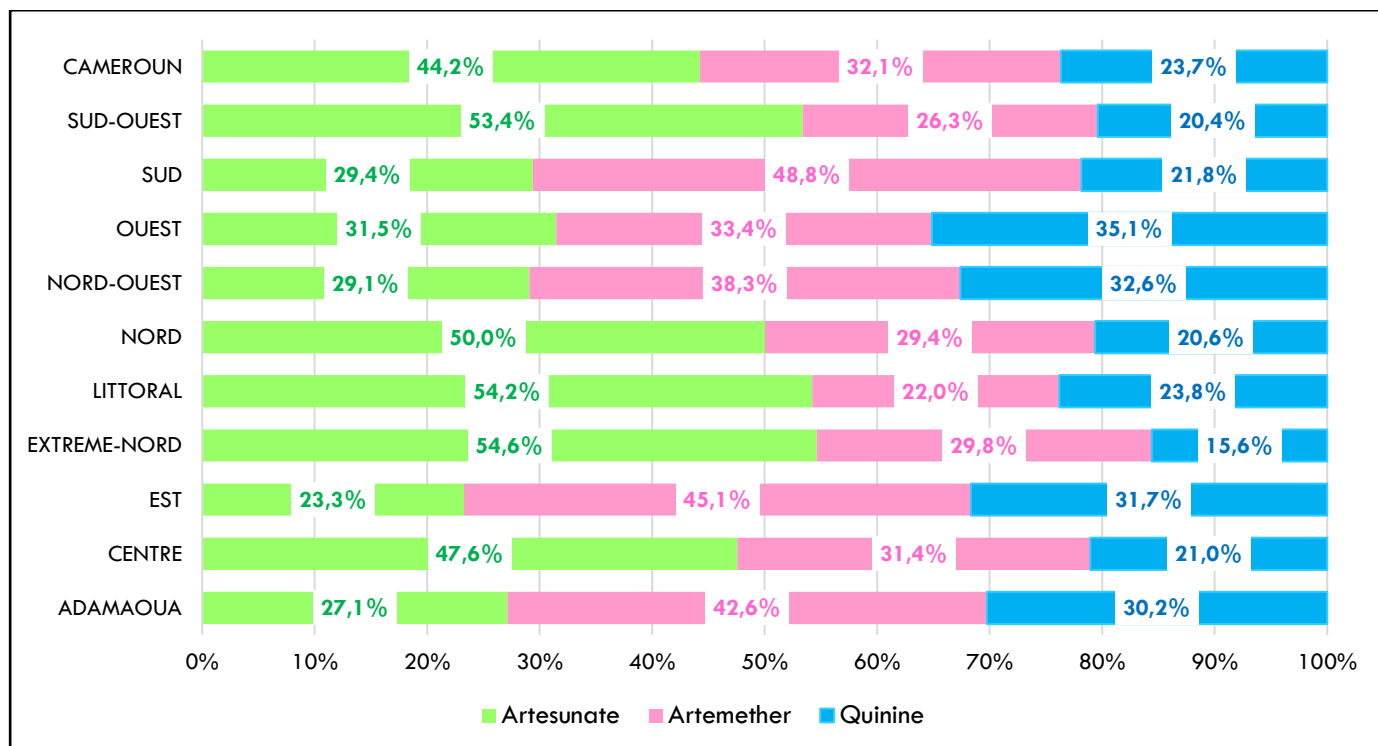


Tableau 83 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme grave traités par le personnel de santé chez les enfants de moins de 5 ans en 2021.

Région	Nombre de cas de paludisme grave confirmés (< 5 ans)	Nombre de cas de paludisme grave traités avec artesunate (< 5 ans)	Nombre de cas de paludisme grave traités avec artemether (< 5 ans)	Nombre de cas de paludisme grave traités avec quinine (< 5 ans)	Pourcentage des cas traités avec artesunate (< 5 ans)	Pourcentage des cas graves traités avec les injectables (< 5 ans)	Nombre de cas présumés de paludisme grave (< 5 ans)
ADAMAOUA	30 474	11 743	12 916	6 415	38,5%	102,0%	797
CENTRE	74 263	44 224	23 423	8 980	59,6%	103,2%	1 418
EST	39 540	12 225	20 562	9 812	30,9%	107,7%	1 786
EXTREME-NORD	108 237	77 117	24 052	6 211	71,2%	99,2%	1 608
LITTORAL	47 027	32 921	8 091	6 388	70,0%	100,8%	1 986
NORD	84 803	60 103	19 393	5 405	70,9%	100,1%	1 000
NORD-OUEST	18 378	6 894	7 361	2 971	37,5%	93,7%	126
OUEST	36 423	16 453	11 271	8 171	45,2%	98,6%	152
SUD	13 321	4 917	7 047	1 616	36,9%	101,9%	144
SUD-OUEST	19 707	14 804	4 903	2 734	75,1%	113,9%	336
CAMEROUN	472 173	281 401	139 019	58 703	59,6%	101,5%	9 353

Tableau 84 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme grave traités par le personnel de santé chez les personnes de plus de 5 ans (FE exclues) en 2021.

Région	Nombre de cas de paludisme grave confirmés (> 5 ans)	Nombre de cas de paludisme grave traités avec artesunate (> 5 ans)	Nombre de cas de paludisme grave traités avec artemether (> 5 ans)	Nombre de cas de paludisme grave traités avec quinine (> 5 ans)	Pourcentage des cas traités avec artesunate (> 5 ans)	Pourcentage des cas graves traités avec les injectables (> 5 ans)	Nombre de cas présumés de paludisme grave (> 5 ans)
ADAMAOUA	46 488	11 414	21 224	15 514	24,6%	103,6%	1 798
CENTRE	154 549	67 381	52 769	38 352	43,6%	102,6%	2 765
EST	52 118	11 181	25 636	19 395	21,5%	107,9%	2 239
EXTREME-NORD	120 736	53 132	43 864	23 503	44,0%	99,8%	1 702
LITTORAL	131 443	64 076	31 654	35 316	48,7%	99,7%	3 831
NORD	88 035	31 440	32 793	23 284	35,7%	99,4%	1 102
NORD-OUEST	54 709	13 419	19 971	18 424	24,5%	94,7%	271
OUEST	80 992	20 313	28 179	30 796	25,1%	97,9%	475
SUD	20 202	5 147	10 140	5 661	25,5%	103,7%	207
SUD-OUEST	38 220	19 347	12 346	10 230	50,6%	109,7%	248
CAMEROUN	787 492	296 850	278 576	220 475	37,7%	101,1%	14 638

Tableau 85 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme grave traités par le personnel de santé chez les femmes enceintes en 2021

Région	Nombre de cas de paludisme grave confirmés (FE)	Nombre de cas de paludisme grave traités avec artesunate (FE)	Nombre de cas de paludisme grave traités avec artemether (FE)	Nombre de cas de paludisme grave traités avec quinine (FE)	Pourcentage des cas traités avec artesunate (FE)	Pourcentage des cas graves traités avec les injectables (FE)	Nombre de cas présumés de paludisme grave (FE)
ADAMAOUA	14 338	2 173	5 653	6 303	15,2%	98,5%	157
CENTRE	23 850	11 500	5 055	7 114	48,2%	99,2%	420
EST	13 225	2 760	4 444	6 386	20,9%	102,8%	496
EXTREME-NORD	31 233	10 936	9 125	10 567	35,0%	98,1%	182
LITTORAL	16 602	8 499	3 001	4 642	51,2%	97,2%	302
NORD	24 012	6 512	5 355	11 755	27,1%	98,4%	225
NORD-OUEST	5 505	1 267	1 119	2 807	23,0%	94,3%	26
OUEST	12 761	3 390	3 159	5 866	26,6%	97,3%	50
SUD	3 541	1 121	1 384	1 039	31,7%	100,1%	19
SUD-OUEST	7 630	4 428	1 729	1 774	58,0%	103,9%	29
CAMEROUN	152 697	52 586	40 024	58 253	34,4%	98,8%	1 906

19.1.3.3.2.1.2 Prise en charge gratuite du paludisme

Tableau 86 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme traités gratuitement

Région	Nombre de cas de paludisme simple confirmé chez les moins de 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme simple traités gratuitement	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme simple traités gratuitement	Nombre de cas de paludisme grave confirmé chez les moins de 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme grave traités gratuitement	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme grave traités gratuitement	Nombre de cas de paludisme confirmé chez les moins de 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme traités gratuitement	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme traités gratuitement
ADAMAOUA	38 808	25 722	66,3%	30 474	10 496	34,4%	69 282	36 218	52,3%
CENTRE	101 598	13 447	13,2%	74 263	8 641	11,6%	175 861	22 088	12,6%
EST	55 691	32 519	58,4%	39 540	9 497	24,0%	95 231	42 016	44,1%
EXTREME-NORD	128 538	118 544	92,2%	108 237	84 459	78,0%	236 775	203 003	85,7%
LITTORAL	46 955	9 720	20,7%	47 027	8 740	18,6%	93 982	18 460	19,6%
NORD	59 122	51 905	87,8%	84 803	65 144	76,8%	143 925	117 049	81,3%
NORD-OUEST	13 416	4 850	36,2%	16 278	2 289	14,0%	29 694	7 347	24,7%
OUEST	24 416	10 178	41,7%	36 423	12 654	34,7%	60 839	22 832	37,5%
SUD	15 972	7 235	45,3%	13 321	1 840	13,8%	29 293	9 075	31,0%
SUD-OUEST	35 893	15 230	42,4%	19 707	7 668	38,9%	55 600	22 898	41,2%
CAMEROUN	524 409	289 458	55,2%	472 173	211 528	44,8%	996 582	500 986	50,3%

Tableau 87 : Prise en charge gratuite du paludisme selon le statut

Statut	Nombre de cas de paludisme simple confirmé chez les moins de 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme simple traités gratuitement	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme simple traités gratuitement	Nombre de cas de paludisme grave confirmé chez les moins de 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme grave traités gratuitement	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme grave traités gratuitement	Nombre de cas de paludisme confirmé chez les moins de 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme traités gratuitement	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme traités gratuitement
Public	335 757	241 093	71,8%	314 352	179 453	57,1%	650 109	420 546	64,7%
Privé confessionnel	79 776	24 619	30,9%	68 381	16 117	23,6%	148 157	40 736	27,5%
Privé lucratif	108 876	23 746	21,8%	89 440	15 958	17,8%	198 316	39 704	20,0%
Ensemble	524 409	289 458	55,2%	472 173	211 528	44,8%	996 582	500 986	50,3%

1.1.1.1.3. Traitement Des Cas De Paludisme Dans La Communauté

Tableau 88 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme traités par les ASC en 2021.

Région	Nombre de cas de fièvre rapportés (Femmes enceintes exclues)	Nombre de cas testés par les ASC à l'aide des TDR	Proportion de cas de fièvre testés par les ASC	Nombre de cas confirmés par TDR	Taux de positivité des TDR	Nombre de cas de paludisme simple traités par les ASC avec ASAQ	Nombre de cas de paludisme simple traités par les ASC avec AL	Pourcentage de cas de paludisme simple traités par les ACT	Nombre de cas référés
ADAMAOUA	35 445	31 513	88,9%	26 676	84,7%	18 373	6 882	94,7%	5 882
CENTRE	25 311	18 997	75,1%	16 705	87,9%	9 005	5 941	89,5%	4 349
EST	20 111	13 110	65,2%	10 851	82,8%	5 459	5 120	97,5%	5 269
EXTREME-NORD	126 209	99 781	79,1%	77 917	78,1%	775	73 736	95,6%	21 318
LITTORAL	16 745	12 896	77,0%	10 193	79,0%	5 098	3 739	86,7%	3 132
NORD	81 614	66 633	81,6%	54 954	82,5%	208	52 903	96,6%	16 299
NORD-OUEST	25 125	20 321	80,9%	12 865	63,3%	9 616	2 977	97,9%	6 588
OUEST	31 870	29 272	91,8%	25 301	86,4%	10 229	14 209	96,6%	5 179
SUD	6 215	5 300	85,3%	4 793	90,4%	2 868	1 625	93,7%	763
SUD-OUEST	33 573	29 903	89,1%	25 398	84,9%	18 474	7 390	101,8%	5 589
CAMEROUN	402 218	327 726	81,5%	265 653	81,1%	80 105	174 522	95,8%	74 368

1.1.1.2. Les données de mortalité palustre en 2021

Tableau 89 : Mortalité due au paludisme dans les formations sanitaires

Région	Population de la région (a)	Nombre total de hospitalisation toutes causes confondues (b)	Nombre de cas d'hospitalisation pour paludisme grave confirmés (c)	Nombre de décès toutes causes confondues (d)	Nombre de décès pour paludisme (e)	Proportion des décès liés au paludisme (e/d)	Nombre de décès liés au paludisme pour 100 000 habitant (e/a*100000)	Létalité palustre chez les patients hospitalisés
ADAMAOUA	1 518 189	137 338	88 378	1 454	304	20,9%	20,0	0,34%
CENTRE	4 965 857	346 396	245 490	3 459	262	7,6%	5,3	0,11%
EST	1 360 451	137 481	77 947	1 439	273	19,0%	20,1	0,35%
EXTREME-NORD	5 083 776	307 869	204 824	5 356	1 460	27,3%	28,7	0,71%
LITTORAL	4 155 355	288 476	195 725	4 611	190	4,1%	4,6	0,10%
NORD	3 002 392	183 682	133 102	3 193	849	26,6%	28,3	0,64%
NORD-OUEST	1 868 031	165 570	80 455	2 707	106	3,9%	5,7	0,13%
OUEST	2 327 807	237 563	137 284	2 853	160	5,6%	6,9	0,12%
SUD	894 878	49 837	32 845	694	71	10,2%	7,9	0,22%
SUD-OUEST	1 899 943	94 933	59 986	2 209	107	4,8%	5,6	0,18%
CAMEROUN	27 076 679	1 949 145	1 256 036	27 975	3 782	13,5%	14,0	0,30%

En 2021, Le paludisme était responsable de 3782 décès dans les formations sanitaires. On observe une légère diminution par rapport à 2020 (4221). Le plus grand nombre de décès et la mortalité palustre est observé d'aout à octobre.

Figure 46 : Répartition mensuelle nationale des décès de paludisme dans les formations sanitaires en 2021

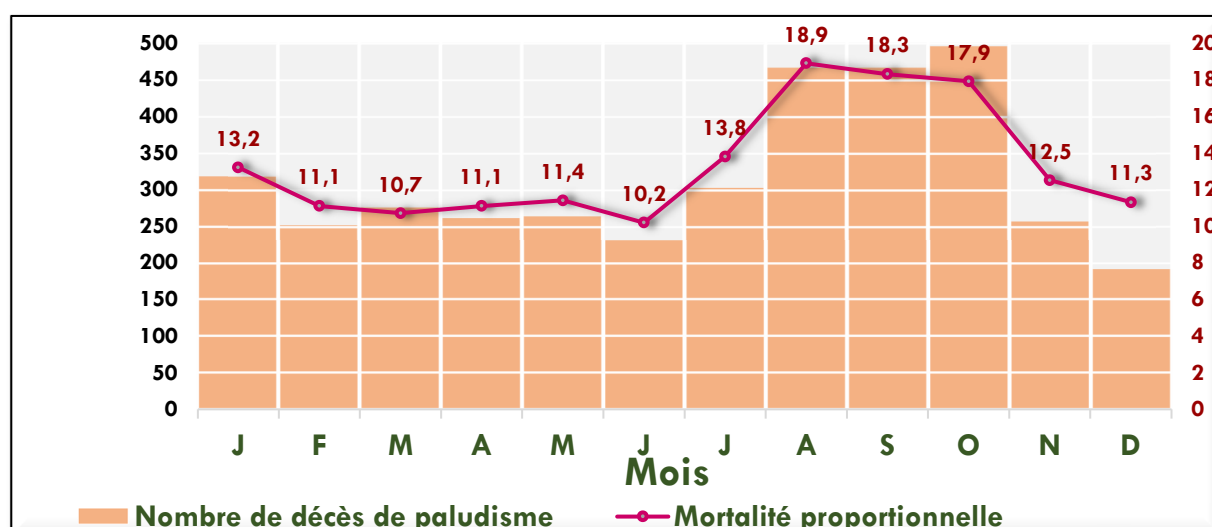


Figure 47 : Répartition géographique de la mortalité proportionnelle et du taux de mortalité

Décès de paludisme pour 100 000 hab.

Mortalité proportionnelle du paludisme (%)

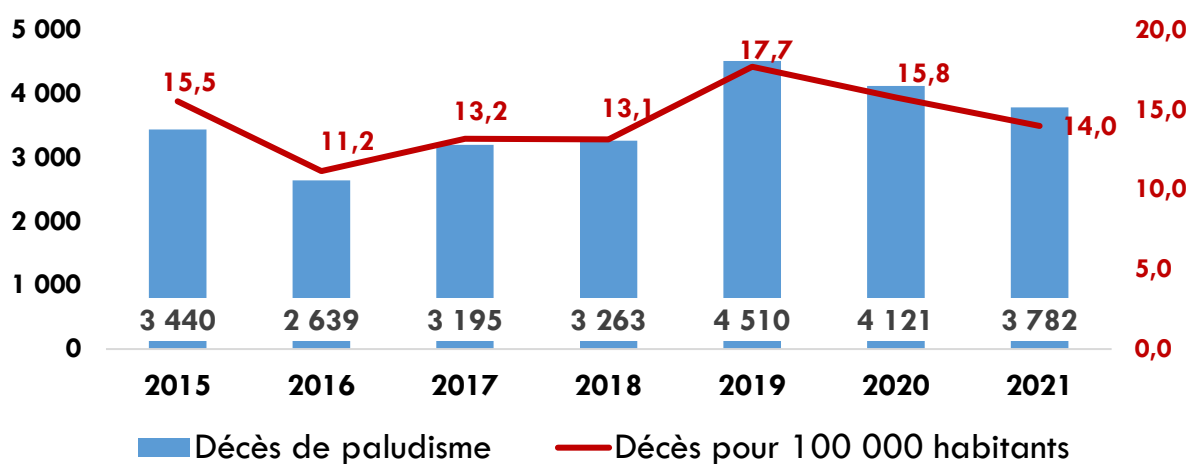
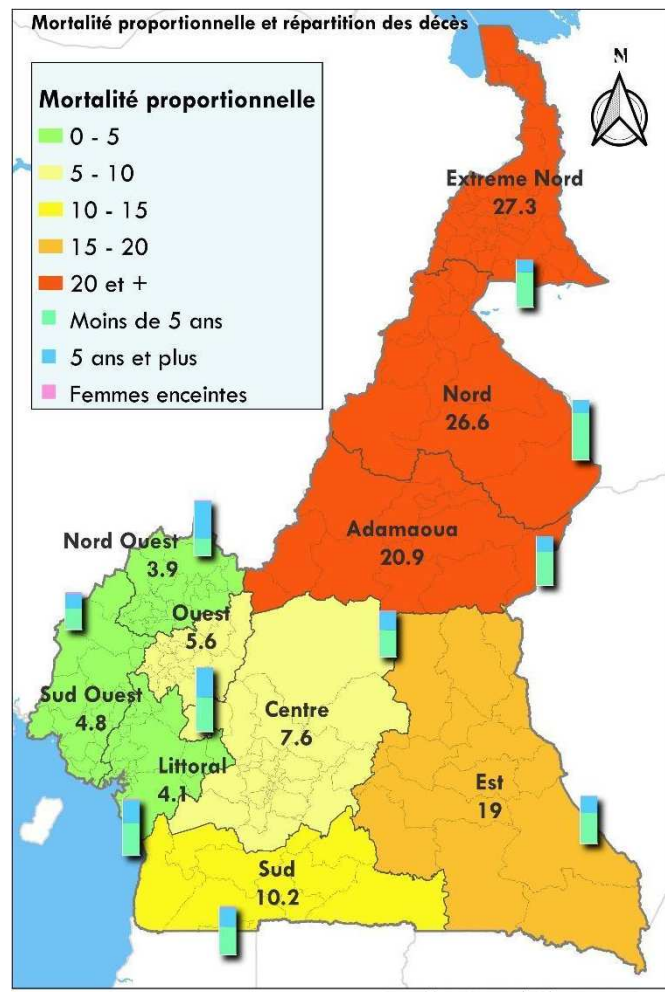
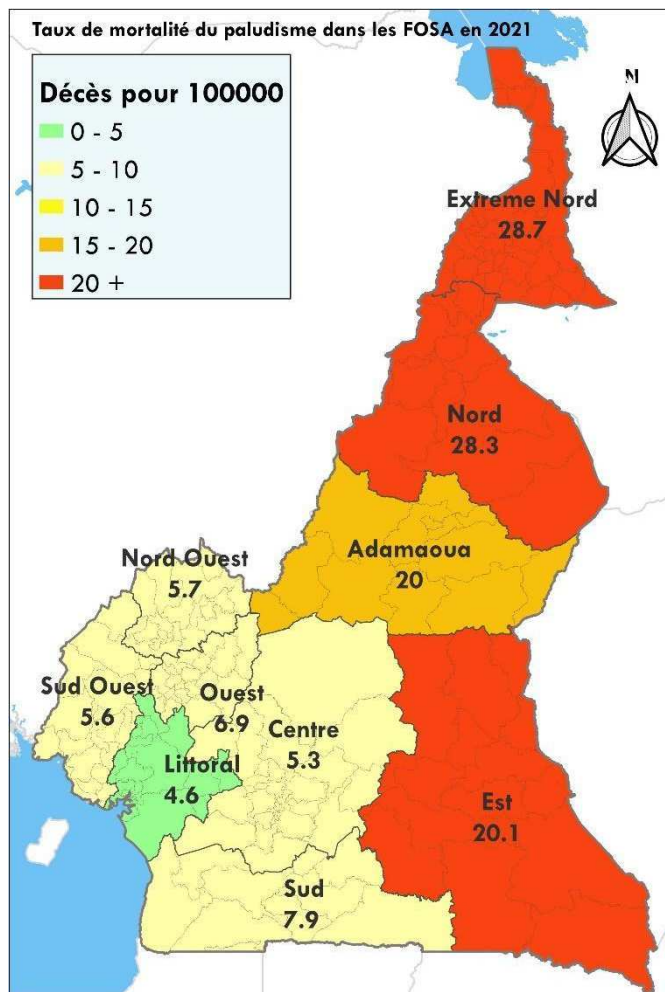


Figure 48: Evolution annuelle de la mortalité palustre de 2015 à 2021 au Cameroun



ortalité palustre chez les enfants de moins de 5 ans par région ;

Tableau 90 : Répartition par région de la mortalité due au paludisme dans les formations sanitaires chez les moins de 5 ans en 2021.

Région	Population de la région (< 5ans) (a)	Nombre total de hospitalisation toutes causes confondues (< 5ans) (b)	Nombre de cas d'hospitalisation pour paludisme grave confirmés (< 5ans) (c)	Nombre de décès toutes causes confondues (< 5ans) (d)	Nombre de décès pour paludisme (< 5ans) (e)	Proportion des décès liés au paludisme (< 5ans) (e/d)	Nombre de décès liée au paludisme pour 100 000	Létalité palustre chez les patients hospitalisé
ADAMAOUA	257 376	39 954	28 428	480	208	43,3%	80,8	0,73%
CENTRE	657 568	97 571	72 587	913	152	16,6%	23,1	0,21%
EST	203 967	47 227	29 945	429	176	41,0%	86,3	0,59%
EXTREME-NORD	987 223	122 801	74 790	2 505	1 076	43,0%	109,0	1,44%
LITTORAL	509 758	62 163	47 758	907	108	11,9%	21,2	0,23%
NORD	551 133	62 365	48 632	1 435	664	46,3%	120,5	1,37%
NORD-OUEST	283 216	31 922	17 937	466	33	7,1%	11,7	0,18%
OUEST	436 787	58 999	39 359	479	85	17,7%	19,5	0,22%
SUD	122 021	15 778	12 198	181	41	22,7%	33,6	0,34%
SUD-OUEST	257 456	25 450	18 546	412	60	14,6%	23,3	0,32%
CAMEROUN	4 266 505	564 230	390 180	8 207	2 603	31,7%	61,0	0,67%



M

ortalité palustre chez les personnes de plus de 5 ans par région;

Tableau 91 : Répartition par région de la mortalité due au paludisme dans les formations sanitaires chez les plus de 5 ans en 2021.

Région	Population de la région (> 5 ans) (a)	Nombre total de hospitalisation toutes causes confondues (> 5 ans) (b)	Nombre de cas d'hospitalisation pour paludisme grave confirmés (> 5 ans) (c)	Nombre de décès toutes causes confondues (> 5 ans) (d)	Nombre de décès pour paludisme (> 5 ans) (e)	Proportion des décès liés au paludisme (> 5 ans) (e/d)	Nombre de décès liée au paludisme pour 100 000 (> 5 ans)	Létalité palustre chez les patients hospitalisé
ADAMAOUA	1 260 813	75 133	45 029	915	94	10,3%	7,5	0,21%
CENTRE	4 308 289	211 004	144 401	2 409	104	4,3%	2,4	0,07%
EST	1 156 484	73 824	37 518	942	94	10,0%	8,1	0,25%
EXTREME-NORD	4 096 553	149 821	105 534	2 642	369	14,0%	9,0	0,35%
LITTORAL	3 645 597	199 453	132 166	3 576	77	2,2%	2,1	0,06%
NORD	2 451 259	96 673	65 491	1 616	181	11,2%	7,4	0,28%
NORD-OUEST	1 584 815	121 209	56 824	2 064	71	3,4%	4,5	0,12%
OUEST	1 891 020	153 154	86 038	2 231	73	3,3%	3,9	0,08%
SUD	772 857	28 338	16 588	499	28	5,6%	3,6	0,17%
SUD-OUEST	1 642 487	56 502	33 804	1 685	42	2,5%	2,6	0,12%
CAMEROUN	22 810 174	1 165 111	723 393	18 579	1 133	6,1%	5,0	0,16%



M

ortalité palustre chez les femmes enceintes par région ;

Le paludisme représente environ un quart des motifs de consultation chez les plus de 5 ans et chez les femmes enceintes ce qui est légèrement inférieur chez les moins de 5 ans chez qui le paludisme représente environ 30% des motifs de consultation.

Tableau 92 : Répartition par région de la mortalité due au paludisme dans les formations sanitaires chez les femmes enceintes en 2021.

Région	Population de la région (FE)	Nombre total de hospitalisation toutes causes confondues (FE)	Nombre d'hospitalisations pour paludisme grave confirmés (FE)	Nombre de décès toutes causes confondues (FE)	Nombre de décès pour paludisme (FE)	Proportion des décès liés au paludisme (FE)	Nombre de décès liée au paludisme en hospitalisation pour 100 000	Létalité palustre chez les patients hospitalisés (FE)
ADAMAOUA	62 906	22 251	14 921	59	2	3,4%	3,2	0,01%
CENTRE	150 432	37 821	28 502	137	6	4,4%	4,0	0,02%
EST	48 803	16 430	10 484	68	3	4,4%	6,1	0,03%
EXTREME-NORD	239 378	35 247	24 500	209	15	7,2%	6,3	0,06%
LITTORAL	110 993	26 860	15 801	128	5	3,9%	4,5	0,03%
NORD	136 475	24 644	18 979	142	4	2,8%	2,9	0,02%
NORD-OUEST	64 548	12 439	5 694	177	2	1,1%	3,1	0,04%
OUEST	95 802	25 410	11 887	143	2	1,4%	2,1	0,02%
SUD	28 644	5 721	4 059	14	2	14,3%	7,0	0,05%
SUD-OUEST	61 831	12 981	7 636	112	5	4,5%	8,1	0,07%
CAMEROUN	999 812	219 804	142 463	1 189	46	3,9%	4,6	0,03%



R

épartition des décès palustre par groupes vulnérables et par district de santé en 2017

L'analyse du tableau 27 montre que la majorité des décès dus au paludisme surviennent chez les enfants de moins de 5 ans. En effet, 68,8% des décès dus au paludisme étaient enregistrés dans ce groupe et 30% des décès survenus chez les plus de 5 ans et 1,22% chez les femmes enceintes. Le groupe des moins de 5 ans reste donc le groupe le plus vulnérable au paludisme.

Tableau 93 : Importance de la mortalité palustre enregistrée dans les formations sanitaires par groupes cibles en 2021.

Région	Nombre de décès pour paludisme confirmé	Nombre de décès pour paludisme confirmé (< 5ans)	Nombre de décès pour paludisme confirmé (> 5ans)	Nombre de décès pour paludisme confirmé (FE)	% de décès pour paludisme confirmé (< 5ans)	% de décès pour paludisme confirmé (> 5ans)	% de décès pour paludisme confirmé (FE)
ADAMAOUA	304	208	94	2	68,4%	30,9%	0,66%
CENTRE	262	152	104	6	58,0%	39,7%	2,29%
EST	273	176	94	3	64,5%	34,4%	1,10%
EXTREME-NORD	1 460	1 076	369	15	73,7%	25,3%	1,03%
LITTORAL	190	108	77	5	56,8%	40,5%	2,63%
NORD	849	664	181	4	78,2%	21,3%	0,47%
NORD-OUEST	106	33	71	2	31,1%	67,0%	1,89%
OUEST	160	85	73	2	53,1%	45,6%	1,25%
SUD	71	41	28	2	57,7%	39,4%	2,82%
SUD-OUEST	107	60	42	5	56,1%	39,3%	4,67%
CAMEROUN	3 782	2 603	1 133	46	68,8%	30,0%	1,22%

Tableau94: Indicateurs de morbidité et de mortalité selon les groupes cibles

Groupes	Incidence (Pour 1000)	Morbidité proportionnelle	Proportion des cas	Décès pour 100 000	Mortalité proportionnelle	Proportion des décès
Moins de 5 ans	246,7	29,6%	32,5%	64,4	31,7%	68,8%
Plus de 5 ans	86,8	26,1%	59,9%	5,4	6,1%	30,0%
Femmes enceintes	235,4	25,7%	7,7%	4,6	3,9%	1,2%

1.1.1.3. Tendances des indicateurs épidémiologiques de 2015 à 2021

Figure 49. Evolution des cas de paludisme et autres maladies de 2015 à 2021

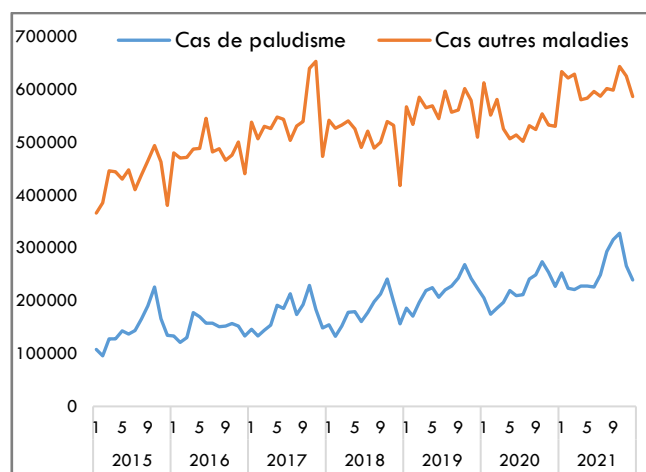


Figure 51. Evolution des décès de paludisme et autres maladies de 2015 à 2021

Figure 50. Evolution du nombre de TDR réalisés et positifs de 2015 à 2021

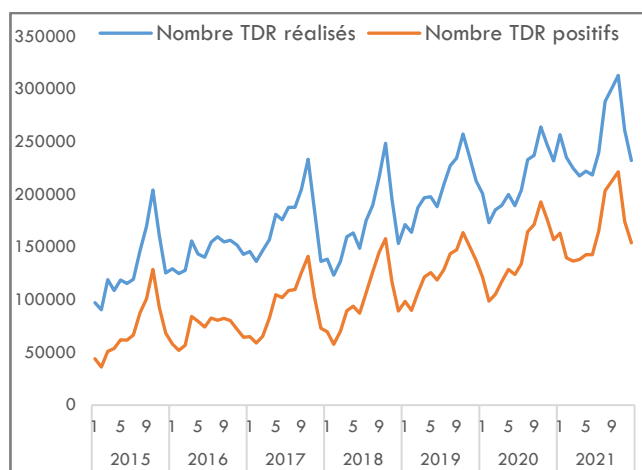


Figure 52. Evolution des hospitalisations de paludisme et autres maladies de 2015 à 2021

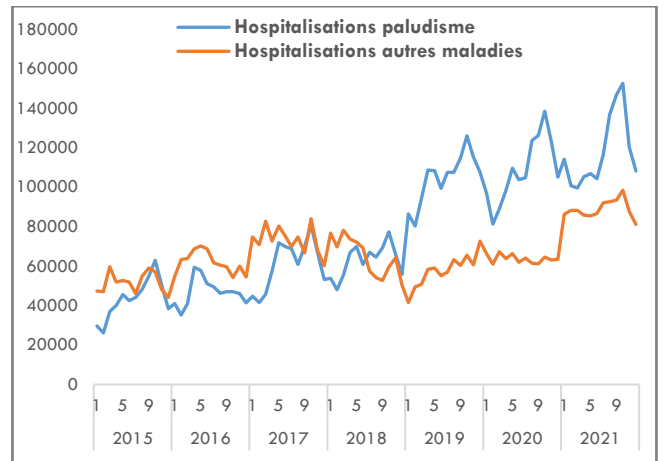
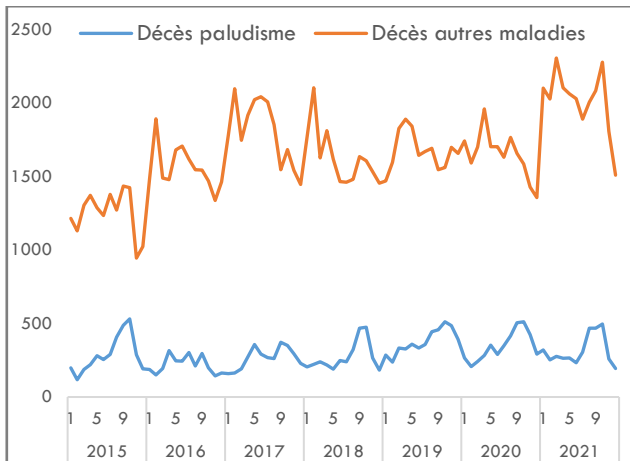
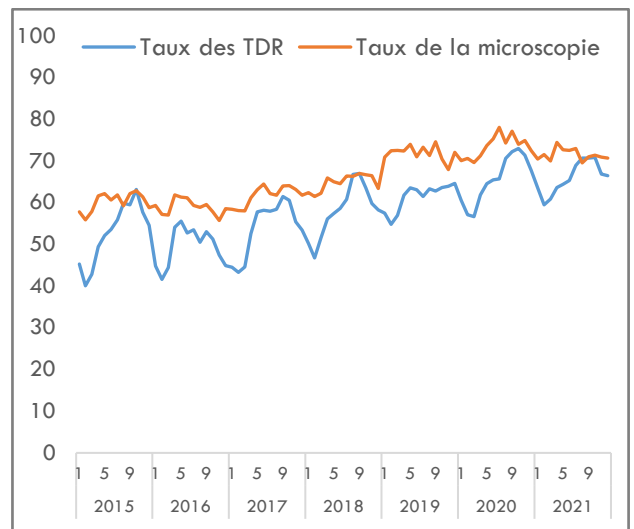
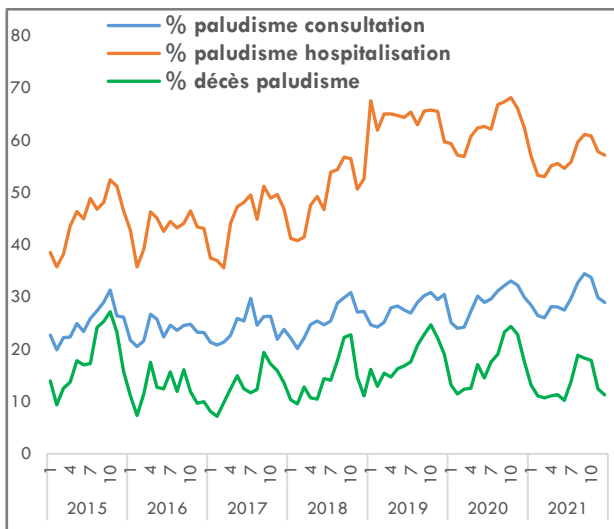


Figure 53. Proportion Paludisme en consultations, Hospitalisations et Décès de 2015 à 2021

Figure 54. Taux de Positivité de Microscopie et des TDR de 2015 à 2021



1.1.1.3.1. Evolution annuelle de la morbidité et de la mortalité de 2015 à 2021

1.1.1.3.2. Evolution annuelle de la morbidité palustre

Figure 55 : Evolution des cas et de la morbidité liée au paludisme entre 2015 et 2021

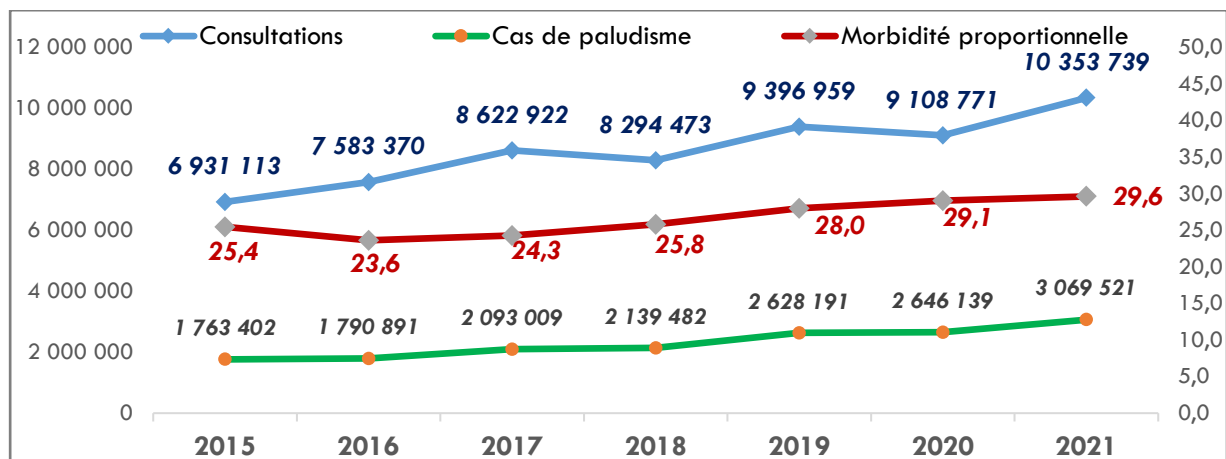
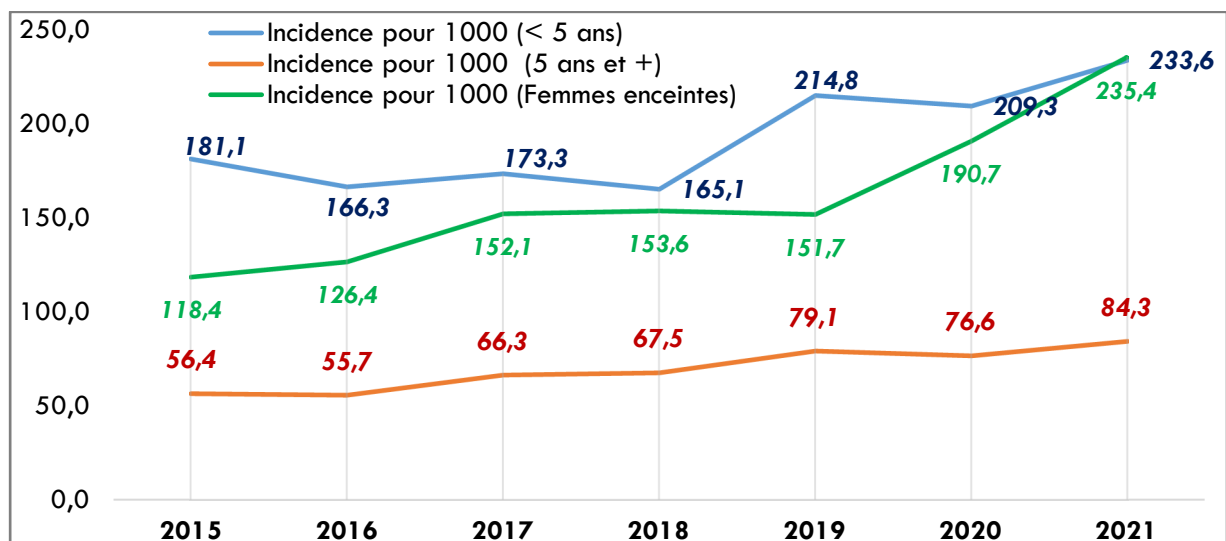


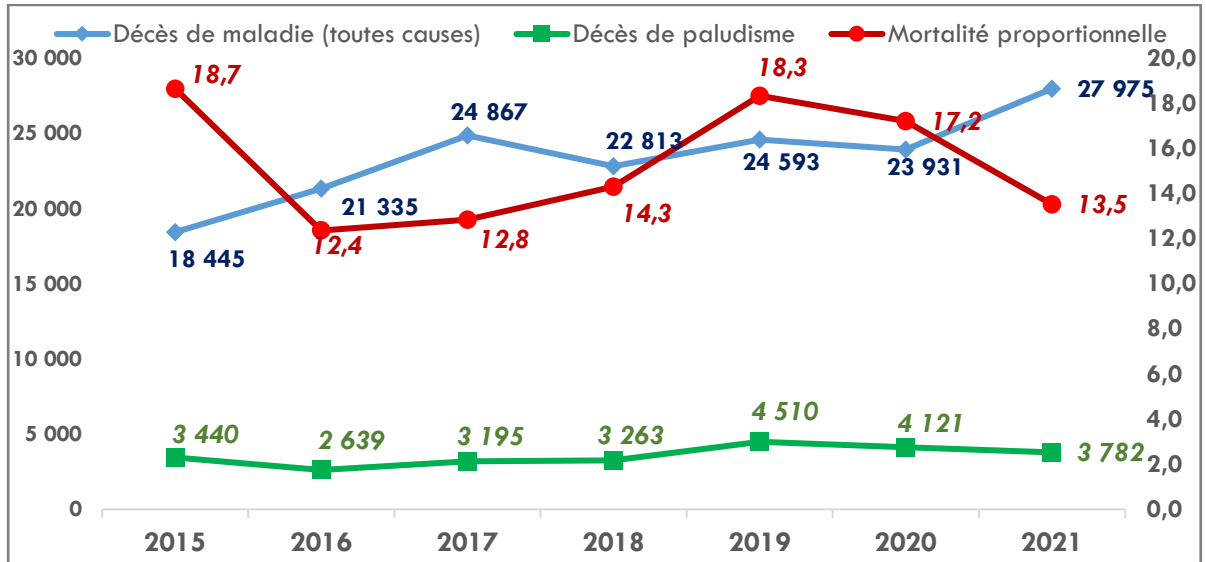
Figure 56 : Evolution du taux d'incidence pour 1000 par groupe cible de 2015 à 2021



De 2015 à 2021, la courbe évolutive du taux d'incidence du paludisme chez les moins de 5 ans, les plus de 5 ans et les femmes enceintes, se fait en dents de scie avec une tendance à la hausse au fil des années. De manière générale, l'incidence annuelle du paludisme chez les moins de 5 ans correspond au triple de celle chez les plus de 5 ans et l'incidence du paludisme chez les femmes enceintes correspond à plus du double des incidences chez les plus de 5 ans.

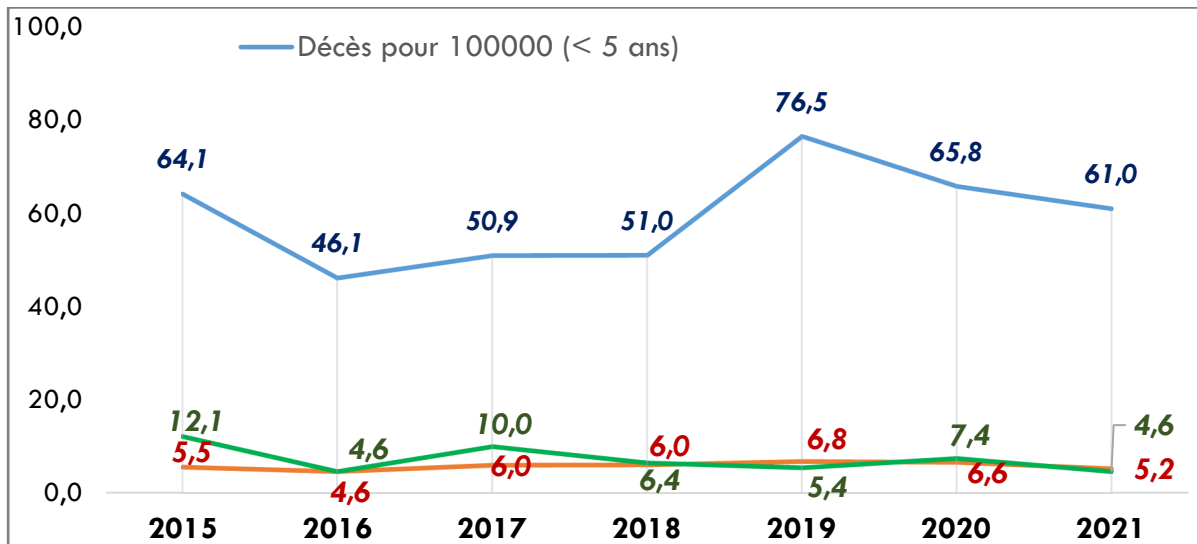
1.1.1.3.3. Evolution annuelle de la mortalité palustre

Figure 57 : Evolution des décès et de la mortalité proportionnelle du paludisme de 2015 à 2021 au Cameroun



Le nombre de décès annuels de paludisme évolue en dents de scie de 2015 et 2019. De 2019 à 2021, on note

Figure 58 : Evolution du taux de mortalité pour 100 000 par groupe cible de 2015 à 2021



Commentaire figure 16 : hormis les années 2015 et 2017 où le taux de mortalité chez les femmes enceintes était sensiblement le double de celui des plus de 5 ans, les deux taux sont pratiquement identiques de 2015 à 2021. Par ailleurs, le taux de mortalité

palustre annuelle chez les moins de 5 ans est 5 à 12 fois plus élevé que chez les plus de 5 ans et les femmes enceintes au cours de la même période avec un pic observé en 2019. L'évolution de la mortalité dans les 3 groupes cibles suggère des tendances similaires à la seule différence qu'en 2019, on observe un pic chez les moins de 5 ans ce qui n'est pas le cas pour les deux autres groupes cibles.

2. Prévention du paludisme chez la femme enceinte

Tableau 95 : Consultations prénatales

REGION	Nombre de femmes enceintes reçues en CPN 1	Nombre de femmes enceintes ayant reçu le TPI 1	Nombre de femmes enceintes ayant reçu le TPI 2	Nombre de femmes enceintes ayant reçu le TPI 3	Nombre de femmes enceintes ayant reçu le TPI 4	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu le TPI 1	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu le TPI 3	Nombre de femmes enceintes ayant reçu une MILDA	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu une MILDA
ADAMAOUA	57 221	51 112	42 598	32 825	22 969	89,3%	57,4%	50 621	88,5%
CENTRE	122 916	91 785	63 627	46 981	29 626	74,7%	38,2%	104 977	85,4%
EST	56 265	47 659	40 059	31 817	19 460	84,7%	56,5%	46 239	82,2%
EXTREME-NORD	168 428	136 524	106 341	77 985	57 242	81,1%	46,3%	159 911	94,9%
LITTORAL	92 080	67 006	53 580	42 823	28 452	72,8%	46,5%	78 545	85,3%
NORD	117 148	105 008	92 659	76 966	61 928	89,6%	65,7%	100 418	85,7%
NORD-OUEST	38 470	34 841	31 113	26 218	17 057	90,6%	68,2%	31 581	82,1%
OUEST	70 909	48 772	38 063	29 729	19 305	68,8%	41,9%	55 580	78,4%
SUD	18 012	15 758	11 061	8 218	6 145	87,5%	45,6%	17 443	96,8%
SUD-OUEST	31 334	27 225	23 103	18 762	12 419	86,9%	59,9%	27 599	88,1%
CAMEROUN	772 783	625 690	502 204	392 324	274 603	81,0%	50,8%	672 914	87,1%

Tableau 96 : Traitement préventif intermittent et distribution des MILDA aux femmes enceintes

REGION	Femmes enceintes attendues	Nombre de femmes enceintes reçues en CPN 1	Nombre de femmes enceintes reçues en CPN 2	Nombre de femmes enceintes reçues en CPN 3	Nombre de femmes enceintes reçues en CPN 4	Taux de fréquentation de la CPN
ADAMAOUA	62 906	57 221	45 706	36 380	32 182	91,0%
CENTRE	150 432	122 916	82 474	64 974	60 889	81,7%
EST	48 803	56 265	46 146	38 098	38 052	115,3%
EXTREME-NORD	239 378	168 428	133 154	105 895	98 000	70,4%
LITTORAL	110 993	92 080	66 978	55 287	51 714	83,0%
NORD	136 475	117 148	104 456	91 548	83 709	85,8%
NORD-OUEST	64 548	38 470	35 567	32 681	29 770	59,6%
OUEST	95 802	70 909	52 313	42 531	37 509	74,0%
SUD	28 644	18 012	11 878	8 937	7 786	62,9%
SUD-OUEST	61 831	31 334	26 626	22 547	20 736	50,7%
CAMEROUN	999 812	772 783	605 298	498 878	460 347	77,3%

3. Disponibilité des intrants antipaludiques dans les formations sanitaires

Tableau 97: Proportion des FOSA disposant d'au moins une présentation d'ACT de 1^{ère} ligne par région et par mois

REGION	Nbre de FOSA	JAN	FEV	MARS	AVR	MAI	JUN	JUIL	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	TO TAL
ADAMAOUA	193	82,9%	78,8%	83,4%	79,3%	83,4%	81,9%	83,9%	83,9%	87,6%	86,5%	87,0%	79,8%	83,4%
CENTRE	1 683	60,1%	57,2%	56,3%	56,3%	57,5%	59,0%	58,8%	58,2%	58,6%	56,9%	54,2%	52,6%	57,3%
EST	265	84,5%	81,9%	84,2%	77,7%	79,6%	79,6%	79,6%	80,4%	82,3%	79,6%	81,5%	78,1%	80,0%
EXTREME-NORD	423	90,1%	92,9%	93,9%	95,0%	94,3%	94,3%	96,0%	96,7%	95,7%	95,5%	94,6%	93,4%	94,4%
LITTORAL	1 054	61,7%	59,9%	59,7%	59,9%	63,6%	63,2%	64,1%	64,0%	65,4%	64,3%	62,1%	60,1%	62,7%
NORD	306	95,4%	96,7%	94,1%	88,9%	97,4%	98,0%	96,4%	97,4%	96,7%	95,8%	94,8%	96,4%	96,4%
NORD-OUEST	412	83,7%	80,3%	78,6%	77,7%	78,6%	80,8%	80,1%	80,6%	80,1%	83,5%	81,3%	77,2%	80,2%
OUEST	868	75,6%	72,1%	72,8%	72,4%	70,3%	74,1%	75,7%	72,9%	75,7%	77,3%	75,7%	73,6%	73,8%
SUD	282	75,2%	74,8%	76,6%	74,8%	73,8%	77,0%	76,2%	75,5%	75,5%	75,9%	76,2%	78,0%	75,7%
SUD-OUEST	309	66,3%	59,5%	63,1%	60,8%	62,8%	63,1%	63,4%	62,5%	61,5%	61,8%	61,5%	60,2%	62,1%
CAMEROUN	5 795	71,4%	69,1%	69,2%	68,3%	69,7%	71,0%	71,4%	70,9%	71,7%	71,3%	69,7%	67,9%	70,3%

Tableau 98: Proportion des FOSA disposant des 4 présentations d'ACT de 1^{ère} ligne par région et par mois

REGION	Nbre de FOSA	JAN	FEV	MARS	AVR	MAI	JUN	JUIL	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	TO TAL
ADAMAOUA	193	20,2%	22,3%	26,4%	26,9%	26,4%	24,4%	23,3%	24,9%	31,6%	26,4%	26,9%	22,8%	25,6%
CENTRE	1 683	12,1%	11,2%	10,9%	10,0%	9,7%	10,6%	11,6%	11,3%	11,8%	11,2%	11,4%	13,1%	11,3%
EST	265	32,1%	28,7%	24,5%	25,3%	24,5%	30,2%	24,5%	23,8%	29,1%	29,1%	31,7%	35,5%	28,9%
EXTREME-NORD	423	68,1%	71,6%	69,0%	85,8%	83,9%	82,3%	92,2%	90,8%	80,6%	88,9%	82,3%	72,8%	82,3%
LITTORAL	1 054	14,4%	12,1%	13,2%	14,1%	15,9%	16,3%	14,6%	17,2%	20,6%	19,3%	19,0%	19,1%	16,1%
NORD	306	69,3%	73,2%	58,5%	58,8%	90,2%	87,3%	89,2%	84,6%	86,3%	78,8%	84,0%	89,5%	84,3%
NORD-OUEST	412	29,6%	28,6%	23,3%	24,0%	22,3%	23,3%	20,4%	25,0%	28,9%	34,7%	37,4%	38,6%	26,8%
OUEST	868	12,1%	12,1%	10,9%	10,8%	9,8%	9,1%	8,4%	14,9%	14,6%	13,2%	15,2%	15,9%	12,1%
SUD	282	32,6%	31,6%	27,3%	25,5%	21,3%	16,7%	18,1%	27,0%	33,7%	36,2%	42,2%	46,1%	29,4%
SUD-OUEST	309	18,1%	17,8%	16,8%	18,1%	20,7%	18,1%	18,8%	19,4%	19,4%	21,0%	18,4%	20,1%	18,6%
CAMEROUN	5 795	23,4%	23,0%	21,2%	22,5%	23,8%	23,7%	24,0%	25,8%	26,9%	27,0%	27,5%	28,1%	23,9%

Tableau 99: Proportion des FOSA disposant de l'artesunate injectable par région et par mois

REGION	Nbre de FOSA	JAN	FEV	MARS	AVR	MAI	JUN	JUIL	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	TO TAL
ADAMAOUA	193	64,2%	66,3%	58,0%	52,8%	40,9%	36,8%	45,6%	69,9%	66,8%	70,5%	66,3%	52,3%	61,1%
CENTRE	1 683	57,9%	54,8%	53,1%	51,2%	51,7%	52,6%	49,9%	49,3%	46,8%	46,3%	46,5%	47,3%	50,5%
EST	265	55,5%	52,1%	48,3%	44,5%	49,8%	47,5%	44,5%	43,0%	40,4%	43,8%	46,8%	50,9%	47,2%
EXTREME-NORD	423	71,9%	79,4%	78,5%	90,8%	91,0%	88,2%	93,4%	93,9%	84,2%	92,9%	90,8%	81,3%	89,5%
LITTORAL	1 054	54,2%	54,9%	55,3%	55,2%	58,6%	58,7%	56,9%	56,6%	59,3%	59,7%	57,7%	56,7%	56,8%
NORD	306	70,3%	92,5%	87,6%	77,5%	96,1%	95,8%	94,4%	96,4%	92,5%	69,6%	89,2%	95,4%	92,5%
NORD-OUEST	412	46,8%	43,2%	40,8%	39,8%	40,8%	43,2%	42,0%	44,4%	51,7%	51,0%	47,8%	50,7%	43,8%
OUEST	868	50,0%	47,6%	46,8%	46,1%	42,7%	42,9%	38,1%	43,7%	47,1%	48,3%	45,6%	44,7%	45,9%
SUD	282	38,7%	36,5%	34,4%	33,7%	27,3%	28,0%	30,5%	30,1%	36,2%	36,2%	38,3%	43,3%	35,3%
SUD-OUEST	309	50,5%	47,6%	45,6%	44,7%	45,6%	44,0%	43,4%	49,5%	47,2%	46,9%	45,0%	46,9%	46,3%
CAMEROUN	5 795	55,7%	55,7%	54,0%	53,2%	54,1%	54,0%	52,7%	54,7%	54,5%	54,2%	54,2%	54,0%	54,1%

Tableau 100: Proportion des FOSA disposant des antipaludiques injectables (artesunate, quinine, artemether) par région et par mois

REGION	Nbre de FO SA	JAN	FEV	MARS	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AO UT	SEPT	OCT	NOV	DEC	TOTAL
ADAMA OUA	193	85,0%	87,6%	83,9%	80,3%	82,9%	83,4%	85,5%	88,1%	88,6%	89,6%	87,6%	82,4%	85,2%
CENTRE	1 683	72,3%	70,1%	68,9%	67,8%	69,8%	70,1%	68,6%	68,0%	66,7%	65,5%	63,1%	59,5%	68,3%
EST	265	89,4%	86,8%	89,1%	84,9%	87,9%	85,7%	86,4%	88,7%	91,3%	86,4%	87,5%	82,6%	87,2%
EXTREME-NORD	423	94,3%	94,8%	94,6%	94,3%	93,9%	94,1%	95,3%	95,5%	94,6%	95,0%	93,6%	92,7%	94,4%
LITTO RAL	1 054	69,3%	69,2%	68,2%	68,3%	72,5%	71,5%	72,5%	71,3%	72,4%	71,9%	69,4%	67,5%	70,4%
NORD	306	95,4%	96,1%	95,4%	93,5%	96,7%	96,7%	95,8%	97,1%	96,4%	95,4%	94,8%	96,1%	95,9%
NORD-OUEST	412	83,5%	81,8%	79,6%	79,6%	81,6%	83,3%	82,0%	83,5%	83,3%	84,0%	83,0%	79,1%	82,5%
OUEST	868	83,1%	81,9%	83,2%	80,4%	81,1%	82,7%	84,3%	81,6%	82,5%	82,0%	81,6%	80,1%	82,0%
SUD	282	82,3%	79,1%	80,5%	81,2%	82,3%	82,3%	83,0%	80,9%	81,6%	82,3%	79,8%	80,5%	81,4%
SUD-OUEST	309	68,3%	61,5%	64,7%	62,5%	63,8%	64,1%	64,7%	63,4%	60,8%	61,8%	62,1%	62,1%	62,9%
CAMERO UN	5 795	78,4%	77,0%	76,7%	75,5%	77,5%	77,8%	77,9%	77,3%	77,2%	76,6%	75,0%	72,8%	77,1%

Tableau 101: Proportion des FO SA disposant des tests de diagnostic rapide du paludisme par région et par mois

REGION	Nbre de FO SA	JAN	FEV	MARS	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AO UT	SEPT	OCT	NOV	DEC	TOTAL
ADAMA OUA	193	81,3%	81,9%	82,4%	79,8%	83,9%	77,7%	74,6%	69,4%	69,4%	66,8%	75,6%	69,9%	76,7%
CENTRE	1 683	62,0%	59,9%	58,4%	56,8%	57,8%	57,6%	55,1%	57,4%	59,0%	56,7%	54,5%	51,7%	57,5%
EST	265	79,6%	77,7%	80,0%	74,3%	75,5%	72,5%	70,2%	67,5%	69,8%	65,3%	69,4%	67,5%	71,3%
EXTREME-NORD	423	91,3%	92,4%	93,4%	94,8%	93,4%	93,1%	95,5%	95,7%	94,3%	95,0%	93,4%	89,4%	93,4%
LITTO RAL	1 054	56,2%	54,1%	56,4%	55,7%	58,6%	58,2%	57,8%	52,7%	52,3%	51,0%	49,2%	48,0%	54,9%
NORD	306	96,4%	98,0%	97,1%	91,5%	97,1%	96,7%	95,4%	97,1%	97,1%	95,4%	94,1%	94,8%	96,6%
NORD-OUEST	412	76,2%	72,6%	68,7%	66,0%	67,2%	70,4%	68,2%	69,2%	69,4%	70,6%	71,4%	68,2%	69,3%
OUEST	868	78,1%	75,1%	77,1%	73,7%	75,7%	77,0%	76,0%	72,2%	71,2%	72,9%	74,0%	72,8%	74,5%
SUD	282	81,2%	79,1%	77,7%	77,7%	79,4%	83,0%	76,2%	74,1%	73,4%	75,2%	76,6%	77,3%	77,5%
SUD-OUEST	309	62,1%	54,7%	59,2%	57,0%	58,9%	60,2%	59,2%	53,4%	49,2%	50,5%	51,5%	53,7%	55,8%
CAMERO UN	5 795	70,7%	68,6%	68,9%	67,0%	68,7%	68,9%	67,3%	66,0%	66,0%	65,2%	64,9%	63,1%	67,2%

Tableau 102: Proportion des FO SA disposant de la sulfadoxine pyriméthamine par région et par mois

REGION	Nbre de FO SA	JAN	FEV	MARS	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AO UT	SEPT	OCT	NOV	DEC	TOTAL
ADAMA OUA	193	75,6%	76,2%	77,7%	76,2%	79,8%	78,2%	80,8%	81,9%	82,9%	80,3%	80,8%	73,1%	79,0%
CENTRE	1 683	49,6%	52,9%	55,9%	54,9%	56,9%	58,0%	56,1%	55,1%	55,1%	53,0%	51,6%	48,5%	55,0%
EST	265	71,3%	66,8%	69,4%	69,1%	71,7%	67,2%	69,1%	70,9%	77,0%	74,7%	75,5%	73,6%	71,1%
EXTREME-NORD	423	58,9%	74,9%	87,9%	92,7%	91,0%	84,2%	90,5%	93,6%	86,1%	93,9%	92,9%	90,3%	90,4%
LITTO RAL	1 054	50,9%	56,0%	54,6%	58,9%	61,7%	62,7%	64,3%	64,1%	65,0%	63,8%	62,1%	59,2%	61,9%
NORD	306	37,9%	91,8%	91,5%	90,8%	95,4%	89,5%	94,8%	94,1%	94,4%	92,5%	93,1%	94,4%	92,8%
NORD-OUEST	412	71,1%	70,9%	69,4%	71,8%	72,1%	74,8%	73,5%	75,5%	74,5%	77,7%	77,2%	74,3%	73,9%
OUEST	868	76,5%	69,2%	72,7%	66,4%	57,7%	55,9%	55,0%	65,3%	69,0%	68,3%	66,5%	65,1%	66,4%
SUD	282	67,4%	67,0%	67,7%	72,0%	76,2%	75,5%	77,7%	73,4%	73,0%	72,3%	72,0%	74,1%	72,7%
SUD-OUEST	309	52,1%	48,2%	53,1%	52,8%	57,6%	56,3%	57,3%	57,6%	54,4%	54,0%	54,7%	57,0%	54,5%
CAMERO UN	5 795	58,3%	62,7%	65,1%	65,3%	65,9%	65,2%	65,7%	67,2%	67,5%	67,0%	66,0%	63,9%	65,5%

Tableau 103: Proportion des FO SA disposant des MILDA de routine par région et par mois

REGION	Nbre de FO SA	JAN	FEV	MARS	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	TO TAL
ADAMAOUA	193	77,7%	78,8%	79,8%	79,8%	80,3%	80,3%	81,9%	81,3%	80,8%	81,9%	75,1%	71,0%	80,1%
CENTRE	1 683	45,7%	49,8%	56,1%	56,1%	59,3%	60,4%	57,0%	56,7%	54,8%	51,6%	49,3%	43,9%	55,5%
EST	265	75,1%	76,2%	76,6%	70,6%	77,4%	74,3%	73,6%	76,2%	71,7%	70,2%	64,2%	56,2%	74,0%
EXTREME-NORD	423	85,3%	84,4%	83,5%	91,5%	93,4%	93,4%	94,1%	93,6%	91,7%	89,8%	88,7%	90,5%	91,0%
LITTORAL	1 054	57,1%	57,0%	57,0%	58,5%	59,5%	60,8%	62,0%	63,0%	65,2%	64,8%	63,5%	60,9%	60,9%
NORD	306	78,4%	68,3%	54,6%	70,9%	93,1%	93,1%	93,1%	92,8%	91,2%	87,9%	81,4%	94,1%	89,5%
NORD-OUEST	412	68,0%	67,7%	64,1%	66,0%	67,5%	68,4%	68,0%	65,8%	65,3%	66,5%	65,3%	60,0%	66,3%
OUEST	868	73,7%	73,4%	74,7%	72,2%	73,2%	72,4%	72,5%	70,2%	70,2%	71,3%	70,7%	69,6%	72,3%
SUD	282	58,5%	59,2%	60,6%	73,4%	77,7%	79,8%	78,0%	75,5%	77,7%	79,1%	77,0%	75,9%	76,4%
SUD-OUEST	309	50,5%	44,0%	44,7%	44,7%	47,6%	50,8%	55,0%	52,4%	51,1%	54,0%	55,7%	52,1%	51,0%
CAMEROUN	5 795	61,5%	61,7%	62,9%	64,7%	68,1%	68,7%	68,1%	67,5%	66,9%	66,1%	64,0%	61,5%	65,4%

19.2 ANALYSE DES INDICATEURS DE SUIVI DE LA COUVERTURE DES INTERVENTIONS

Tableau 104 : Analyse des Progrès dans la Réalisation des cibles du PSNLP 2019-2023 au 31 décembre 2021

Objectifs généraux	Indicateurs d'impact	Cible 2021	Réalisation 2021	Performance/ Impact	Source(s) des données/ observations
1. D'ici 2023, réduire les taux de mortalité due au paludisme d'au moins 60% par rapport aux valeurs de 2015	Taux de mortalité, toutes causes confondues, chez les enfants de moins de 5 ans	Aucune	Non applicable	Non applicable	Non applicable
	Proportion des décès en hospitalisation liés au paludisme	10,30%	13,5%	Cible non atteinte	Rapport annuel 2021, PNLP
	Nombre de décès en hospitalisation dus au paludisme pour 100 000 habitants	8,5	14	Cible non atteinte	Rapport annuel 2021, PNLP
2. D'ici 2023, Réduire la morbidité du paludisme d'au moins 60% par rapport aux valeurs de 2015	Prévalence parasitaire chez les enfants âgés de 6 à 59 mois	15,00%	24%	Cible non atteinte	Rapport EDS, 2018
	Taux de positivité des tests diagnostiques de paludisme	31,30%	68%	Cible non atteinte	Rapport annuel 2021, PNLP
	Nombre de cas de paludisme confirmés dans les formations sanitaires pour 1000 habitants	43,7	113,4	Cible non atteinte	Rapport annuel 2021, PNLP
Objectifs spécifiques	Indicateurs d'effet (outcome)	Cible 2021			
1. D'ici 2023, au moins 60% des femmes enceintes seront protégées par le Traitement Préventif Intermittent conformément aux directives nationales	Pourcentage des femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins trois doses de TPI durant leur dernière grossesse	40%	32%	Cible atteinte à 80%	Rapport EDS, 2018
2. D'ici 2023, 95 % des enfants de 03 à 59 mois sont protégés contre les accès palustres par quatre cycles de prise de SP+AQ dans les districts éligibles à la CPS	Pourcentage d'enfants de 03 à 59 mois ayant reçu les 4 doses de chimio-prévention du paludisme saisonnier dans les zones ciblées	90%	95,5 %	Cible atteinte à 106 %	Rapport annuel 2021, PNLP
3. D'ici 2023, au moins 80% de la population dormira sous Moustiquaire	Pourcentage de la population à risque dormant sous MILDA	75%	54%	Cible atteinte à 72 %	Rapport EDS, 2018

Objectifs généraux	Indicateurs d'impact	Cible 2021	Réalisation 2021	Performance/ Impact	Source(s) des données/ observations
Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dormants sous MILDA la nuit précédente	77%	60%	Cible atteinte à 78%	Rapport EDS, 2018
	Pourcentage des femmes enceintes dormant sous MILDA la nuit précédente	77%	61%	Cible atteinte à 79%	Rapport EDS, 2018
4. D'ici 2023, au moins 80% de la population dormira sous Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action	Proportion de ménages disposant d'au moins une MILDA pour 2 personnes	71%	40,7%	Cible atteinte à 57 %	Rapport EDS, 2018
	Proportion de personnes utilisant une moustiquaire imprégnée d'insecticide dans les ménages disposant d'au moins une MII	77%	69,1 %	Cible atteinte à 89 ;7 %	Rapport EDS, 2018
5. D'ici 2023, 100% des districts de santé utilisent les informations de qualité issues de la surveillance épidémiologique de routine	Pourcentage rapports complets de surveillance épidémiologique de routine transmis par les formations sanitaires et saisis dans les délais	88,00%	65,8 %	Cible atteinte 74,7 %	Rapport annuel 2021, PNLP
6. D'ici 2023, 100% des districts de santé utilisent les informations de qualité issues de la surveillance épidémiologique de routine	Proportion des formations sanitaires ayant une concordance des données de surveillance supérieure ou égale à 80%	47,50%	ND	Performance non évaluée	Evaluation en cours (Audit des données)
	Pourcentage des Districts de Santé utilisant les informations issues de la surveillance pour guider l'action	60%	ND	Performance non évaluée	Outils d'évaluation en cours de conception
7. D'ici fin 2023, Amener au moins 75% de la population exposée à connaître les modes de transmission, de prévention et de prise en charge du paludisme	Pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont capables de reconnaître au moins deux moyens de prévention du paludisme	63%	ND	Performance non évaluée	Enquête d'évaluation en cours (MBS)
	Pourcentage femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont capables au moins deux signes de danger chez un enfant fébrile de moins de 5 ans	93%	ND	Performance non évaluée	Enquête d'évaluation en cours (MBS)
8. D'ici 2023, 100% des épidémies et situation d'urgence sont contrôlées dans les deux semaines suivant leur détection	Pourcentage des districts de santé ayant détecté précocement une épidémie ou situation d'urgence	25%	ND	Performance non évaluée	Outils d'évaluation en cours de conception
	Pourcentage des épidémies et situation d'urgence détectés ayant bénéficié d'une riposte dans les deux semaines suivant leur détection	60%	ND	Performance non évaluée	Outils d'évaluation en cours de conception

Objectifs généraux	Indicateurs d'impact	Cible 2021	Réalisation 2021	Performance/ Impact	Source(s) des données/ observations
9. D'ici 2023, au moins 80% des groupes spécifiques (femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans) sont protégés contre le paludisme	Pourcentage des femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans ayant bénéficié des MILDA en routine	86,90%	87,1 %	Cible atteinte à 100%	Rapport annuel 2021, PNLP
	Pourcentage des femmes enceintes reçues en CPN ayant reçu 3 doses de SP dans les formations sanitaires	68,70%	50,8 %	Cible atteinte à 73,9 %	Rapport annuel 2021, PNLP
10. D'ici 2023, amener au moins 80% des personnels de santé à mettre en œuvre les activités de lutte contre le paludisme conformément aux directives nationales	Proportion de personnels de santé (médecins, infirmiers, techniciens de laboratoire, pharmaciens) formés	60%	ND	Performance non évaluée	Outils d'évaluation en cours de conception
11. Amener au moins 80% des leaders/décideurs répertoriés, de tous ordres (politique, religieux, traditionnel) à poser des actes en faveur de la lutte contre le paludisme et accroître les ressources locales mobiliser d'ici 2023	Pourcentage d'actes règlementaires ou décisions prises en faveur de la lutte contre le paludisme	70%	ND	Performance non évaluée	
12. Amener au moins 80% des leaders/décideurs répertoriés, de tous ordres (politique, religieux, traditionnel) à poser des actes en faveur de la lutte contre le paludisme et accroître les ressources locales mobiliser d'ici 2023	Pourcentage des ressources domestiques mobilisées pour la lutte contre le paludisme par rapport au total des ressources disponibles	30%	ND	Performance non évaluée	
13. Amener au moins 80% des leaders/décideurs répertoriés, de tous ordres (politique, religieux, traditionnel) à poser des actes en faveur de la lutte contre le paludisme et accroître les ressources locales mobiliser d'ici 2023	Pourcentage de résolutions exécutées dans le cadre de collaboration multisectorielle	70%	ND	Performance non évaluée	
14. D'ici 2023, au moins 80 % des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires, services de prestation des soins sont testés par la GE ou le TDR	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec une fièvre au cours des 15 derniers jours qui ont subi une piqûre au doigt ou au talon pour le diagnostic du paludisme	66%	21%	Cible atteinte à 31,8 %	Rapport EDS, 2018

Objectifs généraux	Indicateurs d'impact	Cible 2021	Réalisation 2021	Performance/ Impact	Source(s) des données/ observations
15. D'ici 2023, 100% des cas de paludisme confirmés, sont traités conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté	Pourcentage des enfants de moins de cinq ans ayant bénéficié d'une confirmation biologique du Paludisme et qui ont reçu un traitement conformément à la politique nationale	81%	90,4 %	Cible	Rapport annuel 2021, PNLP
16. D'ici 2023, les intrants antipaludiques sont disponibles de façon permanente dans 70 % des structures sanitaires et dans les communautés	Pourcentage des structures sanitaires sans rupture de stock en médicaments et produits antipaludiques à tout moment.	20%	23,9 %	Cible réalisé à 119 %	Rapport annuel 2021, PNLP

20 ANALYSE FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES, MENACES

Au terme de l'année 2021, les principales forces, faiblesses, opportunités et menaces de la mise en œuvre du Plan de Travail peuvent être récapitulées par pilier de PSNLP 2019-2023 ainsi qu'il suit :

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
PILIER I : RENFORCEMENT DE L'ENGAGEMENT POLITIQUE AU NIVEAU NATIONAL ET COMMUNAUTAIRE			

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bonne structuration de la SIMP en Unités opérationnelles efficaces ❖ Disponibilité d'un plan stratégique de plaidoyer pour la mobilisation des cibles et ressources additionnelles ❖ Elaboration de la stratégie de « Stop Malaria » de plaidoyer en faveur de la lutte contre le paludisme ; ❖ Renforcement des réunions SBC pour adresser les questions de communication en faveur du paludisme ❖ Mise en œuvre du plaidoyer en faveur du partenariat avec les entreprises de téléphonie mobile, les 	<ul style="list-style-type: none"> - Non production des affiches sur les interventions de routine (utilisation correcte des MILDA, TPI, TDR, prise en charge hospitalière et communautaire...) n'a pas favorisé la sensibilisation en faveur de l'utilisation des services et produits de lutte contre le paludisme à travers ces canaux ; - l'utilisation des services et produits de lutte contre le paludisme n'a pas été couverte par les médias communautaires (diffusion des spots et microprogrammes à travers les chaînes de radios et télévisions officielles ; - les limites de sensibilisation à travers les canaux digitaux et numériques sont avérées avec l'absence d'un profil de Community manager alloué aux actions de sensibilisation dans les réseaux digitaux (sites web, Facebook, twitter, You Tube...) et 	<ul style="list-style-type: none"> - - Appui des partenaires pour la mobilisation des ressources 	<ul style="list-style-type: none"> - Les entreprises de téléphonie mobile tardent à manifester et matérialiser leur engagement dans la sensibilisation contre le paludisme ; - L'absence d'un Community Manager pour adresser les questions de communication digitale ; - - insuffisance des ressources pour la mise en œuvre de certaines actions planifiées par la stratégie nationale de lutte contre le paludisme
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>chaînes radio TV publiques dans le cadre des campagnes CPS/MILDA et des interventions de routine</p> <p>❖ Engagement des sectoriels dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme (MINPROFF/MINCO M/MINPOSTEL/MIN ESEC/MINAS...</p>	<p>l'insuffisante implication des entreprises de téléphonie mobile dans la diffusion des messages de lutte contre le paludisme malgré un plaidoyer incessant.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gaps dans la mobilisation des ressources de mise en œuvre - Limites des ressources allouées à la communication pour le développement - Absence d'un plan de stratégie de crise 		
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
PILIER II : UTILISATION STRATÉGIQUE DE L'INFORMATION POUR LA PRISE DE DECISION ET L'ACTION			
<ul style="list-style-type: none"> ■ Disponibilité du personnel qualifié; ■ Renforcement des effectifs à la SPSSE; ■ Bonne capacité à développer les outils informatiques de suivi et de synthèse ; ■ Développement des canevas et outils standard, ■ Disponibilité des documents normatifs; ■ Disponibilité de la logistique de travail (Ordinateurs portable, connexion internet, Téléphone, crédit téléphonique); ■ Définition claire des rôles et responsabilité au sein de l'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible promptitude du remplissage de l'outil de suivi du PTA 2021 • Faible complétude du remplissage de l'outil de suivi du PTA 2021; • Faibles promptitude/ complétude dans la transmission des rapports d'activités réalisés par les GTRLP • Faible taux de réalisation physique des activités de SSE • Faible maturation des projets de mise en œuvre des nouvelles activités (évaluation rétrospective, Surveillance sentinelle, entrepôt des données sur le paludisme); • Mécanisme de collaboration avec les nouveaux acteurs dans la mise en œuvre du PTA 2021 mal maîtrisés (CIS, Inspections Générales 	<ul style="list-style-type: none"> • Provision de la NFM3 Paludisme en faveur du suivi évaluation • Appui technique et financier des partenaires du PNLP à la SPSSE (PMI Measure Malaria, CIS/MINSANTE); • Appui du MERG du partenariat RBM; • Développement des TIC (Téléconférence , forum whatsapp, ,,,) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lourdeur des Procédures de passation des marchés; • Lenteur administrative dans la validation des projets (Contrats, Texte) • Conflit d'agenda avec perte de priorité aux activités inscrites au PTA 2021 de la SPSSE; • Baisse de l'enthousiasme observé sur le personnel en rapport avec le retard de paiement des primes ; • Affectation du Personnel SPSSE par la Covid-19 (repos maladie), • Instabilité de la connexion internet; • Panne fréquente d'électricité au GTC PNLP

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Tenue des réunion du GT SS&E 	<ul style="list-style-type: none"> • Non aboutissement du marché d'acquisition du matériel des enquêtes entomologiques 	<p>Appui de l'agence vectorlink dans la surveillance entomologique</p>	
PILIER III : MEILLEURES POLITIQUES ET STRATEGIES ANTIPALUDIQUES			
<ul style="list-style-type: none"> ■ Equipe jeune et dynamique ■ Disponibilité d'un PTA ■ Tenue régulière des réunions de coordination de la section ■ Evaluation régulière des PTA ■ Disponibilité des intrants de Prévention (TPI,MILDA,SPAQ...) ■ Amélioration du diagnostic du paludisme dans les FOSA ■ Production et diffusion du guide de PEC 	<ul style="list-style-type: none"> • Conflit de calendrier dans la mise en œuvre des activités • Insuffisance des fonds alloués a la CDM MILDA de la Région du Centre et du Sud • Respect insuffisant des directives sur la prise en charge <ul style="list-style-type: none"> - tarification (gratuité) protocoles (sur-utilisation Art inj , utilisation de la quinine en cp) - classification (forte proportion des cas de graves) • Qualité du diagnostic encore insuffisante (taux de positivité TDR et GE encore élevé) • Retard dans l'exécution de plusieurs marchés 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Appui des Partenaires Techniques et Financiers ■ Projet Opt-SMC ■ Existence de multiples partenaires techniques et financiers ■ Appui continu des institutions ■ Disponibilité des Conseillers PMI ■ Prise en main de la question de la gestion des intrants par la DPML- 	<ul style="list-style-type: none"> • Non livraison du matériel des enquêtes entomologiques • Retard accru dans la livraison des MILDA NGN • Retard dans la livraison des MILDA campagne au niveau des sites de distribution du Sud Ouest • Pandémie de la COVID 19 • Insécurité dans certaines régions • Retard dans la mise en place du CNC • Perturbation dans les transport maritime internationaux entrainant des retard dans la livraison des MILDA et

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Renforcement des capacités des prestataires à la PEC à tous les niveaux ■ Dissémination du guide sur la qualité du diagnostic du paludisme ■ Formation des prestataires et techniciens de labo ■ Tenue des réunions du GTT PEC et prévention ■ Réunions de coordination régulières ■ Augmentation de l'implication du secteurs privé ■ Elaboration et validation du PSNSC 2021 2025 ■ Artesunate suppo et Amoxi 250 disponibles pour les ASC 	<ul style="list-style-type: none"> • Non mise en œuvre du système de compensation • Insuffisance des équipements de laboratoire pour le Dg • Gestions insuffisante des intrants (ruptures+++) • Faible réalisation des cibles pour les ISDC; • Implication insuffisante des chefs des aires et responsables de DS dans la mise en œuvre des ISDC et faible appropriation des ISDC par les communautés et communes • Insuffisance du financement alloué par le budget de l'Etat au secteur de la Santé et à la lutte contre le paludisme • <u>Non disponibilité des papiers imprégnés</u> • <u>retards dans le paiement des acteurs de terrains utilisés dans les enquêtes entomologique entraînant une</u> 	<p>Minsante: transformation de la chaine d'appro en cours</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Formation des prestataires à la prise en charge et au diagnostic par le partenaire PMI ■ Contribution effective des partenaires techniques et financiers ■ Coordonner toutes les activités de recherche menées (efficacité thérapeutique, Optsmc) ■ Collaboration avec les 	<p>une augmentation des couts des frets maritimes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persistance de la Covid-19 et retard dans les approvisionnements, annulation d' activités ou MEO reportée • surenchère de certains actes et acquisitions • Crise sécuritaire dans le NOSO , EN et N et dans l'EN • Fermeture temporaire du laboratoire fabriquant les papiers imprégnés (non acquisition des dits papiers) • Insécurité dans les régions du NOSO • Contexte sanitaire (COVID 19) • perte d'un technicien hygiéniste au Nord

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Recyclage et formation des ASCP ■ Bonne collaboration avec les SR, PMI, IM, OMS et autres partenaires dans la MEO ■ Tenue des réunions de coordination des ISDC à différents niveaux ■ Equipe dynamique et engagée ■ Mobilisation de plusieurs équipes sur le terrain pour la mise en œuvre des enquêtes ■ Disponibilité du matériel de terrain ■ Collaboration avec toutes les sections du programme ■ Cérémonie officielle de présentation des vœux au Chef Section 	<p>démobilisation Difficultés de paiement des captureurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transmission tardive des Listes des personnes formées • Absence de restitution des prestataires de soin dans les formations sanitaires 	<p>institutions partenaires (OCEACeéae, Centre Pasteur, BTC)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Fonctionnalité du vector control comity groupe ■ 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte d'un entomologiste de l'OCEAC •

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Tenue réunions de coordination hebdomadaire de la Section ■ Système de motivation interne de la section ■ 			
PILIER IV : COORDINATION DE LA REPONSE NATIONALE			
<ul style="list-style-type: none"> ■ Qualité dans le reporting des données financières ; ■ Supervision (Accompagnement) financière des grandes activités; ■ Disponibilité du Manuel des procédures Administratives & Financière ■ Utilisation du Logiciel TOMPRO V2 ■ Personnel qualifié 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lenteur dans la validation du processus de sélection des SR par le Fonds mondial ; ■ Taux de décaissement faible 70% ; ■ Taux d'absorption à 66%; • Difficultés dans l'exécution des FCP dues à la faible maturation des TDR pour les projets des DAO; • Non respect du calendrier de mise en œuvre; 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réunions régulières de la Section; ■ Révision du Manuel des procédures; ■ Réunion de partage des financiers entre les trois Programmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Non mise en œuvre des activités planifiées; • Insécurité dans le NOSO (Remontée des Justifs) • Risque de réduction de la prochaine subvention FM à cause de la non absorption des FCP; • Non atteinte des objectifs programmatiques, • Réduction des décaissements du Fonds mondial due à la dette insupportable de la

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté de mise sur pied d'une cartographie des financements dont bénéficie le Programme; • Retard dans la transmission des rapports; • Turn Over élevé du Personnel Clé du Programme 		<p>CENAME vis-à-vis du Programme,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signature tardive de l'Arrêté fixant les primes du personnel de l'Etat dans les programmes

21 DIFFICULTES/ DEFIS/ LEÇONS APPRISES ET RECOMMANDATIONS

La revue annuelle 2021 des activités réalisées par le Programme a permis d'adopter les recommandations proposées par les diverses structures de mise en œuvre afin de prendre en compte les leçons apprises ci-après récapitulées :

DIFFICULTES/ DEFIS LEÇONS APPRISES EN 2021	RECOMMANDATIONS POUR L'ANNEE 2022 ET SUIVANTE
PILIER I : RENFORCEMENT DE L'ENGAGEMENT POLITIQUE AU NIVEAU NATIONAL ET COMMUNAUTAIRE	
<ul style="list-style-type: none"> • Absence de sources de financement pour la stratégie nationale de plaidoyer en vue d'obtenir un engagement à tous les niveaux • Absence de leadership pertinent et de l'implication des champions dans la campagne STOP MALARIA 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation d'un budget conséquent pour mettre en œuvre cette stratégie afin de mobiliser les ressources additionnelles du PSNLP à l'horizon 2023 ; • Réaliser l'exploit de mobiliser la première dame pour patronner certaines activités de plaidoyer et mobiliser les ressources additionnelles ;

<ul style="list-style-type: none"> ● Non implication des groupements patronaux pour augmenter les ressources domestiques ; ● Non prise en compte des interventions la lutte contre le paludisme dans les budgets des CTD ; ● Absence d'implication effective des ministères précis dans la lutte contre le paludisme y compris au Comité d'Organisation de la campagne nationale de plaidoyer ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● Impliquer les groupements patronaux pour mobiliser les ressources additionnelles et orienter le respect des directives nationales ; ● Impliquer les élus dans la mobilisation des ressources pour couvrir les régions non intégrées aux ISDC ; ● Orienter la stratégie de plaidoyer pour obtenir les ressources additionnelles émanent de chaque sectoriel
PILIER II : UTILISATION STRATEGIQUE DE L'INFORMATION POUR LA PRISE DE DECISION ET L'ACTION	
<ul style="list-style-type: none"> ■ La combinaison des réunions de revue de la qualité des données des vérifications sur sites contribuent à une meilleure compréhension des causes profondes des erreurs de rapportage et à l'ajustement des solutions au cas par cas ; ■ L'appropriation et la maitrise des composantes du Programme, notre son cadre logique sont essentielles à un suivi efficace du Programme en routine ; 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Renforcer les visites de vérification sur sites données / ■ Développer les mécanismes de vérification à distance afin d'ajuster les solutions recommandées ■ Renforcer les capacités des acteurs en suivi évaluation du Programme ■ Veiller à l'appropriation et à la maitrise des composantes du Programme par les principaux acteurs de mise en œuvre ;
PILIER III : MEILLEURES POLITIQUES ET STRATEGIES ANTIPALUDIQUES	

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'instabilité du Dhis2 au cycle 1 a permis d'utiliser une autre source de collecte (Masque Excel) ➤ Le retard dans le paiements des acteurs influence sur la performance des activités; ➤ La décentralisation de la saisie au niveau des aires améliore le rapportage; ➤ Le crédit de communication alloué à la saisie ne permettait pas aux agents de saisie de travailler normalement; ➤ Activités RAF(Réseau et Association des Femmes) ➤ La programmation des activités de la CPS selon la typologie des districts (Districts particuliers et autre) demande beaucoup de moyens logistiques; ➤ L'administration de la 2^{ième} et 3^{ième} dose de la SPAQ par les parents comporte de nombreux biais (la méthode DOT est la plus efficace) ➤ Non observance par certains mobidis de l'administration de la dose J1 par les parents ➤ Existence des gap des outils de la CPS dans les AS ➤ La stratégie de distribution à des limites ➤ La prise en charge des PF PJ est jugée insuffisante | <ul style="list-style-type: none"> • Assurer un paiement rapide des acteurs avec un rapport de paiement régulièrement à jour (Rapport par activité/Acteurs) • Budgétiser les acteurs de MEO de la pharmacovigilance à tous les niveaux (Région, DS, AS) • Augmenter le nombre de sensibilisatrices dans tous les districts (RAF) • Briefer d'avantage les mobidis avant chaque cycle, • Améliorer la stratégie leader ménages • Adresser à temps la liste des PJ aux partenaires ; • Intensifier la supervision de proximité , • Comblent tous les gaps des outils de la CPS avec la collaboration de l'ECD • Améliorer la PEC des PF/PJ • Veiller à ce que les prestataires formés assure la restitution dans leurs FOSA • Accompagner la restitution dans les grands hôpitaux pour plus d'impact • Mobiliser les fonds supplémentaires pour mettre en œuvre le mentoring dans les régions restantes et si possible augmenter le nombre de mentors formés dans les autres régions • |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- A la suite de la formation des prestataires, nécessité de faire la restitutions dans les FOSA d'origine pour assurer une continuité
- Le "mentoring " est une activité important en appui à la formation des prestataires à al PEC , elles est pratique et permet de mieux corriger les mauvaises pratiques
- Plusieurs techniciens de laboratoires même nouvellement sortis des écoles de formation , ne maitrisent pas toujours bien la pratique du diagnostic biologiques du paludisme
- Il devient impératif de renforcer leurs capacités , et ce de manière pratique avec recyclage et suiv régulier
- Insuffisance des données sur la consommation réelle des intrants, bienqu'en nette amélioration ;
- Faible remplissage des outils de suivi des stocks au niveau opérationnel ;
- Présence d'autres antipaludiques concurrents (double tarification, gratuité) ;
- Persistance des ruptures de stocks ;
- Non-respect des directives nationales de prise en charge ;
- Monopole d'un seul partenaire technique et financier ;
- Manque de financements pour l'acquisition de certains intrants : artésunate injectable, AL 6*4, paracétamol, seringues, gants ;

- Prévoir le recyclage régulier les techniciens de laboratoire
- Prévoir l'acquisition des microscopes de qualité pour les FOSA
- Accélere la mise en place du syst AQCQ du DG
- En attendant encourager le TDR
- Sensibiliser les Points focaux de la gestion des stocks aux niveaux régional, district et formations sanitaires sur le remplissage des données de stock dans le Dhis2 ;
- Poursuivre le plaidoyer auprès des Partenaires pour le renforcement de la chaîne d'approvisionnement ;
- Mener un plaidoyer de haut niveau pour mobiliser les ressources financières suffisantes afin d'adresser tous les besoins (budget adossé sur la quantification et non l'inverse) ;
- Mettre en œuvre toutes les stratégies nécessaires pour déployer les outils de suivi et former le personnel à son remplissage (fiches de stock, DHIS2, RMA) ;
- Assurer un leadership efficace pour garantir le respect du cahier de charges de la contrepartie Etat ;
- Passer les commandes suffisamment à temps pour s'assurer que les délais de livraison n'impactent pas la continuité de la prévention, du diagnostic et de la pris en charge en contexte Covid-19 ;
- Doter le PNLP d'un outil de gestion de stock approprié.

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lourdeurs considérables dans les procédures d'achat sur les fonds de contrepartie ; ➤ Non-respect du plan d'approvisionnement 2021 du fait du contexte sanitaire et des délais de livraisons allongés (environ 60 jours voire plus) ; ➤ Absence d'outil dédié à la gestion des stocks au niveau du Programme et des ses démembrements régionaux. ➤ 	
PILIER IV : COORDINATION DE LA REPONSE NATIONALE	
<ul style="list-style-type: none"> • Faible capacité de mobilisation des ressources domestiques (co-financements) liée aux procédures de passation des marchés publics.; • Faible efficacité de certaines interventions telles que les MILDA classique a cause de l'extension de la résistance des vecteurs aux insecticides ; • Respect insuffisant des directives de prévention et de prise en charge des cas ; • Rupture fréquente des stocks des intrants a cause des plusieurs insuffisances dans la chaine nationale d'approvisionnement en médicaments essentiels. • Retards dans la mise en œuvre des activités de communication à cause des lourdeurs des procédures de sélection des prestataires et la faible implication des leaders communautaires 	<p>Renforcer les activités du SBC Group</p> <p>Planifier et mobiliser les ressources additionnelles pour faire face à la Communication pendant en faveur de la lutte contre le paludisme en situation sanitaire COVID 19 et communicatiotaire et autres crises</p>

- Perturbation des activités planifiées à cause des retards des livraisons des intrants (médicaments, MILDA...) face à la pandémie COVID-19 avec risque de report de la campagne de masse dans plusieurs régions ;
- La Sensibilisation à travers les canaux de communication digitales et numériques n'a pas reçu d'affectation budgétaire dans la NFM3 ni planifié dans les PTA 2021 pourtant le souci de prendre en compte les cibles jeunes nous y oblige ;
- La non organisation des réunions SBC Group au niveau central et régional n'a pas offert d'opportunité pour renforcer la coordination et l'efficacité de la mise en œuvre des stratégies de communication
- Communication de crise prévue n'a ni été bien planifiée, ni bénéficié des ressources de mise en œuvre pourtant nous avons été rattrapé par la situation sanitaire COVID 19 et le contexte sécuritaire

22 PERSPECTIVES 2022

Il est prévu la poursuite de la mise en œuvre du PNLNP 2019-2023 financé par l'Etat et ses partenaires à travers les Subventions 3^{ème} « New Funding Model » (NFM3) paludisme 2021-2023, et la subvention PMI et les Financement de Contrepartie de l'Etat (FCP) au titre de l'année 2022.

Dans ce cadre, il est prévu la mise en œuvre des principales activités ci-après en 2022 :

1. **Campagne de distribution de 10 954 253 MILDA** en deux phases, dont la phase 1 dans les Régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême Nord, la phase 2 dans les Régions de l'Est, du Littoral, de l'Ouest et du Sud ;
2. Acquisition et distribution de **1 262 400 MILDA destinées à la distribution en routine** aux femmes enceintes dans les services de consultation prénatales et aux enfants de moins de 5 ans dans les services de Programme Elargi de Vaccination
3. Mise en œuvre de la campagne de Chimio prévention du Paludisme pour la protection de près de **1 900 000 enfants âgés de 3 à 59 mois** contre le paludisme pendant la saison de forte transmission (juillet à octobre) ;
4. Acquisition et distribution de **1 629 823 doses d'ACT** pour le traitement du paludisme dans les formations sanitaires et dans les communautés
5. Acquisition et distribution de **1 668 200 flacons d'artésunate injectable** destinés au traitement des formes graves de paludisme dans les formations sanitaires du Pays ;
6. Introduction du traitement préventif intermittent du paludisme chez le nourrisson
7. Réalisation de l'enquête sur les indicateurs du paludisme
8. Réalisation d'une enquête sur les comportements liés à l'utilisation des services de lutte contre le paludisme
 - Renforcement de la digitalisation de la communication en faveur de la lutte contre le paludisme ;
 - Renforcement du partenariat dans la mise en œuvre de la communication en faveur de la lutte contre le paludisme (CRTV Radio TV, Cameroon Tribune, les médias privés, Orange, MTN, Nextél, Camtel...) ;
 - Recrutement d'un cabinet en charge d'accompagner le PNLNP dans la production et la diffusion des messages de communication en faveur de la campagne MILDA 2022/2023 ;
 - Recrutement d'un cabinet en charge d'accompagner le PNLNP dans la production et la diffusion des messages de communication de la mise en œuvre des interventions de routine du PNLNP ;

- Communication mass média à travers la production et diffusion des spots et microprogrammes sur les interventions de routine à dans les chaines TV urbaines ;
- Elaboration des affiches sur la prise en charge et la prévention du paludisme Production Elaboration de la stratégie et mise en œuvre de la Communication en faveur de la campagne MILDA 2022/2023 ;
- Elaboration de la stratégie et mise en œuvre de la Communication en faveur de la campagne CPS 2022 ;
- Réalisation de l'enquête MBS sur les déterminants comportementaux de la lutte contre le paludisme ;
- Mise en œuvre de la campagne « stop malaria » de plaidoyer ;
- Organisation des réunions de plaidoyer pour les ISDC avec CDT à tous les niveaux (central, niveau régional, niveau district)

23 CONCLUSION

Les activités de communication en faveur de la lutte contre le paludisme ont été largement mise en œuvre en 2021. Certaines activités, notamment la sensibilisation de routine à travers les productions et diffusion des messages dans les canaux urbains de communication (radio urbaines, chaines télévisées urbaines, affichage) n'ont pas fonctionné avec les lenteurs dans la mise ne œuvre des procédures de mobilisation des partenaires dans la production et la diffusion des supports de communication. Par ailleurs, l'absence d'un Community manager a limité les actions de sensibilisation à travers les réseaux digitaux et numériques.

Enfin, des efforts doivent être poursuivis en vue de rassurer et engager les opérateurs de téléphonie mobile dans la diffusion des messages clés de la lutte

24 ANNEXES