

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 2012 DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



## TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>III</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>V</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>VII</b>
<b>RESUME DETAILLE</b> .....	<b>9</b>
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>12</b>
<b>2. PRISE EN CHARGE DU PALUDISME</b> .....	<b>13</b>
2.1. Acquisition des Tests de Diagnostic Rapide du paludisme en 2012.....	13
2.2. Acquisition des médicaments.....	13
2.3. Distribution des médicaments subventionnés.....	14
2.3.1. Distribution de l' ASAQ gratuit aux CAPR .....	14
2.3.2. Distribution des ACT aux personnes âgées de plus de cinq ans .....	15
2.3.3. Distribution des ACT subventionnées dans le pays en 2012.....	17
2.4. Distribution des tests de diagnostic rapide .....	17
2.4.1. Dotation des CAPR en TDR dans le cadre du projet Round 5 du Fonds Mondial .	18
2.4.2. Dotation des CAPR en TDR dans le cadre du projet Round 9 du Fonds Mondial .	18
2.4.3. Distribution des TDR aux formations sanitaires et aux ASC.....	20
2.4.4. Distribution des TDR et ACT aux agents de santé communautaires.....	21
2.5. Situation des stocks d'intrants de la lutte contre le paludisme au 31 décembre 2012..	22
2.5.1. Stock des ACT .....	22
2.5.2. Stock des tests de diagnostic rapide au 31 décembre 2012 .....	23
2.6. Organisation d'un atelier de planification et de lancement de l'utilisation des TDR au Cameroun .....	23
2.7. Activités de prise en charge communautaires du paludisme .....	23
<b>3. PREVENTION DU PALUDISME</b> .....	<b>24</b>
3.1 La lutte anti -vectorielle .....	24
3.1.1. Campagne de distribution gratuite des MILDA dans la région du Centre .....	24
3.1.2. Inventaires des MILDA après la campagne 2011 .....	26
3.1.3. Les Aspersions Intra-Domiciliaires .....	26
3.2. La Chimio-prévention chez la femme enceinte .....	27
<b>4. COMMUNICATION POUR LE DEVELOPPEMENT</b> .....	<b>29</b>
4.1. La communication .....	29
4.1.1. Communication mass média .....	29
4.1.2. La communication interpersonnelle.....	29
4.1.3. Commémoration de la Vème journée Mondiale de lutte contre le paludisme .....	30
4.2. Le plaidoyer.....	31
4.3. Le partenariat .....	32
<b>5. FORMATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE</b> .....	<b>35</b>
5.1. Activités de formation.....	35
5.1.1. Activités liées à la prise en charge .....	36
5.1.2. Activités liées à la campagne de distribution de masse des MILDA.....	37
5.1.3. Autres activités de formation .....	37
5.2. Activités de recherche .....	38
5.2.1. Revue du Programme Paludisme 2007-2010. ....	38

5.2.2.	Projet « Impact resistance » du Nord .....	39
5.2.3.	Renforcement des capacités .....	40
<b>6.</b>	<b>SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE.....</b>	<b>41</b>
6.1.	Promptitude et complétude des données.....	41
6.2.	Morbidité en milieu hospitalier.....	41
6.3.	La mortalité liée au paludisme.....	53
6.4.	Evolution temporelle de la morbidité palustre hospitalière .....	55
6.5.	Traitement des cas de paludisme simple dans les formations sanitaires.....	56
6.6.	Le traitement Préventif Intermittent (TPI) chez la femme enceinte.....	58
<b>7.</b>	<b>FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU CAMEROUN EN 2012.....</b>	<b>60</b>
7.1.	Financement Fond Mondial.....	60
7.2.	Financements de l'Etat .....	61
7.2.1.	Aspersions intra-domiciliaires.....	61
7.2.2.	Acquisition des ASAQ .....	61
7.2.3.	Acquisition des TDR .....	61
<b>8.</b>	<b>ACTIVITES NON REALISEES.....</b>	<b>61</b>
<b>9.</b>	<b>LES DIFFICULTES RENCONTREES.....</b>	<b>62</b>
<b>10.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>62</b>
	<b>PERSPECTIVES.....</b>	<b>62</b>
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>64</b>
	Annexe 1 : Plan d'action du PNLN en 2012.....	65
	Annexe 2 : Objectifs du Millénaire pour le Développement liés au paludisme .....	68

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Répartition des 3 775 TDR acquis au cours de l'année 2012 par le PNLP .....	13
Tableau 2: Quantités de médicaments prévues et livrées en 2012 .....	14
Tableau 3: Quantités des ACT gratuits livrées aux CAPR par la CENAME en 2012.....	14
Tableau 4: Quantités d'ASAQ subventionnée vendue aux CAPR par la CENAME en 2012.....	15
Tableau 5: Quantités d'ASAQ subventionnées vendues aux autres structures publiques par la CENAME en 2012.....	16
Tableau 6: Quantités d'ASAQ subventionnée vendues au secteur privé à but non lucratif par la CENAME en 2012.....	16
Tableau 7: Quantités d'ASAQ subventionnée vendues au secteur privé à but lucratif par la CENAME en 2012.....	17
Tableau 8: Récapitulatif des ventes des ACT subventionnées par secteur en 2012 .....	17
Tableau 9: Dotation des CAPR en TDR en mars 2012 .....	18
Tableau 10: La répartition des TDR gratuits aux enfants de moins de cinq ans.....	19
Tableau 11: Répartition des tests de diagnostic rapide aux personnes âgées de plus de 5 ans .....	19
Tableau 12: Distribution des TDR par les CAPR aux formations sanitaires en 2012.....	20
Tableau 13: Quantités d'intrants livrés par la CENAME pour la PECADOM en 2012.....	22
Tableau 14: Stock de l'ASAQ au 31 décembre 2012.....	22
Tableau 15: Stock des TDR au 31 décembre 2012 .....	23
Tableau 16: Synthèse de la distribution de 217 600 MILDA financée par UNICEF dans 7 districts du Centre .....	25
Tableau 17: Répartition des stocks de MILDA par région au 31/12/2012 .....	26
Tableau 18: répartition des insecticides dans 10 districts de santé .....	27
Tableau 19: Répartition de la SP distribuée aux régions en 2012.....	28

Tableau 20: Stock de la SP au 31 décembre 2012 .....	28
Tableau 21: Activités menées pendant la Vème JMLP par le PNLP et ses partenaires .....	30
Tableau 22 : Activités menées pendant la Vème JMLP par région en 2012 .....	31
Tableau 23: Répartition des activités menées par les partenaires du PNLP en 2012.....	33
Tableau 24: Activités réalisées par IRESCO en 2012.....	34
Tableau 25: Répartition par région du nombre d'ASC formés en 2012.....	36
Tableau 26 : Répartition par région des prestataires de soins formés en 2012.....	36
Tableau 27: Différentes phases de la mise en œuvre de la RPP et leurs durées .....	39
Tableau 28 : complétude des données des formations sanitaires par région en 2012 .....	41
Tableau 29: Morbidité générale liée au paludisme au niveau des formations sanitaires en 2012 .....	43
Tableau 30: Morbidité palustre chez les enfants de moins de 5 ans dans les formations sanitaires en 2012.....	46
Tableau 31: Morbidité palustre chez les femmes enceintes dans les formations sanitaires en 2012.....	47
Tableau 32: Morbidité palustre chez les personnes de plus 5 ans (femmes enceintes exclues) dans les formations sanitaires en 2012.....	48
Tableau 33: Morbidité liée au paludisme chez les patients hospitalisés en 2012 .....	49
Tableau 34: Evolution annuelle de la morbidité liée au paludisme chez les patients de moins de cinq ans hospitalisés entre 2008 et 2012.....	50
Tableau 35: Nombre de cas de paludisme confirmés (avec TDR ou microscopie) dans les groupes cibles et dans les formations sanitaires en 2012 .....	51
Tableau 36: Nombre de cas de paludisme simple confirmés dans les groupes cibles et dans la population générale.....	52
Tableau 37: Nombre de cas de paludisme grave confirmés dans les groupes cibles dans les formations sanitaires en 2012.....	53
Tableau 38: Mortalité spécifique liée au paludisme dans les formations sanitaires en 2012 ....	54

Tableau 39: Importance de la mortalité palustre enregistrée dans les formations sanitaires par groupes cibles.....	55
Tableau 40: Répartition des cas de paludisme simple pris en charge selon la politique nationale (avec les ACT) dans les formations sanitaires en 2012.....	56
Tableau 41: Répartition des enfants de moins de cinq ans pris en charge selon la politique nationale (avec les ACT) dans les formations sanitaires en 2012.....	57
Tableau 42: Répartition des personnes de cinq ans et plus (femmes enceintes exclues) prises en charge selon la politique nationale (avec les ACT) dans les formations sanitaires en 2012.....	58
Tableau 43: Répartition du nombre de femmes enceintes sous TPI par région en 2012.....	59
Tableau 44: Répartition des dépenses du PNLP en 2012.....	60

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Répartition des participants sensibilisés en fonction des structures.....	38
Figure 2: Evolution des cas de paludisme et de la morbidité de 2007 à 2012.....	42
Figure 3 : Cartographie de la morbidité par région de 2008 à 2011 .....	45
Figure 4 : Cartographie de la morbidité par région de 2012.....	45
Figure 5: Evolution temporelle de la morbidité (en %) tout groupe d'âge confondu en 2008, 2009, 2010 2011 et 2012.....	55
Figure 6: Nombre cumulé de femmes enceintes sous TPI 1 et TPI 2 au cours de l'année 2012 ..	60

## **EQUIPE TECHNIQUE DE REDACTION**

**Dr FONDJO Etienne**, Secrétaire Permanent

**Dr MBA BEKOLO Frenk José Mathieu**, Secrétaire Permanent Adjoint

**Dr KOUAMBENG Célestin**, Chef de la Section Surveillance, Suivi-Evaluation

**Dr ACHU Dorothy KAH FOSAH**, Chef de la Section Prise en charge des Cas

**Dr EYEBE EYEBE Serge Bertrand**, Chef de la Section Formation et Recherche

**Dr MEDOU KOUNOU Hortense**, Chef de la Section Prévention

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

**Mme FOLIFACK Sandrine Epouse NASSOUROU**, Chef de la Section Administration et Finances

**M. NDIKUM Pascal NJI**, Contrôleur de Gestion

**Mme TCHOUNGA Florentine**, Chef Comptable

**M. MASSODA TONYE Salomon Gottlieb**, Statisticien à la Section Surveillance, Suivi-Evaluation

**M. KUETCHE TAKOUGANG Chancelin Magloire**, Biostatisticien/Epidémiologiste à la Section Surveillance, Suivi-Evaluation

**M. AYIBODO Bernard**, Cadre à la Section IEC/Mobilisation sociale et Partenariat

**Mme ZINTSEM Philomène**, Cadre à la Section IEC/ Mobilisation sociale et Partenariat

**M PATCHOKE Salomon**, Cadre à la Section Prévention

**Mme NGANDEU Neuly**, Cadre à la Section Formation et Recherche

## LISTE DES ABREVIATIONS

ACMS:	Association Camerounaise pour le Marketing Social
ACT:	ArtemisininCombinationTherapy
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
CARMMA	Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle
CCAM :	Cameroon Coalition Against Malaria
CENAME :	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et consommables Médicaux Essentiels
CEPCA :	Conseil des Eglises Protestantes du Cameroun
CHUY :	Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé
CMA :	Centre Médical d'Arrondissement
CNI :	Carte Nationale d'Identité
CNLS :	Comité National de Lutte contre le SIDA
CNRBM:	Comité National Roll Back Malaria
CSA :	Centre de Santé Ambulatoire
CSSD	Chef de Service de Santé de District
CSI :	Centre de Santé Intégré
CT :	Conseiller Technique
DCOOP :	Division de la Coopération
DEP :	Division des Etudes et des Projets
DLM :	Direction de la Lutte contre la Maladie
DOSTS :	Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire
DPM :	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPS :	Direction de la Promotion de la Santé
DRSP :	Délégation Régionale de la Santé Publique
DS:	District de Santé
DSCE :	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
DSF :	Direction de la Santé Familiale
ECD	Equipe Cadre de District
EDS:	Enquête démographique et de Santé
FMSB :	Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales
FMSTP :	Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
FS	Formation Sanitaire
GTC :	Groupe Technique Central
GIZ:	Agence de coopération Allemande
HCY :	Hôpital Central de Yaoundé
HGD :	Hôpital Général de Douala
HGOPY :	Hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé
HGY :	Hôpital Général de Yaoundé
HJY :	Hôpital Jamot de Yaoundé
HLD :	Hôpital Laquintinie de Douala
IEC :	Information Education Communication



IMPM :	Institut de Recherche Médicales et d'Etudes des Plantes Médicinales
INS :	Institut National de la Statistique
IRESKO :	Institut pour la Recherche, le Développement Socio-économique et la Communication
JMLP :	Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme
KPC:	Knowledge Practices and Coverage
LANACOME :	Laboratoire National de Contrôle de la qualité des Médicaments et d'Expertise
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MILDA	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action
ND :	Non Déterminé
NHMIS:	National Health Management Information System
OBC:	Organisation à Base Communautaire
OCASC :	Organisation Catholique pour la Santé au Cameroun
OCEAC :	Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PECADOM	Prise en Charge à Domicile du Paludisme
P. falciparum :	Plasmodium falciparum
PCIME :	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE :	Pays Pauvres Très Endettés
PSNLP	Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme
RACTAP :	Réseau d'Afrique Centrale pour le Traitement Antipaludique
RBM :	Roll Back Malaria
SASNIM	Semaine d'Actions de Santé et de Nutrition infantile et Maternelle
SMS :	Short Message System
SNIS :	Système National d'Information sanitaire
SONEU	Soins Obstétricaux et NeoNataux Essentiels d'Urgence
SP :	Sulfadoxine-Pyriméthamine
ST-BP-FM	Secrétariat Technique du Bénéficiaire Principal du Fonds Mondial
SYNAME :	Système National d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
TDR :	Test de Diagnostic Rapide
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TV :	Télévision
ULIV	Unité de Lutte Intégrée contre les Vecteurs
URLP	Unité Régionale de Lutte contre le Paludisme
VIH/SIDA :	Virus d'Immunodéficience Humaine/Syndrome Immunodéficient Acquis
YAFE :	Yaoundé En Fête

## RESUME DETAILLE

L'année 2012 était la deuxième année de mise en œuvre du Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2011-2015. Ce plan stratégique de troisième génération a marqué un tournant décisif dans la lutte contre le paludisme au Cameroun. En effet, nous assistons à un véritable passage à échelle des activités de lutte contre le paludisme et une volonté politique de plus en plus marquée pour lutter contre ce fléau.

En matière de prise en charge des cas de paludisme, le traitement du paludisme simple par les ACT chez les enfants de moins de 5 a été rendu gratuit dès le début de cette année 2011 et cette gratuité s'est poursuivie au cours de l'année 2012. Les moyens de diagnostic du paludisme ont été renforcés par l'acquisition de 2 052 025 tests de diagnostic rapide qui ont été déployés dans les formations sanitaires et les communautés (pour la prise en charge communautaire du paludisme). Un total de 762 338 doses d'ACT, dont 760 375 doses d'ASAQ et 1 963 doses d'AL a été distribué aux CAPR, grands hôpitaux et autres grossistes par la CENAME. Cette quantité représentait les médicaments subventionnés, le reste des cas de paludisme simple ayant été traité par les antipaludiques non subventionnés. On note une baisse de l'implication du secteur privé dans la distribution des ACT subventionnées de presque 30% en 2011 contre 11.5% en 2012. Ceci s'explique par l'absence de suivi de la convention entre le secteur privé et la CENAME. Par ailleurs, la consommation de la combinaison ASAQ a quadruplé entre 2011 et 2012 tandis que celle de l'Artemether-Luméfantine (Coartem, AL) a presque été nulle, partant de plus de 400 000 doses en 2011 à près de 2 000 doses en 2012. Ceci est dû au fait que la CENAME n'a pas commandé l'AL destiné aux adultes en 2012. Seuls 1 413 flacons d'AL suspension pédiatriques ont été acquis en 2012.

Concernant la prévention, la grande campagne de distribution des MILDA (Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue durée d'Action) qui a ciblé en 2011 toute la population du pays a frappé un grand coup dans le combat contre cette maladie. Elle s'est poursuivie en 2012 par la distribution gratuite de 217 600 MILDA de don UNICEF afin de pouvoir couvrir les ménages qui n'avaient pas eu de MILDA en 2011. Malgré l'acquisition de 13 625 sachets d'insecticides positionnés dans quelques districts de santé pilotes en vue d'effectuer les aspersion intra domiciliaires et la mise en place d'un comité de gestion, les aspersion intra domiciliaire n'ont toujours pas débuté à cause de l'absence des autres intrants nécessaires (masques, bottes, pulvérisateurs). Les femmes enceintes ont continué à recevoir gratuitement le traitement préventif intermittent (TPI) lors des consultations prénatales de routine et pendant les Semaines d'Actions de Santé et de Nutrition infantile et Maternelle (SASNIM).

Les activités de communication pour le développement ont été réalisées dans les trois volets suivants : La communication, le plaidoyer et le partenariat. En effet, les messages sur la lutte contre le paludisme ont été traduits en français, anglais, six langues locales et diffusés. La 5<sup>ème</sup> journée mondiale de lutte contre le paludisme a été célébrée. Le P NLP a apporté des appuis techniques et logistiques à certaines institutions (IFORD, CIRCB, INS...).

Au cours de l'année 2012, le PNLN a mené des activités de formation liées à la campagne MILDA de rattrapage dans sept districts de santé de la région du Centre, la prise en charge communautaire et le diagnostic du paludisme par l'utilisation des TDR. Grâce au financement du projet « Scaling up malaria control for impact 2011-2015 in Cameroon » du Round 9 du FMSTP, 3883 ASC ont été formés dans les régions du Nord-Ouest, de l'Extrême-Nord et du Nord. Le partenaire JHPIEGO a formé 19 ASC dans le district de santé de Kribi dans la région du Sud. Au total, 3902 ASC ont été formés. Dans le but d'optimiser l'utilisation des TDR, le PNLN a formé 501 TMS et prestataires de soins dans les régions du Centre, du Sud et du Littoral à l'utilisation des TDR. Ces formations se sont faites avec l'appui financier des partenaires UNICEF, CHAI, Malaria No More et JHPIEGO. Dans le cadre de la rédaction de son plan stratégique de troisième génération, le PNLN a effectué une revue de son PSNLN de seconde génération. A ce titre, le processus de la revue du PNLN a été entamé et devra s'achever au second semestre 2013.

L'analyse des données reçues des formations sanitaires a révélé une baisse relative de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme. Cette baisse s'observe depuis l'année 2008. Le nombre de cas hospitalisés toutes causes confondues est passé de 886 130 en 2011 à 788 988 en 2012. Malgré cette diminution, on observe que la morbidité liée au paludisme chez les hospitalisés est restée presque stable, soit 48 % en 2011 et 46% en 2012. Le paludisme reste donc toujours parmi les premières causes d'hospitalisation au Cameroun.

Les enfants de moins de 5 ans demeurent un groupe vulnérable. Entre 2008 et 2012, nous avons noté une diminution importante de la morbidité chez les enfants de moins de 5 ans. De 56% en 2008, elle est passée à 40% en 2012. Cette diminution absolue de près de 16 points est encourageante. Elle serait imputable à toutes les actions entreprises par le gouvernement et ses partenaires en faveur de ce groupe vulnérable (traitement gratuit du paludisme simple depuis février 2011, distribution gratuite des MILDA depuis 2005, etc.).

Entre 2008 et 2012, nous avons noté une diminution substantielle de la morbidité chez les femmes enceintes. Elle est passée de 49% en 2008 à 44% en 2009, 38% en 2010, 13% en 2011 et se situe à 11% en 2012. Il s'agit d'un recul notable. Le nombre de cas de paludisme déclaré est passé de 104 583 en 2008 à 40 551 en 2012. Ce résultat montre également, l'efficacité des actions spécifiques de santé publique dont bénéficie ce groupe à savoir, les campagnes de communication de masse, la distribution gratuite des moustiquaires et de la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) pour le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse.

En ce qui concerne la confirmation du diagnostic avant la mise sous traitement, nous constatons que dans la population générale, 53% des cas de paludisme simple ont été confirmés en 2012 contre 43% en 2011. Environ 50% des cas de paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans ont été confirmés et 54% chez les personnes de 5 ans et plus (femmes enceintes exclues). Pour ce qui est du paludisme grave en hospitalisation, nous enregistrons un taux de confirmation de plus de 66% tout groupe confondu. Soit 65,72 %

chez les enfants de moins de 5 ans, 66,36% chez les personnes de 5 ans et plus (femmes enceintes exclues) et 70,49% chez les femmes enceintes.

La mortalité hospitalière liée au paludisme est de 17,55% en 2012. Elle est passée de 29% en 2009 à 24% en 2010 puis à 18,36% en 2011. On note une baisse de 12 points entre 2009 et 2012. Comme par le passé, les enfants de moins de cinq continuent à payer le plus lourd tribut au paludisme. De 2009 à 2010, la proportion d'enfants de moins de 5 ans parmi les décès dus au paludisme est passée de 67% à 62% 2012, soit une baisse absolue de 5 points.

Globalement, les indicateurs de surveillance épidémiologique du paludisme sont en amélioration perpétuelle dans toutes les couches de la population même si les valeurs actuelles restent encore élevées.

## 1. INTRODUCTION

Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique au Cameroun. Face à cette situation, le Gouvernement a fait de la lutte contre le paludisme une priorité et des actions concrètes ont été menées au cours de l'année 2012 en vue de réduire son fardeau sur les populations. Cet engagement politique au plus haut niveau a favorisé la participation effective des autorités administratives, des leaders politiques, traditionnels et religieux, des organisations socioprofessionnelles, ainsi qu'une meilleure implication des communautés dans la lutte contre cette endémie.

Le PSNLP 2011-2015 s'est fixé comme objectif général de réduire de 75% la morbidité et la mortalité liées au paludisme jusqu'en 2015 par rapport à la situation de 2000. Il repose sur la prévention et la prise en charge des cas qui sont ses deux axes stratégiques principaux. Au terme de chaque année de sa mise en œuvre, il est nécessaire de faire un bilan de l'ensemble des activités qui ont été réalisées par le programme et ses partenaires afin de mesurer les progrès accomplis, d'identifier les goulots d'étranglement et de planifier les activités à haut impact qui devront permettre d'atteindre cet objectif.

Pour atteindre ces résultats et contribuer à l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le Développement, le Cameroun s'est aligné depuis 1998 à l'initiative mondiale « Faire Reculer le Paludisme » qui met l'accent sur la prévention du paludisme, la prise en charge globale des cas basée sur des évidences et le renforcement du système de santé. Le présent rapport obéit à cette démarche.

En effet, pour permettre une lecture facile et une compréhension claire des avancées réalisées dans la lutte contre le Paludisme au Cameroun au cours de l'année 2012, les activités réalisées sont présentées selon les différents axes stratégiques du PSNLP. Il s'agit de la prise en charge des cas, de la prévention, de la Communication pour le Développement, de la Formation- Recherche, du Suivi-Evaluation et de la Gestion du programme.

## 2. PRISE EN CHARGE DU PALUDISME

La prise en charge du paludisme est un axe important dans la lutte contre le paludisme. Elle comporte deux volets: la prise en charge dans les formations sanitaires par les prestataires de soins et la prise en charge communautaire par les Agents de Santé Communautaire (ASC). Elle comprend la confirmation des cas par microscopie ou Tests de diagnostic rapide (TDR) et le traitement. Les intrants (TDR et médicaments) ont été acquis, distribués et utilisés en 2012.

### 2.1. Acquisition des Tests de Diagnostic Rapide du paludisme en 2012

Au cours du mois de Juin 2012, un total de 2 052 025 TDR et une quantité équivalente de paires de gants de soins ont été livrées à la CENAME pour le diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires et dans les communautés. Ces intrants payés par le financement Fonds Mondial sont venus renforcer un stock de 509 325 TDR disponibles à la fin de l'année 2011 (stock de janvier 2012). La répartition des quantités de ces TDR et gants par fournisseur était la suivante :

- 1 368 350 Carestart HRP 2 du Laboratoire ACCESS Bio Inc. ;
- 684 175 SD Bioline HRP 2/pLDH du laboratoire Standard Diagnostics Inc. ;
- 4 105 000 gants de soins fournis par TG Medical U.S.A. Inc.

Au total 3 775 soit 151 boîtes de 25 TDR chacune sur les 700 000 TDR prévus ont été acquis et livrés sous financement BIP. LA répartition de cette acquisition par antigène est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1: Répartition des 3 775 TDR acquis au cours de l'année 2012 par le PNLP

Type de TDR fournis	Quantité de TDR fournie (boîtes de 25)
SD Bioline Pf/Pan	51
First Response HRP2	48
SD Bioline Pf/Pan	52
Total	151

### 2.2. Acquisition des médicaments

Les médicaments ont été acquis en 2012 grâce au Budget d'Investissement Public de l'Etat. En 2012, 40% à 50% des quantités d'ASAQ attendues ont été effectivement livrées. Le tableau 2 donne la répartition des médicaments prévus et livrés par type de médicament.

Tableau 2: Quantités de médicaments prévues et livrées en 2012

Désignation	Quantités planifiées	Quantités livrées
<b>Artésunate-amodiaquine 25mg/67,5mg,</b>	151 000 doses	60 475 doses
<b>Artésunate-amodiaquine 50mg/135mg,</b>	130 000 doses	65 000 doses
<b>Artésunate-amodiaquine 100mg/270mg,</b>	200 000 doses	100 000 doses
<b>Artésunate-amodiaquine 100mg/270mg</b>	340 000 doses	170 000 doses
<b>Paracetamol 100mg comprimés (boîtes de 1000):</b>	20 000 boîtes	0 boîte

L'achat de l'ASAQ a été retardé à cause du changement de l'équipe responsable des achats à la CENAME. L'appel d'offre pour l'achat du paracétamol 100mg a été infructueux.

Par ailleurs au début de l'année 2012, il existait un stock de 1 207 950 doses d'ACT subventionnées à la CENAME. Malheureusement, une partie de ce stock s'est périmée entre avril et juin 2012 à différents niveaux du SYNAME (CENAME, CAPR, FS) à cause des faibles taux de consommation dus :

- Au démarrage tardif de la prise en charge à domicile qui devait consommer près de la moitié des médicaments prévus ;
- Au non respect des directives de prise en charge ;
- A la réduction de la morbidité liée aux actions préventives en cours.

## 2.3. Distribution des médicaments subventionnés

### 2.3.1. Distribution de l' ASAQ gratuit aux CAPR

La distribution de l' ASAQ gratuit aux formations sanitaires s'est poursuivie à travers les CAPR. En août 2012, le plan de distribution des ASAQ gratuit a été mis jour par le PNLP et exécuté par la CENAME selon le tableau 3.

Tableau 3: Quantités des ACT gratuits livrées aux CAPR par la CENAME en 2012

Nom du CAPR	Quantités des ACT gratuits distribuées aux CAPR		
	ASAQ_25/67,5_3cp	ASAQ_50/135_3cp	Paracétamol 100 mg (boîte de 1000 cp)
<b>Adamaoua</b>	4500	7500	315
<b>Centre</b>	10000	15000	0
<b>Est</b>	0	8000	240
<b>Extrême-Nord</b>	9000	12000	540
<b>Littoral</b>	6000	0	120
<b>Nord</b>	5000	12000	460
<b>Nord-Ouest</b>	0	0	0
<b>Ouest</b>	0	6000	180

<b>Sud</b>	5000	8000	340
<b>Sud-Ouest</b>	3000	7000	270
<b>TOTAL</b>	<b>42 500</b>	<b>75 500</b>	<b>2 465</b>

### 2.3.2. Distribution des ACT aux personnes âgées de plus de cinq ans

Par rapport aux ACT vendus aux malades âgés de plus de cinq ans, les quantités totales vendues étaient plus importantes en 2012 qu'en 2011. En effet, 568 270 doses ont été vendues en 2011 et 762 338 en 2012. Ceci s'explique par une meilleure disponibilité des ACT en 2012 par rapport à 2011, au démarrage de la prise en charge communautaire des cas et à l'augmentation des cas dans les régions du Nord et de l'Extrême Nord suite aux inondations.

#### 2.3.2.1. Distribution des ACT subventionnées dans le secteur public

##### 2.3.2.1.1. Vente des ACT aux CAPR par la CENAME

Tableau 4: Quantités d'ASAQ subventionnée vendue aux CAPR par la CENAME en 2012

Structure	ASAQ		TOTAL
	100/270mg_3cp	100/270mg_6cp	
<b>CAPR ADAMAOUA</b>	6250	16750	23000
<b>CAPR CENTRE</b>	20525	16200	36725
<b>CAPR EXTREME NORD</b>	33300	61250	94550
<b>CAPR EST</b>	17175	33125	50300
<b>CAPR LITTORAL</b>	16750	38750	55500
<b>CAPR NORD</b>	20475	30625	51100
<b>CAPR NORD OUEST</b>	21000	28725	49725
<b>CAPR SUD</b>	1000	0	1000
<b>CAPR SUD OUEST</b>	8000	13500	21500
<b>CAPR OUEST</b>	16250	14875	31125
<b>TOTAL</b>	<b>160 725</b>	<b>253 800</b>	<b>414 525</b>



Tableau 5: Quantités d'ASAQ subventionnées vendues aux autres structures publiques par la CENAME en 2012

<b>CLIENTS</b>	<b>ASAQ 100/270mg_3cp</b>	<b>ASAQ 100/270mg_6cp</b>	<b>TOTAL</b>
HOPCHUYDE	31375	6250	37625
HOPGEYDE	12500	50000	62500
HOPCEYDE	2500	0	2500
HOPLAQDLA	15625	18750	34375
Fondation Chantal Biya	11250	15000	26250
Garde Présidentielle	43750	31250	75000
Hôpital Militaire Yaoundé	2400	650	3050
Direction Santé Militaire	0	250	250
OMS	0	15500	15500
Région de Santé Militaire	0	700	700
Région de Santé Militaire N°1	0	50	50
Région de Santé Militaire N°2	0	1375	1375
Service Médical corps Nat Sapeur Pompiers	0	100	100
<b>TOTAL</b>	<b>119 400</b>	<b>139 875</b>	<b>259 275</b>

### 2.3.2.1.2. Distribution des ACT subventionnées dans le secteur privé à but non lucratif

Tableau 6: Quantités d'ASAQ subventionnée vendues au secteur privé à but non lucratif par la CENAME en 2012

<b>CLIENTS</b>	<b>ASAQ 100/270mg_3cp</b>	<b>ASAQ 100/270mg_6cp</b>	<b>TOTAL</b>
Eglise Adventiste du 7 <sup>e</sup> jour	1250	2475	3725
Œuvre de Santé EELC Ngaoundéré	0	2750	2750
EEC	0	875	875
Presbyterian Church in Cameroon	0	2500	2500
ACMS	13225	24675	37900
CERAC	100	100	200
Centre Relais des Médicaments	0	2500	2500
Association Secteur Sante EN	5650	24525	30175
Medicins sans Frontières	0	0	0
Service Catholique de la Santé	1000	1375	2375
Divers	150	175	325
<b>TOTAL</b>	<b>21 375</b>	<b>61 950</b>	<b>83 325</b>

### 2.3.2.1.3. Distribution des ACT subventionnées dans le secteur privé à but lucratif

Tableau 7: Quantités d'ASAQ subventionnée vendues au secteur privé à but lucratif par la CENAME en 2012

CLIENTS	ASAQ 100/270mg_3cp	ASAQ 100/270mg_6cp	TOTAL
BIOPHARM SARL	750	2 500	3 250
<b>TOTAL</b>	<b>750</b>	<b>2 500</b>	<b>3250</b>

### 2.3.3. Distribution des ACT subventionnées dans le pays en 2012

Tableau 8: Récapitulatif des ventes des ACT subventionnées par secteur en 2012

Secteur	Quantité d'ASAQ distribuée 2012	Quantité d'AL distribuée 2012	Total ACT vendus 2012	Proportion d'ACT vendus par secteur
Secteur public	673800	1174	674974	88.5%
Secteur privé à but non lucratif	83325	289	83614	11.0%
Secteur privé à but lucratif	3250	500	3750	0.5%
<b>Total</b>	<b>760 375</b>	<b>1 963</b>	<b>762 338</b>	

On note une baisse de l'implication du secteur privé dans la distribution des ACT subventionnés de presque 30% en 2011 contre 11.5% en 2012. Ceci s'explique par l'absence de suivi de la convention entre le secteur privé et la CENAME. Par ailleurs, la consommation de la combinaison ASAQ a quadruplé entre 2011 et 2012 tandis que celle de l'Artemether-Luméfantine (Coartem, AL) a presque été nulle, partant de plus de 400 000 doses en 2011 à près de 2 000 doses en 2012. Ceci est dû au fait que la CENAME n'a pas commandé l'AL destiné aux adultes en 2012. Seuls 1 413 flacons d'AL suspension pédiatriques ont été acquis en 2012.

### 2.4. Distribution des tests de diagnostic rapide

Au mois de mars 2012, le Ministre de la Santé Publique a présidé le lancement officiel du passage à échelle de l'utilisation des tests de diagnostic rapide du paludisme (TDR) et la CENAME a mis à la disposition de tous les CAPR lesdits tests pour assurer l'approvisionnement des formations sanitaires. La décision N°0118/D/MINSANTE/CAB du 13 mars 2012 fixe le prix des TDR et les modalités de distribution de ces derniers aux formations sanitaires. Il y a eu plusieurs distributions au cours de cette période.

### 2.4.1. Dotation des CAPR en TDR dans le cadre du projet Round 5 du Fonds Mondial

Tableau 9: Dotation des CAPR en TDR en mars 2012

Région	Produit	Quantité
Adamaoua	Carestart	8 400
	First response	16 700
Centre	Carestart	14 800
	First response	29 600
Est	Carestart	8 700
	First response	17 400
Extrême Nord	Carestart	23 000
	First response	46 000
Littoral	Carestart	17 200
	First response	34 300
Nord	Carestart	17 400
	First response	34 800
Nord-Ouest	Carestart	13 600
	First response	27 200
Ouest	Carestart	13 700
	First response	27 400
Sud	Carestart	3 700
	First response	7 400
Sud-Ouest	Carestart	13 150
	First response	26 250
<b>TOTAL</b>		<b>400 700</b>

### 2.4.2. Dotation des CAPR en TDR dans le cadre du projet Round 9 du Fonds Mondial

Le plan de distribution concerne le semestre allant de septembre 2012 à février 2013. Ce plan de distribution a été élaboré suivant le nombre de cas d'enfants de moins de cinq ans reçus en consultation pour paludisme au cours de l'année 2011.

La quantité de TDR destinée aux enfants de moins de cinq ans représente 40% du stock total des TDR. Ce pourcentage représente la part des enfants de moins de cinq ans sur tous les cas de paludisme chaque année.

Tableau 10: La répartition des TDR gratuits aux enfants de moins de cinq ans

Nom du CAPR	Proportion d'enfants de moins de cinq ans attendus en consultation	Malaria Antigen Pf	Malaria Antigen Pf/pan	Quantités de gants de soins (boîtes de 100)
Adamaoua	0.06	26 100	13 500	792
Centre	0.16	67 450	34 925	2 048
Est	0.07	30 450	15 750	924
Extreme-nord	0.15	61 575	31 875	1 869
Littoral	0.13	54 525	28 225	1 655
Nord	0.14	56 200	29 100	1 706
Nord-Ouest	0.08	32 850	17 000	997
Ouest	0.10	40 500	20 975	1 230
Sud	0.03	13 800	7 150	419
Sud-Ouest	0.08	32 375	16 750	983
<b>Total</b>		<b>415 825</b>	<b>215 250</b>	<b>12 623</b>

Les proportions d'enfants de moins de cinq ans ont été fixées sur la base du nombre d'enfants consultés pour suspicion de paludisme en 2011.

Tableau 11: Répartition des tests de diagnostic rapide aux personnes âgées de plus de 5 ans

Nom du CAPR	Proportion de la consommation chez les personnes âgées de plus de cinq ans	Malaria Antigen Pf	Malaria Antigen Pf/pan	Quantités de gants de soins (boîtes de 100)	Montant de la facture du CAPR (FCFA)
Adamaoua	0.12	65 375	43 075	2 169	13 230 900
Centre	0.10	68 200	28 950	1 943	11 852 300
Est	0.03	16 275	94 25	514	3 135 400
Extreme-nord	0.16	138 875	33 025	3 438	20 971 800
Littoral	0.05	13 450	23 375	737	4 492 650
Nord	0.13	68 325	49 950	2 366	14 429 550
Nord-Ouest	0.13	73 750	44 825	2 372	14 466 150
Ouest	0.11	69 050	33 375	2 049	12 495 850
Sud	0.04	26 425	13 425	797	4 861 700
Sud-Ouest	0.13	83 975	43 475	2 549	15 548 900
<b>Total</b>		<b>623 700</b>	<b>322 900</b>	<b>18 934</b>	<b>115 485 200</b>

Les quantités de TDR à distribuer aux personnes âgées de plus de cinq ans ont été estimées sur la base de la consommation antérieure. Les proportions de consommation par région ont été

déterminées à partir de cinq mois de consommation après l'introduction des TDR en mars 2012. Cette consommation doit croître avec la formation et la sensibilisation des utilisateurs (prestataires des soins et relais communautaires).

### 2.4.3. Distribution des TDR aux formations sanitaires et aux ASC

En date de 08 mars 2012, le Ministre de Santé Publique a signé une décision fixant les modalités de mise à disposition du kit de diagnostic rapide aux bénéficiaires. Il est prévu dans cette décision les modalités suivantes :

- Le kit de diagnostic comprend un TDR avec ses accessoires pour réaliser le test et une paire des gants de soins
- Les TDR sont gratuits pour les enfants de moins de cinq ans
- Les TDR destinés aux personnes âgées de plus de cinq ans coutent 122 FCFA au niveau de la CENAME, 150 FCFA au niveau du CAPR et 200 FCFA au niveau de la formation sanitaire et de la communauté.
- Les formations sanitaires doivent élaborer les commandes, qui seront visées par les CSSD et les CURLP pour avoir accès aux TDR subventionnés.

Faisant suite à la phase pilote qui a débuté en 2011, les TDR ont été livrés pour la phase d'extension dans les CAPR par la CENAME à partir du mois de mars 2012. Les directives sur la distribution des TDR ont été réitérées aux responsables régionaux dans une lettre circulaire signée par le Ministre de la Santé Publique en mai 2012.

La distribution faite par les CAPR était basée sur les besoins exprimés par les formations sanitaires et sur les consommations antérieures des formations sanitaires n'ayant passé aucune commande. Une analyse des rythmes de consommation des TDR par les formations sanitaires, faite à partir des deux livraisons des TDR de 2011 et 2012 a été effectuée et présentée dans le tableau 12.

Tableau 12: Distribution des TDR par les CAPR aux formations sanitaires en 2012

Région	Produit	Quantité total disponible au CAPR	Distribution aux formations sanitaires en juin 2012	Taux de distribution
<b>Adamaoua</b>	Carestart	32 700	24 300	74.31%
	First response	27 475	13 525	49.23%
<b>Centre</b>	Carestart	25 525	10 725	42.02%
	First response	35 650	6 050	16.97%
<b>Est</b>	Carestart	15 400	7 100	46.10%
	First response	21 700	6 250	28.80%
<b>Extrême Nord</b>	Carestart	75 150	72 475	96.44%

<b>Littoral</b>	First response	57 775	11 775	20.38%
	Carestart	31 325	14 125	45.09%
<b>Nord</b>	First response	39 900	5 600	14.04%
	Carestart	48 975	31 575	64.47%
<b>Nord-Ouest</b>	First response	45 150	10 350	22.92%
	Carestart	39 400	25 800	65.48%
<b>Ouest</b>	First response	38 750	11 550	29.81%
	Carestart	34 225	21 975	64.21%
<b>Sud</b>	First response	44 550	17 575	39.45%
	Carestart	10 125	7 000	69.14%
<b>Sud-Ouest</b>	First response	12 900	5 500	42.64%
	Carestart	33 125	19 975	60.30%
<b>Total</b>	First response	35 050	8 800	25.11%
		704 850	332 025	45.85%

On observe une faible distribution des tests de diagnostic rapide dans les régions du Centre et du Littoral (<20%).

Par ailleurs les TDR disponibles au niveau des CAPR au mois de juin se périmaient au mois d'octobre et novembre 2012. Des mesures ont été prises pour amoindrir cette péremption notamment :

1. La formation des techniciens de laboratoire à l'utilisation des tests de diagnostic rapide dans les régions du Centre et Littoral ;
2. La formation des techniciens de laboratoire et prestataires de soins à l'utilisation des TDR dans la région du Sud ;
3. La formation des relais communautaires dans les régions de l'Extrême Nord, Nord, et Nord Ouest suivi par une dotation initiale des RC a raison de 50 TDR par 3877 Agents Relais Communautaires formés, soit environ 193, 850 TDR destinés à la PECADOM ;
4. La sensibilisation ciblant les responsables des formations sanitaires (par des correspondances administratives) et la communication de masse.

#### 2.4.4. Distribution des TDR et ACT aux agents de santé communautaires

Suite à la formation des ASC, le PNLP a mis à la disposition de chacun d'eux les intrants suivants pour constituer un fonds de roulement leur permettant de renouveler les stocks à savoir :

- 50 tests de diagnostic rapide (First Response HRP 2)
- 10 doses d'artésunate-amodiaquine 25mg/67,5mg, 3 comprimés;
- 15 doses d'artésunate-amodiaquine 50mg/135mg, 3 comprimés;
- 05 doses d'artésunate-amodiaquine 100mg/270mg, 3 comprimés;
- 10 doses d'artésunate-amodiaquine 100mg/270mg, 6 comprimés ;
- 400 comprimés de paracétamol 100mg.

Les TDR et ACT gratuits provenaient du stock des CAPR et de la CENAME, tandis que les stocks d'artesunate-amodiaquine ont été livrés par la CENAME pour mener l'activité à hauteur de 7 806 000 FCFA.

Tableau 13: Quantités d'intrants livrés par la CENAME pour la PECADOM en 2012

Région	ASAQ 25/67,5m g (doses)	ASAQ 50/135mg (doses)	ASAQ 100/270mg _3 (doses)	ASAQ 100/270mg _6 (doses)	Paracétamol 100mg (comprimés)	Total TDR (tests)	Gants (pièces)
Extrême Nord	19 700	Stock du CAPR	9 850	19 700	465 500	84 300	168 600
Nord	11 650	17 075	5 850	11 675	Stock du CAPR	42 300	84 600
Nord-Ouest	3 600	20 850	5 125	10 250	100 000	41 200	82 400
<b>TOTAL</b>	<b>34 950</b>	<b>37 925</b>	<b>20 825</b>	<b>41 625</b>	<b>565 500</b>	<b>167 800</b>	<b>335 0</b>

## 2.5. Situation des stocks d'intrants de la lutte contre le paludisme au 31 décembre 2012

### 2.5.1. Stock des ACT

Tableau 14: Stock de l'ASAQ au 31 décembre 2012

Structure	ASAQ 25/67,5	ASAQ 50/135	ASAQ 100/270 (3cp)	ASAQ 100/270 (6cp)	Paracétamol 100mg
Adamaoua	11 949	19 299	0	0	542 000
Centre	18 274	28 564	7 470	3 575	841 970
Est	11 367	5 164	0	0	70 932
Extrême-Nord	4 360	15 455	1 082	6 910	1 118 132
Littoral	6 659	11 192	3 424	13 331	227 597
Nord	1 142	962	1 510	1 352	307 220
Nord-Ouest	5 920	17 599	2 689	135	139 696
Ouest	7 950	30 925	13 959	12 429	804 800
Sud	40 755	48 714	0	0	622 000
Sud-Ouest	37 875	33 862	0	0	1 620 800
<b>Sous-total CAPR</b>	<b>146 251</b>	<b>211 736</b>	<b>30 134</b>	<b>37 732</b>	<b>6 295 147</b>
<b>CENAME</b>	<b>306 350</b>	<b>342 300</b>	<b>20 500</b>	<b>12 575</b>	<b>760 000</b>
<b>TOTAL</b>	<b>452 601</b>	<b>554 036</b>	<b>50 634</b>	<b>50 307</b>	<b>7 055 147</b>

## 2.5.2. Stock des tests de diagnostic rapide au 31 décembre 2012

Tableau 15: Stock des TDR au 31 décembre 2012

Niveau	Malaria Antigen HRP 2 (Caretart)	Malaria Antigen pLDH (SD Bioline)	Total
CAPR Adamaoua	89225	ND	ND
CAPR Centre	132 125	61 550	193 675
CAPR Est	35 725	24 850	60 575
CAPR Extreme-nord	239 048	62 650	301 698
CAPR Littoral	66 125	51 450	117 575
CAPR Nord	122 825	77 025	199 850
CAPR Nord-Ouest	106 313	64,617	170 930
CAPR Ouest	101 125	52 300	153 425
CAPR Sud	35 725	24 850	60 575
CAPR Sud-Ouest	115 002	57 025	172 027
<b>Sous total CAPR</b>	<b>1 043 238</b>	<b>476 317</b>	<b>1 519 555</b>
<b>CENAME</b>	195625	108550	304175
<b>Total</b>	<b>1 238 863</b>	<b>584867</b>	<b>1 823 730</b>

## 2.6. Organisation d'un atelier de planification et de lancement de l'utilisation des TDR au Cameroun

Le passage à l'échelle de l'utilisation des TDR a été planifié lors d'un atelier au mois de mars 2012 à Yaoundé avec l'appui du partenaire « Clinton Health Access Initiative ». Les objectifs de cet atelier étaient les suivants :

- Partager les leçons apprises de la phase pilote avec les parties prenantes afin que les stratégies d'extension soient adaptées ;
- Elaborer et valider un plan d'action opérationnel pour le passage à échelle
- S'assurer de la mise en place d'un système permettant d'informer la population générale à travers les média sur la disponibilité des TDR dans les formations sanitaires et dans les communautés sur toute l'étendue du territoire.

## 2.7. Activités de prise en charge communautaires du paludisme

Environ 93 districts de santé (52 DS pilotes + 41 DS nouvellement formés) ont mené les activités de prise en charge communautaires des cas de paludisme par le biais des agents relais communautaires au cours de l'année 2012.

En plus, le partenaire ACMS a mené un projet de prise en charge communautaire des cas de paludisme et de diarrhées chez les enfants de moins de cinq ans dans 20 autres districts de



santé dans les régions du Centre, de l'Est, du Littoral et de l'Ouest. Par ailleurs, un autre projet de lutte intégrée contre le paludisme le long du Corridor du Pipeline Tchad-Cameroon couvrant quelques villages des districts de santé de Meiganga, Lolodorf et Touboro a également été mis en œuvre par le même partenaire. A cet effet, 15 500 carnets de reçus ont été produits par l'ACMS pour les relais communautaires et livrés dans les 10 Régions.

### **3. PREVENTION DU PALUDISME**

La prévention est primordiale dans la lutte contre le paludisme. Elle est basée sur deux stratégies essentielles : la lutte anti-vectorielle et le Traitement Préventif Intermittent (TPI).

#### **3.1 La lutte anti -vectorielle**

##### **3.1.1. Campagne de distribution gratuite des MILDA dans la région du Centre**

Une campagne de distribution gratuite de 217 600 MILDA financée par l'UNICEF a été organisée du 20 au 27 juin 2012 dans les districts de santé de la ville de Yaoundé (Biyem-Assi, Cité-Verte, Djoungolo, Efoulan, Nkolbisson, Nkoldongo) et dans celui de Soa. Cette campagne avait pour objectif de couvrir les ménages qui n'avaient pas reçu les MILDA pendant la campagne de distribution de 2011 c'est à dire les ménages encore détenteurs de vouchers. Les ménages n'ayant pas été dénombrés en 2011 ont été répertoriés avec l'appui des chefferies sur présentation de la photocopie de la CNI. A la fin de cette campagne, 82 259 ménages ont été couverts et 217 600 MILDA distribuées.

Tableau 16: Synthèse de la distribution de 217 600 MILDA financée par UNICEF dans 7 districts du Centre

Districts de santé	Nombre total de MILDA distribuées	Nombre total de ménages servis	Nombre total de personnes dans le ménage			Nombre total d'enfant de moins de 5 ans	Nombre total de femmes enceintes	Nombre total confirmé de personnes dans le ménage	Nombre de Voucher récupérés	Nombre de ménages dénombrés grâce à la CNI
			Masc	Fem	Total					
<b>Biyem-Assi</b>	45 050	14 775	45 444	51 677	97 121	16 122	3 765	95 493	323	14480
<b>Cité-Verte</b>	19 250	8 974	21 153	20 827	41 980	6 669	1 584	40 751	2210	6625
<b>Djoungolo</b>	66 150	27 493	71 025	74 424	145 449	29 852	5 665	139 059	192	21779
<b>Efoulan</b>	27 900	10 426	24 461	26 369	50 830	6 874	1 160	50 830	659	9767
<b>Nkolbisson</b>	9 300	2 930	10 010	10 051	20 061	2 952	612	19 996	24	2904
<b>Nkoldongo</b>	46 300	16 188	47 107	50 459	97 566	12 914	2 818	87 164	313	16015
<b>Soa</b>	3 650	1 473	3 992	4 374	8 366	1 385	262	8 436	194	1277
<b>Total général</b>	<b>217 600</b>	<b>82 259</b>	<b>223 192</b>	<b>238 181</b>	<b>461 373</b>	<b>76 768</b>	<b>15 866</b>	<b>441 729</b>	<b>3 915</b>	<b>72 847</b>

### 3.1.2. Inventaires des MILDA après la campagne 2011

Au terme de la campagne 2011, des reliquats de MILDA ont été enregistrés à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Les inventaires ont permis de consolider ces stocks tels que présentés dans le tableau 17.

Tableau 17: Répartition des stocks de MILDA par région au 31/12/2012

Région	Quantité livrée	Quantité de MILDA en stock dans les régions	Quantité de MILDA en stock dans les districts de santé	Quantité de MILDA en stock dans les aires de santé	TOTAL Stock Restant
<b>ADAMAOUA</b>	469 497	12 356	14 498	28 164	55 018
<b>CENTRE</b>	1 672 871	0	56 757	25 687	82 444
<b>EST</b>	380 519	850	9 249	4 730	14 829
<b>EXTREME-NORD</b>	1 651 145	0	8 432	6 313	14 745
<b>LITTORAL</b>	1 219 530	855	63 983	75 562	140 400
<b>NORD</b>	799 160	0	10 079	663	10 742
<b>NORD-OUEST</b>	831 050	25 800	47 448	18 740	91 988
<b>OUEST</b>	640 711	0	6 920	0	6 920
<b>SUD</b>	328 400	0	5 355	18 803	24 158
<b>SUD OUEST</b>	646 050	11 242	30 330	41 910	83 482
<b>TOTAL</b>	<b>8 638 933</b>	<b>51 103</b>	<b>253 051</b>	<b>220 572</b>	<b>524 726</b>

Les MILDA Disponibles au niveau des régions, des districts de santé et des aires de santé soit 524 726 seront mises à la disposition des femmes enceintes au regard de leur vulnérabilité face au paludisme, après approbation du bailleur.

### 3.1.3. Les Aspersions Intra-Domiciliaires

Dans la cadre de l'avant projet sous financement IADM du PNLP, un financement a été alloué pour les aspersions intra-domiciliaires. Une partie de ce financement a permis d'acquérir des insecticides, notamment, 13 625 sachets de bendiocarb et 108 928 sachets de Lambdacyhalothrine. Ces insecticides ont été prépositionnés dans dix (10) districts de santé ciblés selon le tableau 18

Tableau 18: répartition des insecticides dans 10 districts de santé

<b>District de Santé</b>	<b>Insecticides</b>	<b>Quantité en sachets</b>
<b>Ndop</b>	Bendiocarb	3 794
<b>Foumban</b>	Bendiocarb	4 105
<b>Nkoldongo</b>	Bendiocarb	4 026
<b>Kumba</b>	Bendiocarb	1700
<b>Sous total 1</b>	Bendiocarb	13625
<b>Tibati</b>	Lambdacyhalothrine	15 920
<b>Guider</b>	Lambdacyhalothrine	24 752
<b>Yagoua</b>	Lambdacyhalothrine	22 112
<b>Yokadouma</b>	Lambdacyhalothrine	14368
<b>Kribi</b>	Lambdacyhalothrine	14416
<b>Nkongsamba</b>	Lambdacyhalothrine	17360
<b>Sous total 1</b>	Lambdacyhalothrine	108928
<b>Grand Total</b>		122 553

Cependant, les autres intrants (masques, bottes, pulvérisateurs) relatifs à l'activité n'ont pas été achetés à cause des lenteurs dans les procédures de marché. A ce jour notre préoccupation porte sur la péremption du premier stock des insecticides (Lambdacyhalothrine) au 31 janvier 2013 et le risque de péremption du second stock au 14 avril 2014.

D'autre part, la Banque Islamique de Développement (BID) se propose de mettre à la disposition du Cameroun un prêt pour la mise en œuvre des Aspersion Intra-Domiciliaires (AID) dans 20 districts de santé. L'activité proprement dite n'a pas démarré; toutefois le Comité de Gestion dudit projet a été mis en place.

### **3.2. La Chimio-prévention chez la femme enceinte**

La chimio-prévention du paludisme chez la femme enceinte est mise en œuvre au Cameroun par l'administration du traitement préventif intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine (SP).

Il était prévu l'acquisition de 4 722 boîtes de 1 000 cp de la Sulfadoxine-Pyriméthamine sous financement Fonds Mondial Round 9 et de 2 500 boîtes sous financement de l'Etat (BIP). A cause des retards dans le processus de commande de la SP qui a aussi retardé le décaissement des fonds pour cet achat auprès du VPP, seulement 985 boîtes ont été livrées au mois d'octobre 2012. Le reste des 3 737 boîtes devraient être livré en février 2013.

Par ailleurs, l'appel d'offre pour l'achat de la SP sous financement Etat a été infructueux.

Tableau 19: Répartition de la SP distribuée aux régions en 2012.

Régions	Quantités à distribuer (comprimés)
<b>Adamaoua</b>	44 000
<b>Centre</b>	152 000
<b>Est</b>	34 000
<b>Extrême-nord</b>	150 000
<b>Littoral</b>	123 000
<b>Nord</b>	88 000
<b>Nord-Ouest</b>	78 000
<b>Ouest</b>	77 000
<b>Sud</b>	30 000
<b>Sud-ouest</b>	59 000
<b>Total</b>	<b>835 000</b>

Il est à noter qu'une quantité de SP (238 000 comprimés) destinée aux régions du Nord et de l'Extrême-Nord n'a pas été livrée suite à un accident survenu lors du transport. Ces quantités perdues seront restituées par la CENAME.

Tableau 20: Stock de la SP au 31 décembre 2012

Nom de la structure	Quantité de la SP (cp)
<b>CAPR Adamaoua</b>	630
<b>CAPR Centre</b>	50 000
<b>CAPR Est</b>	5 000
<b>CAPR Extrême Nord</b>	111 150
<b>CAPR Littoral</b>	51 000
<b>CAPR Nord</b>	48 070
<b>CAPR Nord Ouest</b>	72 942
<b>CAPR Ouest</b>	89 000
<b>CAPR SUD</b>	8 000
<b>CAPR Sud Ouest</b>	9 647
<b>Sous-total</b>	<b>445 439</b>
<b>CENAME</b>	0
<b>Total</b>	<b>445 439</b>

On note une stagnation dans la distribution de la SP dans les régions du Centre, du Littoral de l'Ouest et du Sud.

## 4. COMMUNICATION POUR LE DEVELOPPEMENT

Les activités de communication pour le développement ont été réalisées dans les trois volets suivants : La communication, le plaidoyer et le partenariat.

### 4.1. La communication

#### 4.1.1. Communication mass média

Trois principaux thèmes ont été développés lors de cette communication: le diagnostic du paludisme, la prise en charge du paludisme simple et l'utilisation des MILDA. Les partenaires, UNICEF, Malaria No More et IRESCO avec l'appui du PNLP ont réalisé les activités suivantes :

- Suite de la diffusion de spots radios, spots télé, microprogrammes radios et microprogrammes télé sur l'utilisation de la MILDA, le Traitement Préventif Intermittent et la prise en charge du paludisme simple à domicile avec les TDR par IRESCO sur financement Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. Ces messages ont été diffusés en français, en anglais, et en six langues vernaculaires du Cameroun à savoir : l'Ewondo, le Duala, le Ffuldè, le Pidgin, le Ngomala et le Fèfè. Au total, pour l'année 2012, 2 439 spots et 748 microprogrammes ont été diffusés à travers 43 radios et quatre chaînes de télévision sur toute l'étendue du territoire national (rapport IRESCO 2012);
- Table ronde diffusée sur l'utilisation des TDR;
- Organisation de la campagne « Nightwatch » et diffusion de spots télé chaque soir à 21 h pour rappeler aux ménages de dormir sous MILDA;
- Production des microprogrammes et spots portant sur la connaissance du paludisme, la prévention par la moustiquaire imprégnée et le TPI, puis la prise en charge correcte du paludisme par 27 radios de proximité;
- Production et diffusion d'une vidéo éducative sur l'utilisation de la MILDA.

#### 4.1.2. La communication interpersonnelle

La communication interpersonnelle a été réalisée par les Agents de Santé Communautaire (ASC), les Organisations à base Communautaire (OBC) et les Ambassadeurs K.O. Palu, après renforcement préalable de leurs capacités par les partenaires ( ACMS, Plan Cameroon et Malaria No More) qui leur ont permis de réaliser les activités suivantes:

- Communication sur la prise en charge du paludisme simple à domicile par les ASC par ACMS dans 20 districts de santé des régions du Centre et de l'Est;
- Sensibilisation pendant la foire «YAFE » du 14 décembre 2012 au 02 janvier 2013 ; ainsi qu'au Ngouon 2012 à Fouban par Malaria No More ;
- Mise en œuvre des caravanes de sensibilisation en appui à l'utilisation de la MILDA dans la région de l'Est sur financement UNICEF.

### 4.1.3. Commémoration de la Vème journée Mondiale de lutte contre le paludisme

Le Cameroun a commémoré avec la communauté internationale la Vème Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme sur le thème « pérenniser les avancées, sauver des vies : investir dans la lutte contre le paludisme. »

En rapport avec cette journée, des activités de sensibilisation ont été organisées dans six régions et au niveau central avec l'appui des partenaires. Ces activités visaient à mener des actions de promotion de la lutte contre le paludisme à travers différentes approches communicationnelles. Le tableau 21 présente le détail de ces activités.

Tableau 21: Activités menées pendant la Vème JMLP par le PNLP et ses partenaires

<b>INSTITUTIONS</b>	<b>ACTIVITES</b>
<b>PNLP ,OMS, UNCEF, PLAN CAMEROUN, ACMS, IRESCO, MC-CCAM,CLINTON FOUNDATION , JHPIEGHO, SANOFI AVENSIS</b>	Marche de sensibilisation ; Commémoration officielle.
<b>ACMS</b>	sensibilisation grâce aux animateurs communautaires au Centre, à l'Est et au Littoral ; Campagnes de sensibilisation dans les marchés de Pouma et Yaoundé ; Voyage de presse à Lolodorf ; Dîner de presse au Djeuga Palace.
<b>Malaria No More</b>	Appui à trois marches de sensibilisation (Douala, Kribi et Yaoundé) Organisation d'une soirée de Plaidoyer à Douala
<b>IRESCO</b>	Causeries éducatives à la chefferie du village Japoma aire de santé de Logbaba
<b>MC-CCAM</b>	Cérémonie de promotion de l'excellence ; Concours sur la meilleure adaptation des unités de couchage aux MILDA.
<b>SANOFI-AVENSIS</b>	Table ronde télévisée sur la gratuité du traitement du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.
<b>FOBANG FOUNDATION</b>	Lancement de la recherche sur le paludisme

Tableau 22 : Activités menées pendant la Vème JMLP par région en 2012

REGION	ACTIVITES
Adamaoua	Jeux radiophoniques sur les connaissances en matière de lutte contre le paludisme ; Sensibilisation dans les marchés
Centre	Participation à toutes les activités du GTC et des partenaires ACMS et MC-CCAM
Littoral	Sensibilisation dans les ménages avec l'appui du Gicam ; Journée d'hygiène et de salubrité dans les entreprises ; Marche de sensibilisation dans les artères de la ville de Douala ;
Nord	Réalisation et diffusion de deux émissions à CRTV Garoua (français et anglais) ; Réalisation et diffusion d'une émission en français à radio SALAAMAN ; Causeries éducatives dans les aires de santé.
Nord- ouest	Descentes sur le terrain avec l'appui de MC-CCAM pour s'assurer de l'effectivité de l'utilisation des MILDA dans les communautés
Sud	Plaidoyer dans les écoles pour la rédaction des articles sur le paludisme ; Réalisation et diffusion de deux émissions sur le paludisme à CRTV Sud et dans trois radios communautaires.

## 4.2. Le plaidoyer

Les actions de plaidoyer en faveur de la promotion de la lutte contre le paludisme ont été mises en œuvre par le partenaire MC-CCAM :

- Production du matériel:
  - 2 000 kits de plaidoyer portant sur la connaissance du paludisme et un appel des leaders de tous ordres à s'impliquer dans la lutte contre le paludisme ;
  - conception, production et diffusion de la 8ème édition du Magazine « About Malaria »
- Activités de plaidoyer :
  - Organisation de 11 réunions de plaidoyer dont une au niveau central et une par région;
  - Plaidoyer auprès des responsables des services du Gouverneur de la région du Centre pour l'encadrement administratif de la distribution de 217 600 MILDA ;



- Lancement pendant la commémoration de la Vème Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme du concept « Rainbow » : une compétition encourageant les élèves à écrire sur la lutte contre le paludisme dans la région du Sud-Ouest ;
- Organisation d'une compétition sur le meilleur dispositif de lit pour l'installation des MILDA ;
- Plaidoyer en faveur de la lutte contre le paludisme lors du jubilé du « Peace Corps »;
- Plaidoyer dans l'entreprise Standard Chartered Bank en faveur de la protection des employés contre le paludisme.

### 4.3. Le partenariat

Le Comité National Roll Back Malaria a tenu une réunion institutionnelle le 26 décembre 2012. Cette seule réunion de l'année 2012 a permis de passer en revue l'état de mise en œuvre des recommandations de la précédente réunion. Pour l'essentiel, il s'est agi du suivi de la gratuité de la prise en charge du paludisme simple chez les enfants de moins de cinq ans. Les activités du premier semestre 2012, les orientations du Plan Stratégique 2011-2015, les perspectives et les défis ont également été partagés. Au terme de cette réunion, les recommandations suivantes ont été formulées :

1. Respecter la fréquence institutionnelle de deux réunions du comité par an ;
2. Présenter les données du traitement gratuit du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans sous forme de proportion ;
3. La DPM doit consulter le PNLP avant la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des antipaludiques pour éviter leur pléthore sur le marché ;
4. Le PNLP doit se rapprocher de la DROS pour tenir compte et exploiter les résultats de l'étude sur la gratuité ;
5. Améliorer la communication et le plaidoyer sur les MILDA ;
6. Travailler en synergie et saisir toutes les opportunités (SASNIM, CARMMA...) ;
7. Tenir une réunion avec les parties prenantes pour mieux saisir les opportunités ;
8. Le PNLP doit s'arrimer aux directives actuelles de l'OMS concernant le TPI ;
9. Adapter l'indicateur sur le nombre de jours de rupture de stock à celui de la feuille de route du MINSANTE ;
10. Présenter le rapport annuel 2012 lors de la réunion de 2013 ;

11. la SPEC doit travailler en synergie avec la DSF et la DLM et voir dans quelles mesures intégrer la formation des prestataires et des ASC à l'intérieur des modules de la PCIME clinique et la PCIME communautaire ;
12. Mettre en place un groupe de travail pour combler le gap de financement du PSNLP 2011-2015;
13. Etendre la recherche sur la gratuité au plan national ;
14. Adapter les directives nationales aux réalités locales en renforçant la pharmacovigilance sur le TPI ;
15. Présenter la contribution chiffrée de chaque partenaire dans le PNLP ;
16. Mener une réflexion et proposer des mécanismes de compensation des formations sanitaires mettant en œuvre la gratuité du paludisme simple chez les enfants de moins de cinq ans.

Les partenaires du Programme National de Lutte contre le Paludisme ont appuyé par une note de plaidoyer la demande pour le passage à la phase II dans le cadre du Projet Round 9 du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. Chaque partenaire a appuyé en ce qui le concerne un volet spécifique de la lutte contre le Paludisme (voir tableau 23).

Tableau 23: Répartition des activités menées par les partenaires du PNLP en 2012

<b>PARTENAIRES</b>	<b>ACTIVITES</b>
<b>CHAI, UNICEF</b>	Appui à la formation des laborantins sur l'utilisation des TDR
<b>Malaria No More</b>	sensibilisation à travers les radios pour l'utilisation des TDR par les prestataires et les ASC réalisation d'une enquête CAP sur l'utilisation de la MILDA
<b>OMS, UNICEF, IRESCO, MC-CCAM Malaria No More, SANOFI AVENTIS, JHPIEGO, ACMS, Fobang Foundation,</b>	Appui à la communication en faveur de la lutte contre le paludisme : Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme, Caravanes, plaidoyer, production du draft du plan stratégique de communication 2011-2015 du PNLP.
<b>OMS, UNICEF, CHAI</b>	Tenue des réunions préparatoires sur l'adoption de l'artésunate injectable pour la prise en charge des cas de paludisme grave
<b>Novartis, RBM</b>	Tenue des réunions préparatoires sur le projet SMS for life

Tableau 24: Activités réalisées par IRESCO en 2012

Activités	Indicateurs					
	Produits			Effets/Couverture		
	Prévus	Réalisés	Taux	Prévus	Réalisés	Taux
Contractualisation avec les medias	49 radios	43	88%			
	8 TV	4	50%			
Multiplication des fiches de suivi évaluation	668 150	668 150	100%			
Distribution des fiches de suivi évaluation	668 150	663 510	99%	181 DS	180	99%
Duplication des supports audio-visuels	0	4	400%	1	1	100%
Diffusion des spots et micro Programmes radios et télé sur les moustiquaires	294 Diffusions de Spots radios	584	1,99	49 Radio	43	88%
	294 Diffusions de micro Programmes radios	160	0,54			
	48 Diffusions de micro Programmes TV	9	0,19			
Diffusion des spots et micro Programmes radio et télé sur le TPI	42 Spots radios	160	381%	7 radios	6	86%
	42 micro Programmes radios	115	274%			
	12 spots TV	1	8%	2 TV	1	50%
	12 micro Programmes TV	2	16%			
Production les Programmes audio-visuels (spots et micro Programmes) sur la PECADOM	7 spot radio	7	100%			
	2 spots TV	7	100%			
	7 micro Programmes radios	7	100%			
	2 micro Programmes TV	2	100%			
	386 copies	386	100%			
Production des supports imprimés sur la PECADOM	15 500 Affiches	15 500	100%			
	77 500 posters	77 500	100%			

<b>Diffusion des spots et micro Programmes radios et télé sur la PECADOM</b>	784 Spots radio	1655	211%	49 radios	43	88%
	784 micro Programmes radio	569	73%			
	128 spots TV	161	126%	8 TV	4	50%
	128 micro Programmes TV	10	0,08			
<b>Suivi des diffusions par des pigistes indépendants</b>	98 diffusions radios	94	96%	2 radios	2	100%
	223 diffusions télé.	219	98%	4 TV	4	100%
<b>Authenticité des diffusions</b>	Rapports radios: 98	Rapports pigistes : 83	85%	2 radios	2	100%
	Rapports TV : 223	Rapports pigistes : 193	0,87	4 TV	4	100%
<b>Distribution des supports CCC sur la gestion des cas de paludisme</b>	15 500 boîtes à images	7263	47%	181 districts de santé	82	45%
	77 500 affiches sur la MILDA	36460				

Par ailleurs, le PNLP a apporté les appuis techniques et logistiques suivants :

- Fourniture des TDR du paludisme à l'IFORD, CIRCB, INS ainsi qu'à quelques associations d'étudiants à la limite des stocks disponibles ;
- Fourniture des TDR et dépliants en appui à deux campagnes de santé dans la région du centre (Akono et Ahala)
- Appui à la mise en œuvre du projet de lutte contre le paludisme sur le corridor du pipeline Tchad-Cameroun mené par JHPIEGO dans le district de santé de Kribi par l'élaboration des modules de formation, la formation des formateurs et le lancement du projet.

## 5. FORMATION ET RECHERCHE OPÉRATIONNELLE

### 5.1. Activités de formation

Au cours de l'année 2012, le PNLP a mené des activités de formation liées à la campagne MILDA de rattrapage dans sept districts de santé de la région du Centre, la prise en charge communautaire et le diagnostic du paludisme par l'utilisation des TDR.

### 5.1.1. Activités liées à la prise en charge

#### 5.1.1.1. Ateliers de formation des ASC dans les régions du Nord-Ouest, Nord et Extrême-Nord.

L'année 2012 a été marquée par le renforcement des capacités des ASC à la prise en charge à domicile du paludisme simple par l'utilisation des TDR. C'est une activité importante ayant pour but d'améliorer l'accès au traitement antipaludique. Grâce au financement du projet « Scaling up malaria control for impact 2011-2015 in Cameroon » du Round 9 du FMSTP, 3883 ASC ont été formés dans les régions du Nord-Ouest, Extrême-Nord et Nord. Le partenaire JHPIEGO a formé 19 ASC dans le district de Kribi dans la région du Sud. Au total, 3902 ASC ont été formés.

Dans l'optique d'assurer la réussite de cette activité, des ateliers centraux et régionaux ont été organisés. Ils ont permis de consolider et valider tous les documents qui ont été utilisés pour ces formations.

Tableau 25: Répartition par région du nombre d'ASC formés en 2012

Régions	ASC
Extrême Nord	1751
Nord	1147
Nord-Ouest	985
Sud	19 <sup>1</sup>
<b>Total</b>	<b>3902</b>

#### 5.1.1.2. Formation des Techniciens Médico-Sanitaires (TMS) et prestataires de soins dans les régions du Centre, du Littoral, et du Sud.

Dans le but d'optimiser l'utilisation des TDR, le PNLP a formé 501 TMS et prestataires de soins dans les régions du Centre, Sud et Littoral à l'utilisation des TDR. Ces formations se sont faites avec l'appui financier des partenaires UNICEF, CHAI, Malaria No More, JHPIEGO. Au cours de ces ateliers d'une journée les points concernant les signes cliniques du paludisme, le principe et la réalisation du TDR, la gestion des stocks de TDR et la politique de diagnostic du paludisme au Cameroun ont été abordés. Dans le cas des formations réalisées par JHPIEGO (30 prestataires de soins) dans le district de santé de Kribi, tous les autres aspects de la prise en charge ont été abordés.

Tableau 26 : Répartition par région des prestataires de soins formés en 2012

Régions	Prestataires de soins
Centre	190
Littoral	175
Sud	136
<b>Total</b>	<b>501</b>

<sup>1</sup> Ces 19 ASC ont été formés uniquement dans le district de santé de Kribi par le partenaire JHPIEGO

### **5.1.1.3. Atelier de validation de la revue interne du PNLP**

En droite ligne du Plan Stratégique 2011-2015, et suivant les recommandations de l’OMS, il était prévu une revue interne du PNLP. Le processus a effectivement débuté au cours du premier semestre par un atelier de sensibilisation des partenaires à la revue interne du PNLP. Par la suite le Comité chargé des travaux a travaillé de mars à juillet. Entre le 16 et le 19 juillet 2012 a eu lieu un atelier de validation de la revue, suivi quelques jours après par une relecture en comité restreint de tout le document en vue de sa validation.

### **5.1.2. Activités liées à la campagne de distribution de masse des MILDA**

Dans le cadre de la campagne en couverture universelle en MILDA, sous financement de l’UNICEF, des renforcements des capacités ont eu lieu dans 7 districts de santé de la région du centre. Un total de 14 Formateurs des niveaux central et régional, 49 personnels du niveau opérationnel ont été formés à la micro planification et 115 distributeurs de MILDA ont été formés.

### **5.1.3. Autres activités de formation**

#### **5.1.3.1. Atelier de sensibilisation des partenaires à la revue interne du PNLP**

Conformément au plan stratégique 2011-2015, il est prévu une revue interne du PNLP. Le processus a débuté par un atelier de sensibilisation des partenaires. Au cours de cet atelier, le comité chargé de la RPP est devenu opérationnel. Au total, 56 personnes ont pris part à l’atelier. Il y avait 26 personnes représentant le MINSANTE. Les 30 autres participants soit 53,5% représentaient les partenaires de la lutte contre le paludisme, notamment sept représentants des partenaires bilatéraux et multilatéraux (OMS, UNICEF, GIZ...), quatre représentants des ONG internationales (Malaria No More, Clinton Foundation, ...), deux représentants des ONG nationales (MC-CCAM, ACMS), quatre représentants des confessions religieuses (CEPCA, OCASC ...), deux représentants des entreprises privées (MTN, Orange) et onze représentants des autres administrations publiques.

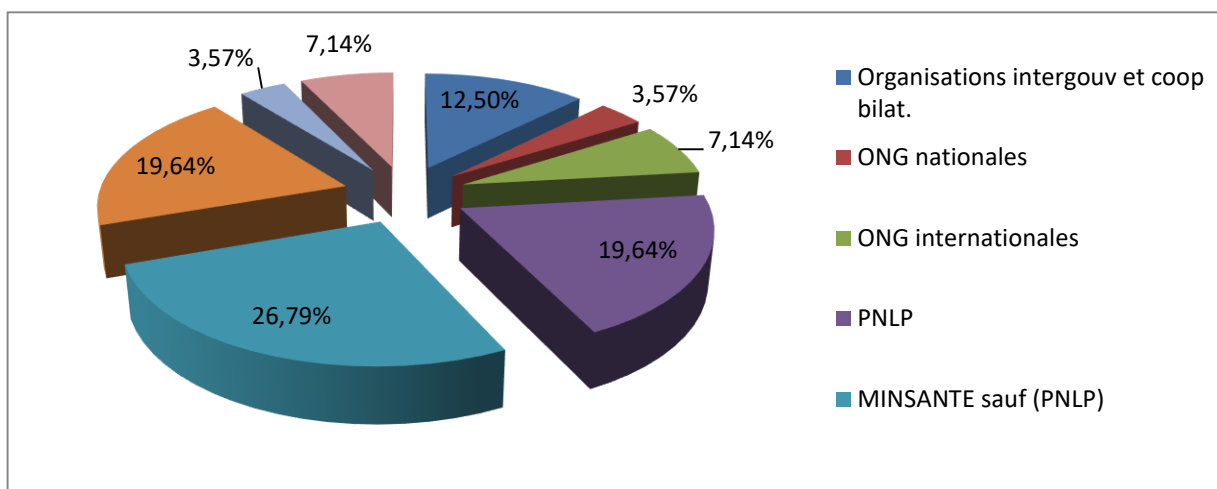


Figure 1 : Répartition des participants sensibilisés en fonction des structures

### 5.1.3.2. Atelier de validation du Plan Stratégique National de Lutte contre le paludisme.

Dans le but de définir le PSNLP 2011- 2015, un atelier de validation s'est tenu au second semestre de 2012. Cet atelier a connu la participation de tous les partenaires de la lutte contre le paludisme. A l'issue des travaux, un PSNLP de troisième génération a été produit.

### 5.1.3.3. Renforcement des capacités du personnel financier

Durant le second semestre de 2012, le PNLN a procédé au renforcement des capacités de 07 personnels de son staff financier aux normes et procédures fiscales dans le cadre de la mise en œuvre des programmes et projets.

## 5.2. Activités de recherche

### 5.2.1. Revue du Programme Paludisme 2007-2010.

Dans le cadre de la rédaction de son plan stratégique de troisième génération, le PNLN a effectué une revue de son PSNLP de seconde génération. A ce titre, le processus de la revue du PNLN a été entamé et devra s'achever au second semestre 2013. Les objectifs de cette RPP sont :

- Faire la revue de l'épidémiologie du paludisme ;
- Evaluer le cadre structurel, organisationnel et administratif de la mise en œuvre des politiques et du PNLN au sein du système de santé ; Evaluer les progrès accomplis par rapport aux objectifs nationaux et mondiaux ;
- Evaluer la performance actuelle du PNLN par domaines thématiques d'intervention et par niveaux de prestation de service ;

- Définir les prochaines étapes afin d'améliorer la performance du PNLP ou de redéfinir l'orientation et les priorités stratégiques, notamment par la révision des politiques et des plans stratégiques.

La méthodologie de la RPP se décline comme suit :

- Une revue documentaire thématique basée sur les données du PNLP, rapports d'évaluation, d'enquêtes, de publications, plans, propositions etc.
- Une mise à jour de la base de données et du profil pays ;
- Une estimation du fardeau du paludisme et projections ;
- Une analyse politique et managériale ;
- Des entretiens individuels ;
- Une enquête de terrain.

Cette activité est répartie en quatre phases, planification, revue documentaire, revue de terrain et finalisation du rapport.

Tableau 27: Différentes phases de la mise en œuvre de la RPP et leurs durées

<b>phase</b>	<b>activités</b>	<b>durée</b>
<b>I</b>	planification & préparation	3-4 mois
<b>II</b>	revue documentaire thématique	≤ 2 mois
<b>III</b>	revue conjointe sur le terrain	2 semaines
<b>IV</b>	finalisation du rapport, suivi des recommandations, révision des politiques , plans et réorientation du programme	3-6 mois

Au cours de l'année 2012, les groupes thématiques ont achevé la rédaction de leur rapport. Le rapport de la revue a été validé et est disponible. La revue externe (phase III), est prévue en 2013.

### 5.2.2. Projet « Impact resistance » du Nord

Deux études ont été menées dans le cadre de ce projet dans trois districts de santé du Nord (Garoua Pitoa et Mayo-Oulo). La première étude avait pour objectif d'évaluer la résistance des vecteurs aux insecticides et leurs comportements. La seconde étude avait pour objectif de caractériser la faune anophélienne et le niveau de transmission du paludisme dans 38 villages d'études (clusters) des trois districts de santé suscités. Les rapports de ces études sont disponibles au PNLP.



### 5.2.3. Renforcement des capacités

Pendant l'année 2012, les capacités du personnel du PNLP ont été renforcées :

- Un cadre du PNLP a participé comme évaluateur externe de la Revue des Performances du Programme Paludisme de la République Démocratique du Congo, ce qui a également permis le renforcement des capacités des ressources humaines du PNLP Cameroun.
- Un cadre du PNLP a participé au Troisième Atelier conjoint RBM-Fonds Mondial sur la résolution des goulots d'étranglement du système GAS à Tunis. L'atelier visait à soutenir les pays à résoudre leurs goulots d'étranglements liés au GAS dans le cadre du déploiement de tous les intrants utilisés dans la lutte contre le paludisme. Au terme de l'atelier, les recommandations suivantes ont été formulées pour améliorer la gestion des intrants destinés à la lutte contre le paludisme au Cameroun :
  - Le système de santé du Cameroun est trop dépendant des partenaires et il est temps que le pays assume ses responsabilités par rapport au renforcement des programmes de santé publique et du système de santé en général ;
  - Le Cameroun doit saisir l'EMD de l'OMS pour l'appui technique à la pré qualification du laboratoire de contrôle de qualité (LANACOME) ;
  - Les pays sont encouragés à harmoniser les indicateurs utilisés pour le suivi des intrants de la chaîne d'approvisionnement afin d'éviter les ruptures de stock et les surstocks ;
  - Les centrales d'achats des pays ont été encouragées à optimiser la performance des logiciels utilisés dans la gestion des différents intrants et à envisager l'introduction des scanners de code barre sur les boîtes pour une meilleure gestion des inventaires ;
  - La mise en place d'un système de coordination des différents acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme et le point focal d'analyse des données permettant une prise de décision rationnelle ;
  - Un plaidoyer général pour le renforcement des échanges entre les délégations des pays pour le partage des bonnes pratiques dans la résolution des problèmes ;
  - Les pays sont encouragés à faire valider leurs plans d'action sur la résolution des goulots d'étranglement identifiés par toutes les parties prenantes du système GAS.

## 6. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

### 6.1. Promptitude et complétude des données

Les données du PNLP sont collectées dans les registres intégrés des formations sanitaires à l'aide d'outils spécifiques au paludisme et consolidées à différents niveaux du système de santé. En 2012, 181 districts de santé et 3136 formations sanitaires ont rapporté au moins une fois les données. La complétude a été estimée à près de 99 % (95% en 2010 et 90% en 2011) au niveau des Districts de Santé et à 82% pour les Formations Sanitaires contre respectivement 90% et 81% en 2010 et 2011.

La promptitude a été estimée à près de 38% au niveau des Formations Sanitaires contre 33% en 2011 et 40% en 2010. Elle est restée basse et évolue en dents de scie. Comme les années précédentes, on note que disposer de l'information à temps est resté un handicap pour le PNLP.

Tableau 28 : complétude des données des formations sanitaires par région en 2012

REGIONS	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	total
ADAMAOUA	95%	97%	96%	96%	96%	95%	95%	92%	93%	90%	87%	86%	93%
CENTRE	65%	70%	75%	71%	73%	66%	68%	68%	69%	72%	69%	54%	68%
EST	80%	85%	81%	82%	90%	81%	82%	71%	64%	52%	69%	59%	75%
EXTREME-NORD	88%	87%	83%	88%	89%	91%	90%	90%	89%	87%	78%	84%	87%
LITTORAL	78%	79%	79%	74%	78%	74%	75%	74%	78%	76%	76%	76%	76%
NORD	89%	95%	94%	95%	96%	95%	96%	97%	95%	94%	93%	91%	94%
NORD-OUEST	96%	95%	95%	93%	94%	94%	95%	93%	96%	94%	93%	90%	94%
OUEST	93%	91%	92%	90%	91%	91%	89%	88%	90%	91%	90%	90%	91%
SUD	55%	63%	72%	73%	75%	75%	66%	68%	74%	70%	67%	44%	67%
SUD OUEST	83%	84%	85%	87%	87%	84%	88%	86%	90%	86%	88%	86%	86%
CAMEROUN	81%	83%	84%	83%	85%	82%	82%	81%	82%	81%	80%	75%	82%

### 6.2. Morbidité en milieu hospitalier

La morbidité liée au paludisme au Cameroun est estimée à 27% en 2012 contre 31% en 2011. Elle représentait 36% en 2010 ; 38% en 2009 et 41% en 2008. Cette différence notable est en grande partie imputable aux actions à grande échelle que mène le PNLP depuis 2006 dans les domaines de la prévention et du traitement des cas de paludisme, à l'amélioration de la complétude des rapports des FS et aux mécanismes de contrôle de la qualité des données mis en place aux niveaux régional et central.

En 2012, nous notons une réduction du nombre de consultations toutes causes confondues enregistré au niveau des formations sanitaires. Cette diminution fait suite à quatre années d'augmentation successive du nombre de consultations. La campagne de distribution nationale de MILDA à toute la population serait à l'origine de cette inflexion de la courbe relative au nombre de patients enregistrés en consultations par l'intermédiaire de la diminution du nombre de cas de fièvre par l'utilisation de la MILDA.

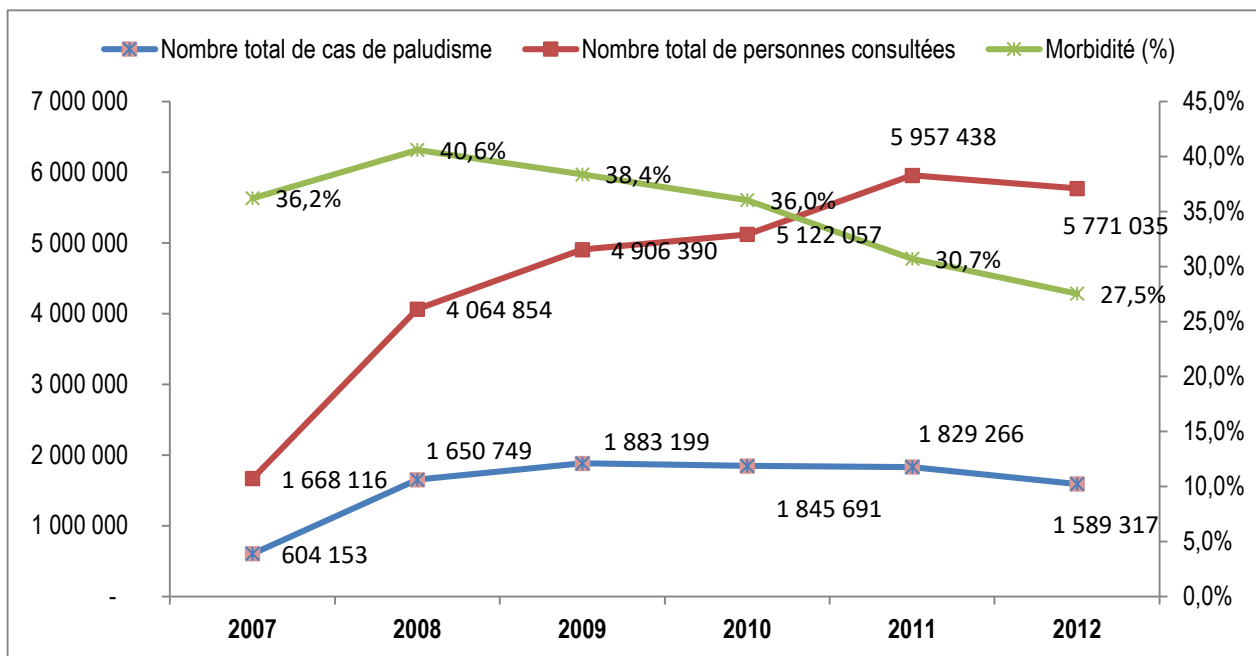


Figure 2: Evolution des cas de paludisme et de la morbidité de 2007 à 2012

Il ressort également de la figure 3 que :

- de 2008 à 2012, la morbidité hospitalière due au paludisme est passée de 41,6% à 27,5 % soit une baisse relative de près de 34 % ;
- De 2008 à 2009, le nombre de cas de paludisme recensé dans les formations sanitaires a connu une augmentation de 14,08% alors que le nombre de personnes consultées connaissait, une hausse de 20,70 % ;
- Entre 2009 et 2011, on note d'une part une baisse du nombre de cas de paludisme et d'autre part, une augmentation assez importante du nombre de personnes consultées ;
- En 2012, nous notons une baisse importante et simultanée du nombre de consultations et du nombre de cas de paludisme.

Ceci contribue à accrédi-ter la thèse selon laquelle le paludisme perdrait du terrain au Cameroun.

Tableau 29: Morbidité générale liée au paludisme au niveau des formations sanitaires en 2012

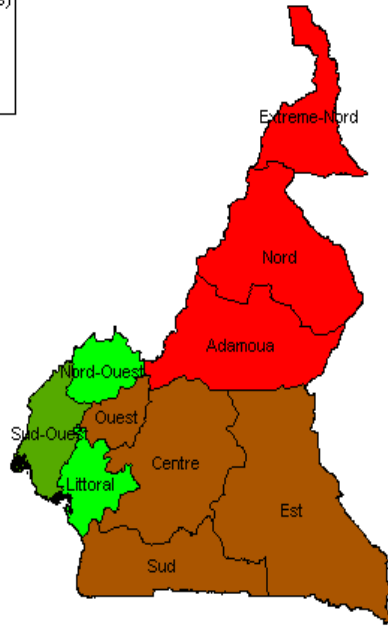
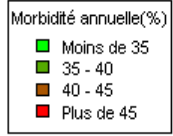
Région	Nombre de patients consultés	Nombre de cas de paludisme (simple et grave)	% des cas de paludisme (simple et grave)	Nombre de cas de paludisme simple	% des cas de paludisme simple	Nombre de cas de paludisme grave	% des cas de paludisme grave
ADAMAOUA	274 985	81 420	29,61%	61 695	22,44%	19 725	7,17%
CENTRE	1 006 859	271 303	26,95%	218 596	21,71%	52 707	5,23%
EST	250 020	75 504	30,20%	61 212	24,48%	14 292	5,72%
EXTREME-NORD	738 737	227 581	30,81%	176 349	23,87%	51 232	6,94%
LITTORAL	1 059 347	250 922	23,69%	188 376	17,78%	62 546	5,90%
NORD	538 855	192 238	35,68%	155 108	28,78%	37 130	6,89%
NORD-OUEST	676 866	127 083	18,78%	104 445	15,43%	22 638	3,34%
OUEST	498 897	157 856	31,64%	98 732	19,79%	59 124	11,85%
SUD	130 528	40 317	30,89%	33 986	26,04%	6 331	4,85%
SUD-OUEST	595 941	165 093	27,70%	126 367	21,20%	38 726	6,50%
<b>CAMEROUN</b>	<b>5 771 035</b>	<b>1 589 317</b>	<b>27,54%</b>	<b>1 224 866</b>	<b>21,22%</b>	<b>364 451</b>	<b>6,32%</b>

Le paludisme simple représente 77,06% des cas de paludisme en 2012, contre 76,51 % en 2011. Il représentait 66,25 % des cas de paludisme en 2010, 67,3 % en 2009 et 67,9% en 2008. Une baisse notable des cas de paludisme simple est enregistrée en 2012, elle fait suite à plusieurs années de relative stabilité du nombre de cas de paludisme. Par conséquent, le paludisme grave représente 22,94% des cas de paludisme en 2012. Il représentait 23,49% en 2011 et 33,75% en 2010. Ce qui représente une baisse absolue de plus de dix points.

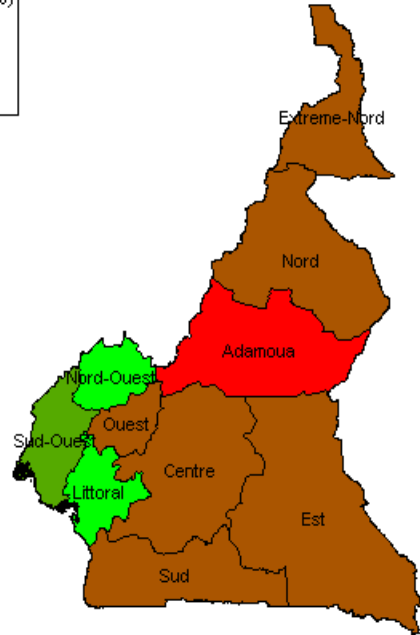
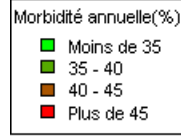
La cartographie de la morbidité palustre hospitalière au Cameroun dans les dix régions du pays conforte l'hypothèse du recul du paludisme sur l'ensemble du territoire national. Elle laisse également transparaître un net recul de la morbidité. En effet, de 2008 avec une carte presque totalement rougeâtre (morbidité supérieure à 40% dans sept régions sur dix), nous passons en 2012 à une carte de morbidité totalement verte : toutes les régions ont une morbidité inférieure à 35%. Neuf régions du pays sur dix ont noté une morbidité inférieure à 35%. Seule la région du Nord reste à un niveau de morbidité supérieur à 35%.

Ces résultats laissent prévoir que la tendance générale à la baisse observée se confirme. En effet, en dépit d'une augmentation assez importante des personnes consultées, qui s'est arrêtée en 2012, nous ne cessons d'enregistrer depuis 2008, une réduction du nombre de cas de paludisme (simple et/ou grave) dans nos formations sanitaires, et par conséquent, de la morbidité hospitalière. Ce seuil de 35 % a été fixé en 2008 lorsque la morbidité hospitalière était encore très élevée (supérieur à 45%).

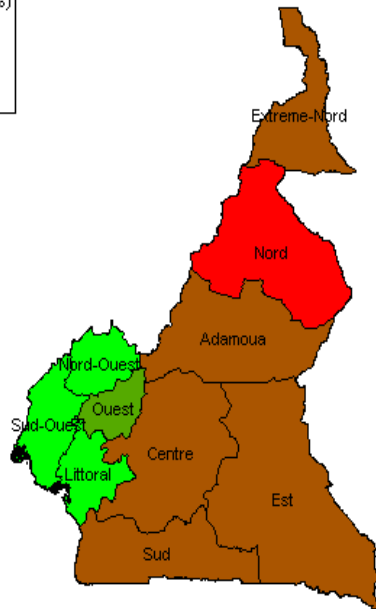
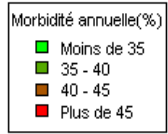
**2008**



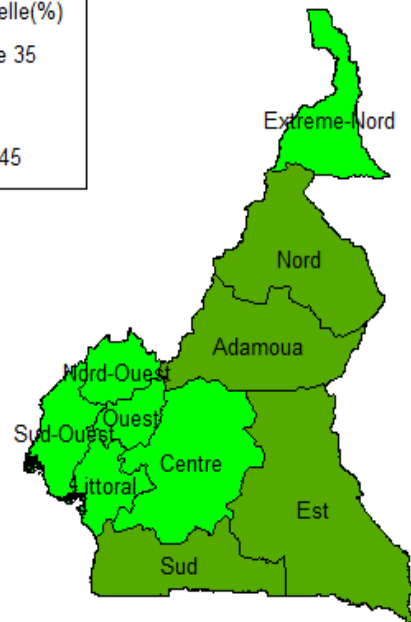
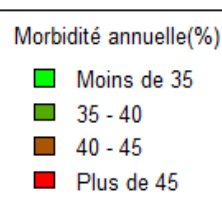
**2009**



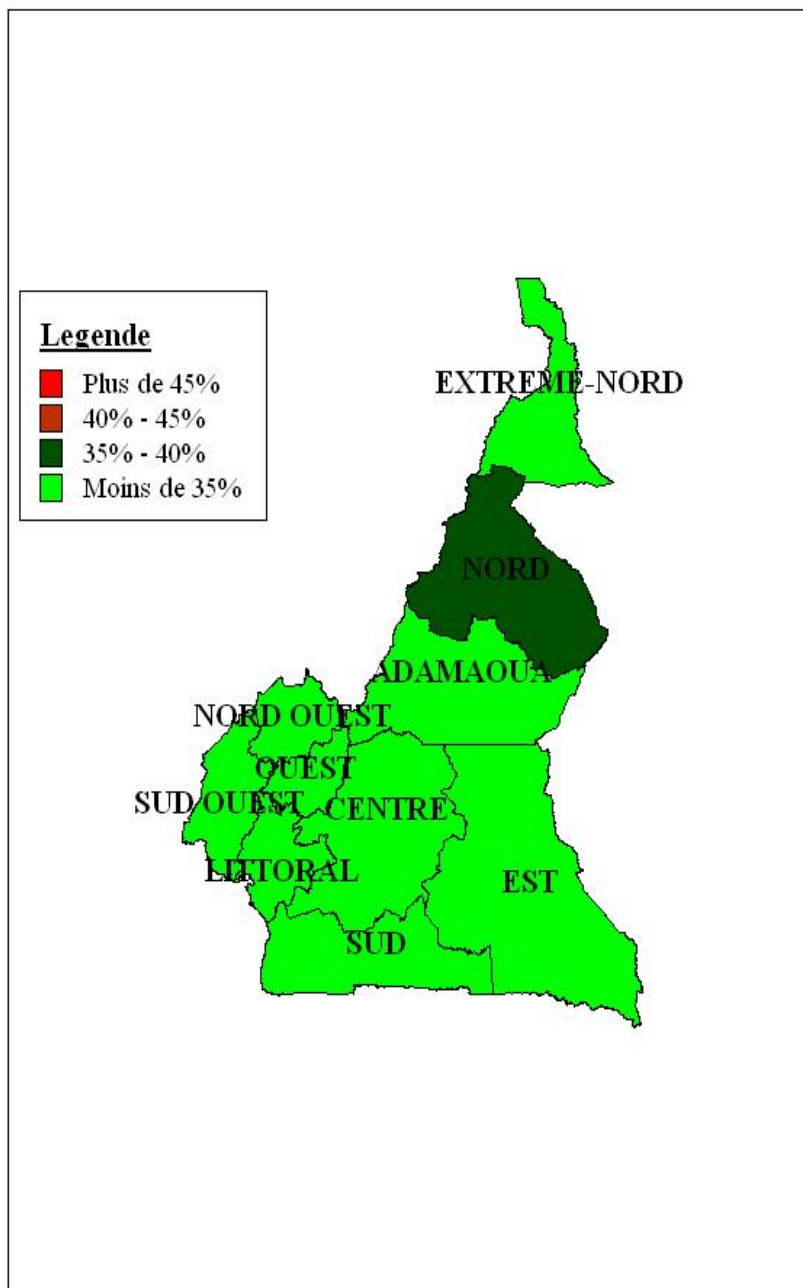
**2010**



**2011**



**Figure 3** : Cartographie de la morbidité par région de 2008 à 2011



**Figure 4** : Cartographie de la morbidité par région de 2012

Tableau 30: Morbidité palustre chez les enfants de moins de 5 ans dans les formations sanitaires en 2012

REGION	Nombre d'enfants de moins de 5 ans consultés	Nombre de cas de paludisme (simple et grave)	% des cas de paludisme (simple et grave)	Nombre de cas de paludisme simple	% des cas de paludisme simple	Nombre de cas de paludisme grave	% des cas de paludisme grave
ADAMAOUA	70 833	29 607	41,80%	24 159	34,11%	5 448	7,69%
CENTRE	236 130	102 631	43,46%	85 753	36,32%	16 878	7,15%
EST	79 170	31 288	39,52%	26 736	33,77%	4 552	5,75%
EXTREME NORD	232 159	84 147	36,25%	67 877	29,24%	16 270	7,01%
LITTORAL	232 731	87 762	37,71%	67 282	28,91%	20 480	8,80%
NORD	180 578	77 301	42,81%	65 631	36,34%	11 670	6,46%
NORD OUEST	115 884	37 150	32,06%	31 375	27,07%	5 775	4,98%
OUEST	108 280	56 014	51,73%	36 309	33,53%	19 705	18,20%
SUD	34 913	16 413	47,01%	14 027	40,18%	2 386	6,83%
SUD OUEST	114 092	51 491	45,13%	39 690	34,79%	11 801	10,34%
<b>CAMEROUN</b>	<b>1 404 770</b>	<b>573 804</b>	<b>40,85%</b>	<b>458 839</b>	<b>32,66%</b>	<b>114 965</b>	<b>8,18%</b>

Les enfants de moins de 5 ans demeurent un groupe vulnérable. En effet, entre 2008 et 2010, la morbidité de ce groupe a connu une légère réduction et est restée supérieure à 50%. De 56% en 2008, elle est située à 54% en 2009, à 52% en 2010 puis on note une accélération de la réduction entre 2011 et 2012, allant de 46% à 40%. La diminution absolue de près de 16% enregistrée est encourageante. Elle serait imputable à toutes les actions entreprises par le gouvernement et ses partenaires en faveur de ce groupe vulnérable (traitement gratuit du paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans depuis février 2011, distribution gratuite des MILDA aux enfants de moins de 5 ans depuis 2005, etc.).

Tableau 31: Morbidité palustre chez les femmes enceintes dans les formations sanitaires en 2012

REGIONS	Nombre de femmes enceintes consultées pour maladie (toutes causes confondues)	Nombre de cas de paludisme grave	% cas de paludisme
ADAMAOUA	19 855	2 719	13,69%
CENTRE	82 487	6 906	8,37%
EST	18 499	1 946	10,52%
EXTREME-NORD	45 775	6 460	14,11%
LITTORAL	66 812	6 099	9,13%
NORD	26 390	4 583	17,37%
NORD-OUEST	21 112	1 859	8,81%
OUEST	26 386	5 365	20,33%
SUD	11 803	900	7,63%
SUD-OUEST	22 377	3 714	16,60%
<b>CAMEROUN</b>	<b>341 496</b>	<b>40 551</b>	<b>11,87%</b>

Entre 2008 et 2012, nous avons noté une diminution substantielle de la morbidité chez les femmes enceintes. Elle est passée de 49% en 2008 à 44% en 2009, 38% en 2010, 13% en 2011 et se situe à 11% en 2012. Il s'agit d'un recul notable. Le nombre de cas de paludisme déclaré est passé de 104 583 en 2008 à 40 551 en 2011. Ce résultat montre également, l'efficacité des actions spécifiques de santé publique dont bénéficie ce groupe, à savoir, les campagnes de communication de masse, la distribution gratuite des moustiquaires et de la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) pour le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse.



Tableau 32: Morbidité palustre chez les personnes de plus 5 ans (femmes enceintes exclues) dans les formations sanitaires en 2012

REGIONS	Nombre total de consultations pour maladie	Nombre de cas suspects de paludisme simple et grave	% de cas suspects de paludisme simple et grave	Nombre de cas suspects de paludisme simple	% de cas suspects de paludisme simple	Nombre de cas suspects de paludisme grave	% de cas suspects de paludisme grave
ADAMAOUA	184 297	49 094	26,64%	37 536	20,37%	11 558	6,27%
CENTRE	688 242	161 766	23,50%	132 843	19,30%	28 923	4,20%
EST	152 351	42 270	27,75%	34 476	22,63%	7 794	5,12%
EXTREME-NORD	460 803	136 974	29,73%	108 472	23,54%	28 502	6,19%
LITTORAL	759 804	157 061	20,67%	121 094	15,94%	35 967	4,73%
NORD	331 887	110 354	33,25%	89 477	26,96%	20 877	6,29%
NORD-OUEST	539 870	88 074	16,31%	73 070	13,53%	15 004	2,78%
OUEST	364 231	96 477	26,49%	62 423	17,14%	34 054	9,35%
SUD	83 812	23 004	27,45%	19 959	23,81%	3 045	3,63%
SUD-OUEST	459 472	109 888	23,92%	86 677	18,86%	23 211	5,05%
<b>CAMEROUN</b>	<b>4 024 769</b>	<b>974 962</b>	<b>24,22%</b>	<b>766 027</b>	<b>19,03%</b>	<b>208 935</b>	<b>5,19%</b>

La morbidité chez les personnes âgées de plus de 5ans (femmes enceintes exclues) a connu également une relative réduction. Le rythme de réduction est d'environ 1 point par an, entre 2008 et 2010. En effet, la morbidité liée au paludisme chez les personnes âgées de plus de 5 ans, était de 33% en 2008, 32% en 2009 et 30 % en 2010. En 2011, nous notons une perte d'environ trois points par rapport à 2010 et elle est estimée à 26,64%. Elle est de 24% en 2012.

De 2008 à 2010 également, nous avons constaté que la proportion des personnes consultées et atteintes de paludisme grave est restée stable autour de 9% dans ce groupe. En 2011, elle est d'environ 6% et en 2012 elle est de 5%.

La prémunition pourrait expliquer le fait que les personnes âgées de plus de 5 ans soient moins affectées que les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Tableau 33: Morbidité liée au paludisme chez les patients hospitalisés en 2012

REGIONS	Enfants de moins de cinq ans			Personnes de Plus de cinq ans (Femmes enceintes exclues)			Femmes enceintes		
	Nombre total hospitalisations pour maladie	Nombre total hospitalisations pour suspicion de paludisme grave	% de cas de paludisme grave	Nombre total hospitalisations pour maladie (toutes causes confondues)	Nombre total hospitalisations pour suspicion de paludisme grave	% de cas de paludisme grave	Nombre total hospitalisations pour maladie	Nombre total d'hospitalisations pour suspicion de paludisme grave	% de cas de paludisme grave
ADAMAOUA	8 975	5 448	60,7%	22 041	11 558	52,4%	4 323	2 719	62,9%
CENTRE	30 460	16 878	55,4%	71 633	28 923	40,4%	13 481	6 906	51,2%
EST	8 871	4 552	51,3%	20 933	7 794	37,2%	3 437	1 946	56,6%
EXTREME-NORD	24 152	16 270	67,4%	44 678	28 502	63,8%	9 253	6 460	69,8%
LITTORAL	40 584	20 480	50,5%	94 430	35 967	38,1%	14 907	6 099	40,9%
NORD	15 492	11 670	75,3%	32 570	20 877	64,1%	6 055	4 583	75,7%
NORD-OUEST	19 685	5 775	29,3%	73 957	15 004	20,3%	7 343	1 859	25,3%
OUEST	33 724	19 705	58,4%	79 599	34 054	42,8%	10 712	5 365	50,1%
SUD	4 734	2 386	50,4%	9 606	3 045	31,7%	1 918	900	46,9%
SUD-OUEST	21 035	11 801	56,1%	53 298	23 211	43,5%	7 102	3 714	52,3%
<b>CAMEROUN</b>	<b>207 712</b>	<b>114 965</b>	<b>55,3%</b>	<b>502 745</b>	<b>208 935</b>	<b>41,6%</b>	<b>78 531</b>	<b>40 551</b>	<b>51,6%</b>

Le nombre de cas hospitalisés toutes causes confondues est passé de 886 130 en 2011 à 788 988 en 2012. Malgré cette diminution, on observe que la morbidité liée au paludisme chez les hospitalisés est restée presque stable, soit 48 % en 2011 et 46% en 2012. Le paludisme reste donc toujours parmi les premières causes d'hospitalisation au Cameroun.

Tableau 34: Evolution annuelle de la morbidité liée au paludisme chez les patients de moins de cinq ans hospitalisés entre 2008 et 2012

<b>Année</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Nombre d'enfants de moins de cinq ans hospitalisés toutes causes confondues</b>	176 984	206 792	214 609	243 988	207 712
<b>Nombre d'enfants de moins de cinq ans hospitalisés pour paludisme</b>	99 286	118 612	127 947	142 940	114 965
<b>Morbidité chez les enfants de moins de cinq ans en hospitalisation (%)</b>	56,10%	57,36%	59,62%	58,58%	55,35%

Entre les années 2008 et 2012, le nombre d'enfants hospitalisés toutes causes confondues a varié entre 176 984 et 243 988, tandis que celui des enfants hospitalisés pour paludisme s'est situé entre 99 286 et 142 940. La morbidité liée au paludisme dans ce groupe est passée de 56,10 en 2008 à 55,35% en 2012.

La morbidité liée au paludisme chez les femmes enceintes hospitalisées est variable et reste au dessus de 50% entre 2008 et 2010. Elle était de 59 % en 2008 ; 62% en 2009 et 55 % en 2010. En 2011, elle a connu un recul de six points pour s'établir à presque 49%. Elle est estimée à 51,6% en 2012. Cette fluctuation observée chez les femmes enceintes en hospitalisation pourrait s'expliquer par la classification du paludisme qui considère que tout cas de paludisme est grave chez la femme enceinte. Cette classification serait appliquée de façon variable par les cliniciens. La morbidité chez les personnes âgées de 5 ans et plus (femmes enceintes exclues) hospitalisées est relativement stable depuis 2008. Elle était de 41% en 2008 et 2009 ; 42% en 2010 ; 44% en 2011 et 41% en 2012.

Le PNLP a mis les Tests de Diagnostic Rapide (TDR) du paludisme à la disposition de toutes les formations sanitaires et de la communauté de sorte que la confirmation biologique du paludisme soit systématique, avant tout traitement, pour tous les cas de fièvre chez les enfants, les adultes et les femmes enceintes à tous les niveaux. Pour l'instant, ce diagnostic n'est pas systématiquement effectué car toutes les formations sanitaires ne commandent pas encore les TDR et ne disposent pas de matériel adéquat pour la microscopie. Par ailleurs, certains praticiens n'accordent pas encore de confiance aux TDR. Ainsi, certains prestataires de soins et ASC continuent de traiter le paludisme sur la base de simples signes cliniques. Les tableaux 35 à 37 montrent le taux de paludisme confirmé dans les formations sanitaires en 2012.

Tableau 35: Nombre de cas de paludisme confirmés (avec TDR ou microscopie) dans les groupes cibles et dans les formations sanitaires en 2012

Region	Enfants de moins de cinq ans			Personnes de plus de cinq ans			Ensemble		
	Nombre de cas suspects de paludisme (< 5 ans)	Nombre total de cas de paludisme confirmés (< 5 ans)	% de cas de paludisme confirmés (< 5 ans)	Nombre de cas suspects de paludisme simple et grave (>5 ans (Femmes enceintes exclues))	Nombre total de cas de paludisme confirmés (Femmes enceintes exclues))	% de cas de paludisme confirmés (≥ 5 ans (Femmes enceintes exclues))	Nombre de cas de paludisme (simple et grave)	Nombre de cas de paludisme confirmés (simple et grave)	% de cas de paludisme confirmés
ADAMAOUA	29 607	20 826	70,341%	49 094	34 436	70,14%	81 420	57 325	70,41%
CENTRE	102 631	75 264	73,335%	161 766	131 428	81,25%	271 303	212 911	78,48%
EST	31 288	21 432	68,499%	42 270	29 960	70,88%	75 504	52 983	70,17%
EXTREME-NORD	84 147	45 375	53,923%	136 974	75 207	54,91%	227 581	124 776	54,83%
LITTORAL	87 762	58 656	66,835%	157 061	108 784	69,26%	250 922	172 639	68,80%
NORD	77 301	34 962	45,228%	110 354	57 462	52,07%	192 238	94 696	49,26%
NORD-OUEST	37 150	25 028	67,370%	88 074	62 325	70,76%	127 083	89 589	70,50%
OUEST	56 014	36 077	64,407%	96 477	65 800	68,20%	157 856	106 213	67,28%
SUD	16 413	10 755	65,527%	23 004	14 951	64,99%	40 317	26 387	65,45%
SUD-OUEST	51 491	37 807	73,424%	109 888	72 810	66,26%	165 093	114 021	69,06%
<b>Cameroun</b>	<b>573 804</b>	<b>366 182</b>	<b>63,817%</b>	<b>974 962</b>	<b>653 163</b>	<b>66,99%</b>	<b>1 589 317</b>	<b>1 051 540</b>	<b>66,16%</b>

Il ressort qu'environ 66% des cas de paludisme enregistrés en 2012 dans les formations sanitaires ont été confirmés à l'aide d'une microscopie ou d'un TDR. Ce qui est une nette progression par rapport à l'année 2011 (38%). Près de 63% des cas de paludisme chez les moins de cinq ans, et environ 67% des cas chez les personnes de plus de 5 ans ont été confirmés.

Tableau 36: Nombre de cas de paludisme simple confirmés dans les groupes cibles et dans la population générale

Region	Enfants de moins de cinq ans			Personnes de plus de cinq ans			Ensemble		
	Nombre de cas suspects de paludisme simple (< 5 ans)	Nombre de cas de paludisme simple confirmés (< 5 ans)	% de cas de paludisme simple confirmés (< 5 ans)	Nombre de cas suspects de paludisme simple (> 5 ans) Femmes enceintes exclues))	Nombre de cas de paludisme simple confirmés (> 5 ans) Femmes enceintes exclues))	% de cas de paludisme simple confirmés (≥ 5 ans (Femmes enceintes exclues))	Nombre de cas paludisme simple	Nombre de cas de paludisme simple confirmés	% de cas de paludisme confirmés
ADAMAOUA	24 159	14 098	58,36%	37 536	22 607	60,23%	61 695	36 705	59,49%
CENTRE	85 753	54 006	62,98%	132 843	93 901	70,69%	218 596	147 907	67,66%
EST	26 736	12 366	46,25%	34 476	17 479	50,70%	61 212	29 845	48,76%
EXTREME-NORD	67 877	26 253	38,68%	108 472	44 402	40,93%	176 349	70 655	40,07%
LITTORAL	67 282	37 367	55,54%	121 094	70 602	58,30%	188 376	107 969	57,32%
NORD	65 631	19 205	29,26%	89 477	33 098	36,99%	155 108	52 303	33,72%
NORD-OUEST	31 375	17 019	54,24%	73 070	43 190	59,11%	104 445	60 209	57,65%
OUEST	36 309	19 875	54,74%	62 423	35 936	57,57%	98 732	55 811	56,53%
SUD	14 027	7 377	52,59%	19 959	10 712	53,67%	33 986	18 089	53,22%
SUD-OUEST	39 690	24 413	61,51%	86 677	47 681	55,01%	126 367	72 094	57,05%
<b>Cameroun</b>	<b>458 839</b>	<b>231 979</b>	<b>50,56%</b>	<b>766 027</b>	<b>419 608</b>	<b>54,78%</b>	<b>1 224 866</b>	<b>651 587</b>	<b>53,20%</b>

En ce qui concerne le paludisme simple, nous notons que dans la population générale, 53% des cas ont été confirmés en 2012 contre 43% en 2011. Environ 50% des cas de paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans ont été confirmés et 54% chez les personnes de 5 ans et plus (femmes enceintes exclues).

Tableau 37: Nombre de cas de paludisme grave confirmés dans les groupes cibles dans les formations sanitaires en 2012

REGIONS	Enfants de moins de 5 ans			Personnes de 5 ans et plus			Femmes enceintes		
	Nombre hospitalisations pour suspicion de paludisme grave (< 5 ans)	Nombre hospitalisations pour paludisme grave confirmé (< 5 ans)	% hospitalisations pour paludisme grave confirmé (< 5 ans)	Nombre total hospitalisations pour suspicion de paludisme grave (Plus de 5 ans)	Nombre total hospitalisations pour paludisme grave confirmé (> 5 ans)	% hospitalisations pour paludisme grave confirmé (> 5 ans)	Nombre hospitalisations pour suspicion de paludisme grave (Femmes enceintes)	Nombre hospitalisations pour paludisme grave confirmé (Femmes enceintes)	% hospitalisations pour paludisme grave confirmé (Femmes enceintes)
ADAMAOUA	5 448	3 873	71%	11 558	7 891	68%	2 719	1 810	67%
CENTRE	16 878	12 852	76%	28 923	22 689	78%	6 906	5 790	84%
EST	4 552	2 842	62%	7 794	4 921	63%	1 946	1 351	69%
EXTREME-NORD	16 270	8 095	50%	28 502	14 224	50%	6 460	3 857	60%
LITTORAL	20 480	14 970	73%	35 967	26 272	73%	6 099	4 928	81%
NORD	11 670	5 194	45%	20 877	9 638	46%	4 583	2 097	46%
NORD-OUEST	5 775	3 710	64%	15 004	9 507	63%	1 859	1 303	70%
OUEST	19 705	13 398	68%	34 054	23 966	70%	5 365	4 005	75%
SUD	2 386	1 572	66%	3 045	1 873	62%	900	575	64%
SUD-OUEST	11 801	9 051	77%	23 211	17 686	76%	3 714	2 870	77%
<b>CAMEROUN</b>	<b>114 965</b>	<b>75 557</b>	<b>66%</b>	<b>208 935</b>	<b>138 667</b>	<b>66%</b>	<b>40 551</b>	<b>28 586</b>	<b>70%</b>

Pour ce qui est du paludisme grave en hospitalisation, nous enregistrons un taux de confirmation de plus de 66% tout groupe confondu. Soit 65,72 % chez les enfants de moins de 5 ans, 66,36% chez les personnes de 5 ans et plus (femmes enceintes exclues) et 70,49% chez les femmes enceintes.

### 6.3. La mortalité liée au paludisme

En 2012, la mortalité hospitalière liée au paludisme est de 17,55%. Elle est passée de 29% en 2009 à 24% en 2010 puis à 18,36% en 2011. Ces résultats sont largement inférieurs à la mortalité spécifique de 43% enregistrée en 2008. On note une baisse de cinq points entre 2010 et 2012 ; de même qu'entre 2009 et 2010. L'écart observé entre le résultat actuel et celui de 2008 est en partie lié à l'amélioration de la qualité des données.

Tableau 38: Mortalité spécifique liée au paludisme dans les formations sanitaires en 2012

Région	Tous les décès	Décès liés au paludisme	% des décès liés au paludisme	Nombre de décès toutes causes confondues chez les enfants de moins de 5 ans	Nombre de décès liés au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	% des décès liés au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	Nombre de décès toutes causes confondues chez les Femmes enceintes	Nombre de décès liés au paludisme chez les femmes enceintes	% des décès liés au paludisme chez les Femmes enceintes	Nombre de décès toutes causes confondues (≥ 5 ans (Femmes enceintes exclues))	Nombre de décès liés au paludisme (≥ 5 ans (Femmes enceintes exclues))	% des décès liés au paludisme (≥ 5 ans (Femmes enceintes exclues))
ADAMAOUA	1 038	209	20,13%	337	147	43,62%	12	1	8,33%	689	61	8,85%
CENTRE	2 620	232	8,85%	822	155	18,86%	42	-	0,00%	1 756	77	4,38%
EST	1 480	354	23,92%	555	187	33,69%	41	17	41,46%	884	150	16,97%
EXTREME-NORD	2 547	1 070	42,01%	1270	691	54,41%	53	8	15,09%	1 224	371	30,31%
LITTORAL	2 075	100	4,82%	652	56	8,59%	44	-	0,00%	1 379	44	3,19%
NORD	1 857	786	42,33%	889	545	61,30%	53	7	13,21%	915	234	25,57%
NORD-OUEST	2 773	157	5,66%	395	52	13,16%	22	5	22,73%	2 356	100	4,24%
UEST	2 334	153	6,56%	438	82	18,72%	36	5	13,89%	1 860	66	3,55%
SUD	244	39	15,98%	75	16	21,33%	7	1	14,29%	162	22	13,58%
SUD-OUEST	1 313	109	8,30%	261	56	21,46%	41	5	12,20%	1 011	48	4,75%
<b>CAMEROUN</b>	<b>18 281</b>	<b>3 209</b>	<b>17,55%</b>	<b>5 694</b>	<b>1 987</b>	<b>34,90%</b>	<b>351</b>	<b>49</b>	<b>13,96%</b>	<b>12 236</b>	<b>1 173</b>	<b>9,59%</b>

Comme par le passé, les enfants de moins de cinq continuent à payer le plus lourd tribut au paludisme. De 2009 à 2010, la proportion d'enfants de moins de 5 ans parmi les décès dus au paludisme était d'environ 67% ; soit respectivement 3 331 et 2 992 enfants de moins de 5 ans décédés de paludisme. En 2011, ils représentaient 66%, soit 2 528 enfants décédés de paludisme. En 2012, Ils représentent 62% des cas de décès enregistrés. Soit une baisse absolue de 5 points de la part de la mortalité palustre chez les enfants de moins de 5 ans. La réduction de la part de la mortalité chez les femmes enceintes met en évidence le succès des activités de prévention dans ce groupe cible ainsi que l'amélioration de la qualité des données.

Tableau 39: Importance de la mortalité palustre enregistrée dans les formations sanitaires par groupes cibles

Region	Nombre de décès liés au paludisme tous groupes confondus	Nombre de décès liés au paludisme Chez les moins de 5 ans	Part des moins de cinq ans décédés de paludisme	Nombre de décès liés au paludisme Chez les femmes enceintes	Part des femmes enceintes décédés de paludisme	Nombre de décès liés au paludisme Chez les plus de cinq ans	Part des personnes de plus de cinq ans décédées de paludisme
ADAMAOUA	209	147	70%	1	0%	61	29%
CENTRE	232	155	67%	-	0%	77	33%
EST	354	187	53%	17	5%	150	42%
EXTREME-NORD	1 070	691	65%	8	1%	371	35%
LITTORAL	100	56	56%	-	0%	44	44%
NORD	786	545	69%	7	1%	234	30%
NORD-OUEST	157	52	33%	5	3%	100	64%
OUEST	153	82	54%	5	3%	66	43%
SUD	39	16	41%	1	3%	22	56%
SUD-OUEST	109	56	51%	5	5%	48	44%
<b>CAMEROUN</b>	<b>3 209</b>	<b>1 987</b>	<b>62%</b>	<b>49</b>	<b>2%</b>	<b>1 173</b>	<b>37%</b>

#### 6.4. Evolution temporelle de la morbidité palustre hospitalière

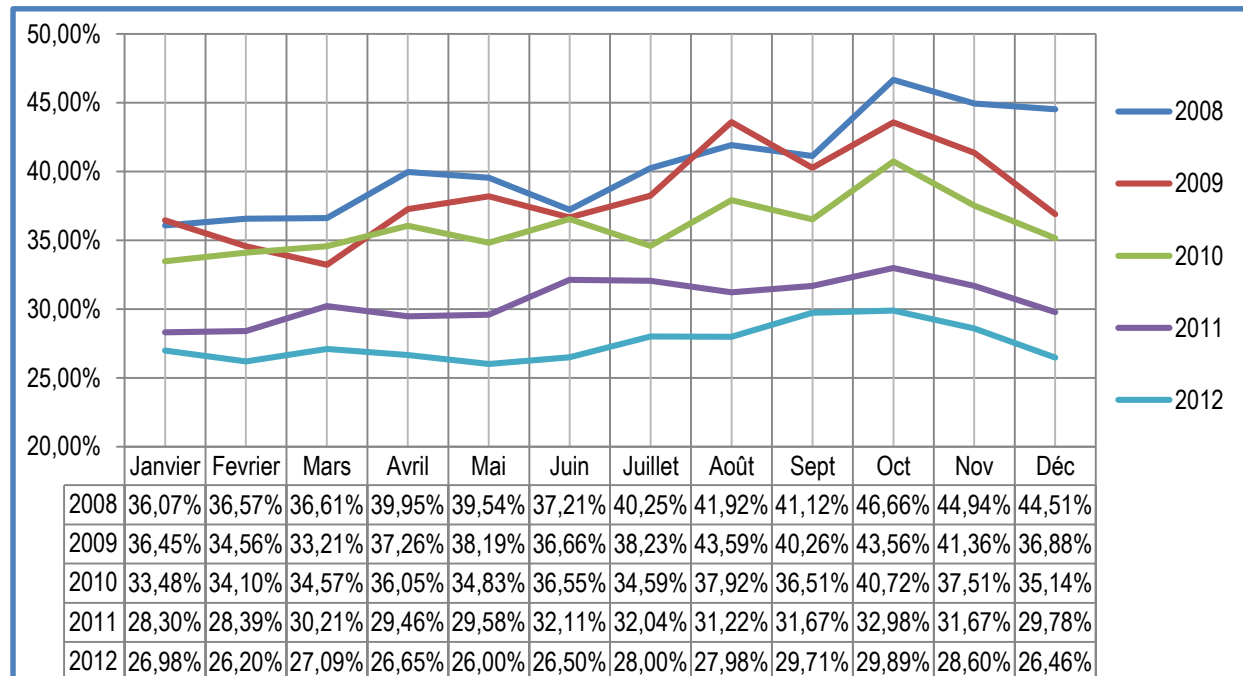


Figure 5: Evolution temporelle de la morbidité (en %) tout groupe d'âge confondu en 2008, 2009, 2010 2011 et 2012.



L'évolution temporelle mensuelle entre 2008 et 2012, met en exergue le recul notable de la morbidité palustre. Toutefois, si l'allure de cette courbe est à la baisse, la tendance et la saisonnalité ne semblent pas encore être affectées. Le pic de transmission demeure au mois d'octobre, tandis que la période allant de Décembre à Février reste celle de faible transmission.

## 6.5. Traitement des cas de paludisme simple dans les formations sanitaires

La politique nationale de Santé Publique au Cameroun recommande le traitement des cas de paludisme simple avec les ACT (ASAQ ou AL). Le Fonds Mondial subventionne la molécule ASAQ. Dans les formations sanitaires, près de 60 % des cas de paludisme simple ont été traités en 2009 selon la politique nationale, 69% en 2010, 64% en 2011 et 60% en 2012.

Tableau 40: Répartition des cas de paludisme simple pris en charge selon la politique nationale (avec les ACT) dans les formations sanitaires en 2012

Region	Nombre de cas suspects de paludisme simple	Nombre de cas de paludisme simple traités par le personnel de santé selon la politique nationale avec les ACT	% de cas de paludisme simple traités par le personnel de santé selon la politique nationale avec les ACT	Nombre de cas de paludisme simple traités par le personnel de santé selon la politique nationale (ASAQ)	% de cas de paludisme simple traités par le personnel de santé selon la politique nationale (ASAQ)	Nombre de cas de paludisme simple traités par le personnel de santé selon la politique nationale (Autres ACT)	% de cas de paludisme simple traités par le personnel de santé selon la politique nationale (Autres ACT)
ADAMAOUA	61 695	37 236	60%	21 945	36%	15 291	25%
CENTRE	218 596	127 454	58%	61 318	28%	66 136	30%
EST	61 212	46 564	76%	31 627	52%	14 937	24%
EXTREME-NORD	176 349	118 182	67%	86 842	49%	31 340	18%
LITTORAL	188 376	88 866	47%	36 490	19%	52 376	28%
NORD	155 108	108 074	70%	60 496	39%	47 578	31%
NORD-OUEST	104 445	64 769	62%	46 673	45%	18 096	17%
OUEST	98 732	61 125	62%	38 673	39%	22 452	23%
SUD	33 986	18 228	54%	11 538	34%	6 690	20%
SUD-OUEST	126 367	67 038	53%	36 964	29%	30 074	24%
<b>CAMEROUN</b>	<b>1 224 866</b>	<b>737 536</b>	<b>60%</b>	<b>432 566</b>	<b>35%</b>	<b>304 970</b>	<b>25%</b>

Les régions du Littoral, du Sud et du Sud-ouest ont un pourcentage de cas de paludisme simple traités avec les ACT qui est inférieur à 60%. Toutes les tranches d'âges (à l'exception des femmes enceintes) ont bénéficié de manière équitable à l'accès aux traitements dans les formations sanitaires. A cet effet, 66% des enfants de moins de 5 ans avec paludisme simple ont été pris en charge correctement, c'est-à-dire avec les ACT (contre 69% en 2011 et 67% en 2010) ; 42% de ceux-ci l'ont été avec la molécule ASAQ.

**Tableau 41:** Répartition des enfants de moins de cinq ans pris en charge selon la politique nationale (avec les ACT) dans les formations sanitaires en 2012

Région	Nombre de cas suspects de paludisme simple (< 5 ans)	Nombre de cas de paludisme simple traités par le personnel de santé selon la politique nationale avec les ACT (< 5 ans)	% de cas de paludisme simple traités par le personnel de santé selon la politique nationale avec les ACT (< 5 ans)	Nombre de cas de paludisme simple traités par le personnel de santé selon la politique nationale (AS-AQ) (< 5 ans)	% de cas de paludisme simple traités par le personnel de santé selon la politique nationale (AS-AQ) (< 5 ans)	Nombre de cas de paludisme simple traités par le personnel de santé selon la politique nationale (Autres ACT) (< 5 ans)	% de cas de paludisme simple traités par le personnel de santé selon la politique nationale (Autres ACT) (< 5 ans)
ADAMAOUA	24 159	16 416	68%	11 473	47%	4 943	20%
CENTRE	85 753	53 879	63%	28 570	33%	25 309	30%
EST	26 736	20 476	77%	14 605	55%	5 871	22%
EXTREME-NORD	67 877	48 297	71%	36 965	54%	11 332	17%
LITTORAL	67 282	35 109	52%	16 078	24%	19 031	28%
NORD	65 631	48 541	74%	30 236	46%	18 305	28%
NORD-OUEST	31 375	20 132	64%	15 211	48%	4 921	16%
OUEST	36 309	25 890	71%	18 519	51%	7 371	20%
SUD	14 027	8 658	62%	5 629	40%	3 029	22%
SUD-OUEST	39 690	23 421	59%	14 726	37%	8 695	22%
<b>CAMEROUN</b>	<b>458 839</b>	<b>300 819</b>	<b>66%</b>	<b>192 012</b>	<b>42%</b>	<b>108 807</b>	<b>24%</b>

Tableau 42: Répartition des personnes de cinq ans et plus (femmes enceintes exclues) prises en charge selon la politique nationale (avec les ACT) dans les formations sanitaires en 2012.

Région	Nombre de cas suspects de paludisme simple (> 5 ans)	Nombre de cas de paludisme simple traités par le personnel de santé selon la politique nationale avec les ACT (> 5 ans)	% de cas de paludisme simple traités par le personnel de santé selon la politique nationale avec les ACT (>5 ans)	Nombre de cas de paludisme simple traités par le personnel de santé selon la politique nationale (ASAQ) (> 5 ans)	% de cas de paludisme simple traités par le personnel de santé selon la politique nationale (ASAQ) (>5 ans)	Nombre de cas de paludisme simple traités par le personnel de santé selon la politique nationale (Autres ACT) (>5 ans)	% de cas de paludisme simple traités par le personnel de santé selon la politique nationale (Autres ACT) (>5 ans)
ADAMAOUA	37 536	20 820	55%	10 472	28%	10 348	28%
CENTRE	132 843	73 575	55%	32 748	25%	40 827	31%
EST	34 476	26 088	76%	17 022	49%	9 066	26%
EXTREME-NORD	108 472	69 885	64%	49 877	46%	20 008	18%
LITTORAL	121 094	53 757	44%	20 412	17%	33 345	28%
NORD	89 477	59 533	67%	30 260	34%	29 273	33%
NORD-OUEST	73 070	44 637	61%	31 462	43%	13 175	18%
OUEST	62 423	35 235	56%	20 154	32%	15 081	24%
SUD	19 959	9 570	48%	5 909	30%	3 661	18%
SUD-OUEST	86 677	43 617	50%	22 238	26%	21 379	25%
CAMEROUN	766 027	436 717	57%	240 554	31%	196 163	26%

On note que 57 % des cas de paludisme simple chez les personnes âgées de plus de cinq ans (femmes enceintes exclues) ont été correctement traités en 2012 contre 61 % en 2011 et 65% en 2010.

## 6.6. Le traitement Préventif Intermittent (TPI) chez la femme enceinte

Les femmes enceintes, considérées comme un groupe à forte vulnérabilité dans la lutte contre le paludisme, ont bénéficié d'un certain nombre de mesures de gratuité et des stratégies innovantes en vue de leur assurer une bonne prévention du paludisme. Notamment la gratuité du traitement préventif intermittent (depuis 2006) et la distribution gratuite des MILDA (depuis 2004). En ce qui concerne le taux de couverture des femmes enceintes reçues en CPN, et la couverture par le TPI est variable selon les régions. Dans les régions du Nord et de l'Extrême Nord, le taux de couverture en TPI 2 est inférieur à la moyenne nationale. Sur le plan national, il est constaté qu'environ 70% des femmes enceintes reçues en CPN ont reçu le TPI 1 et que plus de 48 % des femmes enceintes reçues en CPN ont également pris le TPI 2. Le taux de perte des femmes enceintes entre le TPI 1 et le TPI 2 est d'environ 22%, ce qui est relativement élevé.

Tableau 43: Répartition du nombre de femmes enceintes sous TPI par région en 2012

Region	Nombre de femmes enceintes attendues	Traitement Préventif Intermittent			Consultations Prénatales			Couverture des femmes enceintes reçues en CPN		
		Nombre de femmes enceintes ayant reçu une dose de Sulfadoxine Pyriméthamine (TPI 1)	Nombre de femmes enceintes ayant reçu deux doses de Sulfadoxine Pyriméthamine (TPI 2)	Nombre de femmes enceintes ayant reçu trois doses de Sulfadoxine Pyriméthamine (TPI 3)	Nombre de femmes enceintes vues en Consultation Prénatale (CPN 1)	Nombre de femmes enceintes vues en Consultation Prénatale (CPN 2)	Nombre de femmes enceintes vues en Consultation Prénatale (CPN 3)	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu une dose de TPI (%) TPI 1	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu deux doses de TPI (%) TPI 2	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu trois doses de TPI (%) TPI 3
ADAMAOUA	52 107	20 648	12 093	7 070	32 327	17 871	13 433	64%	37%	22%
CENTRE	198 974	43 007	35 605	23 552	68 994	60 351	56 687	62%	52%	34%
EST	40 975	17 713	9 676	4 689	24 355	13 903	9 867	73%	40%	19%
EXTREME-NORD	194 412	60 697	36 978	21 825	83 867	66 303	61 066	72%	44%	26%
LITTORAL	146 964	40 589	30 630	19 581	59 325	49 733	48 168	68%	52%	33%
NORD	98 782	33 213	20 836	11 230	67 165	56 015	44 215	49%	31%	17%
NORD-OUEST	85 675	33 950	24 058	13 752	39 608	37 147	44 090	86%	61%	35%
OUEST	89 886	43 174	28 208	12 747	49 613	40 190	37 664	87%	57%	26%
SUD	38 803	8 853	6 099	3 548	12 486	8 021	6 027	71%	49%	28%
SUD-OUEST	72 762	22 717	16 167	10 020	25 704	24 740	20 638	88%	63%	39%
<b>Cameroun</b>	<b>1 019 340</b>	<b>324 561</b>	<b>220 350</b>	<b>128 014</b>	<b>463 444</b>	<b>374 274</b>	<b>341 855</b>	<b>70%</b>	<b>48%</b>	<b>28%</b>

L'adhésion globale des femmes enceintes à la CPN reste aussi faible, car moins de 30% des femmes enceintes attendues ont effectivement reçu le TPI dans le cadre de la CPN dans les formations sanitaires.

Les approches de stratégies avancées devraient être explorées pour accroître le taux de couverture des femmes enceintes par la CPN et par le TPI.

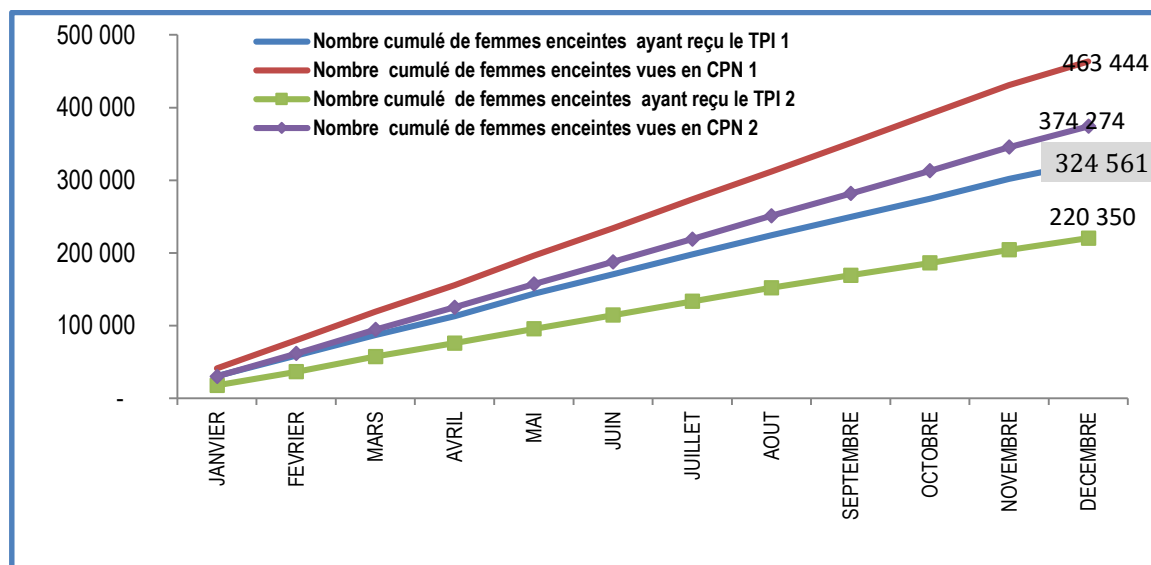


Figure 6: Nombre cumulé de femmes enceintes sous TPI 1 et TPI 2 au cours de l'année 2012

## 7. FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU CAMEROUN EN 2012

En 2012, Le PNLP a bénéficié de la part du Gouvernement Camerounais (Fonctionnement, BIP,...) et de ses partenaires (OMS, UNICEF...) des ressources financières qui lui ont permis de renforcer la lutte contre le paludisme.

### 7.1. Financement Fond Mondial

En 2012, Le montant total des dépenses sous financement fond mondial s'élève 3 448 055 199. Ces dépenses sont ventilées dans le tableau 44.

Tableau 44: Répartition des dépenses du PNLP en 2012

dépenses	montant en F CFA
ressouces humaines	383 753 755
dépenses administratives	87 334 912
assistance technique et manageriale	386 400
formation	429 515 487
acquisition des produits pharmaceutiques	3 726 799
Frais de gestion d'achat, frais d'approche	2 447 602 479
acquisition des infrastructures et autres équipements	-
suivi et évaluation	95 735 367
<b>TOTAL</b>	<b>3 448 055 199</b>

En outre, Le Fond Mondial n'a effectué aucun décaissement direct dans le compte du PNLP. Cependant il a financé l'achat des médicaments et consommables médicaux à travers le VPP,

les fonds étant directement virés aux fournisseurs pour un montant global de 783 331 523 F CFA.

## **7.2. Financements de l'Etat**

### **7.2.1. Aspersions intra-domiciliaires**

Dans la cadre de l'avant projet sous financement IADM du PNL, un montant de 1,5 milliards de f CFA a été alloué pour les aspersions intra-domiciliaires dans 10 districts de santé du Cameroun.

### **7.2.2. Acquisition des ASAQ**

La quantité totale prévue correspond à un montant de 288 087 000 FCFA, soit 62.9% du budget alloué.

### **7.2.3. Acquisition des TDR**

Il était aussi prévu l'achat des TDR par le financement BIP à hauteur de 250 000 000 FCFA. Selon les estimations, environ 700 000 TDR devraient être acquis par ce financement. Malheureusement, seulement trois bons de commande ont été émis pour la fourniture de 3775 TDR pour un montant d'environ 14 895 160 FCFA, soit un taux de consommation de 6%. Il y a eu des dysfonctionnements dans l'exécution du marché et la procédure d'acquisition des TDR a été suspendue.

## **8. ACTIVITES NON REALISEES**

Au cours de l'année 2012, certaines activités bien que planifiées n'ont pas pu être exécutées. Sur le plan de la formation et de la recherche opérationnelle :

- La formation des techniciens de laboratoire qui devait précéder la distribution des TDR n'a pas eu lieu à cause de la non disponibilité des financements du projet Round 9. Cette situation a beaucoup entravé l'utilisation des TDR. Toutefois, les partenaires UNICEF, CHAI et Malaria No More ont appuyé le PNL dans la formation des techniciens de laboratoire dans les Régions du Centre, Littoral et Sud ;
- La formation des Agents de Santé Communautaires à l'utilisation des TDR dans sept régions ;
- L'élaboration du guide de diagnostic du paludisme par microscopie et par les TDR
- La production et la distribution des guides de diagnostic ;
- Les aspersions intra domiciliaires ;
- Les supervisions des régions et des formations sanitaires sur les activités de prise en charge du paludisme ;

## 9. LES DIFFICULTES RENCONTREES

- Rupture de stock en ACT adolescents et adultes ;
- Rupture de stock en SP ;
- Insuffisance dans le suivi des achats des produits antipaludiques financés par le budget de l'Etat ;
- Insuffisance dans le suivi des approvisionnements des formations sanitaires en antipaludiques ;
- Difficulté d'approvisionnement des ASC en intrants compte tenu de l'accessibilité difficile de certains districts choisis pour la phase pilote et l'absence de suivi régulier des ASC ;
- Faible capacité des prestataires de soins à commander et à utiliser les TDR ;
- Faible implication du secteur privé dans la distribution des antipaludiques subventionnés;
- La grande campagne nationale de distribution des MILDA a nécessité plus de ressources que prévues et sa mise en œuvre a eu des répercussions négatives sur les autres activités planifiées qui n'ont pas pu être réalisées totalement par manque de ressources (mobilisées pour réaliser la campagne de distribution).

## 10. CONCLUSION

L'année 2012 a été marquée par la campagne de distribution gratuite de 217600 MILDA du don UNICEF afin de couvrir les ménages qui n'avaient pas de MILDA lors de la campagne de 2011. Les femmes enceintes ont continué à bénéficier en routine de la distribution des MILDA pendant les CPN. Malgré ces efforts du gouvernement et des partenaires, le PNLP n'a pas encore atteint la couverture universelle qui est de 1 MILDA pour 1,7 personne. En outre, nous avons assisté à la poursuite de la gratuité du traitement chez les enfants de moins de cinq ans et du TPI chez les femmes enceintes.

Une analyse des données épidémiologiques a montré une tendance à la baisse de la morbidité et la mortalité liées au paludisme de 2008 à 2012 dans toutes les couches de la population même les valeurs actuelles restent encore élevées.

## PERSPECTIVES

Les principales perspectives pour l'année 2013 sont les suivantes:

- Maintenir l'accessibilité de la population générale aux ACT subventionnés,
- Améliorer la prise en charge du paludisme au niveau des communautés et des formations sanitaires en mettant l'accent sur la confirmation des cas,
- Renforcer le système de suivi et d'évaluation du programme à tous les niveaux,

- Evaluer les activités de lutte contre le paludisme menées jusque là par le PNLP.
- Renforcer la communication pour le changement des comportements en faveur de la lutte contre le paludisme,
- Améliorer l'utilisation des services fournis dans le cadre de la lutte contre le paludisme (TPI, utilisation des moustiquaires imprégnées, etc...)



## **ANNEXES**

## Annexe 1 : Plan d'action du PNL en 2012

ACTIVITES	TOTAL 2012	BUDGET 2012	
		Ressources Extérieures	Ressources Intérieures
<b>Objectif 1: TRAITER AU MOINS DE 80% DES CAS DE PALUDISME CONFORMEMENT AU GUIDE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME</b>			
<b>1.1. Acquérir et distribuer la combinaison Artésunate Amodiaquine et du Paracetamol dans toutes les formations sanitaires</b>	500 000 000	-	500 000 000
<b>1.2 . Acquérir et distribuer 2 611 255 TDR pour la prise en charge paludisme dans les formations sanitaires et dans les communautés</b>	986 106 493	736 106 493	250 000 000
<b>1.3 . Organiser un atelier pour l'élaboration du guide de microscopie et utilisation des TDR du paludisme</b>	4 289 959	4 289 959	-
<b>1.4 . Produire et distribuer aux formations sanitaires , 1746 guides de microscopie et d'utilisation des TDR du paludisme</b>	11 262 782	11 262 782	-
<b>1.5 . Former 800 techniciens de laboratoire à l'utilisation des TDR</b>	76 131 681	76 131 681	-
<b>1.6. Former 10 960 agents relais communautaires à l'utilisation des TDR</b>	417 712 080	417 712 080	-
<b>1.7. Produire 15500 outils pour la prise en charge à domicile (carnets de reçus et formulaires de gestion des ACT)</b>	6 587 500	6 587 500	-
<b>TOTAL OBJECTIF 1</b>	<b>2 002 090 495</b>	<b>1 252 090 495</b>	<b>750 000 000</b>
<b>Objective 2: Augmenter au moins a 80% la proportion des femmes enceintes recevant le TPI2 d'ici 2014</b>			

<b>2.1. Acquérir et distribuer 4 722 100 comprimés de SP dans les centres de santé</b>	51 943 099	51 943 099	-
<b>2.2. Distribuer la sulfadoxine-pyriméthamine pendant les consultations prénatales</b>	-	-	-
<b>TOTAL OBJECTIF 2</b>	<b>51 943 099</b>	<b>51 943 099</b>	<b>-</b>
<b><u>Objective 3: Augmenter à 80%, l'utilisation des MILDA au sein de la population et particulièrement chez les femmes enceintes et les enfants de moins 05 ans d'ici 2014</u></b>			
<b>3.1. Acheter et transporter vers les districts de santé 266 536 MILDA</b>	1 678 754 763	878 754 763	800 000 000
<b>3.2. Distribuer 594536 MILDA à toute la population</b>	PM		
<b>3.2. Organiser les visites à domicile pour suivre l'utilisation des MILDA dans les ménages</b>	465 000 000	465 000 000	
<b>TOTAL OBJECTIF 3</b>	<b>2 143 754 763</b>	<b>1 343 754 763</b>	<b>800 000 000</b>
<b><u>Objective 4: Renforcer les capacités managériales du PNL</u></b>			
<b>4.1. Frais administratifs pour les PR1 &amp; SR</b>	224 313 000	185 000 000	39 313 000
<b>4.2. Audit financier annuel</b>	29 940 501	29 940 501	
<b>4.3. Salaires pour les PR1 &amp; SR</b>	668 880 000	668 880 000	-
<b>TOTAL OBJECTIF 4</b>	<b>923 133 501</b>	<b>883 820 501</b>	<b>39 313 000</b>
<b><u>OBJECTIF 5: Améliorer la surveillance, le suivi et l'évaluation des activités de lutte contre le paludisme</u></b>			
<b>5.1. Elaborer et introduire la composante communautaire dans les outils de collecte des données et de supervision existants</b>	3 081 600	3 081 600	-
<b>5.2. Fournir les registres auto-copiants aux formations sanitaires</b>	153 540 000	153 540 000	-
<b>5.4. Superviser les activités de lutte contre le paludisme à tous les niveaux</b>	272 670 000	272 670 000	-
<b>5.5. Payer les frais de transport des personnes chargées de la collecte des données</b>	172 356 000	172 356 000	-

<b>5.6. Mener une étude comportementale sur le paludisme</b>	35 250 000	35 250 000	
<b>5.7. Mener une étude de la transmission du paludisme dans les sites sentinelles</b>	6 670 000	6 670 000	
<b>5.8. Mener une étude sur l'efficacité des insecticides sur les vecteurs du paludisme dans les sites sentinelles</b>	8 700 000	8 700 000	
<b>5.9. Effectuer l'évaluation du plan stratégique</b>	143 995 829	143 995 829	
<b>5.10. Effectuer les aspersions intra domiciliaires dans 22 districts de santé pilotes</b>	1 500 000 000	1 500 000 000	
<b>TOTAL OBJECTIF 5</b>	<b>2 296 263 429</b>	<b>2 296 263 429</b>	<b>-</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>7 417 185 286</b>	<b>5 827 872 286</b>	<b>1 589 313 000</b>

## Annexe 2 : Objectifs du Millénaire pour le Développement liés au paludisme

### *Eradiquer l'extrême pauvreté (OMD1)*

- Le paludisme appauvrit davantage les pauvres. Il coûte à l'Afrique 12 milliards USD par an de son PIB et consomme jusqu'à 25% des revenus des ménages et 40% des dépenses publiques en matière de santé.

### *Atteindre l'éducation primaire universelle (OMD2)*

- Le paludisme, principale cause de morbidité et d'absentéisme chez les enfants et les enseignants, affecte le taux de fréquentation scolaire et la capacité d'apprentissage. Il peut entraîner des lésions neurologiques et des altérations cognitives irréversibles chez l'enfant.

### *Réduire la mortalité infantile (OMD4)*

- Le paludisme, principale cause de mortalité infantile en Afrique, représente 20% des décès chez l'enfant.

### *Améliorer la santé maternelle (OMD 5)*

- Le paludisme est 4 fois plus susceptible d'atteindre les femmes enceintes que les autres adultes et présente des conséquences graves tant pour la mère que pour l'enfant.

### *Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies (OMD 6)*

- La lutte contre le paludisme réduira la morbidité et la mortalité non seulement liée au paludisme mais à d'autres maladies (ex : les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont très vulnérables au paludisme).

*Mettre en place un partenariat mondial pour le développement (OMD 8) et rendre accessible les médicaments essentiels à moindre coût.*

- Les antipaludiques coûtent aujourd'hui cher et sont peu disponibles; les partenariats public/privé actuellement en cours pour améliorer l'accessibilité des antipaludiques à moindre coût peuvent servir de base à l'amélioration de l'accessibilité des médicaments essentiels.