

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT TECHNIQUE
DU BENEFICIAIRE PRINCIPAL

PROGRAMME NATIONAL DE
LUTTE CONTRE LE PALUDISME

SECRETARIAT PERMANENT

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

TECHNICAL SECRETARIAT OF
THE PRINCIPAL RECIPIENT

NATIONAL MALARIA
CONTROL PROGRAMME

PERMANENT SECRETARIAT

RAPPORT D'ACTIVITES 2016 DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Octobre 2017



TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES FIGURES	6
LISTE DES ABREVIATIONS	8
1. INTRODUCTION	9
2. PLANIFICATION ET SUIVI DES ACTIVITÉS	9
3. PREVENTION DU PALUDISME	10
3.1. DISPONIBILITE ET UTILISATION DES MILDA	10
3.1.1. CAMPAGNE DE DISTRIBUTION GRATUITE DES MILDA 2015-2016	10
3.1.1.1. DÉNOMBREMENT.....	11
3.1.1.2. QUANTITE ET SOURCES DES MILDA DE LA CAMPAGNE 2015-2016 MISES A LA DISPOSITION DES REGIONS.....	12
3.1.1.3. QUANTITES DE MILDA DISTRIBUEES AUX MENAGES PAR REGION AU COURS DE LA CAMPAGNE 2015-2016.....	13
3.1.1.4. STOCK DES MILDA RESTANTES AU TERME DE LA CAMPAGNE.....	13
3.1.2. DISTRIBUTION DE MILDA DE ROUTINE	14
3.1.3. INVENTAIRES DES MILDA AU 31 DECEMBRE 2016	15
3.2. PULVERISATION INTRA DOMICILIAIRE.....	16
3.3. TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT (TPI).....	16
3.3.1. ACQUISITION DE LA SULFADOXINE-PYRIMETHAMINE 500/25MG (SP).....	16
3.3.2. DISTRIBUTION DE LA SP POUR TPI DE LA CENAME VERS LES FRPS/CAPR	16
3.3.3. DISTRIBUTION DE LA SP POUR TPI DES FRPS/CAPR VERS LES FORMATIONS SANITAIRES	17
3.3.4. MISE EN ŒUVRE DU TPI A LA SP DANS LES FORMATIONS SANITAIRES	17
3.4. CHIMIO PREVENTION DU PALUDISME SAISONNIER CPS DANS LES REGIONS DU NORD ET DE L' EXTREME-NORD.....	18
3.4.1. ACQUISITION DE AMODIAQUINE + SULFADOXINE / PYRIMETHAMINEERREUR ! SIGNET NON DEFINI.....	22
4. PRISE EN CHARGE DES CAS.....	22
4.1. ACQUISITION DES INTRANTS DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME	23
4.1.1. ACQUISITION DES TESTS DE DIAGNOSTIC RAPIDE.....	23
4.1.2. ACQUISITION DE L'ARTESUNATE-AMODIAQUINE	24
4.1.3. ACQUISITION DE L'ARTEMETHER+LUMEFANTRINE (AL).....	24
4.1.4. ACQUISITION DE L'ARTESUNATE INJECTABLE 60MG	25
4.1.5. DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS ET AUTRES CONSOMMABLES MEDICAUX	25
4.2. PRISE EN CHARGE DES CAS DE PALUDISME DANS LES FORMATIONS SANITAIRES.....	30
4.3. MISE EN ŒUVRE DE LA PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DU PALUDISME.....	30

4.3.1.	COORDINATION DE LA MISE EN OEUVRE	30
4.3.2.	LA PRODUCTION/ACQUISITION DES OUTILS/MATERIELS ET ACHEMINEMENT.....	32
4.3.3.	ACTIVITES REALISEES PAR LES ASC.....	34
4.3.4.	ACTIVITES PLANIFIEES EN 2016 POUR LES SR.....	35
4.4.	DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES DE LA PRISE EN CHARGE DES CAS.....	35
5.	FORMATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE.....	36
5.1.	FORMATION.....	36
5.1.1.	FORMATIONS REALISEES PENDANT L'ANNEE 2016 AU NIVEAU DU GTC-PNLP.....	36
5.1.2.	FORMATIONS REALISEES AU NIVEAU DES REGIONS	37
5.1.2.1.	FORMATIONS REALISEES POUR LA CAMPAGNE MILDA EN 2016.....	37
5.1.2.2.	FORMATION REALISEE SUR L'UTILISATION DE L'ARTESUNATE INJECTABLE EN 2016	38
5.1.2.3.	FORMATION REALISEE POUR LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS SOUS DIRECTIVES COMMUNAUTAIRE.....	39
5.1.2.4.	FORMATIONS REALISEES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA CHIMIO PREVENTION SAISONNIERE (CPS).....	40
5.1.2.5.	FORMATIONS REALISEES PAR UN PARTENAIRE DANS LA REGION DU SUD	40
5.2.	RECHERCHE OPÉRATIONNELLE.....	40
5.2.1.	ÉTUDES DE LA SENSIBILITÉ D'ANOPHELES GAMBIAE S.L AUX INSECTICIDES.....	41
5.2.2.	ETUDE DE LA TRANSMISSION DU PALUDISME	42
6.	COMMUNICATION POUR LE DEVELOPPEMENT	44
6.1.	LE PLAIDOYER	44
6.1.1.	PLAIDOYER EN FAVEUR DE LA CAMPAGNE MILDA	45
6.1.2.	LE PLAIDOYER EN FAVEUR DE LA CAMPAGNE DE CHIMIO PREVENTION DU PALUDISME SAISONNIER	45
6.1.3.	LE PLAIDOYER A L'ENDROIT DES ENTREPRISES DU SECTEUR PRIVE	46
6.2.	LA COMMUNICATION MASS-MEDIA.....	47
6.2.1.	RENFORCEMENT DES CAPACITES DES ACTEURS DES RADIOS DE PROXIMITE	47
6.2.2.	PRODUCTION DES SUPPORTS EN VUE DE LA CAMPAGNE MILDA DANS LES REGIONS DE L'ADAMAOUA, EXTREME-NORD, NORD, CENTRE ET OUEST	47
6.2.3.	PROMOTION DE LA CAMPAGNE MILDA PAR LA PRESSE ECRITE	48
6.2.4.	PROMOTION DE LA CAMPAGNE MILDA PAR LES BANDEROLES DE RUE.....	48
6.2.5.	PROMOTION DE LA CAMPAGNE MILDA PAR LE PASSAGE DES PERSONNES RESSOURCES DANS LES MEDIAS.....	48
6.2.6.	ACTIVITES DE MASS-MEDIA EN FAVEUR DE LA CAMPAGNE CPS.....	49
6.2.7.	COMMUNICATION MASS- MEDIA EN FAVEUR DES INTERVENTIONS DE ROUTINE.....	49
6.2.8.	DIFFUSION DES SUPPORTS EN FAVEUR DES INTERVENTIONS DE ROUTINE.....	49

6.2.9.	PRODUCTION DU MATERIEL DE VISIBILITE EN VUE DE LA CAMPAGNE MILDA	50
6.2.10.	PRODUCTION DU MATERIEL DE VISIBILITE POUR LA PROMOTION DE LA CPS	50
6.3.	COMMUNICATION INTERPERSONNELLE.....	50
6.3.1.	COMMUNICATION INTERPERSONNELLE EN FAVEUR DE LA CAMPAGNE MILDA	50
6.3.2.	COMMUNICATION INTERPERSONNELLE PENDANT LACAMPAGNE CPS	51
6.3.3.	COMMUNICATION INTERPERSONNELLE DE ROUTINE POUR LA PROMOTION DES ACTIVITES DE ROUTINE.....	51
6.4.	LA COMMUNICATION EVENEMENTIELLE	52
6.4.1.	COMMUNICATION EVENEMENTIELLE EN FAVEUR DE LA CAMPAGNE MILDA	52
6.4.2.	COMMUNICATION EVENEMENTIELLE POUR LA COMMEMORATION DE LA IXEME JMLP...52	
6.4.3.	COMMUNICATION EVENEMENTIELLE EN FAVEUR DE LA CAMPAGNE CPS.....	52
7.	SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE, SUIVI ET EVALUATION DES INTERVENTIONS	53
7.1.	SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DU PALUDISME ET SUIVI DES INDICATEURS DE PERFORMANCE DU PNLP	53
7.1.1.	COMPLETUDE ET PROMPTITUDE DES DONNEES	53
7.1.2.	LA MORBIDITE LIEE AU PALUDISME	54
7.1.3.	DIAGNOSTIC PARASITOLOGIQUE DES CAS DE PALUDISME	58
7.1.4.	TRAITEMENT DES CAS DE PALUDISME SIMPLE	59
7.1.5.	TRAITEMENT DES CAS DE PALUDISME SIMPLE CHEZ LES MOINS DE 5 ANS	60
7.1.6.	TRAITEMENT DES CAS DE PALUDISME SIMPLE CHEZ LES PLUS DE 5 ANS.....	61
7.1.7.	TRAITEMENT DES CAS DE PALUDISME GRAVE.....	62
7.1.8.	TRAITEMENT DES CAS DE PALUDISME DANS LA COMMUNAUTE.....	65
7.1.9.	LA MORTALITE LIEE AU PALUDISME.....	65
7.1.10.	LE TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT CHEZ LA FEMME ENCEINTE.....	69
7.2.	SUPERVISION DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN 2016.....	69
7.2.1.	NOMBRE DE DISTRICTS DE SANTE SUPERVISES	69
7.2.2.	NOMBRE DE FORMATIONS SANITAIRES SUPERVISEES	70
7.2.3.	NOMBRE DE PRESTATAIRES SUPERVISEES	70
7.2.4.	ANALYSE FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES, MENACES.....	71
7.2.5.	NIVEAU REGIONAL	71
7.2.5.1.	FORCES	71
7.2.5.2.	FAIBLESSES	71
7.2.5.3.	OPPORTUNITES	72
7.2.5.4.	MENACES	72
7.2.6.	NIVEAU DISTRICT DE SANTE	72
7.2.6.1.	FORCES	72

7.2.6.2. FAIBLESSE.....	73
7.2.6.3. OPPORTUNITE	73
7.3. APPUI AUX SUIVI EVALUATION DES AUTRES SECTION DU GTC PNL P	73
7.4. EVALUATION DES INTERVENTIONS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME	73
8. GESTION DU PROGRAMME	74
9. CONCLUSION	74
10. PERSPECTIVES 2017	75
11. ANNEXE	76

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : taux de réalisation des activités inscrites au PTA 2016 du PNLP.....	10
Tableau 51 : Répartition du nombre de cas de paludisme grave par région en 2016.....	55

LISTE DES FIGURES

Figure3 : Evolution de la morbidité par mois entre 2008 et 2014.	Erreur ! Signet non défini.
---	------------------------------------

EQUIPE TECHNIQUE DE REDACTION

Dr Dorothy Achu Fosah, Secrétaire Permanent

Dr ATEBA Joël Marcellin, Secrétaire Permanent Adjoint

Dr FOSSO Jean, Chef de la Section Planification, Surveillance, Suivi-Evaluation

Mme TCHOUNGA Florentine, Chef de la Section Administration et Finances

Dr EKOYOL E. Germaine Epse EWANE, Chef de la Section Prise en Charge des Cas

Dr MEDOU KOUNOU Hortense, Chef de la Section Prévention

Mme OLINGA Blandine, Chef de la Section IEC/Mobilisation Sociale et Partenariat

Dr NGWAFOR Randolph, Chef de la Section Formation et Recherche

M. SOETE Jean Claude Aimé, Chef de la Section Passation des Marchés et du contentieux

M. BINELI Thomas Roger, Contrôleur de gestion

M. KUETCHE TAKOUGANG Chancelin Magloire, Chef de l'Unité de Planification Stratégique

M. ABOMABO Moïse Hugue René, Chef de l'Unité de Suivi et Evaluation

Dr MOTA Gilbert, Chef de l'Unité des Approvisionnement Pharmaceutiques

Dr SOTAKWO Gisèle, Chef de l'Unité Unité Prise en Charge

Dr NDONGO NELLY Patricia, Chef d'Unité Formation

Mme NGANDEU NEULY, Chef d'Unité Recherche

Dr BOMBAH Armel, Chef de l'Unité Chimio prévention

Mme MALEUFING Dorice, Chef de l'Unité Comptable

M. BALLA Henri, Chef d'Unité Personnel

Mme ZINTSEM Philomène, Communicatrice

LISTE DES ABREVIATIONS

ACMS:	Association Camerounaise pour le Marketing Social
ACT:	Artemisinin Combination Therapy
AID	Aspersions Intra-Domiciliaires
AL	Artemether-Lumefantrine
ASAQ	Artésunate-Amodiaquine
ASC :	Agent de Santé Communautaire
BIP	Budget d'Investissement Public
CAP :	Connaissances Attitudes et Pratiques
CAPR :	Centre d'Approvisionnement des Produits Pharmaceutiques Régional
CCAM :	Cameroon Coalition Against Malaria
CENAME :	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et consommables Médicaux Essentiels
CSSD	Chef de Service de Santé de District
CSI :	Centre de Santé Intégré
DLMEP :	Direction de la Lutte contre la Maladie, le Epidémies et les Pandémies
DOSTS :	Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire
DPML :	Direction de la Pharmacie , du Médicament et des Laboratoires
DPS :	Direction de la Promotion de la Santé
DS:	District de Santé
EDS:	Enquête démographique et de Santé
FMSTP :	Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
GTC :	Groupe Technique Central
GTRLP	GRoupe Technique Régional de Lutte contre le Paludisme
IEC :	Information Education Communication
IMPM :	Institut de Recherche Médicales et d'Etudes des Plantes Médicinales
INS :	Institut National de la Statistique
IRESKO :	Institut pour la Recherche, le Développement Socio-économique et la Communication
JMLP :	Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MILDA	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action
OBC:	Organisation à Base Communautaire
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PPTTE :	Pays Pauvres Très Endettés
PSNLP	Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme
SASNIM	Semaine d'Actions de Santé et de Nutrition infantile et Maternelle
SMS :	Short Message System
SP :	Sulfadoxine-Pyrimethamine
SYNAME :	Système National d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
TDR :	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TV :	Télévision
VIH/SIDA :	Virus d'Immunodéficience Humaine/Syndrome Immunodéficitaire Acquis

1. INTRODUCTION

Au cours de l'année 2016, le Ministère de la Santé Publique et ses Partenaires ont continué la mise en œuvre du Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme (PSNLP) 2014-2018, à travers le Plan de Travail Annuel 2016. Ce dernier prévoyait en plus des interventions de routine, la continuation de la campagne de distribution de masse des MILDA en couverture universelle débutée en 2015, et une campagne de Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) dans les Régions du Nord et de l'Extrême Nord. Ces interventions à haut impact se sont ajoutées aux autres interventions de routine, dont le bilan est présenté dans le présent rapport. Afin de faciliter la lecture et la compréhension des avancées réalisées dans la lutte contre le Paludisme au Cameroun au cours de cette année, les activités réalisées sont présentées selon les différents axes définis dans le PSNLP. Il s'agit de la Prévention, la Prise en Charge des Cas, la Communication pour le Développement, la Formation et la Recherche, la Planification, Surveillance, Suivi-Evaluation et la Gestion du Programme.

2. PLANIFICATION ET SUIVI DES ACTIVITÉS

Le Plan de Travail Annuel 2016 du PNLP a bénéficié de trois principales sources de financement :

- Le budget de l'Etat de l'année 2016 : deux cent trente-cinq millions huit cent mille francs (235 800 000 F CFA). Ce Budget a été revu à la baisse comparé à celui des années précédentes à cause de la mise en disposition du PNLP en fin 2015 de 6 milliards pour la mise en œuvre de la campagne de distribution gratuite des MILDA dans la région du Centre. Il faut noter que ce montant ne prend pas en compte les dépenses de l'Etat telles que le paiement des salaires, l'entretien des bâtiments et les frais de fonctionnement.
- Le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme : huit milliard deux cent cinquante-neuf millions quatre cent quatre-vingt-dix-sept mille sept cent quatre-vingt-douze francs (8 259 497 792 F CFA) destiné principalement à l'achat des médicaments, la mise en œuvre de la campagne de chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS), la mise en œuvre des activités communautaires.
- La Banque Islamique de Développement (BID) : **(insérer le montant)** qui finance en partie la CPS dans les régions de l'Extrême-Nord et du Nord.

Le PTA 2016 du PNLP a prévu au total 89 activités parmi lesquelles 61 ont été exécutées, soit un taux de réalisation de 69%. Les meilleures performances ont été enregistrées dans les axes prévention (90%), puis le suivi et évaluation (77%). Le tableau 1 ci-après récapitule les performances réalisées par axe stratégique.

Tableau 1 : Taux de réalisation des activités inscrites au PTA 2016 du PNL

Actions	Nombre d'activités	Nombre d'activités Réalisées	Nombre d'activités Non Réalisées	% de réalisation des activités
Développement des ressources humaines en santé	5	3	2	60%
Développement du système d'Information Sanitaire	16	10	6	63%
Gouvernance du secteur	4	3	1	75%
Pilotage des programmes de santé	13	7	6	54%
Prévention du paludisme	20	18	2	90%
Prise en charge du paludisme	18	10	8	56%
Renforcement du système de suivi et évaluation	13	10	3	77%
TOTAL	89	61	28	69%

Face à ce taux de réalisation (69%), les activités non réalisés devront être reprogrammées dans le PTA 2017. Cette reprogrammation devra porter principalement sur les interventions sous directives communautaires, l'amélioration du niveau des indicateurs de TPI, la distribution des MILDA en routine et la révision du Plan Stratégique National de Lutte contre Paludisme PSNLP 2014-2018.

3. PREVENTION DU PALUDISME

La prévention est l'un des axes stratégiques prioritaires de la lutte contre le paludisme. Les interventions de prévention mises en œuvre relèvent des domaines de lutte antivectorielle et de chimioprévention. Il s'agit de : la distribution des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA) en campagne de masse et en routine, le Traitement Préventif Intermittent chez la femme enceinte, la Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord.

Toutefois, le pays vise à renforcer un système intégré de gestion des vecteurs qui comprend d'autres interventions complémentaires, telles que la pulvérisation intra domiciliaire (PID), la lutte anti larvaire (LAL) et la gestion environnementale.

3.1. DISPONIBILITE ET UTILISATION DES MILDA

La lutte contre les vecteurs du paludisme en 2016 s'est articulée autour de deux interventions : la mise en œuvre de la campagne de distribution des MILDA dans 6 régions, complétant à l'échelle nationale la campagne initiée en 2015 et la distribution en routine des MILDA aux femmes enceintes en consultation prénatale.

3.1.1. CAMPAGNE DE DISTRIBUTION GRATUITE DES MILDA 2015-2016

La campagne de distribution en masse de MILDA débutée en 2015 dans les régions de l'Est, Nord-Ouest, Sud, Sud-Ouest, s'est poursuivie en 2016 dans six autres régions,

notamment l'Adamaoua, le Centre, l'Extrême Nord, le Littoral, le Nord et l'Ouest. Il s'agissait de continuer la campagne de distribution de 12 322 059 MILDA inscrites dans le macro plan logistique (Tableau 2).

Tableau 2: Plan de macro positionnement des MILDA de la campagne 2015-2016 dans les régions

Région	Population totale en 2015	Besoins MILDA (Pop/1.8)	Nbre de Ballots de 50 arrondis	Volume (m3)	Espace requis m ² si H = 2,5 m	Espace requis m ² si H = 4 m
ADAMAOUA	1 200 970	667 206	13 345	1 802	1 081	371
CENTRE	4 159 492	2 310 829	46 217	6 934	4 161	1 426
EST	835 642	464 246	9 285	1 022	613	210
EXTREME NORD	3 993 007	2 218 337	44 367	5 992	3 595	1 233
LITTORAL	3 354 978	1 863 877	37 278	5 594	3 356	1 151
NORD	2 442 578	1 356 988	27 140	3 665	2 199	754
NORD OUEST	1 968 578	1 093 654	21 874	2 604	1 562	536
OUEST	1 921 590	1 067 548	21 351	3 204	1 922	659
SUD	749 552	416 418	8 329	917	550	189
SUD OUEST	1 553 320	862 956	17 260	2 055	1 233	423
CAMEROUN	22 179 707	12 322 059	246 446	33 788	20 273	6 951

3.1.1.1. DÉNOMBREMENT

Conformément au plan de campagne de distribution de MILDA, le dénombrement des ménages et a été entrepris dans les 6 régions non couvertes en 2015. Le Tableau 3 ci-après récapitule le résultat du dénombrement des ménages pour la distribution des MILDA de 2015 à 2016 dans les 10 régions du pays.

Tableau 3: Résultat du dénombrement des ménages et des populations cibles de 2015 à 2016

Région	Population ciblée	Nombre ménages dénombrés	Population dénombrée	couverture population ciblées	Quantité MILDA planifiée	Besoin MILDA après Dénombrement	GAP MILDA
Dénombrement 2015							
EST	835 643	190 548	1 040 599	125%	464 246	563 792	99 546
NORD-OUEST	1 968 578	370 642	1 768 742	90%	1 093 654	991 801	-101 853
SUD	749 552	137 017	773 176	103%	416 418	423 222	6 804
SUD-OUEST	1 553 320	306 794	1 538 847	99%	862 956	856 590	-6 366
Total 2015	5 107 093	1 005 001	5 121 364	100%	2 837 274	2 835 405	-1 869
Dénombrement 2016							0
ADAMAOUA	1 200 970	257 992	1 312 558	109%	667 206	731 789	64 583
CENTRE	4 183 742	846 665	4 537 400	108%	2 310 829	2 499 599	188 770
EXTREME-NORD	4 065 866	815 968	4 392 099	108%	2 218 337	2 462 124	243 787
LITTORAL	3 671 579	680 177	3 381 060	92%	1 863 877	1 889 625	25 748
NORD	2 442 578	541 850	2 724 015	112%	1 356 988	1 393 738	36 750
OUEST	1 921 590	416 429	2 031 102	106%	1 067 548	1 145 628	78 080
Total 2016	17 486 325	3 559 081	18 378 234	105%	9 484 785	10 122 503	637 718
Total 2015-2016	22 593 418	4 564 082	23 499 598	104%	12 322 059	12 957 908	635 849

La population totale planifiée lors de la campagne MILDA était de 22 593 418. A la fin du dénombrement, 23 499 598 personnes ont été recensées, soit 104% de la population planifiée.

Les pourcentages de la population recensée dans les régions de l'Adamaoua, de l'Extrême-Nord, du Nord et de l'Est étaient respectivement de 109%, 108%, 112%, 125%. Ce dénombrement au-delà de la cible planifiée s'expliquerait par l'afflux des réfugiés et des déplacés internes dans ces régions frontalières au Nigéria et à la Centrafrique. L'augmentation de la population a entraîné un gap de 428 406 MILDA.

3.1.1.2. APPROVISIONNEMENT EN MILDA DE LA CAMPAGNE 2015-2016

Sur financement de l'Etat et du Fonds Mondial 12 322 059 MILDA ont été acquises. Pour combler le gap en MILDA constaté après le dénombrement des ménages, le PNLP a pu mobiliser 105 580 MILDA additionnelles auprès des partenaires ainsi que 122 280 MILDA initialement destinées à la distribution en routine aux femmes enceintes. Ainsi, au total 12 549 912 MILDA ont été mis à la disposition des Régions de 2015 à 2016 dans le cadre de la campagne (Tableau 4)

Tableau 4: Répartition aux Régions de 12 549 912 de MILDA mobilisées de différentes sources pour la campagne de distribution de masse de 2015-2016

REGION	MILDA FONDS MONDIAL	MILDA ETAT	MILDA UNICEF	MILDA HCR	MILDA ROUTINE FMSTP	MILDA ROUTINE BIP ETAT	TOTAL GENERAL
ADAMAOUA	667 205	//	10 000	//	27 140	//	704 345
CENTRE	//	2 587 669	17 600	//	2 628	//	2 607 897
EST	464 250	//	46 980	5 000	//	//	516 230
EXTREME-NORD	2 218 337	//	//	//	40 332	//	2 258 669
LITTORAL	1 863 877	//	26 000	//	//	17 752	1 907 629
NORD	1 357 000	//	//	//	18 445	//	1 375 445
NORD-OUEST	1 093 654	//	//	//	//	//	1 093 654
OUEST	671 300	//	//	//	15 983	//	687 283
SUD	535 654	//	//	//	//	//	535 654
SUD-OUEST	862 906	//	//	//	//	//	862 906
TOTAL	9 734 183	2 587 669	100 580	5000	104 528	17 752	12 549 912

3.1.1.3. DISTRIBUTION DES MILDA AUX MENAGES PAR REGION AU COURS DE LA CAMPAGNE 2015-2016

Tableau 5: Synthèse des données par région de la distribution dans les 10 régions de 2015 à 2016

Région	Nombre de ménages dénombrés	Nombre de ménages reçus au site de distribution	Population totale	MILDA mises à disposition	MILDA distribuées aux ménages	Pourcentage des MILDA distribuées	Couverture des ménages dénombrés
EST	190 548	161 308	1 040 599	551 452	498 979	90%	85%
NORD-OUEST	370 534	350 271	1 764 509	1 093 650	959 306	88%	95%
SUD	134 675	126 493	761 802	413 250	376 767	91%	94%
SUD-OUEST	309 823	254 336	1 538 847	862 900	719 777	83%	82%
TOTAL 2015	1 005 580	892 408	5 105 757	2 921 252	2 554 829	87%	89%
ADAMAOUA	258 676	241 426	1 312 556	704 295	697 070	99%	93%
CENTRE	848 990	729 421	4 539 661	2 434 706	2 292 211	94%	86%
EXTREME-NORD	825 643	764 412	4 424 015	2 250 060	2 237 003	99%	93%
LITTORAL	679 774	510 149	3 381 060	1 917 707	1 672 110	87%	75%
NORD	542 055	514 077	2 724 042	1 375 453	1 362 401	99%	95%
OUEST	418 672	359 511	2 041 754	1 048 187	1 021 671	97%	86%
TOTAL 2016	3 573 810	3 118 996	18 423 088	9 730 408	9 282 466	95%	87%
TOTAL GENERAL	4 579 390	4 011 404	23 528 845	12 651 660	11 837 295	94%	88%

3.1.1.4. INVENTAIRE DES MILDA AU TERME DE LA CAMPAGNE

Au terme de la campagne, les MILDA restantes devaient être retournées au district par les aires de santé. Cependant, faute de moyens financiers et/ou d'espace de stockage suffisant dans les services de santé de district, la plupart (93%) des MILDA restantes ont été conservées dans les entrepôts des aires de santé. Au total, un reliquat de 713 064 MILDA a été inventorié au terme de la campagne (tableau 6).

Tableau 6 : Etat des stocks des MILDA à la fin de la Campagne 2015-2016

REGION	Stock dans le Magasin régional	Stock dans les entrepôts de districts	Stock dans les entrepôts des aires de santé	Stock total
ADAMAOUA	50	1	7 212	7 263
CENTRE	100	0	142 395	142 495
EST	2 745	21 341	28 387	52 473
EXTREME-NORD	0	5 179	7 876	13 055
LITTORAL	17	663	244 257	244 937
NORD	0	0	12 970	12 970
NORD OUEST	6	4 452	26 237	30 695
OUEST	0	0	26 516	26 516
SUD	3 138	2 586	33 897	39 621
SUD-OUEST	0	7 500	135 539	143 039
TOTAL	6 056	41 722	665 286	713 064

3.1.2. DISTRIBUTION DE MILDA DE ROUTINE

Elle vise exclusivement les femmes enceintes qui viennent en Consultation Périnatale (CPN) pour recevoir gratuitement la MILDA. Au cours de l'année 2016, 584 780 MILDA ont été acquises sous financement Fonds Mondial pour la distribution en routine. Cette quantité s'est ajoutée au stock disponible en début d'année (436 414 MILDA) pour un total de 1 021 194 MILDA à distribuer.

Tableau 7: Synthèse des stocks de MILDA acquis sous financement Fonds Mondial en 2016

Région	Quantité en stock au début de l'année 2016	Quantité reçue au cours de l'année 2016	Quantité totale disponible pour la distribution de routine
ADAMAOUA	5 248	31 668	36 916
CENTRE	45 854	109 678	155 532
EST	8 467	22 035	30 502
EXTREME-NORD	63 289	105 288	168 577
LITTORAL	94 995	88 464	183 459
NORD	27 807	64 406	92 213
NORD OUEST	87 438	51 878	139 316
OUEST	51 041	50 669	101 710
SUD	9 294	19 752	29 046
SUD OUEST	42 981	40 942	83 923
TOTAL	436 414	584 780	1 021 194

Tableau 8: Synthèse de la distribution des MILDA de routine aux femmes enceintes lors des CPN en 2016 par région

Région	Nombre de MILDA à distribuer en routine (A)	Nombre de MILDA distribuée aux femmes enceintes (B)	Taux de distribution (B/A)	Nombre de femmes vues en CPN 1 (C)	Taux de couverture en MILDA (B/C)
ADAMAOUA	36 916	15 589	42%	39 012	40%
CENTRE	155 532	28 699	18%	83 477	34%
EST	30 502	18 947	62%	41 613	46%
EXTREME-NORD	168 577	49 645	29%	103 036	48%
LITTORAL	183 459	43 753	24%	68 340	64%
NORD	92 213	51 056	55%	82 791	62%
NORD OUEST	139 316	29 061	21%	41 899	69%
OUEST	101 710	42 960	42%	49 133	87%
SUD	29 046	7 607	26%	12 542	61%
SUD OUEST	83 923	18 950	23%	29 359	65%
TOTAL	1 021 194	306 267	30%	551 202	56%

3.1.3. INVENTAIRE DES MILDA AU 31 DECEMBRE 2016

Conformément aux dispositions du Manuel de Procédures Administratives, Financières et comptables du PNLP, les inventaires des MILDA (routine et campagne 2015/2016) ont été effectués au 31 décembre 2016.

Ainsi, **344 405** MILDA de routine et 526 773 MILDA reliquat de la campagne de distribution de 2015/2016 ont été inventoriés (Tableaux 7 et 8).

Tableau 9: Etat des stocks des MILDA de routine acquis sous financement Fonds Mondial au 31 décembre 2016

REGION	SITUATION DES STOCKS EN DEBUT D'ANNEE 2016	ENTREES DE STOCKS PENDANT L'ANNEE 2016	SORTIES DE STOCK PENDANT L'ANNEE 2016	SITUATION FINALE DU STOCK AU 31/12/2016
ADAMAOUA	0	31 668	13 539	18 129
CENTRE	0	109 678	43 200	66 478
EST	0	22 035	10 116	11 919
EXTREME-NORD	0	105 288	45 555	59 733
LITTORAL	0	88 464	55 668	32 796
NORD	0	64 406	43 858	20 548
NORD OUEST	0	51 878	0	51 878
OUEST	0	50 669	17 237	33 432
SUD	0	19 752	11 202	8 550
SUD OUEST	0	40 942	0	40 942
TOTAL	0	584 780	240 375	344 405

Tableau 10: Etat des stocks des MILDA de la campagne 2015-2016 au 31 décembre 2016

REGION	SITUATION DES STOCKS EN DEBUT D'ANNEE 2016	ENTREES DE STOCKS PENDANT L'ANNEE 2016	SORTIES DE STOCK PENDANT L'ANNEE 2016	SITUATION FINALE DU STOCK AU 31/12/2016
ADAMAOUA	667 205	0	662 131	5 074
CENTRE	0	103 649	103 649	0
EST	64 206	0	12 835	51 371
EXTREME-NORD	2 218 337	0	2 208 589	9 748
LITTORAL	1 863 877	0	1 614 839	249 038
NORD	1 357 000	0	1 356 299	701
NORD OUEST	184 725	0	152 965	31 760
OUEST	671 300	360 964	1 011 752	20 512
SUD	125 170	0	87 355	37 815
SUD OUEST	117 288	3 466	0	120 754
TOTAL	7 269 108	468 079	7 210 414	526 773

Tableau 11: Etat des stocks de MILDA de routine du Round 9 au 31 décembre 2016

REGION	SITUATION DES STOCKS EN DEBUT D'ANNEE 2016	ENTREES DE STOCKS PENDANT L'ANNEE 2016	SORTIES DE STOCK PENDANT L'ANNEE 2016	SITUATION FINALE DU STOCK AU 31/12/2016
ADAMAOUA	5 248	0	3 882	1 366
CENTRE	45 854	0	41 660	4 194
EST	8 467	0	5 535	2 932
EXTREME-NORD	63 289	0	59 012	4 277
LITTORAL	94 995	0	50 063	44 932
NORD	27 807	0	27 617	190
NORD OUEST	87 438	0	48 063	39 375
OUEST	51 041	0	36 950	14 091
SUD	9 294	0	6 249	3 045
SUD OUEST	42 981	0	20 847	22 134
TOTAL	436 414	0	299 878	136 536

3.2. PULVERISATION INTRA DOMICILIAIRE

Faute de financements, l'activité n'a pas encore été réalisée en raison de son coût onéreux.

3.3. TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT (TPI)

Le Traitement Préventif Intermittent repose sur l'administration de la Sulfadoxine - Pyriméthamine chez les femmes enceintes dans les formations sanitaires du pays.

3.3.1. ACQUISITION DE LA SULFADOXINE-PYRIMETHAMINE 500/25MG (SP)

En 2016, l'acquisition d'un stock prévu de 13 605 boîtes de 1 000 comprimés de Sulfadoxine-Pyriméthamine 500/25mg sur financement du Fonds Mondial a été annulée en raison d'un surstock important dans le pays.

En effet, 7 985 boîtes avaient été réceptionnées en décembre 2015 et ont permis d'adresser tout le besoin de l'année 2016.

3.3.2. DISTRIBUTION DE LA SP POUR TPI DE LA CENAME VERS LES FRPS/CAPR

Tableau 12: Quantité de sulfadoxine-pyriméthamine 500mg/25mg cps distribués aux FRPS/CAPR par la CENAME au cours de l'année 2016

Désignation du CAPR/FRPS	Sulfadoxine-Pyriméthamine 500/25mg (boîte de 1 000 comprimés)
ADAMAOUA	600
CENTRE	750
EST	850

Désignation du CAPR/FRPS	Sulfadoxine-Pyriméthamine 500/25mg (boîte de 1 000 comprimés)
LITTORAL	1 100
SUD	900
SUD-OUEST	850
NORD	750
NORD-OUEST	650
EXTREME-NORD	500
OUEST	400
TOTAL	7 350

3.3.3. DISTRIBUTION DE LA SP POUR TPI DES FRPS/CAPR VERS LES FORMATIONS SANITAIRES

Tableau 13: Quantité de sulfadoxine-pyriméthamine 500mg/25mg cps distribués aux formations sanitaires par les FRPS/CAPR au cours de l'année 2016

Désignation du CAPR/FRPS	Sulfadoxine-Pyriméthamine 500/25mg (boîte de 1 000 comprimés)
ADAMAOUA	722
CENTRE	1 097
EST	1 793
LITTORAL	181
SUD	1 327
SUD-OUEST	2 506
NORD	1 264
NORD-OUEST	1 004
EXTREME-NORD	1 339
OUEST	285
TOTAL	11 516

3.3.4. MISE EN ŒUVRE DU TPI A LA SP DANS LES FORMATIONS SANITAIRES

En 2016, le nombre de femmes enceintes était estimé par l'INS à 869 745. Parmi ces femmes enceintes attendus, 506 852 (63%) sont venues à la première consultation prénatale (CPN1). Les régions du Sud-ouest (51%), du Sud (51%) et de L'extrême-nord (52%) sont celles qui ont le plus faible taux de fréquentation de la CPN. On note un taux d'abandon de 28% pour la CPN1 et 29% pour la CPN2.

Parmi les femmes enceintes reçues en CPN dans les formations sanitaires, 76% d'entre elles ont reçu une première dose de Sulfadoxine- Pyriméthamine (SP) à titre de traitement préventif du paludisme (TPI1). On note que 55% de ces femmes ont reçu une deuxième dose de SP (TPI2) et 33% une troisième dose de SP (TPI3). Le faible taux de TPI3 constitue une

préoccupation car l'efficacité de cette stratégie augmente avec le nombre de doses et la référence est désormais fixée à au moins trois doses de SP.

Tableau 14: Répartition par région du nombre de CPN et du nombre de doses de TPI en 2016

RÉGION	Nombre de femmes enceintes attendues	Femmes enceintes vues en CPN 1	Femmes enceintes vues en CPN 2	Femmes enceintes vues en CPN 3	Femmes enceintes ayant reçu le TPI 1	Femmes enceintes ayant reçu le TPI 2	Femmes enceintes ayant reçu le TPI 3	Taux de couverture du TPI 1	Taux de couverture du TPI 2	Taux de couverture du TPI 3
ADAMAOUA	49 522	39 012	23 930	15 552	30 541	20 587	12 001	78%	53%	31%
CENTRE	134 466	83 477	57 067	41 771	47 149	35 261	20 772	56%	42%	25%
EST	37 169	41 613	26 258	17 253	36 130	21 426	12 742	87%	51%	31%
EXTREME-NORD	197 689	103 036	75 161	48 221	79 646	52 783	29 423	77%	51%	29%
LITTORAL	97 203	68 340	50 303	37 665	47 785	36 504	23 619	70%	53%	35%
NORD	115 177	82 791	61 156	41 344	65 414	50 675	31 633	79%	61%	38%
NORD-OUEST	74 171	41 899	35 667	30 815	35 061	28 380	19 312	84%	68%	46%
OUEST	82 474	49 133	34 574	26 275	41 829	31 408	16 712	85%	64%	34%
SUD	24 829	12 542	7 865	4 169	9 104	5 910	3 179	73%	47%	25%
SUD-OUEST	57 045	29 359	24 009	17 948	24 791	19 166	11 185	84%	65%	38%
CAMEROUN	869 745	551 202	395 990	281 013	417 450	302 100	180 578	76%	55%	33%

Le taux de couverture en TPI 3 est passé de 29% en 2014, 32% en 2015 et 33% en 2016. L'écart entre la performance réalisée et la cible (80%) est important. Dans la perspective d'améliorer cet indicateur, le programme a intégré le TPI dans le paquet d'interventions de la SASNIM.

En plus, le programme a opté, en collaboration avec le MINPROFF, d'autres Directions et Programmes du MINSANTE, pour la stratégie avancée de la CPN recentrée : cette approche vise améliorer l'accès au paquet intégré de soins aux femmes enceintes vivant en zone enclavée.

3.4. CHIMIO PREVENTION DU PALUDISME SAISONNIER CPS DANS LES REGIONS DE L'EXTREME-NORD ET DU NORD

Les régions de l'Extrême-Nord et du Nord sont à forte transmission saisonnière de paludisme, généralement, de juillet à octobre de chaque année. Il en découle une forte mortalité saisonnière, particulièrement marquée chez les enfants de moins de 5 ans. En réponse à cette situation, et conformément aux recommandations de l'OMS, le Cameroun a opté pour la Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) chez les enfants âgés de 3 à 59 mois. La première campagne CPS a été mise en œuvre au cours de l'année 2016. Elle a été conjointement financée par l'Etat, la Banque Islamique de Développement (BID) et le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP).

3.4.1. ACQUISITION DES INTRANTS

(à insérer)

3.4.2. ACQUISITION DE SULFADOXINE / PYRIMETHAMINE + AMODIAQUINE

En 2016 et conformément au plan de gestion des achats et des stocks du PNL, le partenaire UNICEF seul a approvisionné le Cameroun en Sulfadoxine-Pyriméthamine + Amodiaquine (SPAQ) à travers sa centrale d'achats basée à Copenhague. Le financement de cet achat et du positionnement du médicament dans tous les districts de santé des régions du Nord et de l'Extrême-Nord par l'UNICEF a été assuré par un prêt de la Banque Islamique de Développement à l'Etat du Cameroun.

Tableau 13 : Quantité de SPAQ mis à la distribution des Régions pour la Campagne CPS 2017

REGION	Nombre de Plaquettes SP+AQ reçues	
	Pour enfants de 3 à 11 mois (SP 250mg/12,5mg+ AQ 75mg) en cps	Pour enfants de 12 à 59 mois (SP 500mg/25mg+ AQ 150mg) en cps
NORD	334 995	1 526 057
EXTREME NORD	563 923	2 568 928
TOTAL	898 918	4 094 985

Rappelons que la campagne de CPS pour laquelle ce médicament avait été commandé sur financement du Fonds Mondial n'a pas pu être mise en œuvre en 2015, faute d'intrants, car l'UNICEF n'avait pas pu placer sa commande auprès du seul fournisseur préqualifié au niveau mondial pour sa contrepartie. Cette situation a donné lieu à un surstock de ce médicament car au final, le partenaire UNICEF n'a pas tenu du stock déjà disponible à la CENAME. Il existe donc encore à la CENAME à date un stock de SPAQ en voie de péremption et dont le détail est le suivant :

Tableau 14 : Situation de la SPAQ (Fonds Mondial) en voie de péremption à la CENAME.

Désignation du produit	Numéro de lot	Date de péremption	Stock disponible en nombre de boîtes de 25 plaquettes	Stock disponible en nombre de plaquettes
SPAQ 75mg+250/12.5mg, tablets, co-Blister 25 x 3+1 Tabs	LP150613	26/05/2017	19 600	490 000

Malgré tous les efforts entrepris dans les temps par le PNL avec l'appui du Fonds Mondial et du réseau UNICEF en Afrique pour redéployer ce surstock vers un autre pays

mettant en œuvre la CPS et préserver l'utilisation du médicament au profit des enfants de moins de 3 à 59 mois, il arrivera à expiration au mois de mai 2017.

Dans les deux Régions, du premier cycle au troisième cycle, le nombre de personne dénombré allait croissant. Cette croissance traduit l'adhésion croissante de la population à la stratégie de chimio prévention du paludisme saisonnier. Par ailleurs, la cible planifiée a été également dépassée en raison de l'afflux des réfugiés

3.1.1 DENOMBREMENT DE LA CIBLE

Cette intervention a ciblé 1 387 534 enfants âgés de 3 à 59 mois. La campagne a été mise en œuvre en 3 cycles mensuels pendant les mois d'Août, septembre et octobre 2016. Le premier cycle a été précédé d'un dénombrement d'enfants 3-59 mois, lequel a été successivement mis à jour au cours des deux cycles suivants. Le tableau 14 ci-dessous récapitule la couverture du dénombrement des enfants 3 -59 mois et ses mises à jour du cycle 1 à 3.

Tableau 15: Couverture du dénombrement des enfants 3-59 mois du cycle 1 au cycle 3 par Région au cours de la campagne CPS 2016

		Nord		Extrême-Nord		Total	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Nombre planifié (population administrative)		512 457	-	875 077	-	1 387 534	-
Nombre d'enfants dénombrés	Cycle 1	535 955	104,6%	900 990	103,0%	1 436 945	103,6%
	Cycle 2	535 955	104,6%	942 850	107,7%	1 478 805	106,6%
	Cycle 3	579 153	113,0%	964 345	110,2%	1 543 498	111,2%

3.4.3. DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS

Le tableau 15 à 17 ci-dessous récapitule la couverture de la distribution de la SPAQ du cycle 1 à 3 par Région au cours de la campagne CPS 2016, ainsi que la complétude du traitement et la participation des enfants ciblés aux 3 cycles.

Tableau 16: Couverture de la distribution de la SPAQ du cycle 1 à 3 par Région au cours de la campagne CPS 2016

		Nord		Extrême-Nord		Total	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Cible de la distribution		584 905	-	964 345	-	1 549 250	-
Cycle 1		520 003	88,9%	851 993	88,3%	1 371 996	88,6%
Cycle 2		552 472	94,5%	884 727	91,7%	1 437 199	92,8%
Cycle 3		580 625	99,3%	897 073	93,0%	1 477 698	95,4%

Figure 1: Evolution de la couverture administrative de la CPS du 1er au 3e cycle

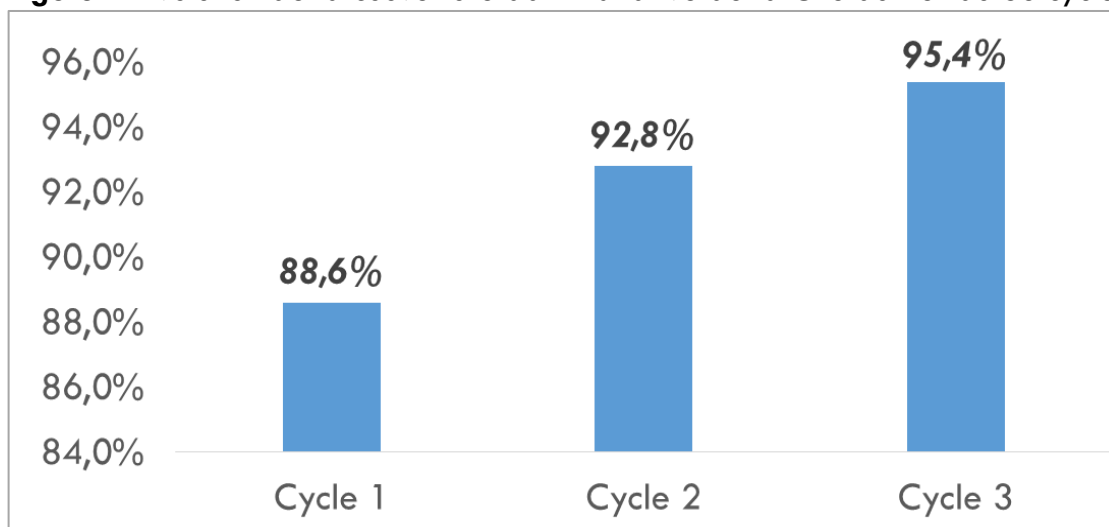


Tableau 17: Couverture du traitement complet par cycle CPS et par Région au cours de la Campagne CPS 2016 (cycle 1)

Variables		Nord		Extrême-Nord		Total	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Cycle 1 : Suivi effectué par les mobilisateurs	Nombre d'enfants ayant reçu la 1 ^{ère} dose	520 003	96,3%	851 993	94,2%	1 371 996	95,0%
	Nombre d'enfants ayant reçu la 2 ^e et 3 ^e dose	500 654		802 172		1 302 826	

Tableau 18: Couverture du traitement complet par cycle CPS et par Région au cours de la Campagne CPS 2016 (cycle 2 et 3)

Variables		Nord		Extrême-Nord		Total	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Cycle 2 : Evaluation rapide	Nombre d'enfants ayant reçu la 1 ^{ère} dose	8 520	98,0%	17 308	98,8%	25 828	98,5%
	Nombre d'enfants ayant reçu la 2 ^e et 3 ^e dose	8 352		17 093		25 445	
Cycle 3 : Evaluation rapide	Nombre d'enfants ayant reçu la 1 ^{ère} dose	15 398	98,3%	16 305	97,9%	31 703	98,1%
	Nombre d'enfants ayant reçu la 2 ^e et la 3 ^e dose	15 143		15 967		31 110	

Tableau 19: Couverture de la participation aux 3 cycles par Région au terme de la campagne CPS 2016

	Nord		Extrême-Nord		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Enfants dénombrés	584 905	-	964 345	-	1 549 250	-
Enfants ayant participé à 3 cycles	514 842	88,0%	811 494	84,1%	1 326 366	85,6%
Enfants ayant participé à 2 cycles	50 518	8,6%	78 457	8,1%	128 975	8,3%
Enfants ayant participé à 1 cycle	18 176	3,1%	29 688	3,1%	47 864	3,1%
Enfants n'ayant participé à aucun cycle	1 489	0,3%	3 706	0,4%	5 195	0,3%

4. PRISE EN CHARGE DES CAS

La prise en charge des cas est l'un des axes de base de la lutte contre le paludisme suivant le PNSLP 2014-2018. Comme inscrit dans ledit plan, cette stratégie comporte deux composantes :

- la prise en charge des cas au niveau des formations sanitaires et ;
- La prise en charge des cas au niveau communautaire.

L'application de la politique de gratuité du traitement du paludisme simple depuis 2011 et du paludisme grave dès 2014 chez les moins de cinq ans, y compris la subvention du traitement chez les femmes enceintes et dans la population générale avait pour but d'améliorer l'accessibilité au traitement dans la population générale. La mise en œuvre de cette politique s'est poursuivie et a connu quelques avancées en 2016. Afin de poursuivre la mise en œuvre de ces interventions et garantir la disponibilité des intrants auprès du personnel de santé, les médicaments et TDR ont été acquis, distribués et utilisés au cours de l'année 2016. . Comme en 2015, le Programme a connu une tension de stock de l'artésunate injectable 60mg pour la prise en charge du paludisme grave.

En ce qui concernant la Prise En Charge Intégrée Communautaire (PEPIC), elle n'a effectivement débuté qu'en décembre avec la formation des ASC polyvalents. Toutefois depuis 2015 et tout le long de l'année 2016, en prélude à la formation, il y a eu finalisation de la stratégie intégrée communautaire avec l'appui d'un consultant et finalisation des modules de formation. Des intrants comme l'Amoxicilline, SRO/Zinc, Paracétamol ont été mis acquis et pré positionnés dans les FSRPS en attendant la mise en activité des ASC sous financement FM. Avec l'appui des partenaires comme l'UNICEF, ACMS, JHPIGO, des intrants ont été mis à disposition des ASC formés pour la prise en charge de certaines maladies courantes en communauté au cours de l'année 2016.

3.2 ACQUISITION DES INTRANTS DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Comme en 2015, le Programme a connu une tension de stock de l'artésunate injectable 60mg pour la prise en charge du paludisme grave.

Les antipaludiques acquis par le PNLP en 2016 comprenaient : les combinaisons Artésunate+Amodiaquine et Artéméther+Luméfantrine, médicaments de première intention pour la prise en charge du paludisme simple ; l'artésunate injectable (et les seringues pour son administration), médicament de première intention pour la prise en charge du paludisme grave ; la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) pour le traitement préventif intermittent du paludisme (TPI) chez la femme enceinte ; et la combinaison Amodiaquine+Sulfadoxine/Pyriméthamine pour la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS).

Les quantités acquises ainsi que les sources de financement sont présentées dans les tableaux suivants.

Seuls les partenaires du Ministère de la Santé Publique dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme ont financé, pour l'année 2016, l'acquisition de tous les médicaments et intrants, tant pour la prévention, le diagnostic, que pour la prise en charge de la maladie.

1.1.1. ACQUISITION DES TESTS DE DIAGNOSTIC RAPIDE

Au cours de l'année 2016, le PNLP a acquis 1 380 703 kits de TDR et une quantité équivalente de paires de gants de soins sur financement du Fonds Mondial.

Les TDR financés par le Fonds Mondial ont été traditionnellement acquis à travers le mécanisme « Pooled Procurement Mechanism (PPM) ». Leurs commandes ont été passées au mois de janvier 2016, et leurs livraisons ont eu lieu à la CENAME conformément aux clauses de la convention liant la CENAME au PNLP. Le tableau 1 ci-après présente les quantités de TDR acquis en 2016 ainsi que les dates de livraison.

Tableau 18 : Quantité des TDR acquises au cours de l'année 2016

Type de TDR fournis	Année du financement	Quantité de TDR commandée	Quantité de TDR livrée en 2016	Date de signature de la demande de cotation	Date de la livraison effective
Malaria Antigen P.f/Pan	2016	414 211	414 211	10 mars 2016	12 août 2016
Malaria Antigen P.f , HRP2	2016	966 492	966 492	10 mars 2016	12 août 2016
Total		1 380 703	1 380 703		

Tableau 19: Acquisition des gants (boîtes de 100) faites au cours de l'année 2016

Année du financement	Quantité de gants de soins commandée	Quantité de gants de soins livrée en 2016	Date de signature de la demande de cotation	Date de la livraison
2016	27 615	27 615	10 mars 2016	02 septembre 2016

1.1.2. ACQUISITION DE L'ARTESUNATE-AMODIAQUINE

Un total de 929 080 doses d'Artésunate+Amodiaquine ont été acquises en 2016 pour la prise en charge des cas de paludisme simple dans les formations sanitaires et dans le cadre de la Prise en Charge à Domicile (PECIC).

Tableau 20: Acquisition de l'Artésunate-Amodiaquine (traitements)

Présentation	Année du financement	Quantité commandée	Quantité livrée en 2016	Date de la commande	Date de la livraison
ASAQ 25/ 67,5 mg blister de 3cp	2016	139 362	139 362	18 février 2016	10 mai 2016
ASAQ 50/135 mg blister de 3cp	2016	232 270	232 270	18 février 2016	10 mai 2016
ASAQ 100/270 mg blister de 3cp	2016	185 816	185 816	18 février 2016	10 mai 2016
ASAQ 100/270 mg blister de 6cp	2016	371 632	371 632	18 février 2016	10 mai 2016
Total		929 080	929 080		

Au total, 929 080 doses d'ASAQ commandées ont été réceptionnées en 2016, soit un taux de réalisation de 100%.

1.1.3. ACQUISITION DE L'ARTEMETHER+LUMEFANTRINE (AL)

L'OMS recommande que tout cas de paludisme simple soit traité à l'AL dans les zones de mise en œuvre de la CPS, au moins un mois avant, et pendant la campagne.

Tableau 21 : Acquisition de l'Artéméther+Luméfantrine (traitements)

Présentation	Année du financement	Quantité commandée	Quantité livrée en 2016	Date de la commande	Date de la livraison
Artemether+Lumefantrine 6*1	2016	24 594	24 594	18 février 2016	09 mai 2016
Artemether+Lumefantrine 6*2	2016	40 989	40 989	18 février 2016	09 mai 2016
Artemether+Lumefantrine 6*3	2016	32 791	32 791	18 février 2016	09 mai 2016
Artemether+Lumefantrine 6*4	2016	65 582	65 582	18 février 2016	09 mai 2016

Total		163 956	163 956		
--------------	--	----------------	----------------	--	--

1.1.4. ACQUISITION DE L'ARTESUNATE INJECTABLE 60MG

Au total, 1 286 606 ampoules d'artésunate injectable 60mg et 19 794 boîtes de 100 seringues de 10mL (soit 6 seringues prévues par patient), ont été acquis en 2016 pour la prise en charge des cas de paludisme grave dans les formations sanitaires, sur financement du Fonds Mondial.

Tableau 22 : Acquisition de d'artésunate injectable 60mg et des seringues de 10mL par le Mécanisme PPM

Présentation	Année du financement	Quantité commandée	Quantité livrée en 2016	Date de la commande	Date de la livraison
Artésunate injectable 60mg (ampoules)	2016	100 000	100 000	22 mars 2016	17 juin 2016
Artésunate injectable 60mg (ampoules)	2016	300 000	300 000	22 mars 2016	05 juillet 2016
Artésunate injectable 60mg (ampoules)	2016	350 000	350 000	22 mars 2016	09 août 2016
Artésunate injectable 60mg (ampoules)	2016	536 606	536 606	22 mars 2016	09 août 2016
Total Artésunate injectable	/	1 286 606	1 286 606	/	/
seringues de 10mL (boîtes de 100)	2016	19 794	19 794	10 mars 2016	25 novembre 2016

1.1.5. DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS ET AUTRES CONSOMMABLES MEDICAUX

La distribution des médicaments antipaludiques se fait à travers un système de recouvrement de coûts. Les ACT (ASAQ et AL) et l'artésunate injectable destinés aux personnes âgées de plus de cinq ans sont vendues aux prix subventionnés sur la base des commandes reçues des CAPR/FRPS, grossistes agréés et les grandes formations sanitaires. Les antipaludiques destinés aux enfants de moins de cinq ans sont répartis aux structures du SYNAME sur la base des plans de distributions élaborés par la PNLP (système push). Le plan de répartition par régions-cibles est résumé dans les tableaux suivants

Tableau 23 : Quantité d'ASAQ par présentation distribué aux FRPS/CAPR par la CENAME au cours de l'année 2016

Désignation du CAPR/FRPS	ASAQ 25/67,5mg (Boîte de 25 traitements)	ASAQ 50/135mg (Boîte de 25 traitements)	ASAQ 100/270mg, 3cp (Boîte de 25 traitements)	ASAQ 100/270mg, 6cp (Boîte de 25 traitements)
ADAMAOUA	2 450	1 740	1 218	1 700
CENTRE	1 700	950	1 652	980
EST	1 818	1 110	1 100	750
LITTORAL	1 725	1 200	920	800
SUD	1 480	918	690	1 200
SUD-OUEST	1 760	917	413	583
NORD	4 550	3 200	416	874
NORD-OUEST	1 980	900	750	1 120
EXTREME-NORD	740	550	278	578
OUEST	1 324	504	530	327
TOTAL	19 527	11 989	7 967	8 912

Tableau 24 : Quantité d'AL par présentation distribués au FRPS/CAPR par la CENAME au cours de l'année 2016 dans le cadre de la campagne de CPS

Désignation du produit	Extrême-Nord	Nord	Total
Artemether/Lumefantrine 20/120mg, tablets, Blister 30 x 6 Tabs	1 672	1 088	2 760
Artemether/Lumefantrine 20/120mg, tablets, Blister 30 x 12 Tabs	1 099	3 506	4 605
Artemether/Lumefantrine 20/120mg, tablets, Blister 30 x 18 Tabs	2 289	1 416	3 705
Artemether/Lumefantrine 20/120mg, tablets, Blister 30 x 24 Tabs	4 454	2 956	7 410

Tableau 25: Quantité de Tests de diagnostic rapide du paludisme (TDR) distribuée aux FRPS/CAPR par la CENAME au cours de l'année 2016

Désignation du CAPR/FRPS	Tests de Diagnostic Rapide (boîte de 25 TDR)
ADAMAOUA	2 536
CENTRE	2 199
EST	2 370
LITTORAL	4 961

SUD	2 267
SUD-OUEST	4 622
NORD	1 002
NORD-OUEST	1 359
EXTREME-NORD	252
OUEST	1 458
TOTAL	23 027

Tableau 26: Quantité d'antipaludiques injectables (artésunate 60mg) distribués aux FRPS par la CENAME au cours de l'année 2016

Désignation du CAPR/FRPS	Artésunate injectable 60mg (Boîtes de 100 ampoules)
ADAMAOUA	494
CENTRE	1 192
EST	1 000
LITTORAL	1 085
SUD	571
SUD-OUEST	1 172
NORD	1 038
NORD-OUEST	1 400
EXTREME-NORD	784
OUEST	642
TOTAL	9 378

Tableau 27: Quantité d'ASAQ par présentation distribué aux Formations sanitaire par les FRPS/CAPR au cours de l'année 2016

Désignation du CAPR/FRPS	ASAQ 25/67,5mg (Boîte de 25 traitements)	ASAQ 50/135mg (Boîte de 25 traitements)	ASAQ 100/270mg, 3cp (Boîte de 25 traitements)	ASAQ 100/270mg, 6cp (Boîte de 25 traitements)
ADAMAOUA	886	1509	17325	2600
CENTRE	20650	56925	35625	70625
EST	41505	74045	42520	77375
EXTREME-NORD	9855	41374	25130	35134
NORD	25075	41225	15925	48925
NORD-OUEST	11171	9605	18949	45229
OUEST	43825	142375	21088	40215

Désignation du CAPR/FRPS	ASAQ 25/67,5mg (Boîte de 25 traitements)	ASAQ 50/135mg (Boîte de 25 traitements)	ASAQ 100/270mg, 3cp (Boîte de 25 traitements)	ASAQ 100/270mg, 6cp (Boîte de 25 traitements)
SUD	5800	12125	28340	51208
SUD-OUEST	406	2522	0	0
LITTORAL				
TOTAL	159173	381705	204902	371311

Tableau 28 : Quantité d'AL par présentation distribués aux Formations sanitaire par les FRPS/CAPR au cours de l'année 2016

Désignation du produit	Extrême-Nord	Nord	OUEST	Total
Artemether/Lumefantrine 20/120mg, tablets, Blister 30 x 6 Tabs	50160	27950	898	79008
Artemether/Lumefantrine 20/120mg, tablets, Blister 30 x 12 Tabs	32970	105180	2523	140673
Artemether/Lumefantrine 20/120mg, tablets, Blister 30 x 18 Tabs	41549	42480	90	8419
Artemether/Lumefantrine 20/120mg, tablets, Blister 30 x 24 Tabs	32325	89160	3618	125103

Tableau 29: Quantité de Tests de diagnostic rapide du paludisme (TDR) distribuée aux Formations sanitaire par les FRPS/CAPR au cours de l'année 2016

REGIONS	Quantités de Tests de Diagnostic Rapides distribués aux FOSA en 2016
ADAMAOUA	4569
CENTRE	182200
EST	197200
LITTORAL	115950
SUD	ND
SUD-OUEST	ND
NORD	104600
NORD-OUEST	ND
EXTREME-NORD	188542
OUEST	240525

REGIONS	Quantités de Tests de Diagnostic Rapides distribués aux FOSA en 2016
TOTAL	1033586

Tableau 30: Quantité d'antipaludiques injectables distribués aux Formations sanitaire par les FRPS/CAPR au cours de l'année 2016

REGION	ARTESUNATE INJ 60MG	ARTHEMETHER 40MG	ARTHEMETHER 80MG
ADAMAOUA	1641,66 boîtes	550,66 kits	500 boîtes
NORTH	174906 ampoules	0	132114 ampoules
FAR NORTH	175587 ampoules	46254 ampoules	0
NORTH WEST	103800 ampoules	0	51,000 ampoules
WEST	61810 ampoules	39966 ampoules	283 ampoules
LITTORAL	Not available	Not available	Not available
CENTER	144200 ampoules	0	0
EAST	63200 ampoules	0	0
SOUTH	24303 ampoules	42309 ampoules	0
SOUTH WEST	0	11554 boîtes	104460 boîtes

Tableau 31 : Stock des intrants antipaludiques au 31 décembre 2016 (en nombre de boîtes)

Région	ASAQ 25/67,5	ASAQ 50/135	ASAQ 100/270 (3)	ASAQ 100/270 (6)	Sulfadoxine-Pyriméthamine 500/25mg	TDR	Artésunate Injectable 60mg (ampoules)	Gants de soins (boîtes de 100)	Seringues (boîtes de 100)
Adamaoua	368	1 409	1 107	2 212	2 055	2	0	0	0
Centre	29	1 168	67	37	928	113	76 676	46	1 808
Est	800	734	847	1 680	503	6 067	31 881	269	0
Extrême-Nord	1 194	1 559	1 893	2 693	1 411	0	92	2 742	805
Littoral	169	754	927	1 359	384	5 258	31 420	1 842	1 155
Nord	55	8	5	4	0	3	3 478	17	0
Nord-Ouest	746	2 037	788	1 435	397	0	93 807	0	0
Ouest	0	1 241	102	354	1 087	228	5 624	2 806	1 579
Sud	232	765	2 205	1 204	150	2 189	69 190	1 559	0
Sud-Ouest	0	61	0	0	1 626	257	0	3 832	656

Région	ASAQ 25/67,5	ASAQ 50/135	ASAQ 100/270 (3)	ASAQ 100/270 (6)	Sulfadoxine- Pyriméthamine 500/25mg	TDR	Artésunate Injectable 60mg (ampoules)	Gants de soins (boîtes de 100)	Seringues (boîtes de 100)
TOTAL	3 593	9 736	7 941	10 978	8 541	14 117	312 168	13 113	6 002

1.2. PRISE EN CHARGE DES CAS DE PALUDISME DANS LES FORMATIONS SANITAIRES

Les activités de prise en charge du paludisme simple et grave ont été menées dans les formations sanitaires conformément à la politique nationale, à savoir diagnostic systématique des cas suspects de paludisme par le TDR ou la GE, et le traitement des cas de paludisme simple et grave par les intrants mis à la disposition des Fosa par le circuit du SYNAME.

Dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord, les enfants de moins de 5 ans ont été pris en charge par l'AL au cours de la mise en œuvre de la CPS. Les femmes enceintes ont bénéficié du traitement subventionné pour le traitement du paludisme grave.

Le taux confirmation des cas (réalisation du TDR ou GE) s'est accru, quoi que l'on note encore une certaine proportion de prestataires qui administrent le traitement sans réaliser le test. A cet effet, le TDR est de plus en plus largement répandu. La microscopie continue d'être faite par certaine formation sanitaire disposant d'un microscope et des intrants, cependant le contrôle qualité des examens et intrants n'est toujours pas mis en œuvre.

L'on a pu noter dans certaines FOSA la réalisation du TDR et de la microscopie chez le même patient. Par ailleurs, il existe encore des cas de patients suspects traités comme paludisme par des prestataires malgré le TDR négatif. Les guides ont été produits et distribués en décembre 2016.

De toutes les activités planifiées et reprogrammées, celles relatives à l'assurance qualité des intrants et du diagnostic biologique, la formation des commis de pharmacie, la formation des gestionnaires de la chaîne du SYNAME, la tenue des symposium n'ont pas pu être menés et seront reprogrammées en 2017. Cette retard est due en partie à la mise en œuvre des deux campagnes MILDA et CPS qui s'est étendue de 2015 à 2016 avec comme corollaire la mobilisation de tout le personnel du programme.

1.3. MISE EN ŒUVRE DE LA PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DU PALUDISME

1.3.1. COORDINATION DE LA MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre des activités communautaires est opérationnalisée par les quatre sous bénéficiaires du financement Fonds Mondial de la Note conceptuelle paludisme 2015-2017 notamment : IRESCO, MC-CCAM, Plan International Cameroun, Malaria No More sous la coordination du PNLP. En marge de ces activités sous financement FM, des partenaires tels

que ACMS, JHPIEGO et trust-funds / UNICEF mettent en œuvre depuis quelques années des activités communautaires à travers des ASC sous la coordination le PNLP.

Les activités communautaires programmées depuis 2015 n'ont pas été mise en œuvre et ont été reprogrammées en 2016 pour des nécessités d'intégration des activités des trois programmes sous financement FM : PNLP, CNLS et PNLT. Les outils intégrés et modules des ASC ont été revisités. A cet effet, les trois programmes sous l'égide de la DOSTS et avec l'appui des partenaires ont :

- Participé aux ateliers de finalisation du guide et directives de mise en œuvre des activités communautaires
- Elaboré de la stratégie intégrée communautaires, plan de mise en œuvre et le cadre de performance et le budget de la stratégie intégré,
- Elaboré des spécifications techniques du matériel des ASC ;
- Participer à la coordination du procédé de mobilisation des prestataires, pour la production/acquisition des équipements/outils et intrants des ASC (chasubles, lampes solaires, caisses de conservation des médicaments des ASC, badges, registres, thermomètres, etc.)
- Assuré la révision et la procédure de signature de l'Avenant de la Convention de Partenariat N°0009 entre le Récipiendaire Principal (MINSANTE) et IRESCO/ MC CCAM/ PLAN Int Cam ;
- Assuré la coordination de la signature des avenants contrats avec les organisations de la société civile de district (OSCD). Ainsi, que les protocoles d'accord ont été signés entre les SR et les OSCD de toutes les régions. A ces contrats, ont été annexés: le Plan de mise en œuvre détaillé (DIP) adapté aux OSCD, le Manuel de formation des OSCD, le cadre de performance et le budget de chaque OSCD
- le PNLP a validé les demandes d'avance de fonds pour la réalisation des activités conformément au DIP après Analyse, régulièrement de l'état de trésorerie disponible qui lui a été soumis.

Avec l'appui financier de l'OMS, I s'est tenu deux ateliers sur la PECIC à savoir : l'atelier de dissémination de la stratégie communautaire et la formation des formateurs centraux et régionaux.

En plus des ateliers, plusieurs autres activités avec les parties prenantes ont été menées à savoir :

- les activités préparatoires de la mise en œuvre (MEO) de la PECIC ;
- l'élaboration/révision des documents stratégiques de la mise en œuvre des activités communautaires intégrées, des outils de gestions des données de la PECIC ;

- la répartition budgétaire entre les 3 Programmes, L'identification des risques programmatiques et financiers dans la mise en œuvre de la subvention VIH/TB du NFM (activités communautaires). Cette séance a réuni les consultants du DAT-AOC, les staffs du CNLS et les SR;
- les formations des différents acteurs de mise en œuvre.

1.3.2. LA PRODUCTION/ACQUISITION DES OUTILS/MATERIELS ET ACHEMINEMENT

Au cours de cette année 2016, les quatre SR ont produit, acquis et distribués aux ASC polyvalents les outils/matériels de formation et de travail. Ces outils ont été produits en français et en anglais. L'OMS a pris en charge les frais de traduction.

La section Nutrition UNICEF a appuyé le PNLP acquérant des MUAC pour le dépistage de la malnutrition dans les communautés par les ASC polyvalents tous les ASC. Les outils de sensibilisation des ASC pour le travail (vagins et pénis artificiels) n'ont toujours pas pu être acquis.

Dans l'optique de guider la distribution de ces outils/équipements aux bénéficiaires, des plans de distribution ont été élaborés et mis à la disposition des SR. De même des fiches de décharge ont été élaborées et dispatchées à tous les niveaux pour assurer la traçabilité du matériel. L'acheminement de ces outils/matériels au niveau des AS a été effectué par les SR avec l'appui des Coordonnateurs des GTR/palu des 10 régions et des chefs de Districts de Santé (CDS). Aussi, les outils liés à la formation des acteurs de mise en œuvre de la PECIC ont été produits/achetés et acheminés au niveau des sites de formation via la région, avec l'appui des Coordonnateurs GTR et CDS. Ces outils comprenaient : le matériel de prise de note, le document de stratégie intégrée, le DIP, le manuel de l'ASC, l'aide-mémoire de l'ASC, les fiches de gestion des données, les canevas de rapports de formation, la grille de supervision à tous les niveaux, les boîtes à images, les MUAC etc. Ces outils ont toujours été accompagnés de plans de distribution ventilés à chaque niveau d'acheminement en vue d'en assurer la couverture effective à tous les participants aux sessions de formation.

Les trois SR ont également réceptionné et acheminé au niveau des DS les outils/matériels des ASC, produits par les partenaires de mise en œuvre car MNM a remis ses boîtes à images aux trois autres. Ces outils étaient constitués de:

- boîtes à images,
- les MUAC du GTC/PNLP, pour la détection de la malnutrition aigüe chez les enfants ;
- des vagins artificiels et préservatifs (masculins et féminins) livrés par le GTC/CNLS destinés à la démonstration du port du préservatif lors de la formation des ASC. Toutefois, les pénis artificiels n'ont pas été livrés par le CNLS. Mais pendant les formations des ASC les GTR CNLS ont approvisionnés pour le bon déroulement des formations

Au cours de l'année 2016, les SR ont assuré la formation des acteurs de mise en œuvre des activités communautaires (OSCD, superviseurs/formateurs des ASC, ASC).

La formation des OSCD concernant la supervision des ASC a eu lieu avant celle des ASC pendant 5 jours. Celle des 4892 ASC a eu lieu pendant 10 jours. Dans 69 DS prioritaires. Dans 5 de ces 69 DS, Trust-Fund à travers Unicef a formé 187 ASC que le Fonds Mondial doit suivre à partir de Février 2017.

Tableau 32. Les effectifs par région sont consignés dans le tableau ci-dessous :

Date de formation des ASC	Régions	Effectifs total des ASC à former	ASC formés en 2016	Rapport disponible (Oui/Non)
Du 8 au 17 décembre	EST	338	338	Oui
Du 14 au 23 décembre	ADAMAOUA	415	415	Oui
Du 5 au 18 décembre	CENTRE	733	733	Oui
Du 12 au 21 décembre	OUEST	242	242	Oui
Du 7 au 16 décembre	NORD-OUEST	596	596	Oui
Du 6 au 15 décembre	SUD	175	175	Oui
Du 12 au 21 décembre Du 14 au 23 janvier	EXTREME NORD	821	450	Oui
Du 19 au 23 et du 26 au 30 décembre 2016	LITTORAL	530	281	Oui
Du 13 au 22 décembre Du 16 au 25 janvier	SUD-OUEST	505	xxx	Oui
Du 6 au 15 décembre Du 5 au 14 janvier	NORD	543	xxx	Oui

Les documents élaborés en prélude à la mise en œuvre des activités communautaires sont les suivants :

- le document de stratégie intégrée de mise en œuvre des activités sous directives communautaires au Cameroun (contenant le paquet minimum d'activité de l'ASC, la fréquence des supervisions...)
- le descriptif du rationnel de la motivation financière et non financière de l'ASC dans le cadre de la PECIC
- le plan détaillé de mise en œuvre des activités communautaires (DIP)
- le manuel de l'ASC contenant douze modules (généralité, C4D, Paludisme, IRA, Diarrhée, WASH, Santé de l'enfant et vaccination, Santé de la mère et planning familiale, Nutrition, violences basées sur le genre, Santé du nouveau-né et enregistrement des naissances, VIH, TB, Surveillance des décès maternels et néonataux)

- les fiches de gestion des données, les canevas de rapports de formation, la grille de supervision à tous les niveaux
- l'aide-mémoire de l'ASC
- l'élaboration des plans de formation des ASC, en collaboration avec l'équipe cadre de district et les OSCD dans les régions ont été faites au niveau opérationnel puis validé au niveau central
- le cadre de performance dont le paramétrage par région a été effectué par le M&E des SR
- les trois registres de l'ASC (registre de consultation, registre de communication et registre de suivi communautaire).

Les directions techniques du MINSANTE, les SR, les partenaires, les trois programmes ont contribué sous l'égide de la DOSTS à l'élaboration et la finalisation des documents relatifs à l'implémentation de la PECIC des documents ci- dessus cités.

Dans le cadre des activités préparatoires, les Organisations de la Société Civile de District (OSCD) ont participé à la formation des ASC dans les dix régions, ont menés des actions en rapport avec la formation des acteurs des niveaux district et communautaires. Ces OSCD ont :

- appuyé à la sélection des Agents de santé Communautaires (ASC), ainsi que la sensibilisation de ces derniers pour l'ouverture des comptes de téléphonie mobile en prélude à leur paiement;
- appuyé l'identification des salles de formation des ASC et des prestataires pour la restauration lors de ces formations dans leurs DS respectifs ;
- participé à la formation des membres des OSCD et des formateurs. Au cours de ces formations, elles ont contribué à l'élaboration des rapports journaliers;
- appuyé la réalisation de la cartographie des coûts réels de transport de l'aire de santé (AS) au district, lors de la formation des ASC ;
- facilité en tant que formateur, la formation des ASC pour la mise en œuvre de la PECIC, en collaboration avec les équipes cadres des districts concernés ;
- réceptionné et distribué le matériels des ASC;
- Collecté et transmis aux SR les pièces justificatives des sessions de formation;
- Elaboré des plans de travail.

1.3.3. ACTIVITES REALISEES PAR LES ASC

Au terme de l'année 2016, les ASC nouvellement formés n'avaient pas encore été mis en fonctions. Toutefois, la formation de plus de la moitié de ces ASC (879/4892) a été effective au cours du mois de décembre 2016. Cette formation se poursuivra au cours du

mois de janvier 2017. L'approvisionnement en intrants de l'ensemble des ASC se fera parallèlement au cours du même mois pour assurer le démarrage effectif du travail des

1.3.4. ACTIVITES PLANIFIEES EN 2016 POUR LES SR

Les activités suivantes planifiées pour l'année 2016 mise en œuvre par les SR ont été menées sous la coordination de la SPEC (GTC/PNLP) ; à savoir :

1. Le paiement des salaires et frais de fonctionnement des OSCD;
2. La signature du contrat avec les ASC;
3. La mise en œuvre des Activités de la prise en charge intégrée communautaire par les ASC;
4. La tenue des réunions de coordination au niveau du district de sante;
5. La tenue des réunions de validation des données au niveau du district de sante.

1.4. DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES DE LA PRISE EN CHARGE DES CAS

La mise en œuvre des activités du projet au cours de l'année 2016 (Janvier à Décembre) par la SPEC a été confrontée aux difficultés suivantes :

- Faible gestion de stock des intrants antipaludique ayant pour résultat des ruptures de stock dans les formations sanitaires et quelques péremptions ;
- Forte consommation de l'artésunate injectable due au non-respect des directives, d'où des détournements du médicament ;
- Le non-approvisionnement des ASC en intrants suite à leurs formations a empêché la relance de la prise en charge communautaire en 2015.
- Les lenteurs des superviseurs des sessions de formation des ADE et ADI, des régions, dans la mise à disposition de leurs rapports financiers ou à effectuer les remboursements des reliquats des fonds perçus. Ces lenteurs ont rallongé la justification des dépenses liées à cette activité ;
- le passage de la stratégie communautaire prévue dans la Note Conceptuelle paludisme à une stratégie **intégrée** communautaire, selon la recommandation du Fonds Mondial, a entraîné l'arrêt momentané des activités communautaires programmées dans la subvention Paludisme signée entre le PR et les SR. Cette interruption a engendré la rupture de contrat avec les OSCD déjà contractualisées par les SR dans le cadre de ladite subvention ;
- le retard de la signature entre le PR et les SR de l'avenant à la Convention de partenariat N°0009 (*En Novembre 2016*) relative à la mise en œuvre des Interventions sous Directives communautaires (ISDC), suite à la validation de cette stratégie intégrée par le FM, a ralenti le démarrage des activités communautaires.
- le transfert tardif et partiel des fonds par le PR pour la mise en œuvre des activités ;

- le non décaissement des fonds relatifs aux frais de fonctionnement des OSCD, à la production des outils des ASC, à l'acquisition du matériel des ASC, au paiement des salaires des membres des OSCD etc. Ces frais étaient nécessaires pour assurer le démarrage efficace des activités communautaires avec l'implication et la motivation des acteurs communautaires (OSCD, ASC) ;
- l'absence des pénis artificiels lors de la formation des formateurs des ASC et de certaines sessions de formation des ASC, n'a pas permis aux participants de pratiquer l'utilisation correct du préservatif masculin ;
- le non-respect des délais de livraison des registres et des caisses de conservation par le prestataire retenu à cet effet, freine le travail des ASC sur le terrain.

2. FORMATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme a connu, dans le cadre de la formation, la mise en œuvre de plusieurs activités de formation. Parmi lesquelles certaines des activités planifiées en 2015 et reconduites, y compris celles planifiées en 2016.

Durant l'année 2016, 10 activités de formation ont été menées, soient 05 activités de 2015 reportées en 2016 et 05 activités inscrites en 2016. Il s'agit de :

Pour ce qui est des activités inscrites en année 2015 et reportées en 2016 :

- ✓ Formation des logisticiens des districts de santé pour la campagne MILDA
- ✓ Formation des logisticiens des aires de santé pour la campagne MILDA
- ✓ Formation sur la micro planification dans les districts de santé et les aires pour la campagne MILDA
- ✓ Formation des agents distributeurs pour la campagne MILDA
- ✓ Formation des agents de dénombrement pour la campagne MILDA

Pour ce qui est des activités inscrites en année 2016 :

- ✓ Former les ASC à la chimio prévention saisonnière
- ✓ Former les ASC à la prise en charge à domicile du paludisme
- ✓ Former les distributeurs et mobilisateurs pour la CPS
- ✓ Formation au niveau central à l'utilisation de dhis2
- ✓ Formation des superviseurs de la CPS

2.1. FORMATION

2.1.1. Formations réalisées pendant l'année 2016 au niveau du GTC-PNLP

Le personnel du PNLP a bénéficié de 06 formations pour le renforcement de leurs capacités.

Tableau 33 : Formation réalisée par le personnel du GTC-PNLP

ACTIVITES	NOMBRE DE PERSONNES PREVUES	NOMBRE DE PERSONNES FORMES	GAP	Performance
Formation du personnel à la gestion financière et comptable des projets et programme de Tom2pro en France (juillet 2016)	2	02	0	100%
Formation groupée des utilisateurs de Tom2pro	8	08	0	100%
Formation en suivi et évaluation des programmes de lutte contre le paludisme au Burkina	2	02	0	100%
Formation sur la plateforme d'achats en ligne du fond mondial	1	01	0	100%
Formation sur le mécanisme d'achats groupé en ligne et WAMBO	4	04	0	100%
Atelier gestion des approvisionnements des intrants antipaludiques (octobre 2016)	05	05	0	100%
TOTAL	22	22	0	100%

2.1.2. FORMATIONS REALISEES AU NIVEAU DES REGIONS

2.1.2.1. FORMATIONS REALISEES POUR LA CAMPAGNE MILDA EN 2016

La campagne MILDA a eu lieu dans six régions durant l'année 2016 à savoir l'Adamaoua, le Centre, l'Extrême-Nord, le Littoral, le Nord et l'Ouest. Quatre formations ont eu lieu pour le bon déroulement de cette activité notamment formation de micro planification, des logisticiens, des agents de dénombrement et des distributeurs. Pour chaque formation nous avons déterminé le nombre de personne formé, ceux attendus ainsi que le GAP.

Tableau 34 : Formation des logisticiens pour la campagne MILDA

Régions	NOMBRE DE PERSONNE FORMES	NOMBRE DE PERSONNE ATTENDUS	GAP
ADAMAOUA	166	166	0
CENTRE	614	614	0
EXTREME-NORD	NA	NA	NA
LITTORAL	428	428	0
NORD	NA	NA	NA
OUEST	NA	NA	NA
Total	1208	1208	0

Le tableau 34 ci-dessus représente le nombre de logisticiens formés dans chaque région ; seule la région de l'ouest n'a pas renseigné. Toutes les personnes attendues dans chaque région ont été formés.

Tableau 35 : Formation des agents de dénombrement pour la campagne MILDA

Régions	NOMBRE DE PERSONNE FORMES	NOMBRE DE PERSONNE ATTENDUS	GAP
CENTRE	5830	5856	26
EXTREME-NORD	7022	7027	5
Total	12852	12883	31

Le tableau 35 ci-dessus représente le nombre d'agents de dénombrement formés dans les quatre régions, seule deux régions ont renseigné sur le nombre de personne formés et le nombre de personne attendus et le GAP de ces deux régions est de 31 personnes.

Tableau 36 : Formation des distributeurs pour la campagne MILDA

Régions	NOMBRE DE PERSONNE FORMES	NOMBRE DE PERSONNE ATTENDUS	GAP
ADAMAOUA	1293	1293	0
CENTRE	3879	3879	0
EXTREME-NORD	4350	4351	1
LITTORAL	3213	3189	24
OUEST	2337	2337	0
Total	15024	15049	25

Le tableau 36 ci-dessus représente la formation des distributeurs pour la campagne MILDA ; le nombre de personne formé est de 15024 et le GAP était de 25 personnes.

Tableau 37 : Formation à la micro planification MILDA

Région	NOMBRE DE PERSONNE FORMES	NOMBRE DE PERSONNE ATTENDUS	GAP
CENTRE	644	644	0

Le tableau 37 ci-dessus représente le nombre de micro planificateur formé. Seule la région du centre a renseigné sur le nombre de personne formé et on a enregistré une performance de 100%.

2.1.2.2. FORMATION REALISEE SUR L'UTILISATION DE L'ARTESUNATE INJECTABLE EN 2016

Tableau 38: synthèse des personnes formées dans la région de l'Ouest 2016

Régions	NOMBRE DE PERSONNES PREVUES	NOMBRE DE PERSONNES FORMES	GAP
OUEST	725	682	43

La région de l'ouest a effectué la formation à l'utilisation de l'Artesunate injectable en 2016 au lieu de 2015 à cause de la multiplicité des activités notamment la campagne MILDA qui a retardée la mise en œuvre. On note un GAP de 43 personnes sur les 725 personnes prévues.

2.1.2.3. FORMATION REALISEE POUR LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS SOUS DIRECTIVES COMMUNAUTAIRE

Pour une bonne mise en œuvre des interventions sous directives communautaires deux formations ont été faite notamment la formation des formateurs et la formation des agents de santé communautaire.

Tableau 39 : Formation des formateurs des agents de santé communautaire

Régions	NOMBRE DE PERSONNE FORMES	NOMBRE DE PERSONNE ATTENDUS	GAP
ADAMAOUA	24	24	0
CENTRE	56	56	0
EST	38	38	0
EXTREME-NORD	NA	NA	NA
LITTORAL	27	28	1
NORD	NA	NA	NA
NORD-OUEST	NA	NA	NA
OUEST	NA	NA	NA
SUD	6	6	0
SUD-OUEST	14	14	0
Total	165	166	1

Toutes les régions ont effectué la formation des formateurs des ASC, seul 06 régions ont renseigné sur le nombre de formateurs formés et le GAP de ces régions est de 01 personne.

Tableau 40 : Formation des agents de sante communautaires (ASC) pour la mise en œuvre des interventions sous directives communautaire

Régions	NOMBRE DE PERSONNE FORMES	NOMBRE DE PERSONNE ATTENDUS	GAP
ADAMAOUA	415	415	0
CENTRE	733	733	0
EST	331	331	0
EXTREME-NORD	372	821	449
LITTORAL	531	530	+1
NORD	311	543	232
NORD-OUEST	583	597	14
OUEST	242	242	0
SUD	175	175	0
SUD-OUEST	387	505	118
Total	4080	4892	812

Le tableau 40 ci-dessus représente le nombre d'ASC formé dans les dix régions du Cameroun en 2016. Au total, 4080 ASC ont été formé en 2016 sur 4892. Le reste d'ASC soit 812 seront formés en 2017.

2.1.2.4. FORMATIONS REALISEES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA CHIMIO PREVENTION SAISONNIERE (CPS)

La chimio prévention saisonnière a été mise en œuvre dans deux régions du pays notamment le Nord et l'extrême nord. Deux grandes formations soit celle des superviseurs et celle des mobilisateurs et distributeurs ont eu lieu.

Tableau 41 : Formation des superviseurs de district, d'aire et de proximité à la CPS

Régions	NOMBRE DE PERSONNE FORMES	NOMBRE DE PERSONNE ATTENDUS	GAP
EXTREME-NORD	1190	1192	2
NORD	659	675	16
Total	1849	1867	18

Le tableau 41 ci-dessus représente le nombre total de superviseur formé pour la CPS qui était de trois types superviseurs d'aires, de district et de proximité. La région du nord a formé 659 personnes et celle de l'extrême nord 1190 personnes pour un GAP total de 18 personnes.

Tableau 42 : Formation des mobilisateurs et distributeurs à la CPS

Régions	NOMBRE DE PERSONNE FORMES	NOMBRE DE PERSONNE ATTENDUS	GAP
EXTREME-NORD	10344	10344	0
NORD	6144	6144	0
Total	16488	16488	0

Le tableau 42 ci-dessus représente le nombre de superviseurs et mobilisateurs formés pour la CPS soit 16488 personnes.

2.1.2.5. FORMATIONS REALISEES PAR UN PARTENAIRE DANS LA REGION DU SUD

Tableau 43 : Formation des membres de l'équipe cadre de la région et des districts en techniques de supervision par Jhpiego

Région	NOMBRE DE PERSONNES PREVUES	NOMBRE DE PERSONNES FORMES	GAP
SUD	22	21	1

La région du SUD a bénéficié de la formation des membres de l'équipe cadre de la région et des districts en technique de supervision, organisé par Jhpiego. Sur 22 personnes prévues 21 personnes ont été formé.

2.2. RECHERCHE OPÉRATIONNELLE

Dans le cadre du Plan d'action de la Note conceptuelle du paludisme 2015-2017, il est prévu des enquêtes sur la sensibilité des vecteurs du paludisme aux insecticides, de transmission de paludisme dans les sites sentinelles et les premières enquêtes en vue du suivi de l'efficacité des MILDA dans cinq régions du Cameroun. Deux études ont été menées en 2016 (sensibilité des vecteurs et efficacité des MILDA), la transmission a été menée en janvier 2017.

2.2.1. ÉTUDES DE LA SENSIBILITÉ D'ANOPHELES GAMBIAE S.L AUX INSECTICIDES

Objectif général

Evaluer la sensibilité d'*An. gambiae s.l*, vecteur majeur du paludisme à différentes classes d'insecticides (pyréthrinoides, Organochlorés, organophosphorés et carbamates) dans les sites sentinelles.

1. Les indicateurs de l'étude

- **Taux de mortalité** aux différentes classes d'insecticides
- **KDT₅₀ et la KDT₉₅** d'*An. gambiae s.l* pour chaque insecticide
- **Statut** d'*An. gambiae s.l* vis-à-vis des insecticides testés
 - **vecteur sensible**
 - **vecteur résistant**
 - **résistance probable du vecteur**

2. Synthèse des résultats

Résultats : analyses moléculaires des moustiques au Centre de Biotechnologie de l'Université de Yaoundé I.

Tableau 44: Distribution of *An. gambiae* complex species in Njombe and Fombot (decembre 2016)

Localité	Statut	Nbre collecté	Nbre identifié	<i>An. gambiae</i> s.s	<i>An. Coluzzii</i>	<i>An. arabiensis</i>
Njombe	Sensible	403	150	32	118	0
	Resistant	97	97	13	84	0
	Total	500	247 (100%)	45 (18.3%)	202 (81.7%)	0 (0%)
Fombot	Sensible	177	80	24	56	0
	Resistant	253	100	29	71	0
	Total	430	180 (100%)	(29.4%)	(70.6%)	(0%)

Le tableau 44 montre la répartition des membres du complexe *Anophèles gambiae* complexe dans les localités de Njombe dans le Littoral et Fombot dans la région de l'Ouest Cameroun. Un total de 930 membres d'*An. gambiae* tester pour leur sensibilité aux insecticides ont été reçu au laboratoire NRU donc (500 collectées a Njombe et 230 a Fombot)

A Njombe, un total de 247 *An. gambiae* s.l. Ont été identifiés comprenant 202 soit 81,7% *An. coluzzii* et 45 soit 7,44% *An. gambiae* s.s. A Fombot, 180 *An. Gambiae* s.l. Ont été identifiés, 71 (70,6%) étant *An. Coluzzii* et 29,4% *An. gambiae* s.s. Par conséquent, dans les

deux localités, il y avait surtout *An. Coluzzi* suivi par *An. gambiae*. Aucun *An. arabiensis* n'a été retrouvé dans les deux sites.

Tableau 45: Frequence de Kdr dans le complexe *An. gambiae* à Njombe et Foubot, Region de L'Ouest Cameroun.

Species	Localité	Nbre testé	Kdr allele		
			1014L (S)	1014F (Rw)	1014S (Re)
<i>An. coluzzii</i>	Njombe	50	32	18	0
	Foubot	50	40	10	0
<i>An gambiae s.s.</i>	Njombe	50	42	8	0
	Foubot	50	45	5	0

1014L (S): Souche susceptible;

1014F (Rw): Souche resistant Kdr Ouest;

1014S (Re): Souch resistant Kdr Littoral

Au total, 200 membres du complexe *An. gambiae* s.l. ont été soumis a la gènotypage de gène Kdr qui confère la résistance aux pyrèthrinoides. Les résultats démontrent que *An colluzzii* est l'espece le plus susceptible aux mutations Kdr à Njombe comme à Foubot.

3. Conclusions majeures

- Résistance prononcé des pyrèthrinoides
- Carbamates, alternatives dans les zones de résistance aux pyrèthrinoides (*Article en cours de rédaction*)

4. Recommandations

- 1- Suivre régulièrement l'évolution de la résistance des vecteurs aux insecticides sur toute l'étendue du territoire ;
- 2- Mettre à jour la carte de résistances des vecteurs aux insecticides au Cameroun ;
- 3- En cas d'implémentation des AID, les carbamates seraient un bon choix pour gérer la résistance aux pyrèthrinoides.

2.2.2. ETUDE DE LA TRANSMISSION DU PALUDISME

1. Objectif général

Caractériser la faune anophélienne et le niveau de transmission du paludisme dans les aires de santé de Njombe I et II.

2. Indicateurs entomologiques

Dans notre étude il s'agit de:

- La densité vectorielle (faune culicidienne) ;
- l'agressivité ;
- du comportement de piqûre (endophagie et exophagie) ;
- du taux de parturité ;
- du taux d'infection ou indice circumsporozoïtique ;
- du taux d'inoculation entomologique (indicateur majeur) ;

3. RESULTATS

1) DISTRICT DE SANTE DE NJOMBE

a) Taux d'inoculation entomologique

Tableau 46 : Taux d'inoculation entomologique

		Mbouale	Molikam	Kolingo	Kompita
An. gambiae	Taux d'infection	28.57%	0%	21.21%	0%
	ma (P/h/n)	4.92	3.83	7.33	1.67
	TIE(Pi/h/n)	1.405644	0	1.554693	0
An. funestus	Taux d'infection	25%	0%	21.74%	20%
	ma (P/h/n)	2.5	2.17	3.58	2.42
	TIE (Pi/h/n)	0.625	0	0.778292	0.484
	Taux d'infection		25%		22.22%
An.nili	ma (P/h/n)	0	1.17	0.08	1
	TIE (Pi/h/n)	0	0.2925	0	0.2222

2) DISTRICT DE SANTE DE FOUMBOT

a) Taux d'Inoculation Entomologique

Le Taux d'Inoculation Entomologique a été de 0,183 Piqûres infectantes par homme par nuit (Pi/h/n) dans l'Arrondissement de Foubot. Ceci signifie qu'un habitant dans l'arrondissement de Foubot recevrait 0,183 piqûres infectantes de moustiques par jour. Il a été de 0,26 et 0,14 (Pi/h/n) à l'intérieur et à l'extérieur respectivement.

En outre, il a varié entre 0 (Pi/h/n) dans l'aire de Fbt 1 et de 5,33 (Pi/h/n) dans l'aire de Fbt 4 Tableaux ci-dessous.

Tableau 47 de la Variation du Taux d'Inoculation Entomologique

Indices	Intérieur	Extérieur	Total
m.a.	1,34	1,09	1,213
ICS	0,191	0,127	0,155
TIE (Pi/h/n)	0,26	0,14	0,183

Tableau de Variation du Taux d'Inoculation Entomologique

Villages	Fbt 1	Fbt 2	Fbt 3	Fbt 4	Fbt 5	Total
m.a.	2,54	13	1,29	11,12	2,37	1,213
ICS	0	0,25	0,32	0,48	0,19	0,155
TIE	0	3,25	0,41	5,33	0,45	0,183

m.a. : agressivité ; ICS : Indice Circumsporozoite ;
TIE : Taux d'Inoculation entomologique (TIE= m.a. x ICS)

3. COMMUNICATION POUR LE DEVELOPPEMENT

La communication du Programme national de lutte contre le paludisme a mis en œuvre des activités de communication en vue d'assurer la promotion des actions de lutte contre le paludisme à travers le pays. Un atelier de validation du plan de communication du plan stratégique 2014- 2108 a été organisé à Ebolawa. Celui-ci regroupait les acteurs du Ministère de la Santé, des secteurs apparentés et les partenaires. Au sortir de cet atelier un plan de communication était disponible. Il a été produit en 500 exemplaires et dispatché à tous les niveaux. Les actions de communication qui ont été mises en œuvre se sont articulées autour des volets suivants :

- Le plaidoyer ;
- La communication mass-média ;
- La communication interpersonnelle ;
- La communication événementielle.

3.1. LE PLAIDOYER

Les activités de plaidoyer qui ont été menées avaient pour objectif principal de rassembler les leaders et acteurs de tout bord autour de la nécessité de conjuguer les efforts en faveur

de la promotion de la lutte contre le paludisme. Ainsi, les actions de plaidoyer ont été menées pour :

- La campagne de distribution des MILDA ;
- La campagne de chimio-prévention du paludisme saisonnier dans les régions de l'Extrême-Nord et du Nord ;
- Le plaidoyer à l'endroit des entreprises du secteur privé.

3.1.1. PLAIDOYER EN FAVEUR DE LA CAMPAGNE MILDA

Ce plaidoyer s'est déroulé au niveau national, dans les régions, les départements et les arrondissements. Au niveau national en date du **XXXXXXX** un comité national de coordination de la campagne MILDA est créé et présidé par Monsieur le Ministre de la Santé Publique. Ce comité national est constitué de six sous-comités qui travaillent en synergie avec les secteurs apparentés publics et privés et surtout les organisations de la société civile. Ces comités de coordination se sont déclinés au niveau des régions sous la présidence des gouverneurs, au niveau des départements sous la présidence des préfets et au niveau des arrondissements sous la présidence des sous-préfets. Au cours de ces réunions de plaidoyer qui rassemblaient les autorités administratives, traditionnelles et religieuses, il était question, de susciter l'adhésion chacune d'elle à toutes les opérations de la campagne MILDA (des préparatifs en passant par la mise en œuvre, jusqu'à l'évaluation) d'une part et de bénéficier de leur accompagnement au sein de leurs différentes communautés.

3.1.2. LE PLAIDOYER EN FAVEUR DE LA CAMPAGNE DE CHIMIO PREVENTION DU PALUDISME SAISONNIER

La chimio prévention du paludisme saisonnier est une nouvelle intervention qui a été mise en œuvre dans les régions de l'Extrême-Nord et du Nord en vue de protéger les enfants de 3 à 59 mois contre le paludisme pendant la période de forte transmission. En tant qu'intervention mise en œuvre pour la première fois au Cameroun, la CPS devait bénéficier d'un plaidoyer à tous les niveaux. A cet effet, deux réunions de plaidoyer ont été organisées au niveau de chaque chef lieu de région présidée par Monsieur le Gouverneur ou son représentant ; 45 réunions de plaidoyer dans chacun des districts de santé de ces régions à savoir 30 à l'extrême-nord et 15 au nord et 437 dans les aires à raison d'une réunion par aire de santé.

Au cours de ces réunions, où autorités administratives, traditionnelles et religieuses étaient conviées, il était d'abord question d'expliquer à ces leaders les raisons de cette intervention. Ensuite, les bienfaits pour tous les enfants cibles et enfin montrer l'importance de leur implication pour la réussite de cette activité dont les bénéficiaires allaient mettre à l'abri du paludisme tous les enfants éligibles.

3.1.3. LE PLAIDOYER A L'ENDROIT DES ENTREPRISES DU SECTEUR PRIVE

Les travailleurs du secteur privé et leur famille constituent une population cible importante qui mérite d'être sensibilisée sur les méthodes de prévention et de prise en charge du paludisme. On constate que le paludisme constitue la première cause d'absentéisme au travail et par là une grosse perte pour les entreprises. A cet effet, un cadre de collaboration a été mis sur pied avec les entreprises du secteur privé qui élaborent déjà des plans d'actions pour la lutte contre le paludisme.

Le mardi 19 avril 2016 la première réunion semestrielle de 2016 de suivi des plans d'action du secteur privé contre le paludisme s'est tenue de 8H30 à 14H00 à l'Hôtel Vallée des Princes à Douala. **6** entreprises sur les **15 formées** en 2016 ont présenté leur plan d'action. Cette réunion a permis d'évaluer le niveau de mise en œuvre de leurs plans d'action. Les entreprises telles que G4S, CHOCOCAM ont partagés les bon résultats de l'impact sur la morbidité à l'issue de la mise en œuvre de leurs plans d'action de lutte contre le paludisme.

Une réunion de plaidoyer a été organisée le 8 novembre 2016 à Douala en vue de féliciter celles qui mettent déjà en œuvre les actions de lutte contre le paludisme d'une part mais aussi et surtout d'emmener un nombre plus grand nombre d'entreprises à adhérer à cette initiative. Ainsi, 47 entreprises du secteur privé ont pris part à cette réunion co-présidée par Monsieur le Ministre de la Santé Publique et Monsieur le Secrétaire Général du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale. Les représentants de ces entreprises ont été invités au regard des résultats des 15 premières entreprises à élaborer et mettre en œuvre des plans de lutte contre le paludisme pour impacter positivement la santé de leurs personnels et de leurs familles.

3.2. LA COMMUNICATION MASS-MEDIA

Les activités de communication mass-média ont été mise en œuvre en 2016 par le Programme National de Lutte contre le Paludisme. Elles ont adressé tant les campagnes (MILDA et CPS) que les activités de routine (Utilisation correcte de la MILDA, TPI chez la femme enceinte, PEC, TDR afin d'informer les populations cibles sur toutes les interventions de lutte contre le paludisme et de susciter la demande desdits services.

Cette communication mass-média s'est subdivisée en plusieurs étapes :

3.2.1. RENFORCEMENT DES CAPACITES DES ACTEURS DES RADIOS DE PROXIMITE

Plusieurs ateliers ont regroupé les animateurs des radios de proximité et des stations CRTV locales afin de les imprégner sur les raisons de l'adoption de ces nouvelles stratégies d'une part et de s'assurer de la cohérence des messages conçus à l'endroit des populations cibles d'autre part. A ce sujet un atelier de conception et d'élaboration des messages en faveur de la campagne de distribution des MILDA dans la région du Centre a été organisé. Cet atelier a regroupé 9 radios de proximité. Au terme de celui-ci, 8 spots ont été produits en français et en anglais et traduits 11 langues de la région.

3.2.2. PRODUCTION DES SUPPORTS EN VUE DE LA CAMPAGNE MILDA DANS LES REGIONS DE L'ADAMAOUA, EXTREME-NORD, NORD, CENTRE ET OUEST

10 spots TV ont été produits et diffusés sur les 02 chaînes principales de télévision camerounaise : CRTV et Canal 2 international. Ces spots portaient sur les dates ajustées du dénombrement des ménages et de la distribution des MILDA dans les régions citées.

Les messages crawl et les communiqués radios en français et en anglais sur le dénombrement des ménages et la distribution des MILDA ont également été produits et diffusés dans les différents médias. 14 crawls ont été diffusés sur 03 chaînes de télévision ; CRTV, Canal 2 International et STV .Canal 2 International et Crtv ont diffusé les messages crawls en boucle à raison d'au moins 7 fois par jour. Les communiqués radios en français et en anglais ont été produits et diffusés dans les journaux des différentes stations radios à chaque phase de la campagne.

51 radios urbaines et de proximité, ont été mises à contribution, pour accompagner les opérations de dénombrement et de distribution de la campagne MILDA dans les régions de l'Adamaoua, de l'Extrême-Nord, du Littoral et de l'Ouest.

Dans le cadre de la campagne MILDA dans la région du Centre, **08 spots** radio ont été produits et diffusés sur les **09 stations radios**. Les spots en français et en anglais sur le « dénombrement des ménages » et la « distribution des MILDA » dans les districts de la région du Centre hors du Mfoundi d'une part, et dans le Mfoundi d'autre part ont été diffusés au moins trois (3) fois par jour en français, anglais, wondo, yambassa, bamvele et manguissa. Huit crawls et huit communiqués radios ont été diffusés en boucle 24/24 à la CRTV télé, Canal 2 International et STV qui passait trois diffusions par jour.

3.2.3. PROMOTION DE LA CAMPAGNE MILDA PAR LA PRESSE ECRITE

La presse écrite a été mise à contribution pour accompagner les opérations de la campagne MILDA en 2016 dans les régions, afin d'informer les ménages sur les opérations de dénombrement et de distribution des MILDA dans les régions du Nord, Adamaoua, Littoral et Ouest. Ces messages étaient contenus dans les typons et 17 publications ont été assurées par les journaux quotidiens suivants: Cameroon Tribune, Mutations, Le Jour, The Post, L'action et L'œil du sahel.

Dans le cadre de cette même campagne dans la région du Centre Un total de **14 insertions** sur la campagne MILDA a été faite dans 5 journaux à raison de **07 insertions** sur le **dénombrement des ménages** et **07 sur la distribution des MILDA** en fonction des périodes de parution desdits journaux.

3.2.4. PROMOTION DE LA CAMPAGNE MILDA PAR LES BANDEROLES DE RUE

Des banderoles de rues ont été produites pour rappeler aux populations les 5 jours de distribution des MILDA dans leurs régions. Ainsi 20 banderoles ont été posées dans la région du Littoral, 7 banderoles dans chaque région du Nord, Extrême-Nord, Adamaoua, et 10 banderoles à l'Ouest et dans la région du centre.

3.2.5. PROMOTION DE LA CAMPAGNE MILDA PAR LE PASSAGE DES PERSONNES RESSOURCES DANS LES MEDIAS

Les personnes ressources du Programme National de Lutte contre le Paludisme, des sous-bénéficiaires et des partenaires techniques de mise en œuvre ont participé à **34 passages** dans les émissions télés telles que : « Canal matin » « jambo » de Canal 2 International ; « Bonjour » « hello » de la CRTV.

Pour accentuer la communication autour des activités de la campagne MILDA dans la région du Centre à savoir, le dénombrement et la distribution compte tenu du fait que les dates avaient été révisées.

3.2.6. ACTIVITES DE MASS-MEDIA EN FAVEUR DE LA CAMPAGNE CPS

La mise en œuvre de la campagne de Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier dans les régions de l'Extrême-Nord et du Nord chez les enfants de 3 à 59 mois a bénéficié d'un accompagnement des activités mass-média. Ainsi, 2 spots TV sur la CPS en français et en anglais ont été produits et diffusés en prime time 02 fois par jour sur la CRTV et Canal 2 International. Un total de 312 diffusions a été effectué sur les deux chaînes pendant les mois d'août, septembre et octobre à savoir 186 sur Canal 2 International et 126 sur la CRTV. 13 radios communautaires des régions de l'Extrême Nord et du Nord ont été formées en juillet 2016 sur la campagne CPS et ont produits 30 spots et microprogrammes sur les différentes étapes de la campagne CPS à savoir : *le dénombrement des enfants éligibles à la CPS, l'administration des médicaments et le rôle des acteurs au cours de cette campagne*. Les 30 produits issus de cet atelier étaient répartis français, anglais et dans les 08 langues locales suivantes : Laka, Mafa, Mousgoum, Mambaye, Fulfulde, Arabe choa et Moundang. Chaque radio a ainsi effectué 180 diffusions des spots et microprogrammes à raison de trois (03) fois par jour pendant les trois mois de mise en œuvre de l'activité.

Des banderoles et des dépliants ont été produits pendant la campagne CPS pour non seulement optimiser la visibilité de cette activité mais aussi assurer la continuité de toute l'information relative à cette activités auprès des leaders, parents, responsables d'enfants.

3.2.7. COMMUNICATION MASS- MEDIA EN FAVEUR DES INTERVENTIONS DE ROUTINE

Bien que les campagnes MILDA et CPS aient constitué les plus grandes activités de l'année 2016, la promotion des interventions de routine a continué à se déployer ainsi, 04 spots de routine ont été produits en français et en anglais sur les thèmes suivants : Traitement Préventif Intermittent du paludisme chez la femme enceinte ; Transmission du paludisme.

3.2.8. DIFFUSION DES SUPPORTS EN FAVEUR DES INTERVENTIONS DE ROUTINE

Deux chaînes de télévision CRTV et Canal 2 International ont diffusé des programmes en faveur des interventions de routine telles que la promotion de l'utilisation du TPI, la

transmission du paludisme et l'utilisation correcte de la MILDA. Un total de 52 diffusions pour la CRTV et 50 diffusions pour Canal 2 International.

11 stations CRTV ont effectué 552 diffusions des spots de routine en français et en anglais en faveur des interventions de routine citées plus haut. 22 radios urbaine en ont effectué 3240, Sweet FM 168 et dix autres stations radios 2 520 diffusions.

90 des 92 radios de proximité des dix régions ont diffusé des spots et microprogrammes radio en Français, Anglais puis en langues locales sur l'installation et l'utilisation correcte de la MILDA, la transmission du paludisme, traitement préventif intermittent et l'entretien de la MILDA. . Un total de 22 680 diffusions a été effectué par ces radios de proximité.

04 affiches sur la MILDA, le TPI, les TDR et coûts et les ACT en français et en anglais destinés aux centres de santé et aux communautés ont été conçues, élaborés et validés.

3.2.9. PRODUCTION DU MATERIEL DE VISIBILITE EN VUE DE LA CAMPAGNE MILDA

Pour assurer la visibilité de la campagne MILDA, ont été produits et dispatchés : Polos, T-shirts, et Pins. Les régions de l'Adamaoua, de l'Extrême-Nord, du Littoral et de l'ouest. Chacune de ces régions a reçu 200 polos, 500 T-shirts et 225 pins.

3.2.10. PRODUCTION DU MATERIEL DE VISIBILITE POUR LA PROMOTION DE LA CPS

Pour assurer la visibilité de la campagne CPS, le matériel de visibilité suivant a été produit : les chasubles, les sacs, les Polos, les T-shirts et les banderoles. Ce matériel a été remis aux mobilisateurs et aux distributeurs non seulement ils constituaient leurs outils de travail mais, il permettait de promouvoir l'activité dans les communautés et au sein des ménages.

3.3. COMMUNICATION INTERPERSONNELLE

3.3.1. COMMUNICATION INTERPERSONNELLE EN FAVEUR DE LA CAMPAGNE MILDA

Pour la mise en œuvre de la campagne MILDA, bien que volet communication interpersonnelle n'ait pas été retenu à cause de la modicité des financements, cette stratégie s'est faite à travers la mobilisation des réseaux suivants et a permis d'atteindre

les membres de leurs réseaux, chefs et membres des ménages. Il s'agissait des réseaux suivants :

- **ACIC:** ont diffusé les communiqués et les messages aux responsables de la communication des mosquées ;
- **CEPCA:** Pour le dénombrement a diffusé les communiqués aux présidents de ses démembrements qui ont diffusé les messages dans tous les lieux de culte
- **CVUC:** ont publié le communiqué sur leur site pour informer leur réseau des communes et villes du Cameroun
- **La CROIX ROUGE:** a informé ses volontaires dans les régions. Ces derniers ont relayé les informations sur le dénombrement et la distribution aux populations.

3.3.2. COMMUNICATION INTERPERSONNELLE PENDANT LACAMPAGNE CPS

Les activités de communication interpersonnelle n'ont pas véritablement été menées au cours de l'année 2016 à cause de l'absence de financement. Toutefois, la BID a financé ces activités au cours de la campagne de Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier dans les régions de l'Extrême-Nord et du Nord où 8 707 mobilisateurs ont informé les ménages en de porte-à porte avant et après le passage de distributeurs. Un total de mobilisateurs a été déployé à l'Extrême-Nord 5 452 et 3 335 mobilisateurs au Nord. Ces activités de porte-à porte ont permis non seulement d'informer les parents et gardiens d'enfants sur cette nouvelle intervention mais également d'assurer leur présence au sein des ménages pendant le passage des équipes de distributeurs et d'atteindre ainsi un maximum d'enfants. Toujours dans le cadre de cette CPS, les leaders traditionnels et religieux ont organisé des activités de communication interpersonnelle après leur participation aux réunions de plaidoyer au niveau des aires de santé. Ils ont continué de sensibiliser les membres de leurs communautés pendant leurs rencontres.

3.3.3. COMMUNICATION INTERPERSONNELLE DE ROUTINE POUR LA PROMOTION DES ACTIVITES DE ROUTINE

La promotion de la lutte contre le paludisme au sein des communautés doit être assurée par les Agents de Santé Communautaires polyvalents. Au cours de leurs formations qui se sont déroulées fin 2016, un module communication figure parmi les 13 modules afin de leur permettre d'éduquer les populations sur les méthodes de prévention du paludisme et les

attitudes à adopter devant tout cas suspect. Cette communication se fera en continu dans 69 districts de santé par 4 892 ASC polyvalents. Ils utiliseront 5 767 boîtes à images ont été produites et distribuées à cet effet comme support visuel.

3.4. LA COMMUNICATION EVENEMENTIELLE

Les activités de démarrage de distribution des MILDA, de commémoration de la IX^{ème} Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme et de la CPS ont bénéficié du volet évènementiel notamment à travers les lancements et les cérémonies de commémoration tant au niveau national que régional.

3.4.1. COMMUNICATION EVENEMENTIELLE EN FAVEUR DE LA CAMPAGNE MILDA

Au cours de l'année 2016, les régions de l'Adamaoua, du Centre, de l'Extrême-Nord, du Littoral, du Nord et de l'Ouest ont bénéficié des cérémonies de lancement de la distribution des MILDA. Ces cérémonies de lancement étaient présidées par Monsieur le Ministre de la Santé Publique et ont permis de mobiliser les populations autour de l'importance de cette distribution pour en assurer la réussite. Ces cérémonies de lancement ont bénéficié de la couverture de plusieurs médias et de grandes animations populaires.

3.4.2. COMMUNICATION EVENEMENTIELLE POUR LA COMMEMORATION DE LA IX^{ème} JMLP

La IX^{ème} Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme a été un moment important pour faire un état des lieux de la lutte contre le paludisme au Cameroun. A cet effet une semaine d'activités a été planifiée et celle-ci devait s'achever par les cérémonies de commémoration. Celle du niveau central était présidée par Monsieur le Ministre de la Santé Publique et par les autorités du niveau régional dans toutes les dix régions. La région du Nord a organisé ces cérémonies de commémoration dans ses quinze districts de santé.

3.4.3. COMMUNICATION EVENEMENTIELLE EN FAVEUR DE LA CAMPAGNE CPS

La campagne de Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier qui était à sa première édition dans les régions de l'Extrême-Nord et du Nord a également fait l'objet d'une communication évènementielle avec un lancement dans la ville de Maroua par Monsieur le

Ministre de la santé qu'accompagnaient les partenaires techniques et financiers de mise en œuvre. Au cours de cette cérémonie qui a vu un groupe d'enfants cible recevoir la première dose de médicaments des autorités administratives, traditionnelles et religieuses, les populations venues nombreuses ont pu apprécier l'importance de cette nouvelle stratégie d'une part et y adhérer d'autre part. Les supports de visibilité telles que les banderoles, les T-shirts ont permis avec la présence des artistes locaux d'assurer une meilleure visibilité de la CPS.

4. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE, SUIVI ET EVALUATION DES INTERVENTIONS

4.1. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DU PALUDISME ET SUIVI DES INDICATEURS DE PERFORMANCE DU PNL

4.1.1. COMPLETITUDE ET PROMPTITUDE DES DONNEES

En 2016, le nombre de formations sanitaires ayant transmis des rapports mensuels de suivi des activités de lutte contre le paludisme était de 4106 soit une augmentation de 14% par rapport à l'année 2015. Au total 40 133 rapports mensuels des formations sanitaires ont été transmis contre 33 880 en 2015. Le taux de complétude des données des formations sanitaires était de 81% contre 78% en 2015, 79% en 2014, 81% en 2013 et 82% en 2012. Les mois de mars et de Décembre ont connu le plus faible nombre de rapports transmis. Les régions du Centre, du Sud et du Littoral ont les plus faibles taux de complétude des données comme en 2015. Les régions du Nord, de l'Adamaoua, et du Nord-Ouest ont des complétudes supérieures à 90%.

Tableau 48 : Répartition du nombre de rapports transmis par les formations sanitaires par région et par mois en 2016.

REGION	Nbre de rapports attendus	JAN	FEV	MARS	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	TOTAL
ADAMAOUA	150	125	130	130	132	133	137	136	137	139	143	141	136	1619
CENTRE	1011	765	668	640	681	661	682	748	765	723	793	758	658	8542
EST	231	211	205	202	205	208	210	208	198	201	200	207	182	2437
EXTREME-NORD	342	291	296	295	302	294	286	279	264	285	288	271	285	3436
LITTORAL	661	496	523	536	499	545	550	543	551	557	560	572	511	6443
NORD	246	226	230	233	236	229	233	233	232	223	225	216	230	2746
NORD-OUEST	351	322	314	320	324	328	329	328	328	323	331	320	309	3876
OUEST	590	513	495	479	492	523	505	542	519	543	467	569	530	6177
SUD	244	169	153	155	163	187	165	149	167	185	188	180	178	2039

SUD-OUEST	280	246	241	231	253	251	246	242	237	204	234	216	217	2818
CAMEROUN	4106	3364	3255	3221	3287	3359	3343	3408	3398	3383	3429	3450	3236	40133

La promptitude des données des formations sanitaires était de 58 % en 2016 contre 52% en 2015, 54% en 2014. Les régions du sud (28%) du littoral (50%) et avaient les plus faibles taux de promptitude des données des formations sanitaires. Les régions du Nord-Ouest (78%) et du Sud-Ouest (69%) avaient les plus grands taux de promptitude des données. Les mois de décembre, novembre et Mai sont ceux pendant lesquels on a enregistré les plus bas taux de promptitude des données.

Tableau 49 : promptitude des rapports des formations sanitaires par région et par mois en 2016.

REGION	JAN	FEV	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	TOTAL
ADAMAOUA	59%	64%	60%	56%	63%	68%	79%	55%	49%	57%	37%	61%	59%
CENTRE	62%	57%	50%	57%	47%	57%	65%	63%	62%	67%	66%	56%	59%
EST	74%	68%	52%	58%	64%	68%	71%	60%	58%	60%	48%	52%	61%
EXTREME-NORD	61%	59%	61%	71%	56%	63%	50%	53%	67%	68%	54%	73%	61%
LITTORAL	71%	76%	79%	72%	77%	74%	49%	52%	33%	6%	11%	2%	50%
NORD	37%	64%	69%	63%	48%	46%	73%	50%	65%	57%	25%	39%	53%
NORD-OUEST	79%	71%	80%	77%	63%	87%	87%	80%	82%	87%	70%	70%	78%
OUEST	59%	23%	46%	30%	26%	55%	81%	67%	81%	76%	90%	73%	59%
SUD	47%	34%	21%	15%	10%	17%	25%	39%	27%	10%	30%	62%	28%
SUD-OUEST	85%	80%	72%	70%	86%	78%	67%	63%	56%	59%	59%	56%	69%
Cameroun	64%	58%	59%	57%	53%	62%	65%	60%	59%	55%	53%	52%	58%

D'après la carte sanitaire de Cameroun produite par la Cellule des Informations Sanitaires (CIS) du Ministère de la Santé Publique, le Cameroun compte 5166 formations sanitaires parmi lesquelles, 4106 ont transmis au moins une fois les données mensuelles sur la lutte contre le paludisme. Notre système d'informations sanitaires capte les données auprès de 79% des Formations sanitaires enregistrées dans la carte sanitaire du pays. Ce système réussi à capter des données auprès de 96% des formations sanitaires publiques, 92% des formations privées conventionnelles et seulement 57% des formations sanitaires privées lucratives.

4.1.2. LA MORBIDITE LIEE AU PALUDISME

Tableau 50 : Répartition du nombre de cas de paludisme par région en 2016.

Région	Nombre total de consultations toutes causes confondues (a)	Nombre de cas suspects de paludisme simple (c)	Nombre de cas suspects de paludisme grave (d)	Nombre de cas suspects de paludisme (c+d)	% de cas suspects de paludisme (c+d)/a	Nombre de cas de paludisme simple confirmés (e)	Nombre de cas de paludisme grave confirmés (f)	Nombre de cas de paludisme confirmés (e+f)	morbidity paludisme (e+f)/(a)
ADAMAOUA	419 514	121 627	107 964	157 081	37%	55 826	36 134	91 960	22%

Région	Nombre total de consultations toutes causes confondues (a)	Nombre de cas suspects de paludisme simple (c)	Nombre de cas suspects de paludisme grave (d)	Nombre de cas suspects de paludisme (c+d)	% de cas suspects de paludisme (c+d)/a	Nombre de cas de paludisme simple confirmés (e)	Nombre de cas de paludisme grave confirmés (f)	Nombre de cas de paludisme confirmés (e+f)	morbidité paludisme (e+f)/(a)
CENTRE	1 323 026	302 411	86 750	389 161	29%	216 086	87 470	303 556	23%
EST	580 631	154 517	38 697	193 214	33%	81 648	57 759	139 407	24%
EXTREME-NORD	854 162	207 916	54 672	262 588	31%	105 776	57 056	162 832	19%
LITTORAL	1 438 526	371 288	109 580	480 868	33%	129 968	86 783	216 751	15%
NORD	532 131	154 971	56 598	211 569	40%	68 313	45 561	113 874	21%
NORD-OUEST	927 890	153 242	32 915	186 157	20%	65 870	49 762	115 632	12%
OUEST	519 266	111 118	69 247	180 365	35%	55 478	67 797	123 275	24%
SUD	193 868	71 166	20 622	91 788	47%	29 196	20 594	49 790	26%
SUD-OUEST	794 356	170 994	35 982	206 976	26%	109 272	52 996	162 268	20%
CAMEROUN	7 583 370	1 819 250	540 517	2 359 767	31%	917 433	561 912	1 479 345	20%

En 2016, nous avons enregistré 7 583 370 patients venus en consultation externe toutes causes confondues dans nos formations sanitaires. Parmi ces patients, nous avons eu 2 359 767 cas suspects de paludisme. Un total de 1 479 345 cas a été confirmé par TDR ou par goutte épaisse, soit un taux de morbidité de 20%. Les cas de paludisme simple représentaient 77,1% des cas suspects et 62 % de cas confirmés.

Tableau 201 : Répartition du nombre de cas de paludisme grave par région en 2016.

REGIONS	Nombre total d'hospitalisations pour maladie (toutes causes confondues)	Nombre d'hospitalisations pour suspicion de paludisme grave (< 5 ans)	Nombre d'hospitalisations pour suspicion de paludisme grave (≥ 5 ans (Femmes enceintes exclues))	Nombre d'hospitalisations pour suspicion de paludisme grave (Femmes enceintes)	Nombre total d'hospitalisations pour suspicion de paludisme grave	proportion de cas de suspects de paludisme grave dans les hospitalisations
ADAMAOUA	70 128	14 240	16 279	4 935	36 134	51%
CENTRE	198 233	27 929	46 280	12 541	87 470	44%
EST	123 799	14 439	19 603	4 655	57 759	31%
EXTREME-NORD	103 187	16 987	28 705	8 980	57 056	53%
LITTORAL	239 988	33 743	65 555	10 282	86 783	46%
NORD	87 126	17 975	29 398	9 225	45 561	65%
NORD-OUEST	164 132	8 045	22 419	2 451	49 762	20%
OUEST	150 625	19 414	42 921	6 912	67 797	46%
SUD	36 673	8 462	9 781	2 379	20 594	56%
SUD-OUEST	127 662	10 930	20 703	4 349	52 996	28%
Total général	1 301 553	172 164	301 644	66 709	561 912	42%

Dans les formations sanitaires, 1 301 553 patients ont été hospitalisés pour maladie dont 561 912 pour suspicion de paludisme grave. Ainsi le paludisme était responsable de 42% des hospitalisations contre 47% en 2015.

Sur les 2 359 767 cas suspects de paludisme, Les taux de confirmation des cas de paludisme simple et grave étaient de 50 % et 94% respectivement.

Tableau 52 : Répartition du nombre de cas de paludisme (suspects et confirmés) par région chez les moins de cinq ans en 2015.

REGIONS	Nombre total de consultations toutes causes (<5ans) (a)	Nombre d'hospitalisations toutes causes (<5ans) (b)	Nombre de cas de fièvre suspects de paludisme simple (<5ans) (c)	Nombre de cas suspects de paludisme grave (<5ans) (d)	Nombre de cas suspects de paludisme (c+d) (c+d)	% de cas suspects de paludisme simple (<5ans) (c+d)/a	Nombre de cas de paludisme simple confirmés (<5ans) (e)	Nombre de cas de paludisme grave confirmés (<5ans) (f)	Nombre de cas de paludisme confirmés (<5ans) (e+f)	morbidité paludisme (e+f)/(a)
ADAMAOUA	114 342	24 213	50 879	14 240	65 119	57%	24,186	14 739	38 925	34%
CENTRE	300 011	58 523	109 033	27 929	136 962	46%	76,820	28 540	105360	35%
EST	191 937	39 565	70 767	14 439	85 206	44%	40,083	22 474	62 557	33%
EXTREME-NORD	273 085	32 473	81 940	16 987	98 927	36%	40,366	16 829	57 195	21%
LITTORAL	303 137	64 807	130 485	33 743	164 228	54%	44,535	26 056	70 591	23%
NORD	176 878	24 801	59 215	17 975	77 190	44%	26,068	14 089	40 157	23%
NORD-OUEST	154 362	29 781	41 495	8 045	49 540	32%	15,699	11 464	27 163	18%
OUEST	109 518	36 618	35 034	19 414	54 448	50%	18,454	19 603	38 057	35%
SUD	49 357	12 572	26 699	8 462	35 161	71%	11,768	8 475	20 243	41%
SUD-OUEST	152 103	33 175	53 382	10 930	64 312	42%	35,160	16 061	51 221	34%
CAMEROUN	1 824 730	356 528	658 929	172 164	831 093	46%	333,139	178 330	511469	28%

Chez les enfants de moins de 5 ans, 1 824 730 cas ont été reçus en consultations externes. Parmi ces cas, 831 093 (46%) étaient venus pour une suspicion de paludisme. Un total de 511 469 de ces cas ont été confirmés pour paludisme soit 61,5% des cas confirmés. La proportion des cas confirmés de paludisme était plus élevée dans les régions du Sud-Ouest, du centre et de l'Est (80%, 77% et 73% respectivement). Par contre, les régions du Littoral, Nord, et du Nord-ouest avaient les faibles proportions de cas confirmés de paludisme (43%, 52% et 55% respectivement).

Tableau 53 : Répartition du nombre de cas de paludisme (suspects et confirmés) par région chez les femmes enceintes en 2016.

RÉGION	Nombre total de consultations (femmes enceintes) (a)	Nombre d'hospitalisations toutes causes (femmes enceintes) (b)	Nombre de cas suspects de paludisme grave (femmes enceintes)	Nombre de cas confirmés de paludisme grave (femmes enceintes)	% de cas suspects de paludisme grave (femmes enceintes)
--------	--	--	--	---	---

			(c)	(d)	c/a
ADAMAOUA	51 573	10 242	4 935	5 124	10%
CENTRE	108 958	23 289	12 541	13 123	12%
EST	40 176	12 247	4 655	6 805	12%
EXTREME-NORD	58 197	14 677	8 980	12 466	15%
LITTORAL	120 588	22 736	10 282	8 617	9%
NORD	38 098	13 176	9 225	7 914	24%
NORD-OUEST	33 447	13 712	2 451	3 454	7%
OUEST	35 736	13 870	6 912	6 751	19%
SUD	14 580	4 030	2 379	2 479	16%
SUD-OUEST	36 526	12 927	4 349	6 732	12%
CAMEROUN	537 879	140 906	66 709	73 465	12%

Sur les 537 879 cas de femmes enceintes venues en consultation, le paludisme grave a été suspecté chez 73465 (12%) tandis que 66 709 cas ont été confirmés dans ce groupe. 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 de l'Est, du sud et plus faibles dans les régions du Nord-Ouest, du Littoral et de l'Adamaoua.

Tableau 54 : Répartition du nombre de cas de paludisme par région chez les personnes âgées de de plus de cinq ans en 2016.

Région	Nombre total de consultations (>5ans) (a)	Nombre d'hospitalisations toutes causes (>5ans) (b)	Nombre de cas de fièvre suspects de paludisme simple (>5ans) (c)	Nombre de cas de suspects de paludisme grave (>5ans) (d)	Nombre de cas de suspects de paludisme (>5ans) (c+d)	% de cas suspects de paludisme (>5ans) (c+d)/a	Nombre de cas de paludisme simple confirmés (> 5ans) (e)	Nombre de cas de paludisme grave confirmés (> 5ans) (f)	Nombre de cas de paludisme confirmés (> 5ans) (e+f)	morbidité palustre (> 5ans) (e+f)/a
ADAMAOUA	253 599	35 673	70 748	16 279	87 027	34%	31 640	16 271	47 911	19%
CENTRE	914 057	116 421	193 378	46 280	239 658	26%	139 266	45 807	185 073	20%
EST	348 518	71 987	83 750	19 603	103 353	30%	41 565	28 480	70 045	20%
EXTREME-NORD	522 880	56 037	125 976	28 705	154 681	30%	65 410	27 761	93 171	18%
LITTORAL	1 014 801	152 445	240 803	65 555	306 358	30%	85 433	52 110	137 543	14%
NORD	317 155	49 149	95 756	29 398	125 154	39%	42 245	23 558	65 803	21%
NORD-OUEST	740 081	120 639	111 747	22 419	134 166	18%	50 171	34 844	85 015	11%
OUEST	374 012	100 137	76 084	42 921	119 005	32%	37 024	41 443	78 467	21%
SUD	129 931	20 071	44 467	9 781	54 248	42%	17 428	9 640	27 068	21%
SUD-OUEST	605 727	81 560	117 612	20 703	138 315	23%	74 112	30 203	104 315	17%
CAMEROUN	5 220 761	804 119	1 160 321	301 644	1461965	28%	584 294	310 117	894 411	17%

En 2016, on a enregistré 5 220 761 consultations toutes causes confondues chez les plus de 5 ans femmes enceintes exclues contre 4 627 199 en 2015. Parmi ces consultations,

1 461 965 (28%) étaient des cas suspectés de paludisme. Parmi ces cas suspects, 894 411 (61%) ont été confirmés.

Tableau 55 : Répartition du nombre de cas de paludisme dans les formations sanitaires par statut en 2016.

indicateurs	Privé Confessionnel	Privé Lucratif	Public	Total général
Nombre total de consultations toutes causes confondues	2 512 761	1 175 797	3 894 812	7 583 370
Nombre total d'hospitalisations toutes causes confondues	345 021	252 702	703 830	1 301 553
Nombre total de cas suspects de paludisme simple	464 667	347 187	1 007 396	1 819 250
Nombre de cas suspects de paludisme grave	101 022	115 128	324 367	540 517
Nombre de cas de paludisme simple confirmé	207 059	210 528	499 846	917 433
Nombre de cas de paludisme grave confirmé	114 003	114 579	333 330	561 912

L'Analyse de la fréquentation des formations sanitaires montre que 51% des consultations se sont effectués dans le secteur public. Le secteur privé lucratif ne représentait que 16% des consultations. De manière générale, le secteur public reçoit plus de 50% des cas suspects, les hospitalisations toutes causes et des cas confirmés alors que le secteur privé lucratif ne reçoit que 20% de ces cas.

4.1.3. 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 2016 dans nos formations sanitaires, 3 114 177 tests ont été réalisés à la recherche du plasmodium chez 2 359 767 cas suspects.

La proportion de cas testés qui se situe au-delà de 100% s'explique par un mauvais rapportage des cas suspects de paludisme en raison de:

(i) non-respect du circuit du malade dans certaines formations sanitaires. Ainsi certains malades sont consultés sans être enregistrés ou vont directement au laboratoire sans passer par la consultation (soit parce qu'ils sont référés ou pris en charge par un prestataire externe au service de consultation de la formation sanitaire);

(ii) non enregistrement systématique de certains cas suspects de paludisme ayant justifiés la réalisation du test de diagnostic biologique surtout quand le résultat dudit test est négatif ;

(iii) la mauvaise compréhension de la variable intitulée « cas hospitalisés pour suspicion de paludisme grave » qui est par conséquent insuffisamment renseignée étant donné que les prestataires tendent à confirmer les cas avant d'hospitaliser ;

(iv) La réalisation simultanée des TDR et de la goutte épaisse chez les mêmes patients;

(v) La comptabilisation des TDR invalides parmi les tests réalisés.

Pour résoudre ce problème, la formulation de certaines variables à problème a été améliorée dans les outils de collecte de données actuels. Par ailleurs, les formations des prestataires de soins, les supervisions des activités de routine et les feedbacks issus de l'analyse des données mensuelles sont mis à contribution pour sensibiliser les prestataires de soins au remplissage du registre de consultation en ce qui concerne les cas suspects, au respect des résultats des TDR et à la confirmation systématiquement des cas suspects avant l'administration du traitement.

Dans l'ensemble, 44% des cas suspects ont été testés avec la goutte épaisse et 56% avec le TDR et le taux de confirmation des cas était au moins de 74%.

Tableau 56 : Répartition du nombre d'examen de diagnostic des cas de paludisme par région en 2016.

REGIONS	Nombre de cas suspects de paludisme (a)	Nombre de TDR effectués par le personnel de santé (b)	Nombre de Gouttes Epaisses effectuées par le personnel de laboratoire (c)	% des cas confirmés avec TDR (%) b/a	% de cas confirmés avec goutte épaisse (%) c/a	Nombre de Test de Diagnostic Rapide (TDR) positifs	Nombre de Gouttes Epaisses (GE) positives
ADAMAOUA	157 081	129 212	63 067	82%	40%	68 201	36 698
CENTRE	389 161	195 373	371 243	50%	95%	109 098	234 264
EST	193 214	179 368	86 213	93%	45%	106 334	52 759
EXTREME-NORD	262 588	292 364	92 007	111%	35%	144 966	57 796
LITTORAL	480 868	226 099	277 509	47%	58%	101 046	158 427
NORD	211 569	116 576	103 106	55%	49%	72 710	71 170
NORD-OUEST	186 157	216 284	86 385	116%	46%	75 879	40 403
OUEST	180 365	158 654	99 393	88%	55%	74 672	47 501
SUD	91 788	47 107	35 492	51%	39%	29 429	21 243
SUD-OUEST	206 976	179 338	159 387	87%	77%	82 562	90 106
CAMEROUN	2 359 767	1 740 375	1 373 802	74%	58%	864 897	810 367

4.1.4. TRAITEMENT DES CAS DE PALUDISME SIMPLE

En 2016 dans nos formations sanitaires, 821 480 de cas de paludisme simple ont été traités avec ASAQ et les autres ACT (Artemether-Lumefantrine, Artésunate-Méfloquine, dihydroartésinine-pipéraquline, etc). Au total, 44 % des cas du paludisme simple confirmés ont été traités par la combinaison ASAQ contre 47 % en 2015. Ceci correspond à une baisse de 6% de la proportion de cas de paludisme simple traités avec ASAQ. La proportion des cas traités avec la combinaison ASAQ était plus élevée dans les régions de l'Adamaoua (64%), de l'Est (58%), de l'Ouest (53%). Cette proportion était plus faible dans les régions du Centre (33%), du Sud-Ouest (39%) et du Littoral (34%). On remarque que les régions du

Centre et du Littoral qui utilisent moins la combinaison ASAQ sont celles qui ont la plus forte concentration de pharmacies d'officine.

Tableau 57 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme simple traités par le personnel de santé en 2016.

Région	Nombre de cas de fièvre suspects de paludisme simple	Nombre de cas de paludisme simple confirmé (avec TDR ou microscopie)	Nombre de cas de paludisme simple traités avec les Autres ACT	Nombre de cas de paludisme simple traités avec AS-AQ	% de cas de paludisme simple traités avec AS-AQ
ADAMAOUA	121 627	55 826	23 751	41 562	64%
CENTRE	302 411	216 086	99 321	49 835	33%
EST	154 517	81 648	36 981	50 244	58%
EXTREME-NORD	207 916	105 776	55 547	43 910	44%
LITTORAL	371 288	129 968	79 483	40 090	34%
NORD	154 971	68 313	39 247	30 012	43%
NORD-OUEST	153 242	65 870	28 282	29 698	51%
OUEST	111 118	55 478	25 787	28 896	53%
SUD	71 166	29 196	13 765	10 403	43%
SUD-OUEST	170 994	109 272	57 781	36 885	39%
CAMEROUN	1 819 250	917 433	459 945	361 535	44%

4.1.5. TRAITEMENT DES CAS DE PALUDISME SIMPLE CHEZ LES MOINS DE 5 ANS

Le traitement des cas de paludisme simple avec la combinaison ASAQ chez les enfants âgés de moins de cinq ans est gratuit. Nous constatons que 50% des cas confirmés de paludisme simple ont bénéficié de cette politique de gratuité contre 54% en 2015. Les régions du Littoral (47%) et du Centre (36%) ont enregistré les plus bas niveaux de traitement gratuit du paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans avec la combinaison ASAQ; les régions de l'Adamaoua (73%) et de l'Est (60%) ont enregistré les pourcentages les plus élevés de traitement gratuit du paludisme simple chez les moins de 5 ans avec la combinaison ASAQ. Les taux d'utilisation de l'ASAQ pour la prise en charge des cas de paludisme simple dans les régions de l'Extrême-Nord (85%) et du Nord (89%) a baissé à cause de la prise en charge des cas de paludisme simple par l'AL pendant la mise en œuvre de la CPS de Aout à Octobre 2016 conformément aux directives de l'OMS pour la mise en œuvre de la CPS.

Tableau 58 : 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 2016.

Région	Nombre de cas de fièvre suspects de paludisme simple (< 5 ans)	Nombre de cas de paludisme simple confirmés (avec TDR ou microscopie) (< 5 ans)	Nombre de cas de paludisme simple traités avec Autres ACT (< 5 ans)	Nombre de cas de paludisme simple traités avec AS-AQ (< 5 ans)	% de cas de paludisme simple traités avec (AS-AQ) (< 5 ans)
ADAMAOUA	56 907	33 015	8 513	22 477	73%
CENTRE	79 173	52 790	37 575	21 288	36%
EST	66 790	43 843	17 767	26 799	60%
EXTREME-NORD	114 276	67 270	22 177	16 535	43%
LITTORAL	89 865	35 397	23 935	20 843	47%
NORD	86 840	37 985	14 971	13 484	47%
NORD-OUEST	38 977	16 221	6 683	8 111	55%
OUEST	36 328	20 265	8 724	11 822	58%
SUD	20 123	12 366	4 928	5 166	51%
SUD-OUEST	53 525	37 693	17 275	15 101	47%
CAMEROUN	642 804	356 845	162 548	161 626	50%

4.1.6. TRAITEMENT DES CAS DE PALUDISME SIMPLE CHEZ LES PLUS DE 5 ANS

La prise en charge des cas de paludisme simple avec la combinaison AS-AQ en première intention a connu une nette augmentation entre 2012 et 2010, passant de 31% à 50%. En 2016, ce taux a baissé et est de 40%. Des efforts supplémentaires doivent être faits pour la sensibilisation en direction des prestataires de soins pour augmenter la proportion des cas traités avec la combinaison AS-AQ surtout dans les régions du Sud-Ouest, du Centre et du Littoral qui enregistrent les faibles proportions de cas traités avec ce médicament.

Tableau 59 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme simple traités par le personnel de santé chez les plus de 5 ans.

RÉGION	Nombre de cas de fièvre suspects de paludisme simple (> 5 ans)	Nombre de cas de paludisme simple confirmé (avec TDR ou microscopie) (> 5 ans)	Nombre de cas de paludisme simple traités avec Autres ACT (> 5 ans)	Nombre de cas de paludisme simple traités avec (AS-AQ) (> 5 ans)	% de cas de paludisme simple traités avec AS-AQ (> 5 ans)
ADAMAOUA	70 748	31 640	15,238	19,085	56%
CENTRE	193 378	139 266	61,746	28,547	32%
EST	83 750	41 565	19,214	23,445	55%
EXTREME-NORD	125 976	65 410	33,370	27,375	45%
LITTORAL	240 803	85 433	55,548	19,247	26%
NORD	95 756	42 245	24,276	16,528	41%
NORD-OUEST	111 747	50 171	21,599	21,587	50%
OUEST	76 084	37 024	17,063	17,074	50%
SUD	44 467	17 428	8,837	5,237	37%
SUD-OUEST	117 612	74 112	40,506	21,784	35%
CAMEROUN	1 160 321	584 294	297,397	199,909	40%

4.1.7. TRAITEMENT DES CAS DE PALUDISME GRAVE

Tableau 60 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme grave traités par le personnel de santé en 2016.

Région	Nombre de cas de fièvre suspects de paludisme grave	Nombre de cas de paludisme grave confirmés (avec TDR ou microscopie)	Nombre de cas de paludisme grave traités avec Artesunate injectable	Nombre de cas de paludisme grave traités avec artemether injectable	Nombre de cas de paludisme grave traités avec quinine injectable	% de cas de paludisme grave traités avec artesunate injectable
ADAMAOUA	107 964	36 134	18 153	3 257	32 521	34%
CENTRE	86 750	87 470	37 823	16	116 076	25%
EST	38 697	57 759	15 783	28 104	45 334	18%
EXTREME-NORD	54 672	57 056	27 350	30 311	59 926	23%
LITTORAL	109 580	86 783	33 675	24 414	71 395	26%
NORD	56 598	45 561	27 113	25 121	47 703	27%
NORD-OUEST	32 915	49 762	9 518	10 273	36 709	17%
OUEST	69 247	67 797	7 535	36 442	36 206	9%
SUD	20 622	20 594	5 090	3 794	14 490	22%
SUD-OUEST	35 982	52 996	18 202	26 766	39 187	22%
CAMEROUN	540 517	561 912	200 242	188 498	499 547	23%

Tableau 60 : 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 2016.

Région	Nombre de cas de fièvre suspects de paludisme grave (< 5 ans)	Nombre de cas de paludisme grave confirmés (avec TDR ou microscopie) (< 5 ans)	Nombre de cas de paludisme grave traités avec Artesunate injectable (< 5 ans)	Nombre de cas de paludisme grave traités avec artemether injectable (< 5 ans)	Nombre de cas de paludisme grave traités avec quinine injectable (< 5 ans)	% de cas de paludisme grave traités avec artesunate injectable (< 5 ans)
ADAMAOUA	14 240	14 739	10 916	1 780	10 677	47%
CENTRE	27 929	28 540	15 955	9	38 325	29%
EST	14 439	22 474	8 689	13 589	15 616	23%
EXTREME-NORD	16 987	16 829	12 054	14 242	15 307	29%
LITTORAL	33 743	26 056	22 740	3 429	13 158	58%
NORD	17 975	14 089	14 798	9 376	12 313	41%
NORD-OUEST	8 045	11 464	2 947	2 267	8 613	21%
OUEST	19 414	19 603	2 948	10 863	9 940	12%
SUD	8 462	8 475	2 550	1 913	5 251	26%
SUD-OUEST	10 930	16 061	6 774	9 766	9 571	26%
CAMEROUN	172 164	178 330	100 371	67 234	138 771	33%

Tableau 61 : 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 2016.

Région	Nombre de cas de fièvre suspects de paludisme grave (> 5 ans)	Nombre de cas de paludisme grave confirmés (avec TDR ou microscopie) (> 5 ans)	Nombre de cas de paludisme grave traités avec Artesunate injectable (> 5 ans)	Nombre de cas de paludisme grave traités avec artemether injectable (> 5 ans)	Nombre de cas de paludisme grave traités avec quinine injectable (> 5 ans)	% de cas de paludisme grave traités avec artesunate injectable (> 5 ans)
ADAMAOUA	16 279	16 271	5 902	1 286	16 418	25%
CENTRE	46 280	45 807	18 242	7	62 406	23%
EST	19 603	28 480	5 870	12 727	22 860	14%
EXTREME-NORD	28 705	27 761	13 377	14 229	33 951	22%
LITTORAL	65 555	52 110	9 371	18 553	48 761	12%
NORD	29 398	23 558	10 210	13 959	26 515	20%
NORD-OUEST	22 419	34 844	6 177	7 363	25 441	16%
OUEST	42 921	41 443	4 129	21 989	22 186	9%
SUD	9 781	9 640	2 048	1 516	7 357	19%
SUD-OUEST	20 703	30 203	9 778	14 566	23 592	20%
CAMEROUN	301 644	310 117	85 104	106 195	289 487	18%

Tableau 62 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme grave traités par le personnel de santé chez les femmes enceintes en 2016.

Région	Nombre de cas de fièvre suspects de paludisme grave (FE)	Nombre de cas de paludisme grave confirmés (avec TDR ou microscopie) (FE)	Nombre de cas de paludisme grave traités avec Artesunate injectable (FE)	Nombre de cas de paludisme grave traités avec artemether injectable (FE)	Nombre de cas de paludisme grave traités avec quinine injectable (FE)	% de cas de paludisme grave traités avec artesunate injectable (FE)
ADAMAOUA	4 935	5 124	1 335	191	5 426	19%
CENTRE	12 541	13 123	3 626	-	15 345	19%
EST	4 655	6 805	1 224	1 788	6 858	12%
EXTREME-NORD	8 980	12 466	1 919	1 840	10 668	13%
LITTORAL	10 282	8 617	1 564	2 432	9 476	12%
NORD	9 225	7 914	2 105	1 786	8 875	16%
NORD-OUEST	2 451	3 454	394	643	2 655	11%
OUEST	6 912	6 751	458	3 590	4 080	6%
SUD	2 379	2 479	492	365	1 882	18%
SUD-OUEST	4 349	6 732	1 650	2 434	6 024	16%
CAMEROUN	66 709	73 465	14 767	15 069	71 289	15%

Tableau 63 : Répartition par statut du nombre de cas de paludisme grave traités par le personnel de santé en 2016.

indicateurs	Privé Confessionnel	Privé Lucratif	Public	Total général
Nombre de cas suspects de paludisme grave < 5 ans	31 052	31 600	109 512	172 164
Nombre de cas suspects de paludisme grave >= 5 ans	56 707	69 384	175 553	301 644
Nombre de cas suspects de paludisme grave Femmes enceintes	13 263	14 144	39 302	66 709
Nombre total de cas suspects de paludisme grave	101 022	115 128	324 367	540 517
Nombre de cas de paludisme grave confirmé < 5 ans	34 063	31 334	112 933	178 330
Nombre de cas de paludisme grave confirmé >= 5 ans	64 439	68 994	176 684	310 117
Nombre de cas de paludisme grave confirmé Femmes enceintes	15 501	14 251	43 713	73 465
Nombre total de cas suspects de paludisme grave confirmé	114 003	114 579	333 330	561 912
Nombre de cas de paludisme grave confirmé traités avec l'artésunate injectable < 5 ans	17 915	16 402	66 054	100 371
Nombre de cas de paludisme grave confirmé traités avec l'artésunate injectable >= 5 ans	16 060	15 951	53 093	85 104
Nombre de cas de paludisme grave confirmé traités avec l'artésunate injectable Femmes enceintes	2 953	2 751	9 063	14 767
Nombre total de cas de paludisme grave confirmé traités avec l'artésunate injectable	36 928	35 104	128 210	200 242
Nombre de cas de paludisme grave confirmé traités avec quinine < 5 ans	34 383	27 803	76 585	138 771
Nombre de cas de paludisme grave confirmé traités avec quinine >= 5 ans	68 045	70 406	151 036	289 487
Nombre de cas de paludisme grave confirmé traités avec quinine Femmes enceintes	17 709	14 862	38 718	71 289
Nombre total de cas de paludisme grave confirmé traités avec quinine	120 137	113 071	266 339	499 547
Nombre de cas de paludisme grave confirmé traités avec arthéméter injectable < 5 ans	11 777	6 344	49 113	67 234
Nombre de cas de paludisme grave confirmé traités avec arthéméter injectable >= 5 ans	21 791	17 784	66 620	106 195
Nombre de cas de paludisme grave confirmé traités avec arthéméter injectable Femmes enceintes	2 914	2 931	9 224	15 069
Nombre de cas de paludisme grave confirmé traités avec arthéméter injectable	36 482	27 059	124 957	188 498
% de cas de paludisme grave traités avec artesunate injectable	19%	20%	25%	23%
% de cas de paludisme grave traités avec quinine	62%	65%	51%	56%

4.1.8. TRAITEMENT DES CAS DE PALUDISME DANS LA COMMUNAUTE

Tableau 64 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme traités par les ASC en 2016.

Régions	Nombre de cas de fièvre rapportés par les Agents de Santé Communautaires	Nombre de Tests de Diagnostic Rapide (TDR) effectués et interprétés par les ASC	Nombre de cas de paludisme simple confirmés par les Agents de Santé Communautaires à l'aide du TDR	Nombre de cas de paludisme simple confirmé traités par les ASC avec ASAQ
ADAMAOUA	3 818	2 554	1 862	2 032
CENTRE	2 222	2 523	1 900	2 090
EST	9 168	2 890	2 209	2 491
EXTREME-NORD	10 628	7 213	4 369	3 894
LITTORAL	6	6	-	-
NORD	13 076	6 967	6 530	7 102
NORD-OUEST	-	-	-	-
OUEST	568	892	302	380
SUD	1 850	2 049	1 445	1 447
SUD-OUEST	1 366	377	121	119
Cameroun	42 702	25 471	18 738	19 555

4.1.9. LA MORTALITE LIEE AU PALUDISME

En 2016, Le paludisme était responsable de 12% de décès toutes causes confondues dans les formations sanitaires. On observe une baisse de ce taux par rapport à 2015 (18,7%) et 2014 (22,9%). Le nombre de décès toutes causes confondues a connu une augmentation passant de 18445 en 2015 à 21335 en 2016, soit un taux augmentation de 16%. Par contre, le nombre de décès dus au paludisme a connu une baisse passant de 3440 à 2639 soit un taux de réduction de 23%. Les proportions de décès dus au paludisme sont plus élevées dans les régions de l'Extrême-Nord (26%) et du Nord (27%) qui sont les régions à risque d'épidémie. Le nombre de décès dus au paludisme enregistrés dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord ont baissé de 35% et 45% respectivement dans la population générale. Chez les moins de 5 moins la baisse du nombre de décès dus au paludisme ont baissé respectivement de 50% et 43% dans les régions de l'Extrême-Nord et du Nord. Ces réductions dans les régions de l'Extrême-nord et du Nord du nombre de décès dus au paludisme sont dues à la combinaison de plusieurs interventions de prévention qui sont la

distribution des MILDA et la CPS. Les régions du Nord-ouest et de l'Ouest sont les régions qui ont les plus petits pourcentages de décès dus au paludisme dans les décès toutes causes.

L'analyse du tableau 20 montre que la majorité des décès dus au paludisme survient chez les enfants de moins de 5 ans. En effet, 65% des décès dus au paludisme étaient enregistrés dans ce groupe et 28% des décès survenus chez les moins de 5 ans étaient dus au paludisme (tableau 21). Ce groupe reste donc le plus vulnérable à la maladie.

Tableau 65 : Répartition par région de la mortalité due au paludisme dans les formations sanitaires en 2015.

Région	Nombre de décès toutes causes confondues	Nombre de décès dus au paludisme	% de décès dus au paludisme	nombre de décès dus au paludisme chez les moins de 5 ans	nombre de décès dus au paludisme chez les plus de 5 ans	nombre de décès dus au paludisme chez les femmes enceintes
ADAMAOUA	1 201	254	21%	194	51	9
CENTRE	2 262	343	15%	225	112	6
EST	1 718	284	17%	208	73	3
EXTREME-NORD	2 404	630	26%	419	202	9
LITTORAL	4 297	158	4%	99	58	1
NORD	1 933	527	27%	350	167	10
NORD-OUEST	3 366	122	4%	34	87	1
OUEST	1 858	139	7%	73	66	-
SUD	506	76	15%	55	20	1
SUD-OUEST	1 790	106	6%	67	39	-
CAMEROUN	21 335	2 639	12%	1 724	875	40

L'analyse de l'évolution temporelle des décès dus au paludisme en 2016 montre que nous avons enregistré plus de décès pendant la période de haute transmission (juillet, Août, Septembre et Octobre). Comme l'année précédente, la région de l'extrême-nord est celle dans laquelle on a enregistré le plus de décès (39%) et celle-ci a le moins de décès est le Sud.

Figure 1 : Evolution de la mortalité due au paludisme par mois par région en 2016.

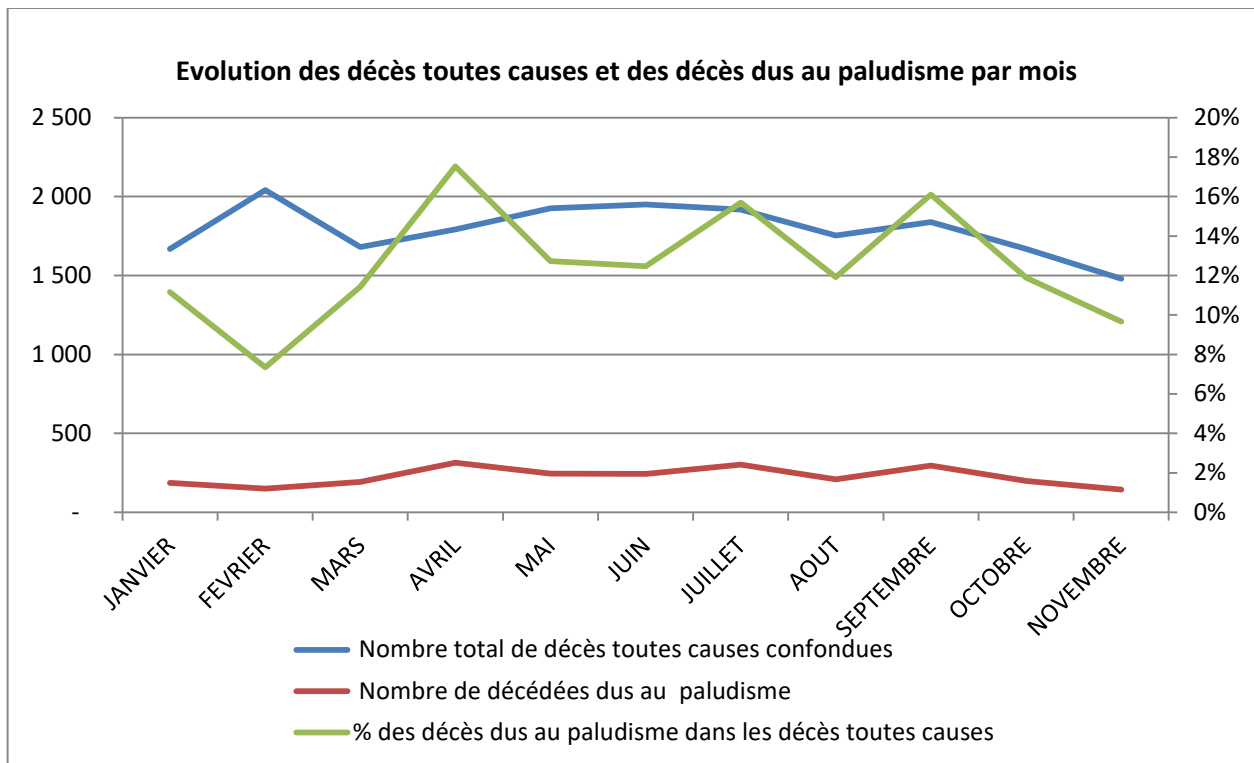


Tableau 66 : Importance de la mortalité palustre enregistrée dans les formations sanitaires par groupes cibles en 2016.

Région	Tous les décès liés au paludisme	Tous les décès liés au paludisme chez les moins de cinq ans	% des décès des moins de cinq ans dans les décès liés au paludisme	Tous les décès liés au paludisme chez les femmes enceintes	% des décès des femmes enceintes dans les décès liés au paludisme	Tous les décès liés au paludisme chez les plus de cinq ans (FE exclues)	% des décès des plus de cinq ans (FE exclues) dans les décès liés au paludisme
ADAMAOUA	254	194	76%	9	4%	51	20%
CENTRE	343	225	66%	6	2%	112	33%
EST	284	208	73%	3	1%	73	26%
EXTREME-NORD	630	419	67%	9	1%	202	32%
LITTORAL	158	99	63%	1	1%	58	37%
NORD	527	350	66%	10	2%	167	32%
NORD-OUEST	122	34	28%	1	1%	87	71%
OUEST	139	73	53%	-	0%	66	47%
SUD	76	55	72%	1	1%	20	26%
SUD-OUEST	106	67	63%	-	0%	39	37%
CAMEROUN	2 639	1 724	65%	40	2%	875	33%

Tableau 67 : Répartition par région de la mortalité due au paludisme par groupe cible dans les formations sanitaires en 2016.

Région	Nombre de décès toutes causes confondues (< 5 ans)	Nombre de décès dus au paludisme (< 5 ans)	% décès liés au paludisme (< 5 ans)	Nombre de décès toutes causes confondues (> 5 ans)	Nombre de décès dus au paludisme (> 5 ans)	% décès liés au paludisme (> 5 ans)	Nombre de décès (toutes causes confondues) femmes enceintes	Nombre de décès dus au paludisme femmes enceintes	% décès liés au paludisme femmes enceintes
ADAMAOUA	504	194	38%	641	51	8%	56	9	16%
CENTRE	639	225	35%	1 583	112	7%	40	6	15%
EST	598	208	35%	1 059	73	7%	61	3	5%
EXTREME-NORD	1 024	419	41%	1 305	202	15%	75	9	12%
LITTORAL	989	99	10%	3 197	58	2%	111	1	1%
NORD	795	350	44%	1 062	167	16%	76	10	13%
NORD-OUEST	525	34	6%	2 810	87	3%	31	1	3%
OUEST	344	73	21%	1 475	66	4%	39	-	0%
SUD	174	55	32%	315	20	6%	17	1	6%
SUD-OUEST	364	67	18%	1 395	39	3%	31	-	0%
CAMEROUN	5 956	1 724	29%	14 842	875	6%	537	40	7%

Le taux de létalité du paludisme dans les formations sanitaires au Cameroun en 2015 était de 0.21%. Ce taux variait d'une région à l'autre passant de 0,12% dans la région du Centre à 0.52% dans la région du Nord.

Tableau 68 : Létalité palustre dans les formations sanitaires par groupes cibles et par région en 2016.

Région	Nombre de cas confirmés de paludisme grave (< 5 ans)	Nombre de décès dus au paludisme (< 5 ans)	Létalité palustre (< 5 ans)	Nombre de cas confirmés de paludisme grave (> 5 ans)	Nombre de décès dus au paludisme (> 5 ans)	Létalité palustre (> 5 ans)	Nombre de cas confirmés de paludisme grave (femmes enceintes)	Nombre de décès dus au paludisme (femmes enceintes)	Létalité palustre (femmes enceintes)
ADAMAOUA	38 925	194	0.50%	47 911	51	0.11%	5 124	56	1.09%
CENTRE	105360	225	0.21%	185 073	112	0.06%	13 123	40	0.30%
EST	62 557	208	0.33%	70 045	73	0.10%	6 805	61	0.90%
EXTREME-NORD	57 195	419	0.73%	93 171	202	0.22%	12 466	75	0.60%
LITTORAL	70 591	99	0.14%	137 543	58	0.04%	8 617	111	1.29%
NORD	40 157	350	0.87%	65 803	167	0.25%	7 914	76	0.96%
NORD-OUEST	27 163	34	0.13%	85 015	87	0.10%	3 454	31	0.90%
OUEST	38 057	73	0.19%	78 467	66	0.08%	6 751	39	0.58%
SUD	20 243	55	0.27%	27 068	20	0.07%	2 479	17	0.69%
SUD-OUEST	51 221	67	0.13%	104 315	39	0.04%	6 732	31	0.46%
CAMEROUN	511469	1 724	0.34%	894 411	875	0.10%	73 465	537	0.73%

4.1.10. LE TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT CHEZ LA FEMME ENCEINTE

4.2. SUPERVISION DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN 2016

La supervision de routine des activités de lutte contre le paludisme a été planifiée à tous les niveaux dans le PTA 2016, soit 2 supervisions du niveau central vers les Régions, 3 supervisions du niveau régional vers les Districts de Santé et 2 du niveau District de santé vers les formations sanitaires. Sur ce, 2 missions de supervisions régionales, 1 mission de supervision centrale, et 01 mission de supervision de District (Région de l'Est) ont été effectuée en 2016.

4.2.1. NOMBRE DE DISTRICTS DE SANTE SUPERVISEES

Tableau 70. Couverture des Districts de Santé par la supervision centrale et régionale

N°	Région	Nombre de district	Supervision Centrale	Supervision régionale	Supervision des districts	Total DS atteints par la supervision	Couverture des Districts de santé
1	ADAMAOUA	9	9	8	0	9	100%
2	CENTRE	30	15	30	0	30	100%
3	EST	14	11	11	12	12	86%
4	EXTREME-NORD	30	19	25	0	25	83%
5	LITTORAL	24	19	20	0	20	83%
6	NORD	15	15	0	0	15	100%
7	NORD-OUEST	19	0	13	0	13	68%
8	OUEST	20	16	16	0	16	80%
9	SUD	10	4	0	0	4	40%
10	SUD-OUEST	18	12	16	0	16	89%
	TOTAL	189	120	139	12	160	85%

4.2.2. NOMBRE DE FORMATIONS SANITAIRES SUPERVISEES

Tableau 71. Couverture des formations sanitaires par la supervision centrale, régionale et de district

N°	Région	Nombre de FOSA	Supervision Centrale	Supervision régionale	Supervision des districts	Nbre de FOSA atteinte par la supervision	Couverture des FOSA par la supervision
1	ADAMAOUA	172	18	19	0	37	22%
2	CENTRE	1175	32	68	0	100	9%
3	EST	245	21	29	124	174	71%
4	EXTREME-NORD	339	45	48	0	93	27%
5	LITTORAL	751	34	49	0	83	11%
6	NORD	279	31	0	0	31	11%
7	NORD-OUEST	369	0	39	0	39	11%
8	OUEST	648	33	55	0	88	14%
9	SUD	215	11	?	0	11	5%
10	SUD-OUEST	318	22	55	0	77	24%
	TOTAL	4511	247	362	124	733	16%

4.2.3. NOMBRE DE PRESTATAIRES SUPERVISEES

Tableau 72. Nombre de personnes supervisés en 2016

N°	Région	Nombre de prestataires ciblés	Supervision Centrale	Supervision régionale	Supervision des districts	Total personnes supervisées	% personnes supervisés
1	ADAMAOUA	401	83	141	0	224	56%
2	CENTRE	2747	63	471	0	534	19%
3	EST	572	44	154	214	412	72%
4	EXTREME-NORD	790	123	202	0	325	41%

5	LITTORAL	1755	108	362	0	470	27%
6	NORD	650	59	0	0	59	9%
7	NORD-OUEST	860	0	176	0	176	20%
8	OUEST	1514	83	170	0	253	17%
9	SUD	502	23	42	0	65	13%
10	SUD-OUEST	743	109	659	0	768	103%
	TOTAL	10534	695	2377	214	3286	31%

4.2.4. ANALYSE FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES, MENACES

4.2.5. NIVEAU REGIONAL

4.2.5.1. Forces

La Plan de travail annuel de la Région prend en compte les activités de lutte contre le paludisme ;

La plupart des documents normatif sont disponibles

Disponibilité de personnels qualifiés et formé aux stratégies de lutte contre le paludisme ;

Disponibilité des pharmaciens dans Certaines DRSP/FRPS

Disponibilité des intrants dans la plupart des FRSPS

Bonne complétude des rapports dans la totalité des GTRLP visités ;

Disponibilité des documents de traçabilité des MILDA ;

Bon archivage des rapports dans la totalité des DRSPEN visités ;

Disponibilité d'au moins un véhicule de supervision

4.2.5.2. Faiblesses

PTA du GTRLP n'est pas élaboré dans plusieurs région ;

Absence de la cartographie des partenaires de la lutte contre le paludisme dans la plupart des GTRLP ;

Sur stockage/ risque de peremption de certains intrants au niveau régional (SP, ASAQ) ;

Péréemption de quantités importantes d'intrants (TDR, ASAQ) dans certaines Régions (AD, SW) ;

Plan de supervision non élaboré dans plusieurs régions ;

Plan de formation non élaboré dans plusieurs régions ;

Absence d'évaluation de la mise en œuvre du PTA dans la plupart des Régions ;

Absence d'analyse des données et de feedback formel dans la plupart des régions ;

Absence de fiche de décharge des rapports mensuels dans la plupart des Régions ;

Qualité insuffisante des conditions de stockage des intrants dans certaines régions, notamment l'absence de suivi de la température (Littoral, Centre);

Absence/Insuffisance du personnel qualifié/ formés aux directives de la lutte contre le paludisme au niveau régional (Nord, Ext Nord, Ouest)

4.2.5.3. Opportunités

Appui des partenaires dans certains districts de santé

Mise en œuvre des projets tels que chèques santé na eu un impact positif sur la fréquentation des formations sanitaires par les femmes enceintes et aussi sur la qualité des données produites par les formations sanitaires

4.2.5.4. Menaces

Conflit s d'agenda

4.2.6. NIVEAU DISTRICT DE SANTE

4.2.6.1. Forces

Disponibilité et bonne collaboration des supervisés ;

Disponibilité des plans d'action intégrant les activités des programmes,

Personnel formé sur les nouvelles directives

Disponibilité des documents et support de collecte des données actualisés

Archivage des rapports mensuels des données sur le paludisme

Bonne gestion de l'information sanitaire

4.2.6.2. Faiblesse

Absence de véhicule de supervision

Absence de l'analyse des données ;

Gestion manuelle des données

Absence d'équipements informatiques et de reprographie

BD non mise à jour

Exiguïté des locaux

Insuffisance dans l'archivage des rapports provenant des formations sanitaires

Le rangement des documents pour y accéder aisément ;

4.2.6.3. Opportunité

Appui des partenaires dans certains districts de santé

Mise en œuvre des projets tels que chèques santé na eu un impact positif sur la fréquentation des formations sanitaires par les femmes enceintes et aussi sur la qualité des données produites par les formations sanitaires

4.3. APPUI AUX SUIVI EVALUATION DES AUTRES SECTION DU GTC PNLP

En plus des activités de supervisions, la Section PSSE a contribué au suivi des activités des autres secteurs. En effet, la SPSSE a appui la section Prévention dans :

- Elaboration des fiches techniques de la campagne MILDA
- Gestion des données de la campagne MILDA
- Gestion des données des inventaires des MILDA
- Elaboration des fiches techniques de la Campagne CPS
- Développement des outils de gestion de la campagne CPS
- Gestion des données de la campagne CPS
- Elaboration des fiches Techniques pour la participation du PNLP à la SASNIM 2016
- Gestion des données PNLP de la SASNIM 2016

4.4. EVALUATION DES INTERVENTIONS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Pour l'évaluation, Trois enquêtes étaient planifiées : les enquêtes post campagne MILDA et CPS, et l'enquête Formation sanitaire. De toutes ces études, seule la première phase de

l'enquête post campagne a été réalisée dans les régions du Sud, du Sud-ouest, de l'Est et du Nord-ouest. Il ressort de cette première phase de l'enquête que :

- La possession des MILDA par les ménages est passée de 66% en 2013 à 70.2% en 2016. Le pourcentage de ménages qui disposent d'au moins une MILDA pour 2 personnes est de 50.2%. Les MILDA disponibles viennent principalement de la campagne de distribution gratuite de 2015/2016 (81.6%).
- Le taux d'utilisation des MILDA dans la population générale est de 55.8%. Chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes le taux d'utilisation des MILDA est respectivement de 61% et 58.4%.
- concernant la mise en œuvre de la campagne, 72.2% des ménages ont été informés de la distribution des MILDA. Pour le dénombrement, 67.9% des ménages ont été dénombrés et 91% des ménages dénombrés sont allés au point de distribution pour retirer leurs MILDA. La principale raison de non dénombrement des ménages était l'absence des membres du ménage lors du passage des équipes de dénombrement.

A la fin de la campagne CPS, une étude d'évaluation était prévue. La méthodologie de cette étude exige qu'elle se fasse 30 jours au plus tard après la fin de la campagne. Nous avons reçu du MINMAP un gré-à-gré pour la réalisation de cette étude. Pour des raisons administratives cette étude n'a pas pu être réalisée. Les mesures seront prises pour que l'enquête post campagne CPS soit réalisée.

En collaboration avec le Cellule des Informations Sanitaires (CIS), le PNLN doit contribuer à la réalisation de l'enquête EDS et l'enquête formation sanitaire. Pour des raisons financières, l'enquête EDS a été reportée en 2017. Pour l'enquête formation sanitaire, celle-ci a été repoussée en 2017 pour des raisons techniques.

5. GESTION DU PROGRAMME

6. CONCLUSION

L'année 2016 était l'an 2 de mise en œuvre de la Note Conceptuelle Paludisme 2015-2017 financé par le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Elle a été marquée d'une part, par la poursuite de la mise en œuvre des phases 2 et 3 de la

Campagne de distribution gratuite de MILDA dans six Régions, et d'autre part par la mise en œuvre de la première édition de la campagne de chimioprévention du paludisme saisonnier dans les Régions du Nord et de l'Extrême. La mise en œuvre de ces deux interventions à haut impact a contribué à une accentuation de la tendance à la baisse de la morbidité et de la mortalité amorcé depuis ces dernières années.

7. PERSPECTIVES 2017

Les principales perspectives pour l'année 2017 sont les suivantes:

- Re-planifier les activités du PTA 2016 non réalisé en 2017;
- Continuer la mise en œuvre des interventions de la Note Conceptuelle 2015-2017, notamment :
 - La distribution des MILDA en routine aux femmes enceintes lors des CPN ;
 - L'administration du TPI aux femmes enceintes lors des CPN ;
 - La mise en œuvre de la campagne CPS au bénéfice des enfants âgés de 3 à 59 mois dans les Régions du Nord et de l'Extrême Nord ;
 - La prise en charges des cas de paludisme dans les formations sanitaires ;
 - La prise en charge intégré communautaires de certaines maladies y compris le paludisme ;
 - Le renforcement des capacités du personnels à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans les différents volets de la lutte contre le paludisme (Lutte antivectorielle, Chimioprévention du paludisme, Prise en charge des cas, gestion des approvisionnements et des stocks, Surveillance épidémiologique, suivi évaluation, Planification) ;
 - La continuation de l'EPC MILDA débuté en 2016;
 - La conduite de l'enquête post campagne CPS
- Conduire la revue à mi-parcours de PSNLP 2014-2018 ;
- Elaborer une nouvelle requête de financement au FMSTP pour la période 2018-2020

8. ANNEXE

PTA 2016 du PNLP