

Évaluation du système de surveillance du paludisme au Cameroun

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Cameroun fait partie des onze pays les plus touchés par le paludisme au monde (1). Principale cause de morbidité au Cameroun, le paludisme représentait 28 % des consultations toutes causes confondues et 17,7 % des décès dans les établissements de santé en 2019 (2). Le contrôle et l'élimination du paludisme sont une priorité du gouvernement du Cameroun, qui a fait de la surveillance épidémiologique une intervention principale. Elle est notamment déclinée dans le cinquième plan stratégique national de lutte contre le paludisme pour la période 2019-2023 (3, 4). Pour apprécier les capacités de ce système de surveillance à répondre efficacement aux besoins en données et en informations sur le paludisme, le projet PMI Measure Malaria (PMM) a commandé une évaluation du système de surveillance du paludisme au Cameroun, dont les résultats vont permettre de mieux orienter les actions du Programme national de lutte contre le paludisme (PLNP) et de mesurer l'amélioration future du système de surveillance du paludisme au Cameroun.

But et objectifs

L'évaluation avait un double objectif général : d'une part, apprécier l'état actuel du système de surveillance par rapport au but du plan stratégique national de lutte contre le paludisme (contribuer à l'amélioration de la santé des populations du Cameroun par la réduction du poids de la maladie et du fardeau socioéconomique dus à cette maladie) ; et d'autre part, évaluer l'alignement de ce système sur les directives globales de l'OMS et du Programme mondial de lutte antipaludique. De manière spécifique, les objectifs étaient de :

1. Décrire la structure et la fonctionnalité du système de surveillance du paludisme ;
2. Apprécier la pertinence des outils de collecte et de rapportage, ainsi que des procédures, y compris le traitement et l'analyse des données, le mécanisme d'assurance qualité des données, et le circuit de transmission des données de la surveillance ;
3. Apprécier les capacités techniques et matérielles des acteurs au niveau opérationnel, intermédiaire et central à mettre en œuvre un système de surveillance efficace ;
4. Mesurer la qualité des données par l'appréciation de la complétude, l'exactitude et la promptitude des données de surveillance du paludisme ;
5. Apprécier l'utilisation des données de surveillance du paludisme pour la planification, la mise en œuvre et la prise de décisions.

Méthodes

L'évaluation s'est faite selon les recommandations du kit d'évaluation de la surveillance du paludisme proposé par l'OMS, adapté au contexte du Cameroun. Elle s'est déroulée en 2021 au niveau central et dans les régions du Centre, du Littoral et du Nord. Elle a adopté une méthode mixte comprenant : a) une revue documentaire ; b) des entretiens avec des personnes-ressources et des parties prenantes de niveau central (n = 13), régional (n = 12), des districts (n = 36), des formations sanitaires (n = 206), et communautaire (n = 27) ; et c) une enquête auprès de 210 formations sanitaires (FOSA) publiques et privées dans 20 districts, dont 10 hôpitaux de district et centres médicaux d'arrondissement (HD/CMA) sélectionnés par choix raisonné, et 200 centres de santé intégrés (CSI) sélectionnés de manière aléatoire. Dans chacune des trois régions cibles, cinq (5) des districts ont été sélectionnés de manière aléatoire et au sein de ceux-ci, 50 FOSA ont également été sélectionnées aléatoirement.

La collecte des données s'est déroulée du 24 février au 6 avril 2021. Le volet quantitatif s'est appuyé sur des questionnaires programmés sur des tablettes avec l'application Open Data Kit (ODK). Les données quantitatives ont été apurées et analysées à l'aide du logiciel STATA, avec pondération des données des centres de santé (CS). Les données des entretiens qualitatifs ont été collectées à l'aide de tablettes. Les synthèses des entretiens et de la revue documentaire ont été regroupées par domaine d'évaluation, et une analyse thématique de contenu a ensuite été réalisée.



Principales conclusions : diagnostic de performance

Bien que le PNLP dispose d'un système organisationnel et des capacités institutionnelles adéquates pour la surveillance du paludisme (documents normatifs, système d'information de gestion logistique, système national d'information sanitaire (SNIS), outils standard de la collecte des données, triangulation des données de la surveillance de routine avec celles provenant d'autres programmes), les informations captées ne sont pas représentatives du fardeau de la maladie. Cela est dû notamment à la classification souvent erronée des cas de paludisme simple ou grave, au mauvais remplissage des registres, à la faible maîtrise des outils de collecte des données, aux ruptures de stock de ces outils, aux défis d'intégration du mécanisme communautaire de recueil des données au système de surveillance de routine, ainsi qu'au défaut d'actualisation de la carte sanitaire de la plateforme DHIS2. Ces facteurs amoindrissent la qualité des données et empêchent leur utilisation optimale pour la prise de décisions.

Tableau 1 : Objectif 1 - Diagnostic de performance - Tableau de bord des résultats des indicateurs prioritaires

Indicateur prioritaire	Résultat	Description														
Rapidité des rapports	83 %	Le délai de transmission des rapports pour le mois de janvier 2021 était relativement peu respecté pour les CSI du Littoral (66 %). Les deux principales raisons qui expliquent ces retards de transmission des rapports dans la région sont : les problèmes d'accès à internet ou de réseau mobile (76 %) et les problèmes de distance ou de qualité de la route (53 %) . À cela s'ajoutent les problèmes de personnel – manque de formation, sous-effectif du staff – (53 %) et l' importante charge de travail (51 %) .														
Exhaustivité des rapports	91 %	Le RMA du mois de janvier 2021 était disponible dans 9 HD/CMA (90 %) sur 10 et dans 100 % des CSI du Littoral et du Nord. Le secteur privé a enregistré un plus faible pourcentage de RMA disponibles, estimé à 88 % pour le mois de janvier 2021. <div style="text-align: center;"> <p>% de RMA soumis par rapport aux prévisions (jan. 2021)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>% de RMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ensemble-CSI</td> <td>91</td> </tr> <tr> <td>Privé-CSI</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>Nord-CSI</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Littoral-CSI</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Centre-CSI</td> <td>92</td> </tr> <tr> <td>HD/CMA</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table> </div>	Catégorie	% de RMA	Ensemble-CSI	91	Privé-CSI	88	Nord-CSI	100	Littoral-CSI	100	Centre-CSI	92	HD/CMA	90
Catégorie	% de RMA															
Ensemble-CSI	91															
Privé-CSI	88															
Nord-CSI	100															
Littoral-CSI	100															
Centre-CSI	92															
HD/CMA	90															
00Compléto de des rapports	88 %	Le pourcentage de rapports complets était plus élevé au sein des CSI du Nord (97 %) tandis qu'il était plus faible dans le Centre du pays (79 %). Le sous-effectif et le manque de formation du personnel (32 %) ainsi que l' indisponibilité des données de remplissage (30 %) sont principalement évoqués comme raisons justifiant l'incomplétude d'un rapport. <div style="text-align: center;"> <p>% de RMA complets</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>% de RMA complets</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ensemble-CSI</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>Privé-CSI</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>Nord-CSI</td> <td>97</td> </tr> <tr> <td>Littoral-CSI</td> <td>92</td> </tr> <tr> <td>Centre-CSI</td> <td>79</td> </tr> <tr> <td>HD/CMA</td> <td>60</td> </tr> </tbody> </table> </div>	Catégorie	% de RMA complets	Ensemble-CSI	88	Privé-CSI	88	Nord-CSI	97	Littoral-CSI	92	Centre-CSI	79	HD/CMA	60
Catégorie	% de RMA complets															
Ensemble-CSI	88															
Privé-CSI	88															
Nord-CSI	97															
Littoral-CSI	92															
Centre-CSI	79															
HD/CMA	60															
Données utilisées pour la prise de décision	78 %	L'utilisation des données pour le suivi était globalement meilleure dans le secteur public (plus de 85 % des CSI) comparativement au secteur privé (67 %). Ces données de surveillance étaient notamment utilisées pour apprécier l'évolution des cas de paludisme afin de mener des actions préventives, ou pour évaluer la fréquentation du centre afin de planifier l'approvisionnement en intrants.														

Principales conclusions : évaluation du contexte et de

La notification des cas de paludisme se fait à travers le SNIS, la surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR) et des systèmes parallèles permettant d'identifier les indicateurs qui ne sont pas dans le DHIS2, mais dont l'intégration est en cours de paramétrage. Les faiblesses de cette notification proviennent notamment de la grande insuffisance des outils de collecte/rapportage des données, du mauvais remplissage des registres, de l'absence de maîtrise de l'outil informatique par le personnel des districts et des obstacles à la remontée des informations communautaires. Les répondants indiquent que leurs responsabilités de surveillance sont rendues difficiles par l'absence de personnel. En termes de conditions de travail et d'accès aux outils/équipements, une partie du personnel de surveillance dans les FOSA est confrontée à l'étroitesse des locaux, l'état de délabrement et l'enclavement de certaines structures.

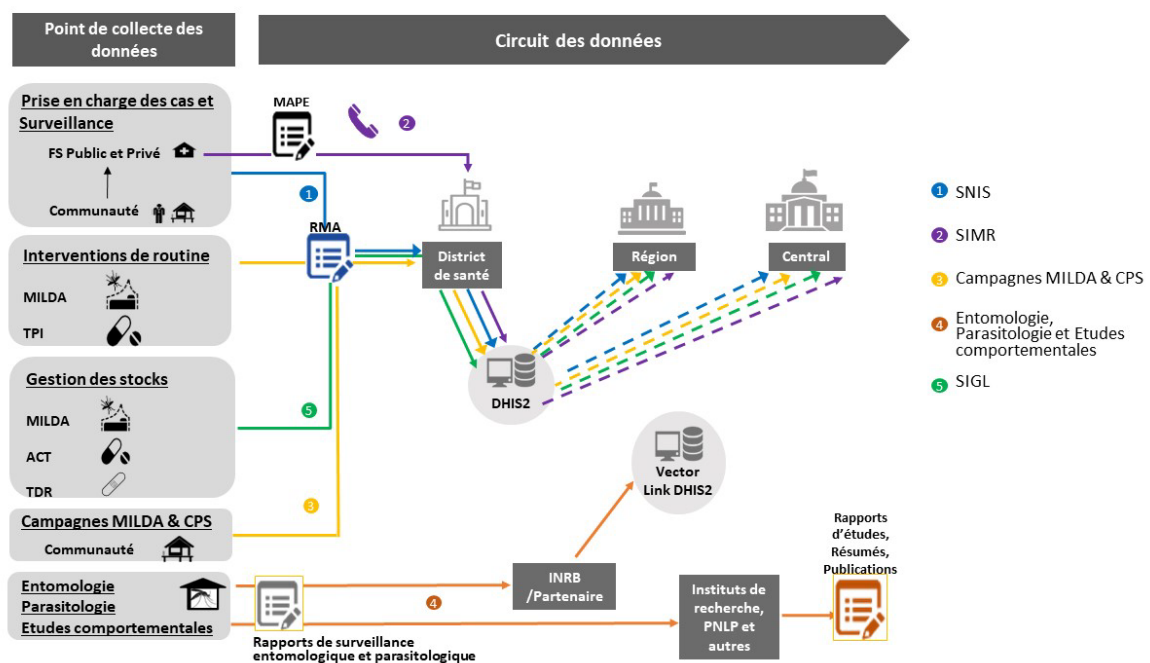
Tableau 2 : Objectif 2 - Contexte et infrastructure - Tableau de bord des résultats des indicateurs prioritaires

Indicateur de priorité		Résultat	Description														
Systèmes d'information	% de CSI qui rapportent leurs données dans au moins un des deux principaux sous-systèmes (SNIS, SIMR).	99 %	La quasi-totalité des établissements de santé rapportent les données dans le SNIS ou le SIMR, les deux principaux sous-systèmes de surveillance du paludisme. Seul le Centre du pays n'a pas 100 % de ses CSI qui rapportent leurs données d'un l'un ou l'autre de ces sous-systèmes. Un troisième sous-système dans lequel les données sont majoritairement rapportées est le SIGL (89 %).														
Disponibilité des lignes directrices	% des CSI avec une copie de toutes les directives de surveillance	1 %	Les copies des directives de surveillance sont largement manquantes dans tous les CSI, notamment le document de référence sur les définitions et calculs d'indicateurs du paludisme (24 %), les directives/protocoles de validation intégrée des SNIS (22 %), les guides techniques pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte au Cameroun (17 %) et le manuel du SIGL (3 %) sont très peu disponibles au sein des différents établissements de santé.														
Disponibilité du personnel de surveillance	% de CSI qui soulignent une insuffisance du personnel pour l'enregistrement, la transmission ou l'analyse des données	46 %	<p>Plus de 70 % des répondants dans les établissements du secteur public estiment que le manque de personnel rend difficiles l'enregistrement et la transmission des données. La situation est relativement moins marquée dans les établissements privés de santé avec 66 % des répondants qui sont de cet avis.</p> <p style="text-align: center;">% des FOSAs indiquant que le manque de personnel rend difficile la surveillance</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ensemble-CSI</td> <td>73</td> </tr> <tr> <td>Privé-CSI</td> <td>66</td> </tr> <tr> <td>Nord-CSI</td> <td>87</td> </tr> <tr> <td>Littoral-CSI</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>Centre-CSI</td> <td>73</td> </tr> <tr> <td>HD/CMA</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	Pourcentage	Ensemble-CSI	73	Privé-CSI	66	Nord-CSI	87	Littoral-CSI	90	Centre-CSI	73	HD/CMA	80
Catégorie	Pourcentage																
Ensemble-CSI	73																
Privé-CSI	66																
Nord-CSI	87																
Littoral-CSI	90																
Centre-CSI	73																
HD/CMA	80																
Disponibilité des outils/équipements	% de CSI n'ayant pas connu des ruptures de stock de RMA/MAPE au cours des 3 derniers mois	89 %	Les ruptures de stock de RMA ou de fiches de maladies à potentiel épidémique (MAPE) sont peu fréquentes au sein des établissements sanitaires. Au cours des 3 derniers mois précédant l'évaluation, plus de 93 % des CSI publics n'ont enregistré aucune rupture de stock de ces outils. Toutefois, les CSI privés connaissent plus souvent des ruptures de stock : 15 % des CSI privés ont ainsi enregistré ces ruptures de stock..														

Principales conclusions : évaluation des processus et des technologies

Les données de surveillance contenues dans les registres et les formulaires sont saisies dans le DHIS2. Celui-ci est fonctionnel et facilite la compilation et l'analyse des informations. Les principales lacunes en matière d'enregistrement sont l'incomplétude des données consignées dans les registres, les incohérences et l'insuffisance de formation du personnel aux tâches de collecte et de compilation. Ce personnel rencontre des difficultés à analyser les informations en raison notamment du défaut de qualité. Pour remédier à ce problème, des processus de validation interne ont été mis en place aux niveaux central, régional et des districts. Ils consistent pour la plupart en des réunions de validations de données impliquant tous les acteurs des niveaux inférieurs, et au cours desquelles les données sont examinées.

Figure 1 : Diagramme de flux de données



La revue documentaire et les entretiens menés au niveau central et régional montrent que la notification des cas de paludisme est effectuée par les secteurs public et privé de la santé, ainsi que par les agents de santé communautaire (ASC) à l'aide des registres et/ou des fiches de RMA, telle qu'illustrée dans le diagramme ci-dessus. La notification au niveau communautaire se fait également à travers les initiatives de l'ONG Plan Cameroun (dans les régions du Centre et du Nord), et des organisations de la société civile des districts (OSCD, dans les régions du Centre et du Littoral). Au niveau des districts, les données sont consignées dans les fiches sur les maladies à potentiel épidémique (MAPE), les registres de consultations et/ou d'hospitalisations et les RMA. Après compilation des informations contenues dans ces documents, elles sont saisies dans le DHIS2 et accessibles au personnel disposant d'un compte et du matériel informatique.

Tableau 3 : Objectif 3 - Processus et technologie – Indicateur prioritaire Fiche de résultats

Indicateur de priorité		Résultat	Description																					
Définitions de cas standardisées	% de répondants ayant déclaré des définitions de cas correctes	7 %	<p>71 % des répondants des CSI ont donné une définition correcte de « cas suspect de paludisme ». Le niveau de connaissance spontanée de la définition de cas suspect de paludisme est le plus bas dans les CSI du Nord (42 %) et est estimé à 49 % chez les ASC. Un très faible niveau de connaissance de la définition de « cas présumé de paludisme » s'observe, avec seulement 13 % de répondants qui en ont donné une bonne définition.</p> <p style="text-align: center;">% de définitions correctes des cas</p> <table border="1"> <caption>% de définitions correctes des cas</caption> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Cas présumé (%)</th> <th>Cas suspect (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ensemble-CSI</td> <td>13</td> <td>71</td> </tr> <tr> <td>Privé-CSI</td> <td>8</td> <td>72</td> </tr> <tr> <td>Nord-CSI</td> <td>43</td> <td>42</td> </tr> <tr> <td>Littoral-CSI</td> <td>25</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>Centre-CSI</td> <td>6</td> <td>64</td> </tr> <tr> <td>HD/CMA</td> <td>10</td> <td>70</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	Cas présumé (%)	Cas suspect (%)	Ensemble-CSI	13	71	Privé-CSI	8	72	Nord-CSI	43	42	Littoral-CSI	25	90	Centre-CSI	6	64	HD/CMA	10	70
Catégorie	Cas présumé (%)	Cas suspect (%)																						
Ensemble-CSI	13	71																						
Privé-CSI	8	72																						
Nord-CSI	43	42																						
Littoral-CSI	25	90																						
Centre-CSI	6	64																						
HD/CMA	10	70																						
Contrôle de la qualité des données	% de CSI affirmant qu'un audit externe de la qualité des données a été réalisé	64 %	<p>Les méthodes de contrôle de la qualité des données et de suivi-évaluation adoptées au Cameroun concernent le contrôle de la cohérence, ainsi que les audits quantitatifs et qualitatifs de la qualité des données.</p> <p>64 % des répondants des CSI ne savent pas si un audit externe de la qualité des données de paludisme a déjà été réalisé dans leur formation sanitaire. 88 % des ASC affirment, de leur côté, qu'ils procèdent à un contrôle de cohérence des données avant de les soumettre au CS.</p>																					
Utilisateurs avec accès	Pourcentage de répondants des CSI accédant aux données de surveillance depuis la base DHIS2	43 %	<p>L'accès direct aux données depuis la plateforme DHIS2 reste bas, en particulier pour les structures privées (39 %). Par ailleurs, seulement 2 HD/CMA sur 10 indiquent pouvoir accéder aux données depuis le DHIS2. Les difficultés d'accès à internet sont fréquemment soulignées (56 %) pour expliquer ce faible accès aux données de la plateforme. Certains répondants mentionnent également leur maîtrise insuffisante de l'outil informatique et de la procédure de connexion au DHIS2.</p> <p style="text-align: center;">% de répondants accédant aux données depuis le DHIS2</p> <table border="1"> <caption>% de répondants accédant aux données depuis le DHIS2</caption> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Accès (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ensemble-CSI</td> <td>43</td> </tr> <tr> <td>Privé-CSI</td> <td>39</td> </tr> <tr> <td>Nord-CSI</td> <td>57</td> </tr> <tr> <td>Littoral-CSI</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>Centre-CSI</td> <td>48</td> </tr> <tr> <td>HD/CMA</td> <td>20</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	Accès (%)	Ensemble-CSI	43	Privé-CSI	39	Nord-CSI	57	Littoral-CSI	45	Centre-CSI	48	HD/CMA	20							
Catégorie	Accès (%)																							
Ensemble-CSI	43																							
Privé-CSI	39																							
Nord-CSI	57																							
Littoral-CSI	45																							
Centre-CSI	48																							
HD/CMA	20																							

Principales conclusions : évaluation du comportement

Le personnel des niveaux central et intermédiaire présente une bonne maîtrise des responsabilités qui lui incombent, tandis que celui des FOSA n'en a qu'une maîtrise partielle. La faible compréhension du concept de surveillance du paludisme au niveau des FOSA et à l'échelle communautaire constitue un terrain favorable aux lacunes exprimées en matière de connaissances et de compétences par le personnel de santé et des ASC. Ces lacunes sont parfois cumulées à la faible motivation et à la relative appropriation par le personnel de surveillance de ses responsabilités. Les visites de supervision mensuelle aux FOSA par les niveaux supérieurs sont irrégulières ; les visites semestrielles et annuelles sont quasi-inexistantes, et celles trimestrielles quant à elles se font à une fréquence moyenne.

Tableau 4 : Objectif 4 - Comportement - Tableau de bord des résultats des indicateurs prioritaires

Indicateur de priorité	Résultat	Description																				
Motivation des agents % d'agents des CSI motivés pour accomplir les tâches de surveillance	70 %	<p>30 % du personnel des CSI est peu ou pas motivé à accomplir les tâches de surveillance. Ceci s'explique par les défis liés au personnel, à la charge de travail et à la disponibilité des équipements et services.</p> <p style="text-align: center;">% d'agents motivés à accomplir les tâches de surveillance</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Région</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ensemble-CSI</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>Privé-CSI</td> <td>69</td> </tr> <tr> <td>Nord-CSI</td> <td>81</td> </tr> <tr> <td>Littoral-CSI</td> <td>72</td> </tr> <tr> <td>Centre-CSI</td> <td>68</td> </tr> <tr> <td>HD/CMA</td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table>	Région	Percentage	Ensemble-CSI	70	Privé-CSI	69	Nord-CSI	81	Littoral-CSI	72	Centre-CSI	68	HD/CMA	40						
Région	Percentage																					
Ensemble-CSI	70																					
Privé-CSI	69																					
Nord-CSI	81																					
Littoral-CSI	72																					
Centre-CSI	68																					
HD/CMA	40																					
Formation % du personnel des CSI indiquant avoir reçu une formation à la surveillance au cours de la dernière année	91 %	<p>72 % du personnel a reçu sa dernière formation il y a moins d'un an. La thématique la plus régulièrement prise en compte lors des formations reçues est la prise en charge et la prévention du paludisme. Les thématiques telles que la surveillance épidémiologique (33 % des CSI), le système d'information sanitaire de routine (32 % des CSI) et l'analyse et l'utilisation des données (23 % des CSI) sont peu couvertes par les différentes formations reçues.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Thématiques abordées par la formation</th> <th>HD/CMA</th> <th>Ens-CSI</th> <th>ASC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Prise en charge et prévention du paludisme</td> <td>90</td> <td>84</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>Surveillance épidémiologique</td> <td>40</td> <td>33</td> <td>57</td> </tr> <tr> <td>Système d'information sanitaire de routine</td> <td>40</td> <td>32</td> <td>53</td> </tr> <tr> <td>Analyse et l'utilisation des données</td> <td>10</td> <td>23</td> <td>N/A</td> </tr> </tbody> </table>	Thématiques abordées par la formation	HD/CMA	Ens-CSI	ASC	Prise en charge et prévention du paludisme	90	84	95	Surveillance épidémiologique	40	33	57	Système d'information sanitaire de routine	40	32	53	Analyse et l'utilisation des données	10	23	N/A
Thématiques abordées par la formation	HD/CMA	Ens-CSI	ASC																			
Prise en charge et prévention du paludisme	90	84	95																			
Surveillance épidémiologique	40	33	57																			
Système d'information sanitaire de routine	40	32	53																			
Analyse et l'utilisation des données	10	23	N/A																			
Vérification des données lors des supervisions % des visites de supervision comprenant une vérification des données	91 %	<p>80 % des structures de santé de référence (8 HD/CMA sur 10) et des CSI ont reçu des visites de supervision au cours du trimestre pour environ 92 % de visites reçues par les ASC. Ces supervisions procèdent régulièrement à une vérification des données, notamment concernant le remplissage des outils de collecte et de rapportage des données.</p>																				

Recommandations

Tableau 5 : Recommandations prioritaires pour le renforcement de la surveillance du paludisme

	Recommandations prioritaires	Niveau cible
1	Renforcer les capacités techniques (y compris informatiques), institutionnelles et stratégiques du personnel de surveillance et des agents de santé communautaires dans les FOSA en vue de l'amélioration de la maîtrise de leurs responsabilités, l'utilisation des outils de collecte des données, des techniques d'analyse des données ainsi que de la compréhension des indicateurs.	Niveau central Niveau de l'établissement de santé Niveau communautaire
2	Imprimer et rendre disponibles les documents normatifs pour favoriser la maîtrise par le personnel des directives nationales en matière de surveillance du paludisme, aussi bien au niveau intermédiaire qu'au niveau des FOSA, et former ou renforcer les capacités du personnel à leur utilisation (manuel de surveillance, guide de suivi-évaluation du plan stratégique, guide d'analyse et utilisation des données, SOP sur la qualité du diagnostic, SOP sur la qualité de la PEC, plan stratégique national des interventions sous directives communautaires [ISDC], guide de remplissage du RMA, etc.)	Niveau central Niveau des districts Niveau de l'établissement de santé
3	Mettre à jour la carte sanitaire (notamment la liste des FOSA) dans DHIS2, pour pallier les biais d'échantillonnage constatés lors de l'évaluation de la performance de certains districts de santé.	Niveau central Niveau des districts
4	Mener une réflexion approfondie devant faciliter la disponibilité régulière des stocks et améliorer la chaîne d'approvisionnement d'intrants dans les FOSA, lesquels ne permettent pas d'assurer de manière optimale la gratuité des soins chez les enfants de moins de 5 ans et par conséquent empêchent que tous les cas suspects de paludisme soient signalés, testés et rapporter dans le système.	Niveau central Niveau des FOSA
5	Améliorer le système de motivation financière et matérielle aussi bien des responsables des FOSA que des ASC en veillant au paiement régulier et à temps des sommes dues, à la revue à la hausse de celles-ci, ainsi qu'à la mise à disposition constante des formulaires de rapportage.	Niveau central Niveau de l'établissement de santé Niveau communautaire
6	Conduire régulièrement les audits de la qualité des données pour améliorer la qualité des données et encourager la prise de décisions basées sur les données probantes.	Niveau régional/intermédiaire Niveau des districts
7	Systématiser les supervisions formatives des acteurs du niveau intermédiaire, des FOSA et des ASC sur les normes d'assurance qualité des données, tout en mettant sur pied un plan de revue et validation des données.	Niveau régional/intermédiaire Niveau des districts

Remerciements

L'équipe d'évaluation tient à exprimer sa profonde gratitude à toutes les parties prenantes du Ministère de la Santé publique et des partenaires techniques et financiers impliqués, et tout particulièrement les membres du groupe de travail permanent chargé du suivi stratégique de ladite évaluation. Notre gratitude va également aux autres personnels de la section planification, surveillance, suivi et évaluation du PNLN.

Références

1. WHO. 2019. World Malaria Report 2019. Obtenue de Geneve.
2. MINSANTE/PNLN. 2019. Rapport annuel PNLN 2019.
3. MINSANTE. 2019. Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Cameroun 2019–2023.
4. OMS, RBM Partenariat. 2017. D'une charge élevée à un fort impact : Une riposte ciblée contre le paludisme.