

CS4ME

CIVIL SOCIETY FOR MALARIA ELIMINATION

Save the date

THE ANNUAL GLOBAL MALARIA CIVIL SOCIETY FORUM 2022

ADVANCING THE FIGHT - ENSURING
MALARIA INTERVENTIONS ARE COMMUNITIES CENTERED

ONLINE EVENT

 TUESDAY, APRIL 19TH 2022

 09 AM - 01 PM (GMT)

REGISTER HERE AND RECEIVE YOUR LINK



CS4ME Video - English



CS4ME video English

https://www.youtube.com/watch?v=K5pYbGsm_iQ&t=23s



CS4ME Video - French



CS4ME video french

<https://www.youtube.com/watch?v=24KDICfKAU0&t=1s>



Uniting Civil Society and Communities to achieve malaria elimination

We unite civil society and communities to achieve malaria elimination.

To date, we have **more than 450 CSOs in 48 countries in Africa and South Asia.**

Our Vision

A world free from Malaria

Our Mission

- Make malaria programmes and interventions more effective, equitable, innovative, inclusive of civil society, communities based, humans rights-based, gender-sensitive and adequately funded.

How?

- Connect CSOs into a single global platform;
- Encourage south to south collaboration Increase knowledge and information sharing on malaria strategies and new findings
- Strengthen capacities of CSOs and provide trainings
- Promote involvement of CSOs in decision making spaces at all levels
- Reinforce the sense of urgency to eliminate malaria and collect local voices
- Advocate for sufficient malaria \$ and allocations for CSOs and communities led interventions
- Promote universal access to existing tools and demand new innovative tools
- Keep our leaders and ourselves accountable!



A woman wearing a patterned headwrap and a blue vest over a patterned dress stands on the left, addressing a group of people seated in a circle on the ground. The group consists of men, women, and children, some holding infants. The scene is outdoors with trees and a building in the background. The entire image has a green tint.

Civil Society Organizations engaged in the fight against malaria



[Video CS4ME Member](#)





WELCOME



Olivia Ngou
CS4ME Secretariat



AGENDA

HOURS (GMT)	SPEAKERS
[08:45 – 09:00]	Interlude I:Voices from Communities and Civil Society - Part I
[09:00 – 09:05]	Host Olivia Ngou: Welcome and Introduction
[09:05 – 09:10]	Tumainiel Mangui: Opening Remarks
[09:10 – 09:20]	Dr. Peter Olumese: The global malaria situation with an accent on Africa and South Asia and key elements of the new WHO malaria strategy
[09:20 – 09:30]	Dr. Seynude Jean Fortune Dagnon: Importance of community engagement and quality data generation to accelerate malaria control in Africa
[09:30 – 09:40]	Dr. Antonio-Nkondjio Christophe: Engaging communities in the fight against malaria using larval control
[09:40 – 09:50]	Dr Lea Pare: Presentation of the "Target Malaria" project
[09:50 – 10:00]	Dr André Tchouatieu: Is it possible to eliminate malaria in Africa?
[10:00 – 10:10]	Dr Mary Hamel: Introduction of the malaria vaccine:What we need to know!

AGENDA



HOURS (GMT)	SPEAKERS
[10:10 – 10:20]	Pr Mbacham Wilfred: The urgency to contain drug resistant Malaria in Africa is now!
[10:20 – 10:30]	Open discussion
[10:30 – 10:40]	Magloire Kuetche: Ensuring the inclusion of the priority needs of vulnerable populations in strategic malaria plans in Africa and South Asia
[10:40 – 10:50]	Yannick Nkoumou: How to communicate well in the fight against malaria: What civil society needs to know!
[10:50 – 11:20]	Ségolène Moussala, Hamza Djibo, Nooliet Kabanyana, Sarah Nambudye, Sophie Dimiltis – How to ensure that the needs of vulnerable populations are at the center of malaria control interventions? (Panel I)
[11:20 – 11:30]	BREAK
[11:30 – 11:40]	Dr Corine Karema Speech
[11:40 – 11:50]	Alexandra Phaeton: Importance of community advocacy to ensure that the needs of vulnerable communities are addressed

AGENDA



HOURS (GMT)	SPEAKERS
[11:50 – 12:00]	Rachel Ong: Civil society-led advocacy for the Global Fund's 7th Replenishment Conference
[12:00 – 12:30]	Boubacar Sylla, Dr. Jean Claude Rakotomala, Dr. Rachel Ndaya, Joseph Wato, Ida Savadogo, Babacar Thiam - Civil society engaged in advocacy for the 7th replenishment conference of the Global Fund (Panel 2)
[12:30 – 12:45]	Leonora Mbithi, KRA KOUAMÉ Constantin, ZEKPA Apoté Tovinyéawu - Civil Society Advocacy for increased domestic funding in the fight against Malaria: Cases of Kenya, Ivory Coast and Togo
[12:45 – 13:00]	Open discussion
[13:00 – 13:10]	Onesmus Mlewa Kalama : Presentation of the tool: “Community Led Monitoring - a Technical guide for HIV, Tuberculosis and Malaria Programming”
[13:10 – 13:15]	Dr Shampa Nag – Conclusions Remarks

Purpose of the webinar



- To share the malaria global situation particularly in Africa and South Asia.
- To continue promoting community monitoring and engagement in the context of malaria control and elimination.
- To share best practices, tools, and first-hand experiences of community engagement with CSOs and other stakeholders.
- To collect feedbacks from CS4ME members and partners on how to ensure that the needs of vulnerable populations are at the center of malaria control interventions and Civil society-led advocacy for the Global Fund's 7th Replenishment Conference.





Housekeeping rules for the webinar today



Please note conditions to be participant / Conditions pour être participant :



It is important for each participant to be aware of the conditions of participation

Il est important que chaque participant prenne connaissance des conditions de participation:

- **Make sure you have a good internet connection.**

Assurez-vous d'avoir une bonne connexion internet.

- **Settle down in a quiet place during the webinar.**

Installez-vous dans un endroit calme pendant le webinaire.

- **Please when connecting, click on the channel to choose the language and mute the original audio to get the chosen language.**

Lors de la connexion, cliquez sur le canal pour choisir la langue et coupez le son original pour obtenir la langue choisie.

- **The webinar is recorded, by staying connected, you give us your consent to be recorded. /**

Le webinaire est enregistré, en restant connecté, vous nous donnez votre accord d'être enregistré.

- **As soon as you enter the webinar, confirm your presence by entering your name, organization name and country in the chat box.**

Dès que vous entrez dans le webinaire, confirmez votre présence en saisissant votre nom, le nom de votre organisation et votre pays dans le champ de discussion.

Please note conditions to be participant / Conditions pour être participant :



- Please respect the speakers and panelist time, by being attentive during the webinar.

Veillez respecter le temps des intervenants et des panélistes, en étant attentif pendant le webinaire.

- Please be respectful of everyone opinion and differences.

Veillez respecter les opinions et les différences de chacun.

- During the webinar, kindly write your questions at any point in the Q&A box and please specify to whom each question is addressed to.

Pendant le webinaire, écrivez vos questions à tout moment dans la boîte de questions-réponses et précisez à qui s'adresse chaque question.

- All questions will be answered by the speakers and panelists.

Toutes les questions seront répondues par les orateurs et les panélistes.

- Please, each speaker should speak slowly for the interpreters to translate.

S'il vous plaît, chaque orateur doit parler lentement pour que les interprètes puissent traduire.

We look forward to have a productive session!

Nous nous réjouissons d'avoir une session productive !



A group of African children, mostly young girls, are smiling and looking towards the camera. The image is overlaid with a semi-transparent green filter. In the bottom right corner, there is a blue and green abstract graphic element.

Introduction

Opening Remarks

By **Tumainiel Mangui**

Executive Director

Child Watch, Tanzania

CS4ME Steering Committee Member





Part1 : Global Malaria situation & strategies



The global malaria situation with an accent on Africa and South Asia and key elements of the new WHO malaria strategy



The global malaria situation with an accent on Africa and South Asia and key elements of the new WHO malaria strategy

By **Dr. Peter Olumese**

Medical Officer (Treatment Guidelines and Policies)

**Global Malaria Programme,
WHO, Geneva**



The global malaria situation with an accent on Africa and South Asia



[Video of Dr Peter Olumese](#)





Advancing the fight – Ensuring Malaria interventions are communities centered

Global Malaria Updates





Dr. Peter OLUMESE,
Medical Officer
Global Malaria Programme
WHO, Geneva, Switzerland

- **The Global Malaria Picture**
 - 85 countries and territories
 - Half world at risk (3.2 billion)
- **highly concentrated in sub-Saharan Africa**
 - Globally, there were an estimated 241 million cases of malaria \approx 95% in Africa; SEA \approx 2%
 - Globally, 627 000 deaths - 96% in Africa,
 - malaria was the 4th highest cause of death among children in Africa (10% of child death in sub-Saharan Africa), - claiming the life of 1 child every 2 minutes.

Global Technical Strategy (2015): Vision, goals, milestones and targets (2016-2030)

Vision: A world free of malaria			
Goals	Milestones		Targets
	2020	2025	2030
1. Reduce malaria mortality rates globally compared with 2015	≥40%	≥75%	≥90%
2. Reduce malaria case incidence globally compared with 2015	≥40%	≥75%	≥90%
3. Eliminate malaria from countries in which malaria was transmitted in 2015	At least 10 countries	At least 20 countries	At least 35 countries
4. Prevent re-establishment of malaria in all countries that are malaria-free	Re-establishment prevented	Re-establishment prevented	Re-establishment prevented

GTS: -Progress towards first milestone point (2020)

Goals	Milestones		Targets
	2020	2025	2030
1. Reduce malaria mortality rates globally compared with 2015	At least 40% 	At least 75%	At least 90%
2. Reduce malaria case incidence globally compared with 2015	At least 40% 	At least 75%	At least 90%
3. Eliminate malaria from countries in which malaria was transmitted in 2015	At least 10 countries 	At least 20 countries	At least 35 countries
4. Prevent re-establishment of malaria in all countries that are malaria free	Re-establishment prevented 	Re-establishment prevented	Re-establishment prevented

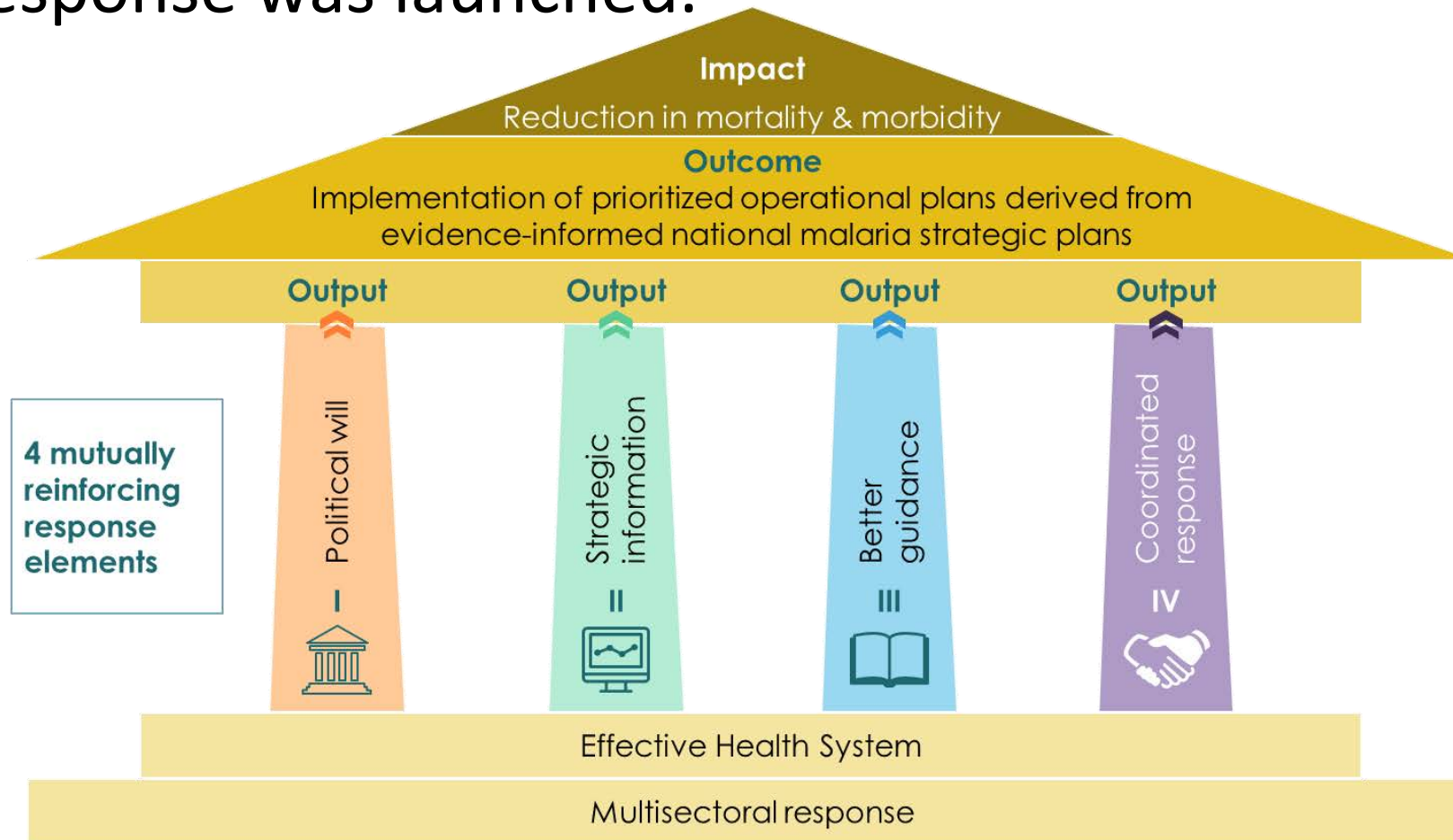
Global Technical Strategy for malaria 2016-2030

- Mortality reduction
 - 18% reduction achieved, **but 22% off track**
- Malaria cases
 - 3% reduction achieved, **but 37% off track**

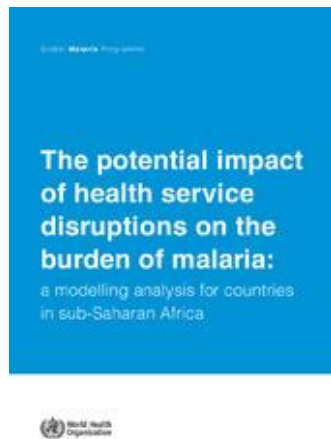
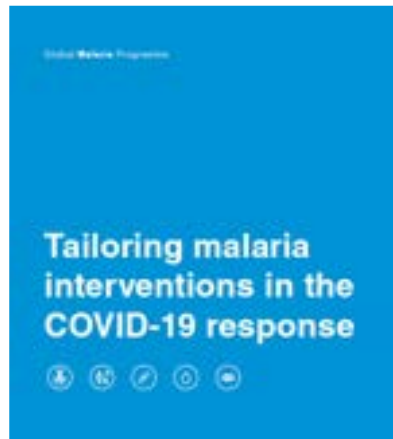
Off track to meet global targets

To get back on track, in 2018,

High Burden to High Impact: a targeted malaria response was launched.



- The rapid emergence and spread of COVID 19 across the world created massive global disruptions that are impacting people's lives and well being.
- While taking measures to mitigate COVID, it was essential that other killer diseases, such as malaria, were not ignored.



Updated Global Technical Strategy for Malaria (2021): Principles



GLOBAL TECHNICAL
STRATEGY FOR
MALARIA 2016–2030



- **Country ownership and leadership, with involvement and participation of communities, are essential to accelerating progress through a multisectoral approach**
- All countries can accelerate efforts towards elimination through combinations of interventions tailored to local contexts
- Improve impact using data to stratify and tailor malaria interventions to the local context
- Equity in access to quality health services, especially for the populations experiencing disadvantage, discrimination and exclusion, is essential.
- Innovation in interventions will enable countries to maximize their progression along the path to elimination.
- A resilient health system underpins the overall success of the malaria response

World Malaria Day 2022

- “ADVANCE EQUITY. BUILD RESILIENCE. END MALARIA.”
- WHO will be marking World Malaria Day 2022 under the theme “Harness innovation to reduce the malaria disease burden and save lives.”
 - No single tool or strategy that is available today will solve the problem of malaria. WHO is calling for investments and innovation that bring new vector control approaches, diagnostics, antimalarial medicines and other tools to speed the pace of progress against malaria.

WMD: WHO Key Messages

- Step up innovation
 - New tools; re-tooling existing tools; implementation strategies; and engagement strategies (including community engagement)
- Expand access to the tools we have now
- Expand uptake and access to new tools (e.g. malaria vaccine)
- Strengthen country ownership
 - Government stewardship of malaria responses is essential, together with the engagement and participation of affected communities.
- Ensure resilient and equitable health systems
- Tailor responses to the local setting
- Improve surveillance systems

Conclusions and Way Forward

- Consider malaria as societal problem of development, not as a medical issue alone; a socioeconomic and development challenge needing a broadening of definitions, framework arrangements and partnerships
- Endemic countries must lead the malaria response in partnership with in-country stakeholders
- Empower health workers at all levels through readiness and training, including paying community health workers and enhancing supervision
- Pay greater attention to innovation and problem-solving for malaria elimination and support endemic countries in entrepreneurship, research and development, and manufacturing
- Enhance domestic resource mobilization for malaria control and leveraging resources from related sectors (mining , agriculture, urban development, etc.)
- Enhance domestic research capacities and commodity value chains
- Recognize the importance and opportunity for African leadership, from the highest political level to those communities most affected



www.worldvision.com



<http://online.wsj.com>



<http://keystoneschool.com>



www.alternet.org



<http://thewatchers.adorraeli.com>



www.guardian.co.uk

1. SURVIVE

End preventable deaths



2. THRIVE

Realize the highest attainable standard of health



3. TRANSFORM

Achieve transformative and sustainable change

Keep our eye on the prize: a world free of malaria



Thank you

Importance of community engagement and quality data generation to accelerate malaria control in Africa

By **Dr. Seynude Jean Fortune Dagnon**

Senior Malaria Program Officer West and Central Africa

Bill and Melinda Gates Foundation

Nigeria

BILL & MELINDA
GATES foundation





Importance of community engagement and quality data generation to accelerate malaria control in Africa



[Video of Dr Seynude Jean Fortune Dagnon](#)



"Importance de l'engagement communautaire et de la production des données de qualité pour accélérer la lutte contre le paludisme en Afrique".

4/21/2022

Seynude Jean –Fortune Dagnon, MD, MPH

Senior Program officer Malaria Western and Central Africa

Strategic Partnership And Country Engagement (SPACE), based in Abuja



2 POINTS DE DISCUSSION ESSENTIELS

1-Importance de l'engagement
Communautaire

2-Importance des données

Disclaimer: Présentation pas du tout technique



ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

- L`engagement communautaire est l`implication et la participation à une organisation dans l`intention de contribuer au bien-être de la communauté.
- Par exemple, les actions bénévoles, qui impliquent de donner du temps personnel à des projets dans des ONG humanitaires ou des groupes religieux etc.. sont partie prenante de l`engagement communautaire.

Source :

https://fr.wikipedia.org/wiki/Engagement_communautaire



ACTEURS DE L'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE POUR LE PALUDISME



Organisations de la société civile

Secteur privé

Organisations religieuses, militantes, communautaires, de jeunes, groupement de femmes

La communauté elle-même (relais communautaires, hommes, femmes, enfants, chefs de ménage, chef de village, et de quartiers et autres)

Tout membre de la communauté est important car capable d'apporter une contribution pertinente à la lutte contre le paludisme !!!!



POURQUOI DONC IMPLIQUER LA COMMUNAUTÉ?

- Un projet sans l'inclusion des bénéficiaires est voué à l'échec
- Un grand nombre des outils actuellement utilisés dans la lutte contre le paludisme dépendent de l'acceptation et de la participation active des communautés et de leur appropriation des interventions pour obtenir des résultats durables.
(Exemple des campagnes paludisme : PID, CPS et MIILD)
- Décision au sein des ménages influence la recherche rapide des soins et le succès des interventions (impliquer par exemple le chef de ménage)





POURQUOI DONC IMPLIQUER LA COMMUNAUTÉ?



- Les OSC : porte-voix des populations et doivent porter le plaidoyer pour l'implication plus active des communautés et la mobilisation des ressources domestiques venant des états souverains
- Le secteur privé doit être plus valorisé :
 - capable de contribuer avec des ressources domestiques en complément des bailleurs
 - grand pourvoyeur de soins et d'intrants, doit être plus consulté lors du processus de prise de décisions des interventions





BMGF ET ENGAGEMENT COMMUNAUTAI RE

- **“Tout le monde a le droit à une vie saine” et “toutes les vies sont égales ”**
- Les communautés doivent être le premier centre d’intérêt de la lutte car étant les premiers concernés.
- Les membres de la communauté savent ce qu'ils veulent et ce dont ils ont besoin et nous avons le devoir de les écouter.
- Nous ne pouvons réussir nos approches de prévention sans l'entière adhésion de la communauté.
- Les communautés et la société civile jouent un rôle clé dans la demande d'accès à des soins de qualité.
- D'où l'obligation d'engager nos communautés de façon plus active dans la lutte contre le paludisme.

POURQUOI COLLECTER DES DONNÉES DU PALUDISME ?

Pour savoir ce qui se
passe sur le terrain

Pour estimer des besoins
en intrants (MIILDs, CTA,
SP, SPAQ, TDR...)

Pour savoir si nous
interventions marchent
ou pas (nombre de cas
de paludisme ou de
décès à la baisse ou à
la hausse?)

Pour réajuster les
stratégies (CPS pour les
5-9 ans??)

En bref pour prendre
des décisions

**Mauvaises données =
mauvaises décisions**



BMGF ET DONNEES DU PALUDISME

- Sur les voies de l'élimination du paludisme, nous devons nous assurer que nous réduisons rapidement le lourd fardeau inacceptable du paludisme.
- Alors que les progrès sont au point mort et que les financements n'augmentent pas, nous devons maximiser l'impact avec les ressources disponibles.
- Pour ce faire, les pays et programmes ont besoin de bonnes données pour définir leurs stratégies et guider la mise en œuvre, car ils sont appelés à faire de plus en plus, des choix stratégiques et à rationaliser les ressources disponibles.





BMGF ET DONNEES DU PALUDISME



- Les données couvrent plusieurs aspects de la lutte en commençant par diagnostic de paludisme.
 - Cela nécessite un système de santé
 - qui teste tous les cas suspects (quel que soit le canal : public, privé, communautaire) et
 - qui dispose de bons systèmes de données en place pour une notification rapide.
 - D'énormes progrès ont été réalisés dans de nombreux endroits pour intensifier l'utilisation des TDR et des CTA et aussi dans l'utilisation de DHIS2.
- Mais Il faut faire plus :**
- Respecter le résultat d'un test (qualité des données !)
 - Créer de systèmes numériques interopérables autour du DHIS2 pour des analyses croisées plus faciles et plus utiles
 - Améliorer les capacités des pays d'analyser les données pour donner aux décideurs les moyens de prendre des décisions afin de relever les défis du paludisme.



POUR CONCLURE

- Sans l'engagement communautaire = pas de succès pour les interventions de lutte contre le paludisme
- Sans les données de bonne qualité = pas d'espoir de prendre des décisions pertinentes pour vaincre le paludisme





MERCI DE VOTRE AIMABLE ATTENTION

Seynude Jean-Fortune DAGNON, MD, MPH

Malaria Senior Program Officer, covering West and Central Africa, based in Abuja Nigeria

V +234.908.804.3356

Email: jeanfortune.dagnon@gatesfoundation.org

Bill & Melinda Gates Foundation

www.gatesfoundation.org



Engaging communities in the fight against malaria using larval control

By **Dr. Antonio-Nkondjio Christophe**

Researcher / **OCEAC**

President / **PAMCA**

Cameroon



Engaging communities in the fight against malaria using larval control



[Video of Dr Antonio-Nkondjio Christophe](#)





Engaging communities in the fight against malaria using larval control

By
Antonio-Nkondjio Christophe
Ph.D/HDR

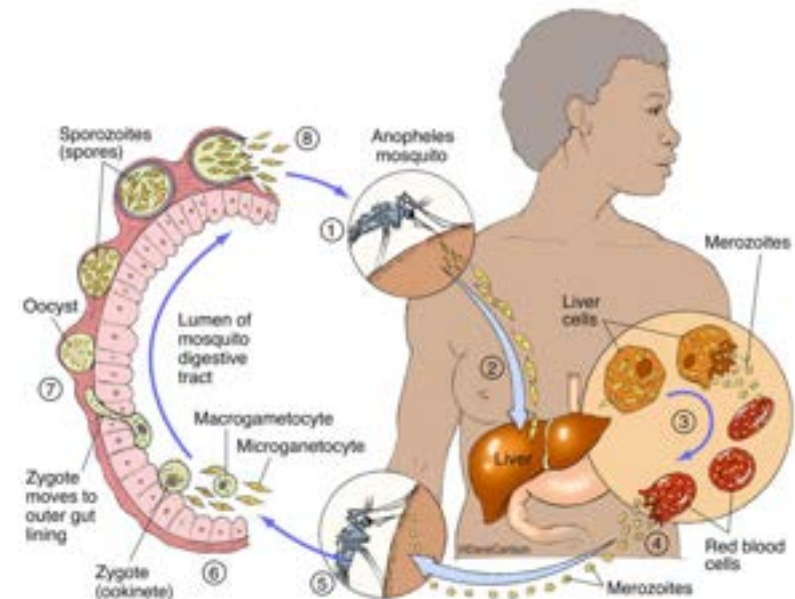


Malaria situation

- Malaria affects yearly 212 million people worldwide (>90% in Africa)
- Death cases: > 400 000 deaths (>90% in Africa)
- Cost (lost) ~USD12 billion per year
- Lost of 1.3% growth of the GDP in Africa
- > 80% of the world population lives in areas at risk from at least one major vector-borne disease

No vector = no transmission

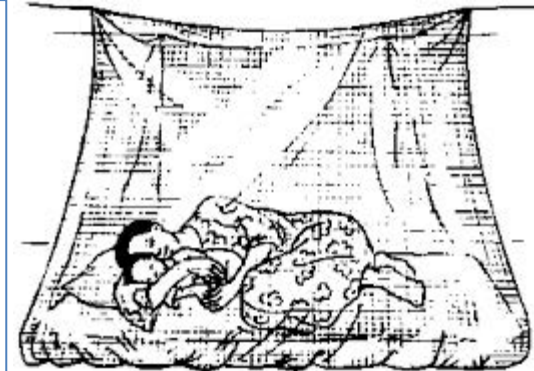
No parasite = no transmission



Main tools

Treated bed nets (LLINs)

- Used by 57% of the 3 billions people at risk of malaria
- Confer personal protection
- Community protection (coverage>40%)
- Cost effective and easy to scale-up

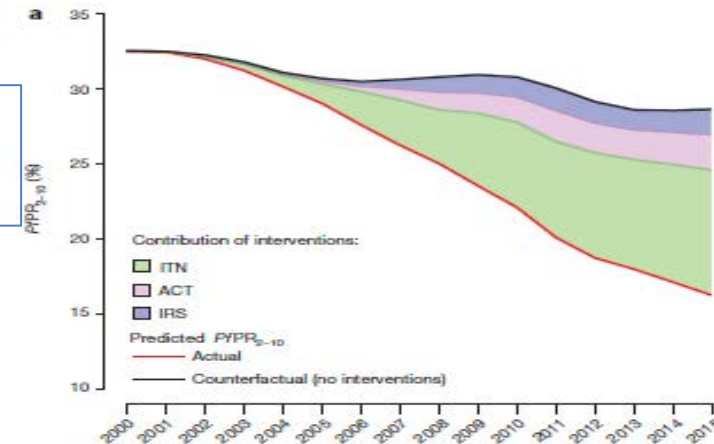


Indoor Residual Spraying

- 106 millions people protected by IRS
- Household protection
- Community protection (coverage>60%)
- Indicated during outbreaks

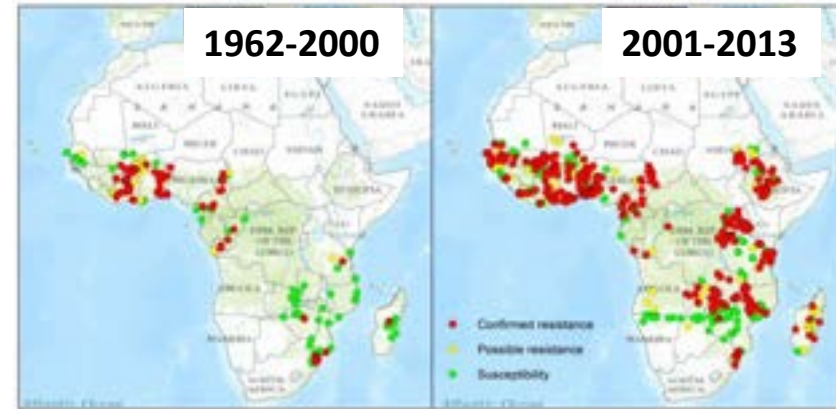


High contribution of LLINs and IRS to the decline of malaria burden across the world between 2010 and 2015



Challenges for vector control

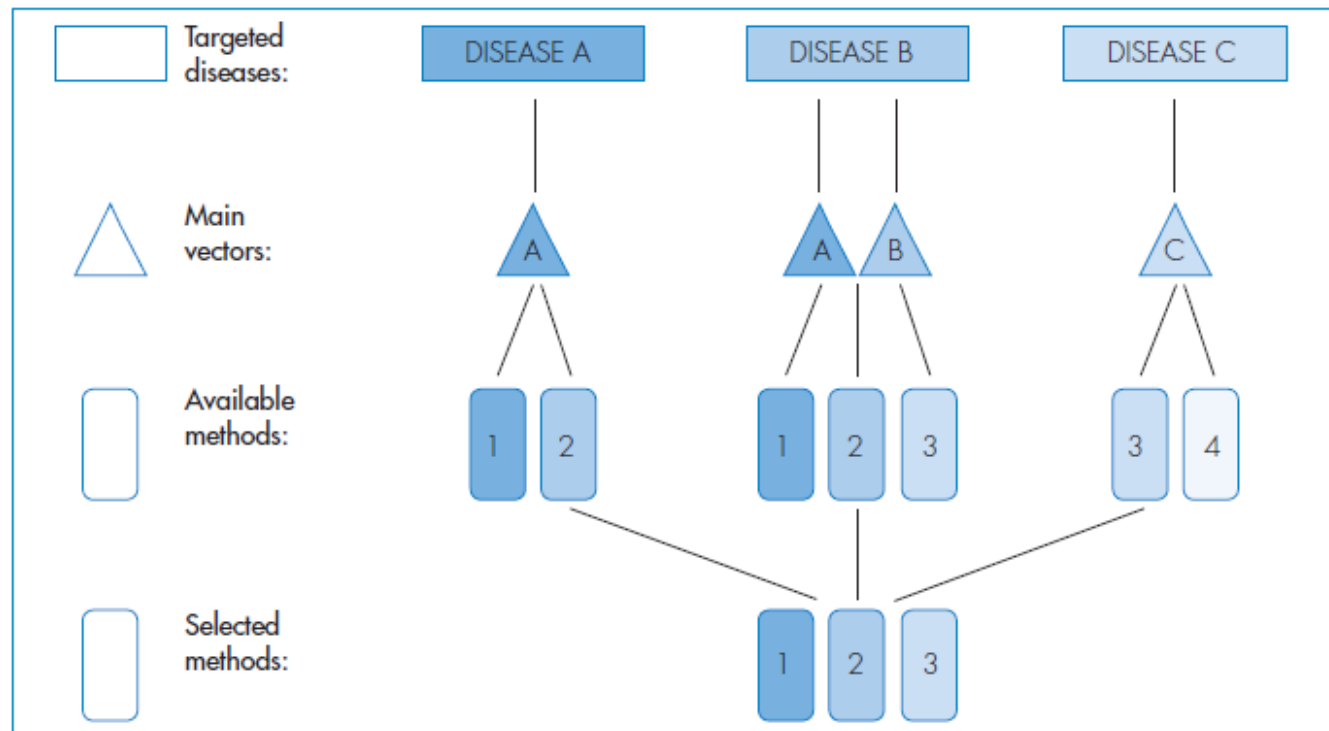
- **Limited number of insecticides**
 - LLINs (Pyrethrinoids)
 - IRS (pyrethrinoids, organophosphates, carbamates)
- **Insecticide resistance**
 - selection of resistance genes, mutations...
- **Change in vector behaviour**
 - Biting: Indoor to outdoor
 - Resting: endophilic to exophilic
 - Biting cycle : early in the evening or early morning
- **Non use of LLINs by the population**
- **Expansion of malaria in urban settings**



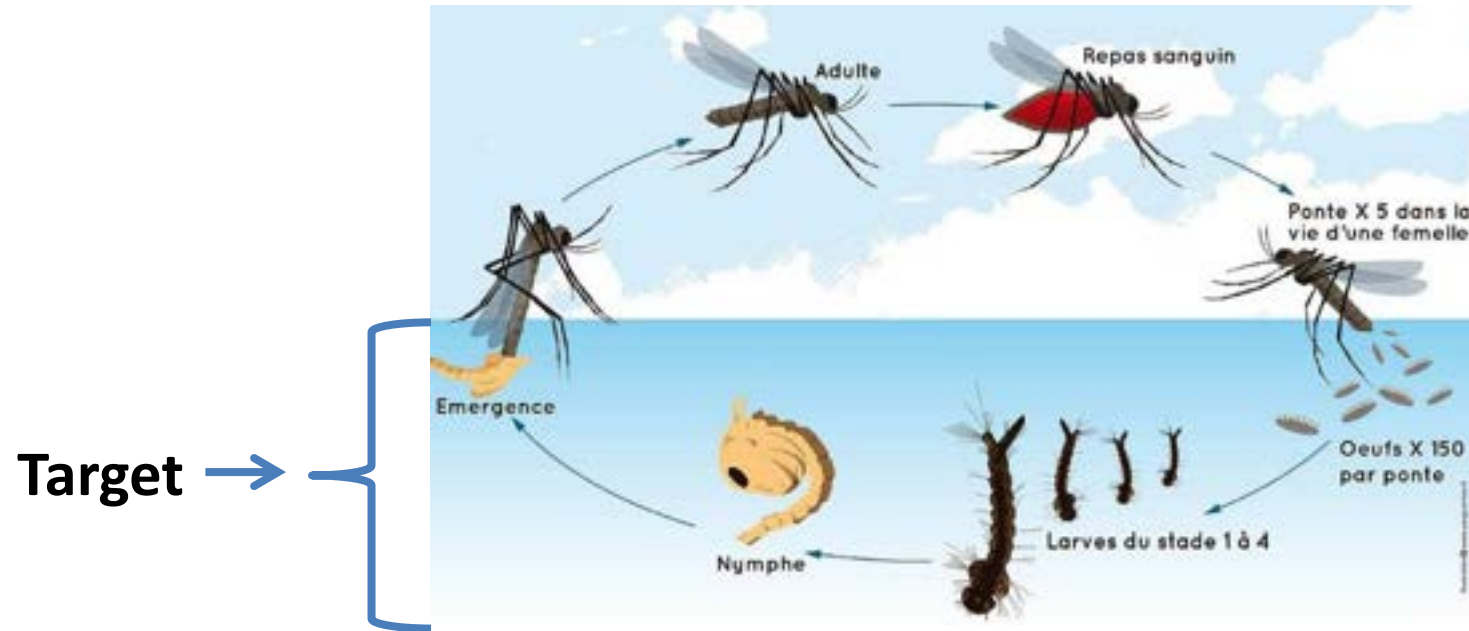
Integrated control approach

Integrated vector management

Promote the use of a range of interventions - alone or in combination –selected on the basis of local knowledge about the vectors disease and disease determinants



Larval control



Intervention that is delivered at the community level and impact malaria at individual and community level

❖ Advantages

- Controlling outdoor malaria transmission
- Control several mosquito species and several diseases
- Managing insecticide resistance

Previous successful larval control programmes

Egypt *An. arabiensis* invasion 1941 to 1946 (Shousha, 1948)

- About 800 000 affected (out of 3 million inhabitants) >10 000 deaths
- Antilarval control measure (using Paris green and Malarial oils)
- Reduction of malaria cases 766 000 in 1944 to 2300 in 1946
- Reduction of deaths from 6300 in 1942 to 6 in 1946
- Total elimination of *An. arabiensis* from the area in 1946

Zambia Gold mining area 1929 to 1950 (Utzinger et al., 2001)

Reduction by 97% of annual malaria incidence from 514/1000 in 1929 to 16/1000 in 1950

Nigeria 1942 to 1943 (Fillinger and Lindsay, 2011)

Reduction by 77% of malaria incidence from 130/1000/year in 1942 to 30/1000/year in 1943

Kenya highlands 2006 to 2009 (Fillinger et al., 2009)

- Reduction of vector biting densities by 85.9% and transmission rate by 73.1%
- Reduction of malaria incidence by 56%

WHO recommendation on larval control

Because of insufficient evidences WHO recommends the use of larviciding in:

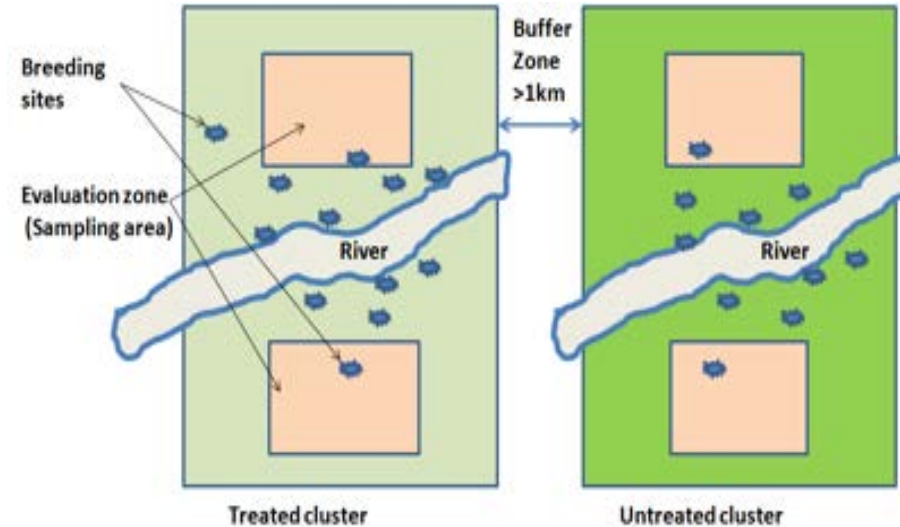
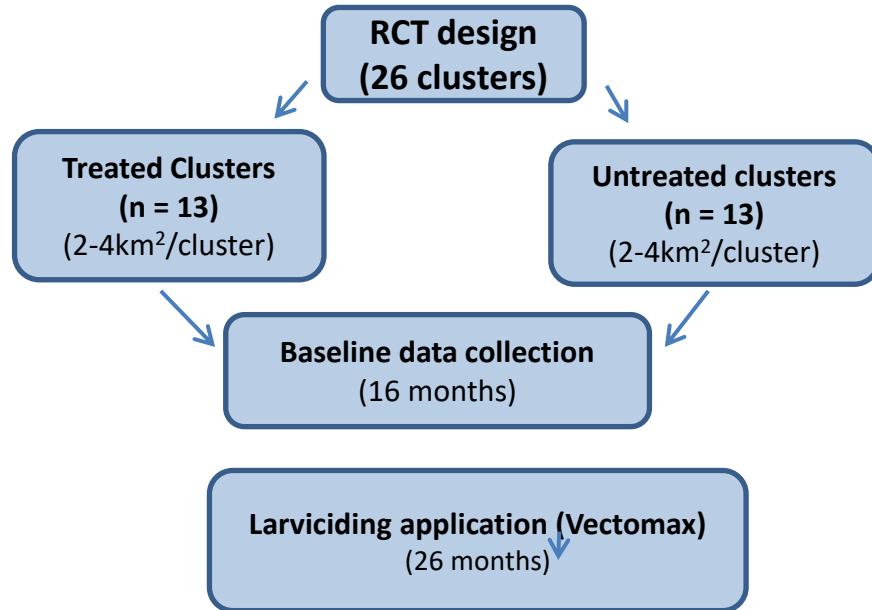
- Places where breeding sites are **few, fix and findable**
- Places with low or moderate malaria transmission rate
- Places experiencing high insecticide resistance

Yaoundé city characteristics

- The city is characterise by an alternation of low and highland areas
- >90% of breeding habitats in lowlands close to river systems
- >70% of the population own and use bednets regularly
- Transmission is low to moderate
- High prevalence of insecticide resistance
- High population density (over 3 millions) makes larviciding cost-effective

Yaoundé a suitable place for practicing larviciding

Study Design



Primary outcome : mosquitoes mean biting rate
Secondary outcomes: EIR, infection rate, insecticide resistance prevalence

Aim1:
Sites characterisation

- Outcomes to assess:**
1. Prevalence of positive breeding sites
 2. Presence of malaria & other vectors
 3. Distribution of breeding habitats

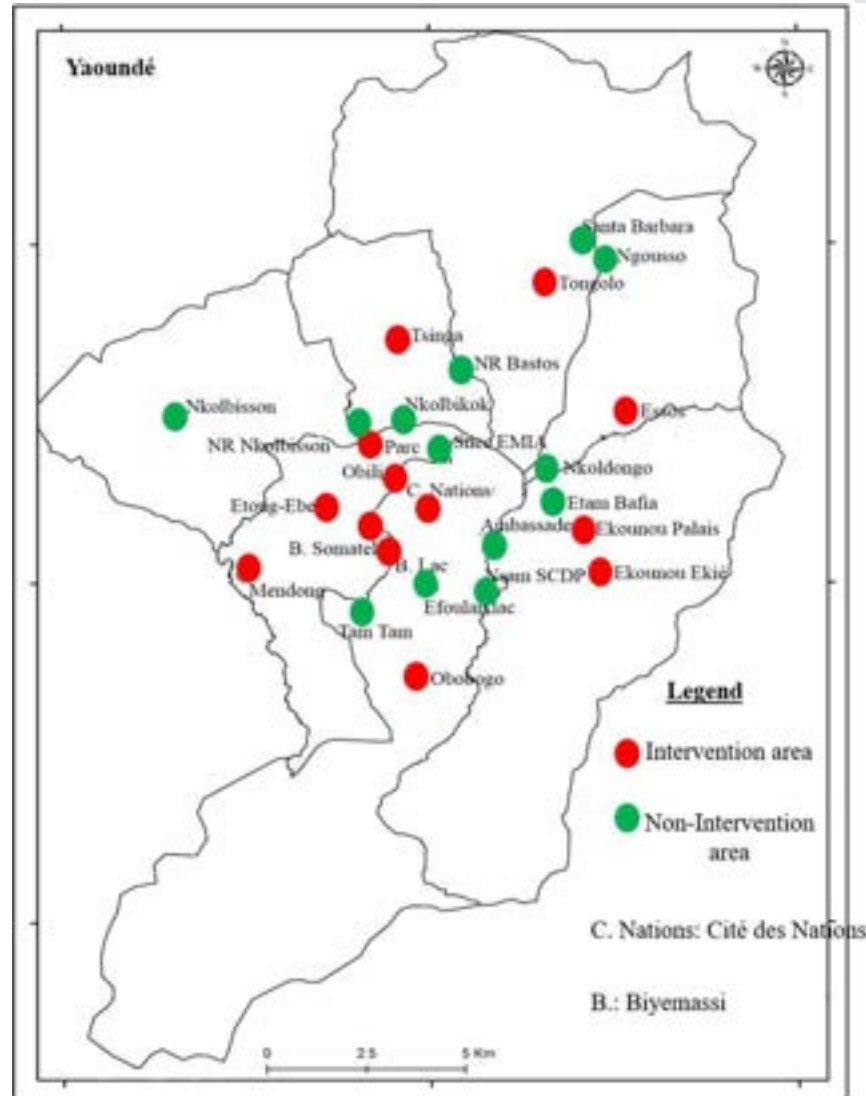
Aim2: Impact on malaria transmission

- Outcomes to assess :**
1. Prevalence of positive breeding sites
 2. Biting rate, infection rate
 3. EIR Intensity

Aim3: Impact on pyrethroid resistance

- Outcomes to assess :**
1. Susceptibility levels
 2. Prevalence of resistance alleles
 3. Profile of genes overexpressed

Study site



Map of Yaoundé showing study sites



Pairs	Intervention sites	Non-intervention sites
1	Biyem-assi Somatel	Tam tam
2	Etoug ebe	Santa Barbara
3	Tsinga	Ngouso
4	Ngoa Ekellé	Nkolbikok
5	Obili	Etam-bafia
6	Biyem-assi lac	Efoulan lac
7	Essos	Nkolndongo
8	Obobogo	Melen (Snec Emia)
9	Mvog betsi	NR Bastos
10	Ekounou palais	Nsam
11	Tongolo	Mvolyé
12	Ekounou Ekié	NR Nkolbisson
13	Mendong	Nkolbisson

The larvicide



Vectomax G
in granular form



Composition:

-*Bacillus thuringiensis var israelensis* (Bti)
et *Bacillus sphaericus* (Bs)

Hand application

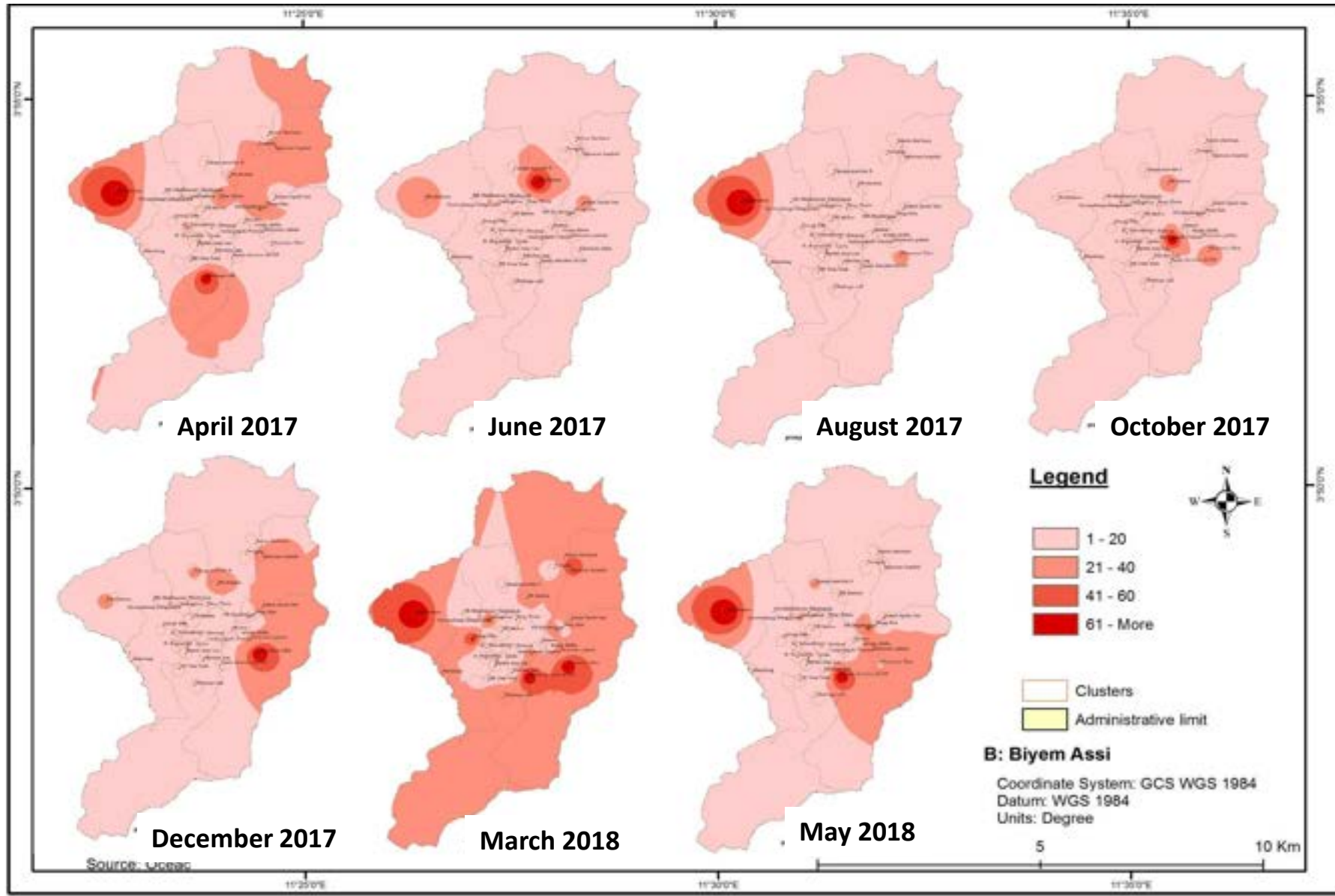
of larvicide to water bodies (500-1500 mg/m²) every 14 days



- toxic for *Culex*, *Aedes*
and *Anopheles* larvae

-harmless to non-target
organisms and human

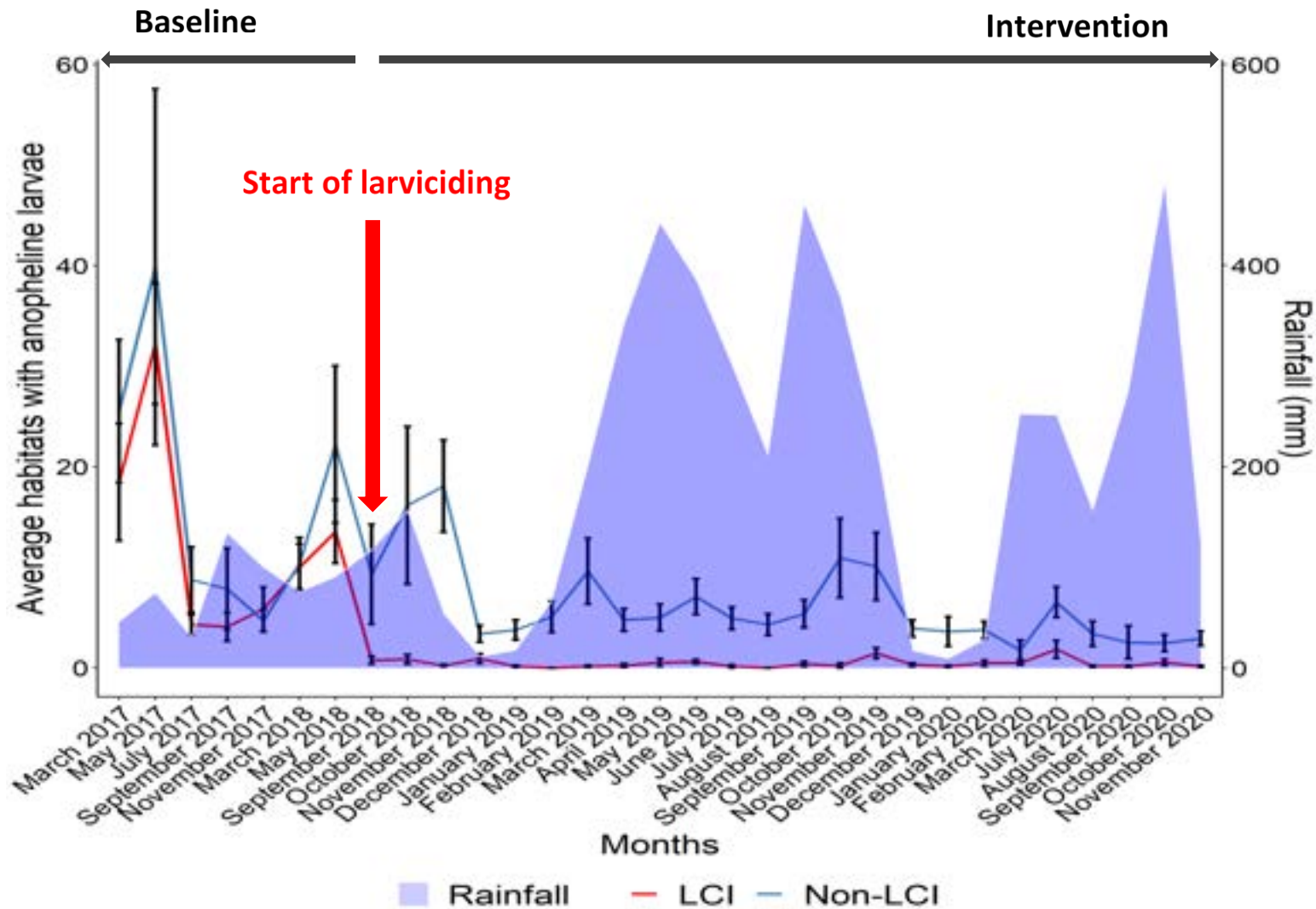
Mapping of breeding sites with anopheline larvae distribution



Impact of larviciding on mosquito distribution

	Baseline		Intervention		Percent reduction*
	Non-intervention area	Intervention area	Non-intervention area	Intervention area	
Total breeding sites	8,313	8,633	25,729	137,120	
Habitats with anopheline Larvae	1551 (18.66%)	1150 (13.32%)	1934 (7.52%)	1102 (0.80%)	85.46%
(L3, L4) anopheline larvae	1096 (70.66%)	772 (67.13%)	1155 (59.72%)	168 (15.24%)	73.13%
Habitats with culicine larvae	1528 (18.38%)	1773 (20.54%)	2523 (9.80%)	5538 (4.03%)	69.24%

Impact on monthly distribution of anopheline larvae

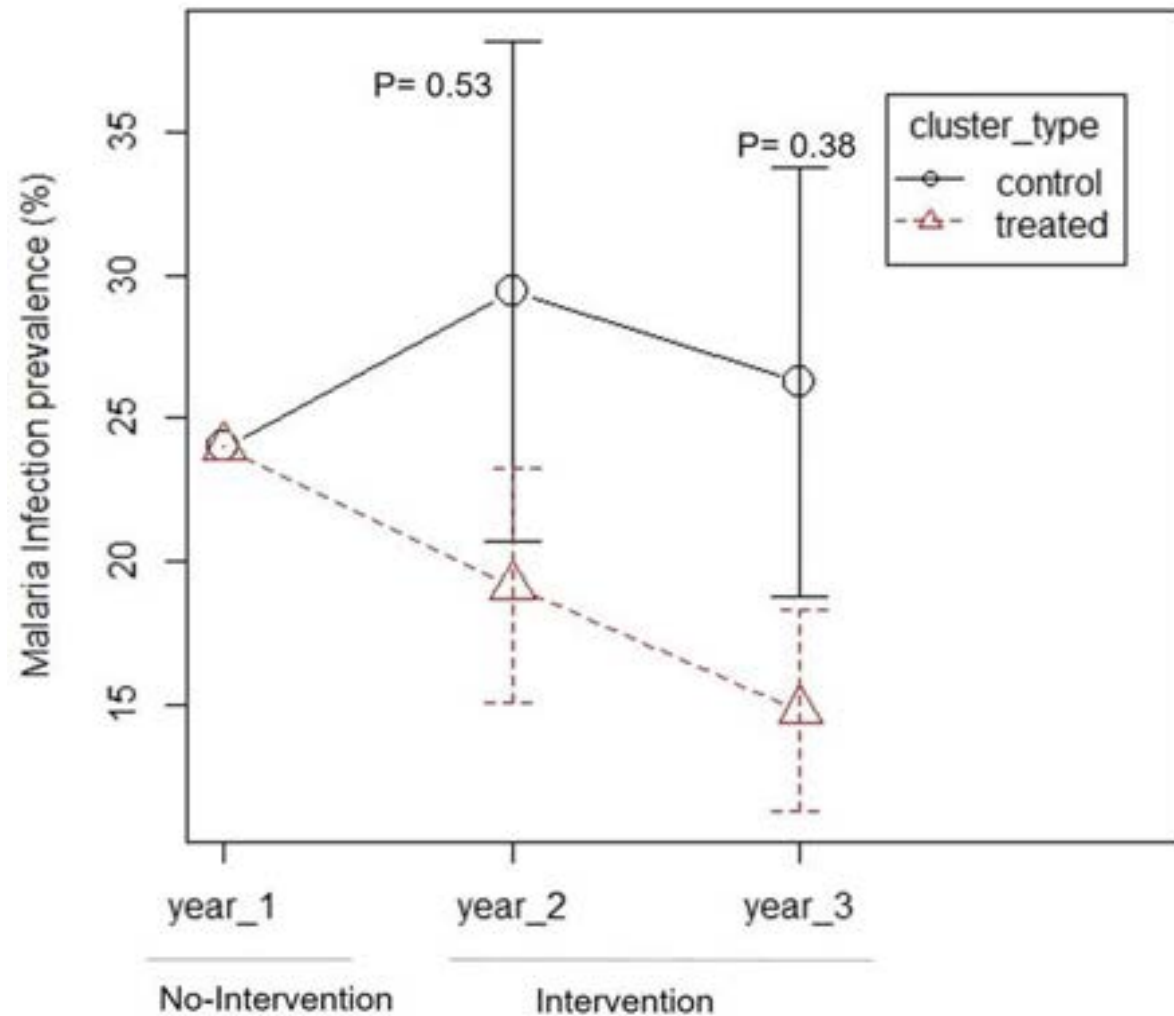


Impact on adult mosquito distribution

Parameters	Baseline		Intervention		Percent reduction*
	Non-LCI	LCI	Non-LCI	LCI	
Anopheles/CDC-trap	0.42	0.47	0.23	0.082	68.14
• Indoor	0.62	0.67	0.35	0.12	68.27
• Outdoor	0.12	0.12	0.071	0.03	57.74
Culicine/CDC-trap	15.67	17.20	10.89	7.58	36.59
• Indoor	20.82	22.04	15.7	10.76	35.26
• Outdoor	7.91	8.40	4.33	2.65	42.37
Infection rate (%)	2.24	2.49	1.05	0.75	35.74
• Indoor	2.45	2.52	1.10	0.65	42.55
• Outdoor	0.88	2.11	0.67	1.47	8.49
^aEIR	5.50	6.83	1.41	0.36	79.53
• Indoor	8.87	9.86	2.25	0.45	81.77
• Outdoor	0.62	1.48	0.28	0.26	61.34

Non-LCI : non intervention area ; LCI : intervention area

Impact on malaria parasite prevalence



Lessons learned that could benefit communities

Challenge 1: Larviciding should achieve high coverage rate

- All breeding habitats should be treated
- Difficulties in working in private settings



Challenge 2: Work load

- It requests a high number of personnel to carry activities



Lessons learned that could benefit communities

Challenge 3: Practice of agricultural activities

- Practice of agriculture could increase breeding habitats
- and insecticide resistance



Challenge 4: Not cleaning of the environment, or poor waistes management



Lessons learned that could benefit communities

Challenge 5: Type of larval control activities

- Habitat modification
- Habitats manipulation
- Cleaning of habitats surroundings



Challenge 6: Use of larval predators

- Use of predators larvivorous fishs (Gambusia ...) in permanent water collection
 - ❖ Elimination of standing water collection



ACKNOWLEDGEMENTS



Thank you



wellcometrust



The Target Malaria project

By **Dr. Lea Pare Toe**

Stakeholder Engagement Responsible / **Target Malaria project**

Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS)

Burkina Faso



The Target Malaria project



[Video of Dr Lea Pare Toe](#)



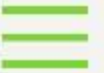
Is it possible to eliminate malaria in Africa?

By **Dr. André Tchouatieu**

Director of Access and Product Management

Medicines for Malaria Venture (MMV)

Switzerland



Is it possible to eliminate malaria in Africa?



[Video of Dr André Tchouatieu](#)



Introduction of the malaria vaccine: What we need to know!

By **Dr. Mary Hamel**

Senior Technical Officer / Team Leader - Malaria
Vaccine Implementation Programme

World Health Organization

Switzerland



Introduction of the malaria vaccine: What we need to know!



[Video of Dr Mary Hamel](#)



The urgency to contain drug resistant Malaria in Africa is now!

By **Pr. Mbacham Wilfred**

Professor of Public Health Biotechnology / **UYI**

President of the **Fobang Institutes**

Cameroon





The urgency to contain drug resistant Malaria in Africa is now!



[Video of Pr Mbacham Wilfred](#)





THE URGENCY TO CONTAIN DRUG RESISTANT MALARIA IN AFRICA IS NOW!

PROF WILFRED MBACHAM, MS, DS, SCD (HARVARD), FASI, FCAS, FAAS, FTWAS

COORDINATOR FOR GRADUATE PROGRAMS – UNIVERSITY OF YAOUNDE I

CHAIR, CENTRE FOR HEALTH IMPLEMENTATION & TRANSLATIONAL RESEARCH [CHITRES]

THE FOBANG INSTITUTES

WMD, 2022



PLAN OF TALK

1 - Introduction

2 – Africa still demonstrates regional high efficacies for Artemisinin-Combination Therapies

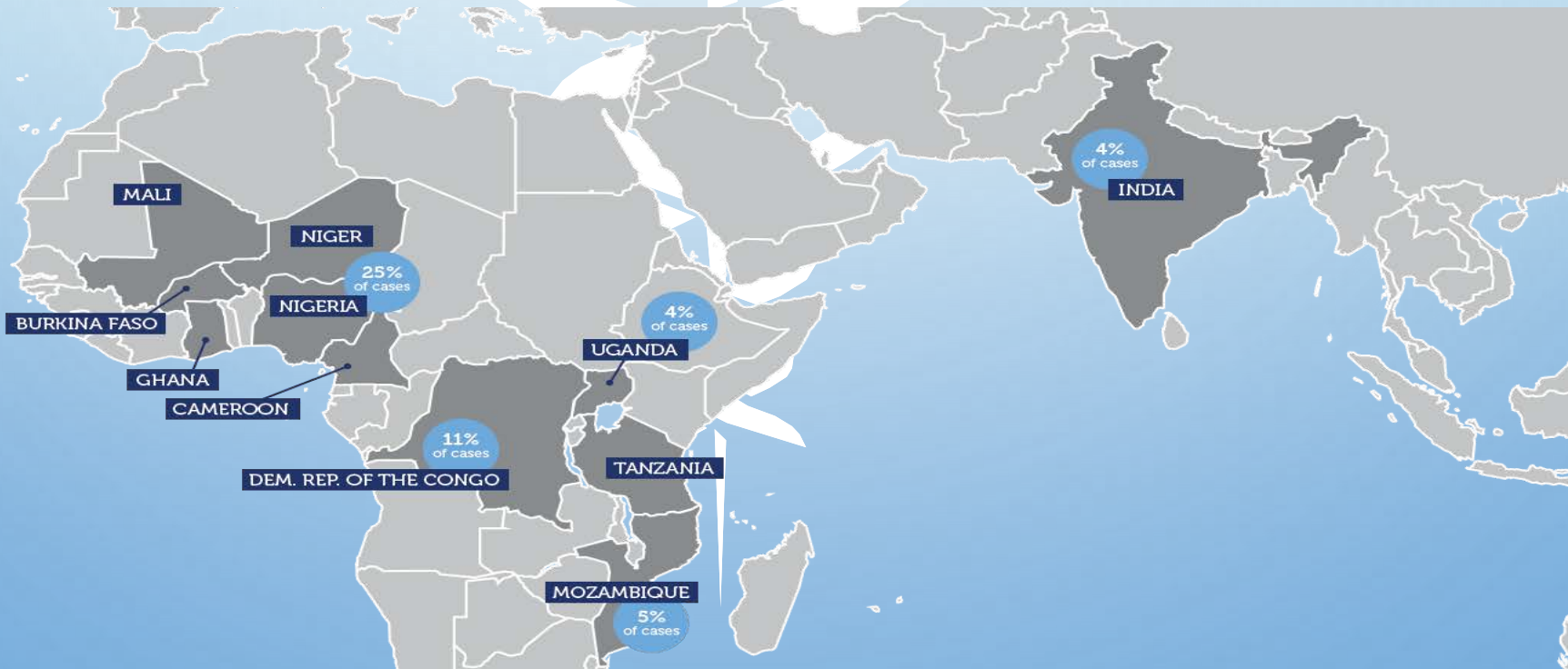
3 – ACTs drug resistance is emerging In Africa

4 – Knocking down malaria is possible by use of Seasonal Malaria Vaccination & Chemoprevention

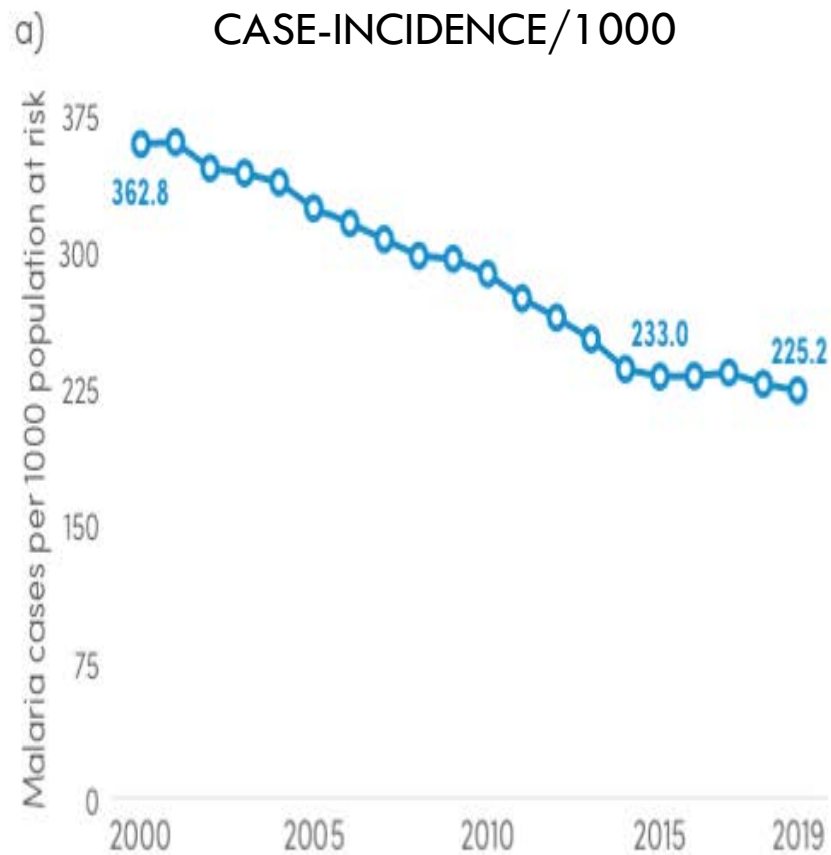


THE MOST AFFECTED COUNTRIES OF THE WORLD ACCOUNT FOR 80%

MALI, BURKINA FASO, NIGERIA, CAMEROUN, UGANDA, TANZANIE, MOZAMBIQUE, RDC, GHANA, NIGER + INDIA



CASE INCIDENCE AND MORTALITY RATES 2000 - 2019

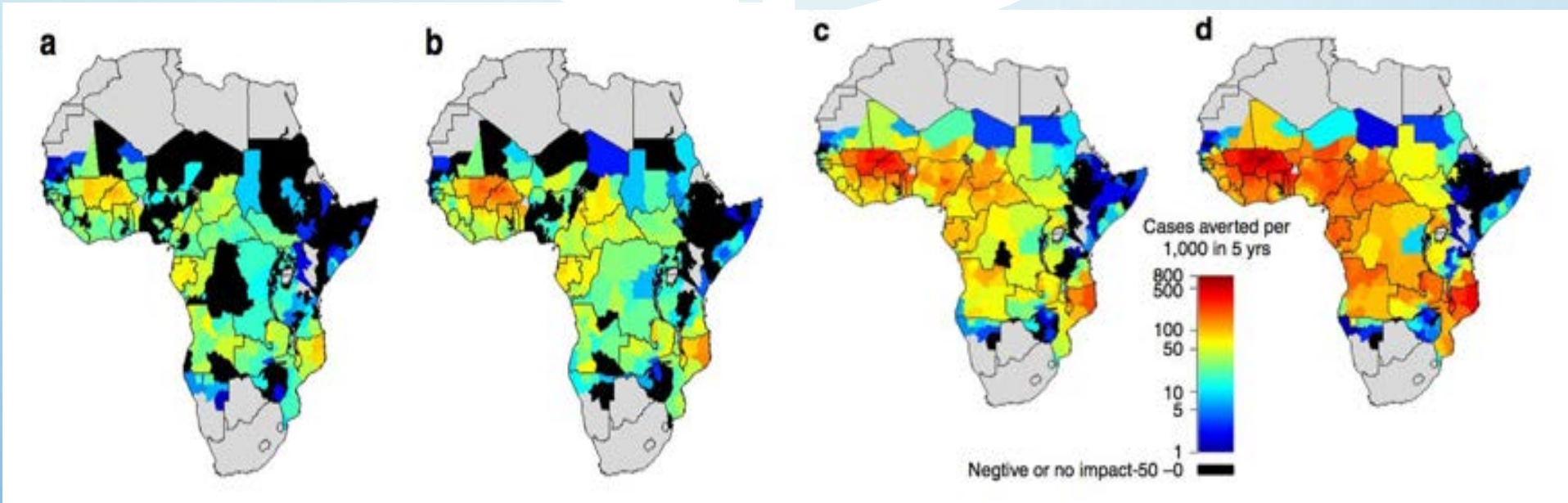


MALARIA ELIMINATION CERTIFICATION

- ❑ Globally 44 nations were near elimination in 2016.
 - ❑ the Americas (14), European (8), African (7), South-East Asia (6), Western Pacific (5) and Eastern Mediterranean (4).
- ❑ Between 2000 and 2016, only 18 countries worldwide reached zero indigenous cases for three years or more.
 - ❑ **Egypt**, United Arab Emirates, Oman, Kazakhstan, **Morocco**, Syrian Arab Republic, Armenia, Turkmenistan, Iraq, Georgia, Argentina, Paraguay, Azerbaijan, **Algeria**, Turkey, Kyrgyzstan, Sri Lanka and Uzbekistan)



CASES AVERTED / 1000 IN 5Y



ACTs
Public Sector

ACTs Rxn
Public & Private Sector

Anti-malarials

Treatment with 80% ACTS



**AFRICA STILL DEMONSTRATES REGIONAL HIGH
EFFICACIES FOR ARTEMISININ-COMBINATION
THERAPIES**

ASAQ & AL EFFICACY & MOLECULAR MARKER OF RESISTANCE

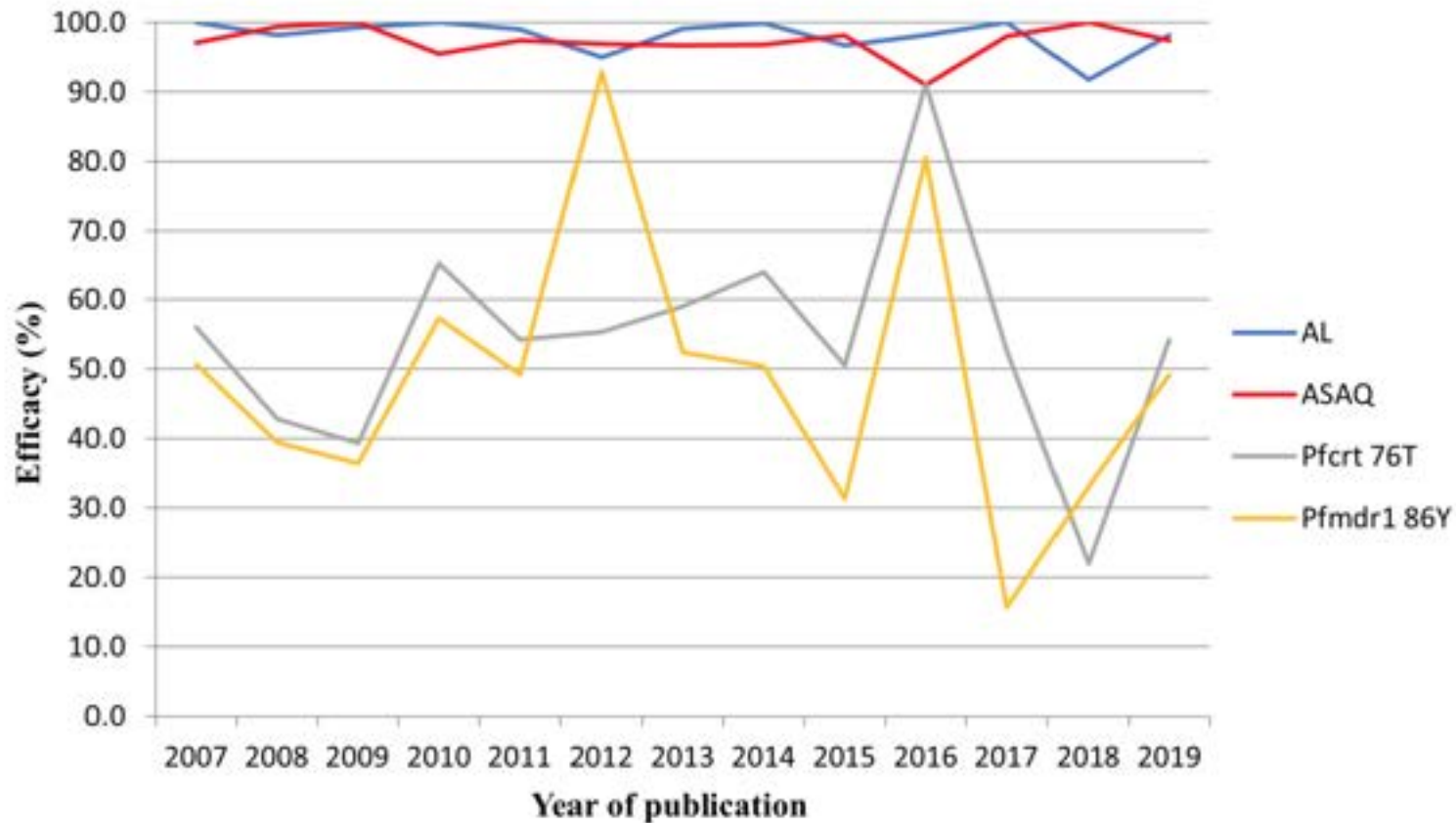
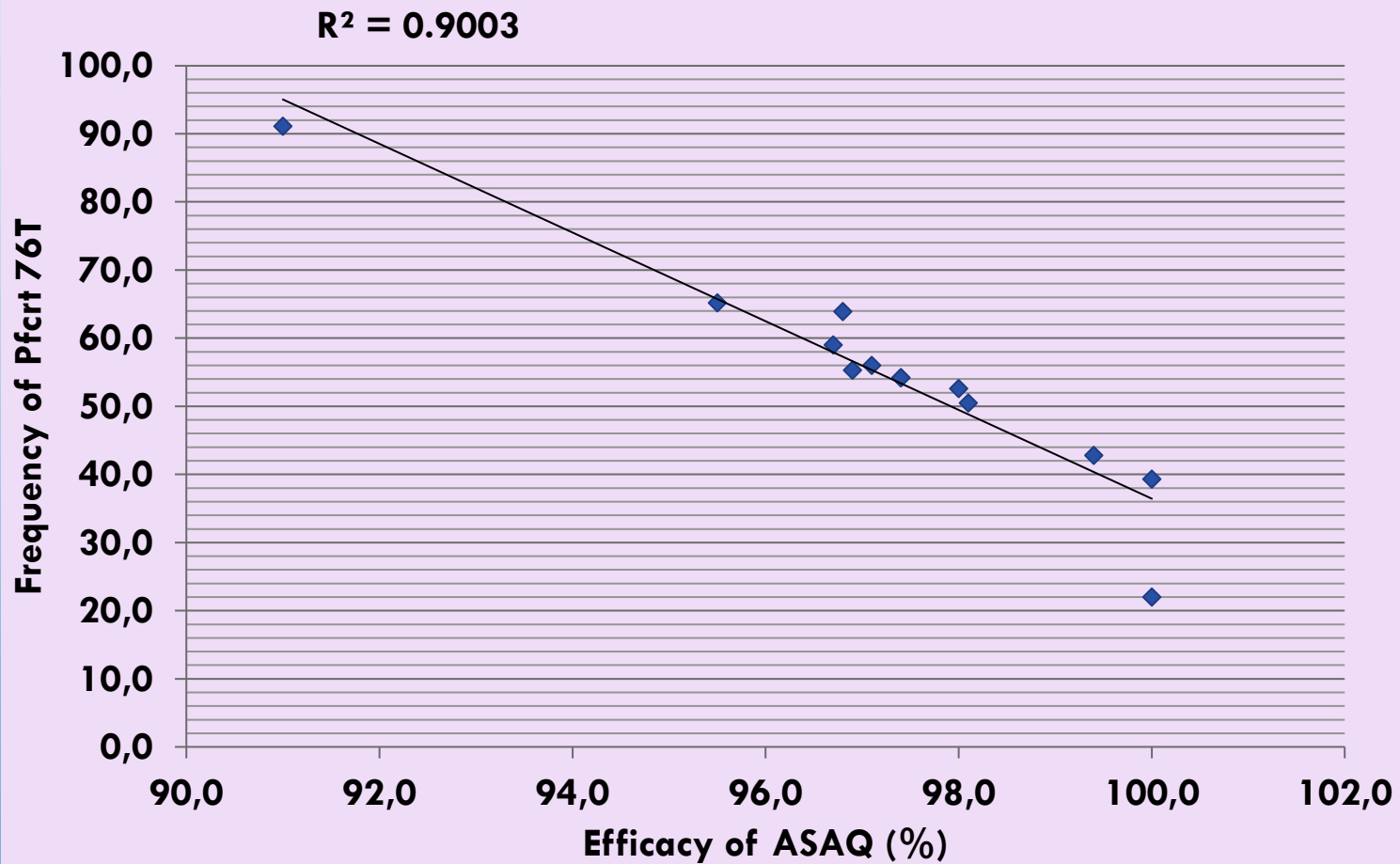
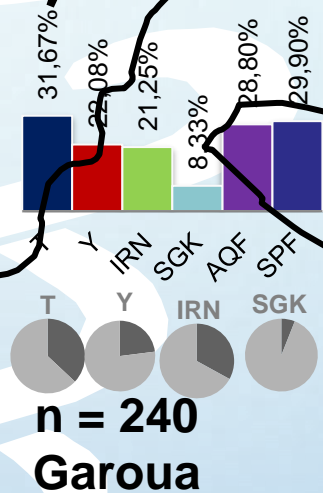
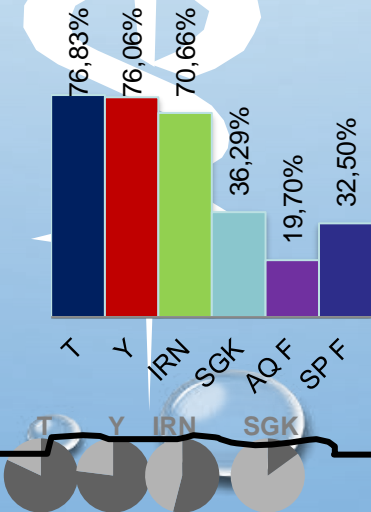
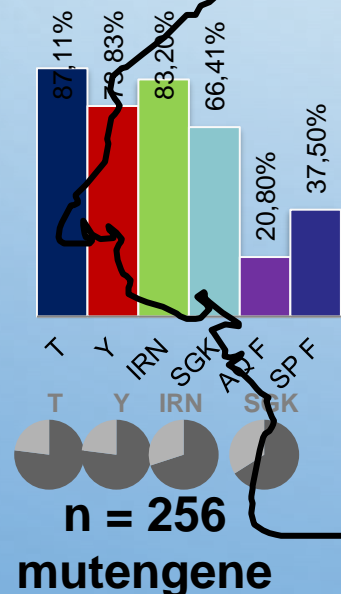


Fig. 5 Efficacy of AL/ASAQ and prevalence of *PfCRT* 76 T and *PfMDR1* 86Y mutant alleles from 2008 to 2019. AL, Artemether-lumefantrine, ASAQ, Artesunate-amodiaquine, *PfCRT*, *Plasmodium falciparum* chloroquine resistance transporter gene, *PfMDR1*, *Plasmodium falciparum* multidrug resistance 1 gene

COMMUNITY SENSOR: 20 YEARS OF EFFICACY OF ASAQ & PFCRT 76T



ANTI-MALARIA DRUG RESISTANCE MARKERS CAMEROON





ACTS DRUG RESISTANCE IS EMERGING IN AFRICA

DRUG RESISTANCE

- ❑ Antimalarial drug resistance is a threat to malaria control and has important implications for global public health.
- ❑ Artemether-lumefantrine (AL) and artesunate-amodiaquine (ASAQ) are the first-line treatment policies used in most African countries, with some countries adding dihydro-artemisinin-piperaquine (DHAP) & Artesunate Pyronaridine.
- ❑ Post 2010, overall average efficacy of DP, ASAQ and AL were 98.7%, 98.3% and 97.9% respectively.

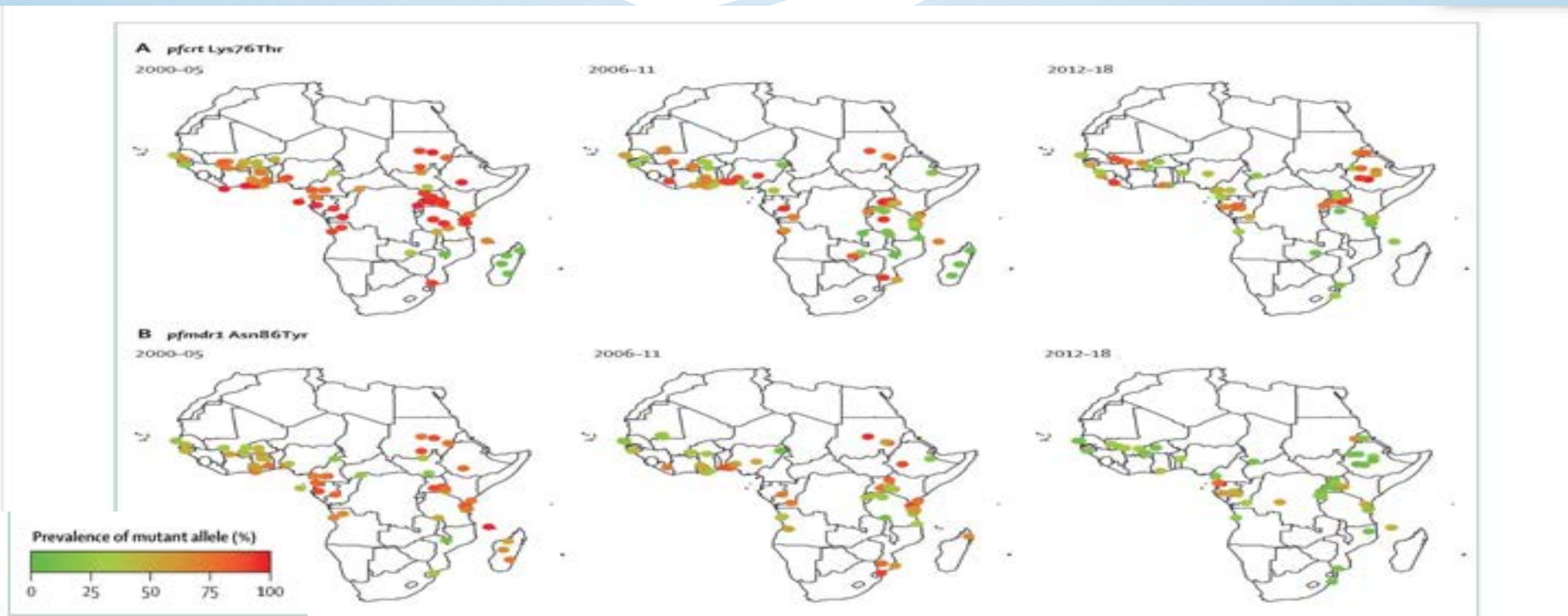
DRUG RESISTANCE

- ❑ In studies of AL, treatment failure rates above 10% occurred in three countries (Angola, Gambia and Malawi), although lumefantrine resistance could not be confirmed by molecular marker, in vitro test or blood dosage levels.
- ❑ Resistance studies of *P. vivax* were conducted in Ethiopia, Madagascar and Mauritania. In Ethiopia, treatment failure rates ranged from 3% to 22% (median: 5.1%). Treatment failure rates of 0% for ASAQ were reported in Madagascar and for Chloroquine in Mauritania
- ❑ In Africa, artemisinin resistance is being confirmed.

ANTIMALARIAL DRUG RESISTANCE A CALM BEFORE THE STORM

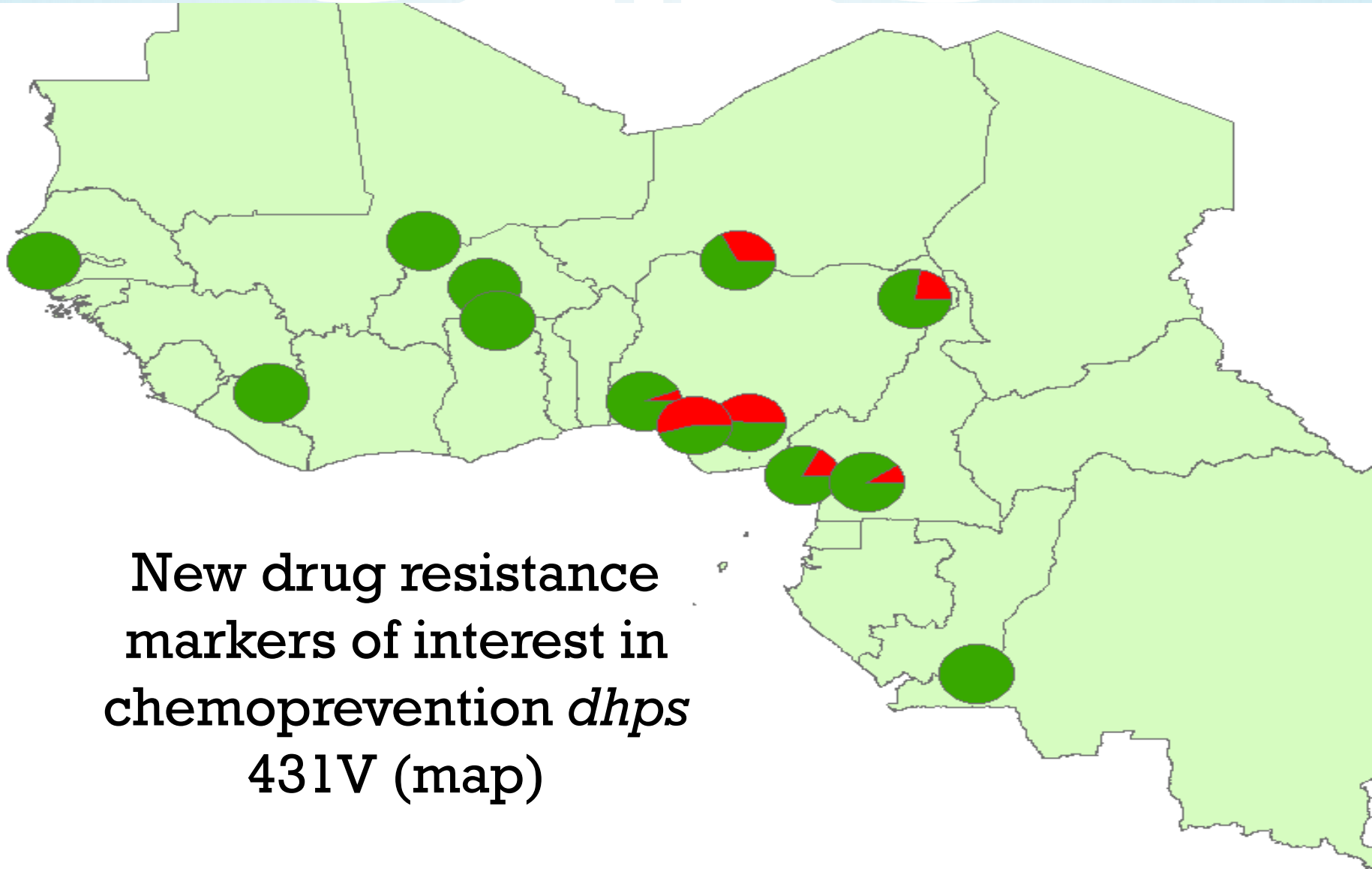
CONRAD MD & ROSENTHAL PJ, 2019

- However, emergence of resistance to artemisinin-based combination therapies in Africa would probably have devastating consequences, and continued surveillance for the emergence of resistance on this continent is a high priority.





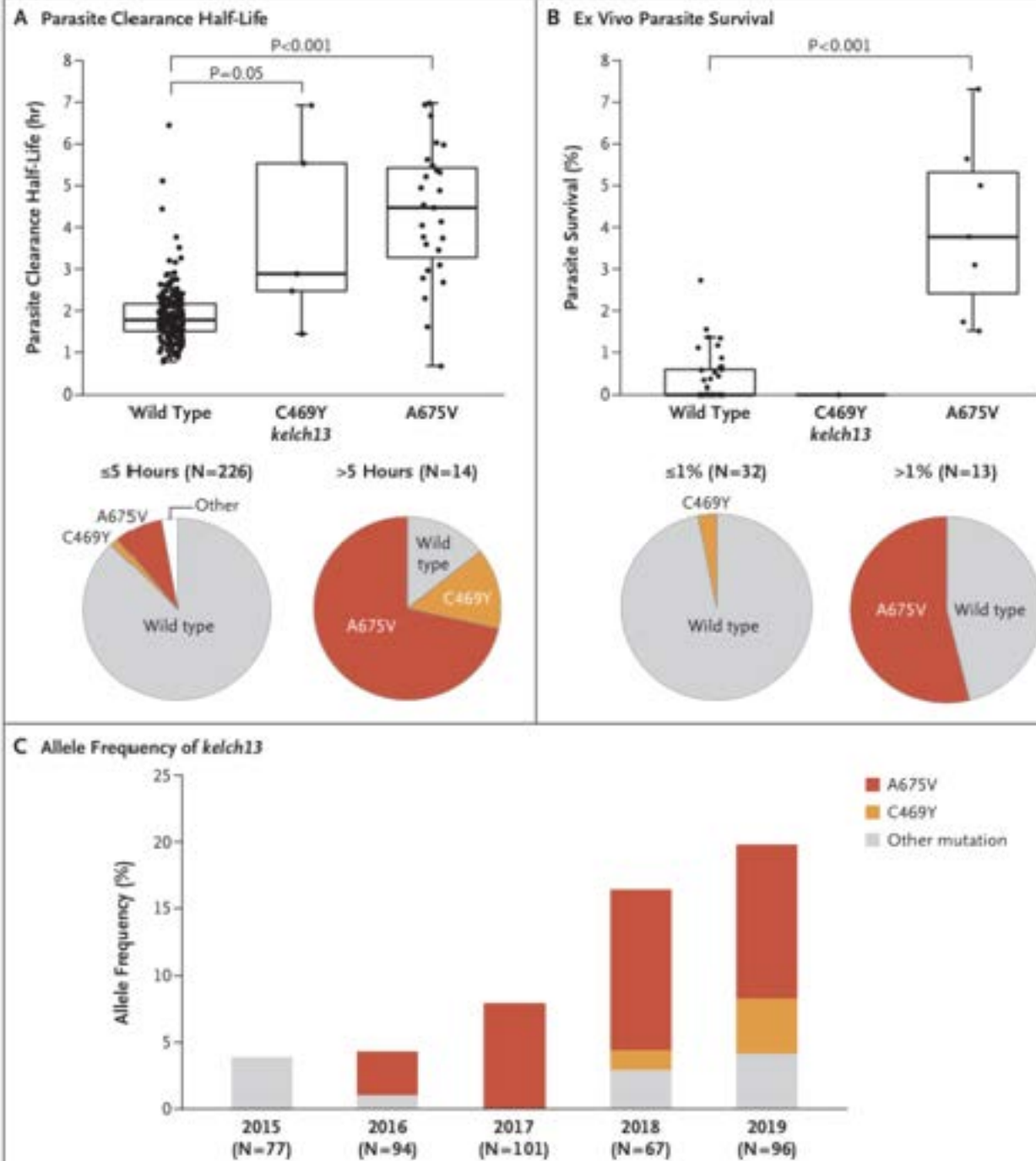
SP - DRUG RESISTANCE MARKERS EMERGE IN WEST AND CENTRAL AFRICA





THE ACT RESISTANCE KELCH MUTATION IN AFRICA

The ACT
Kelch13
mutations
increased from
3.9% in 2015 to
19.8% in 2019
In Uganda



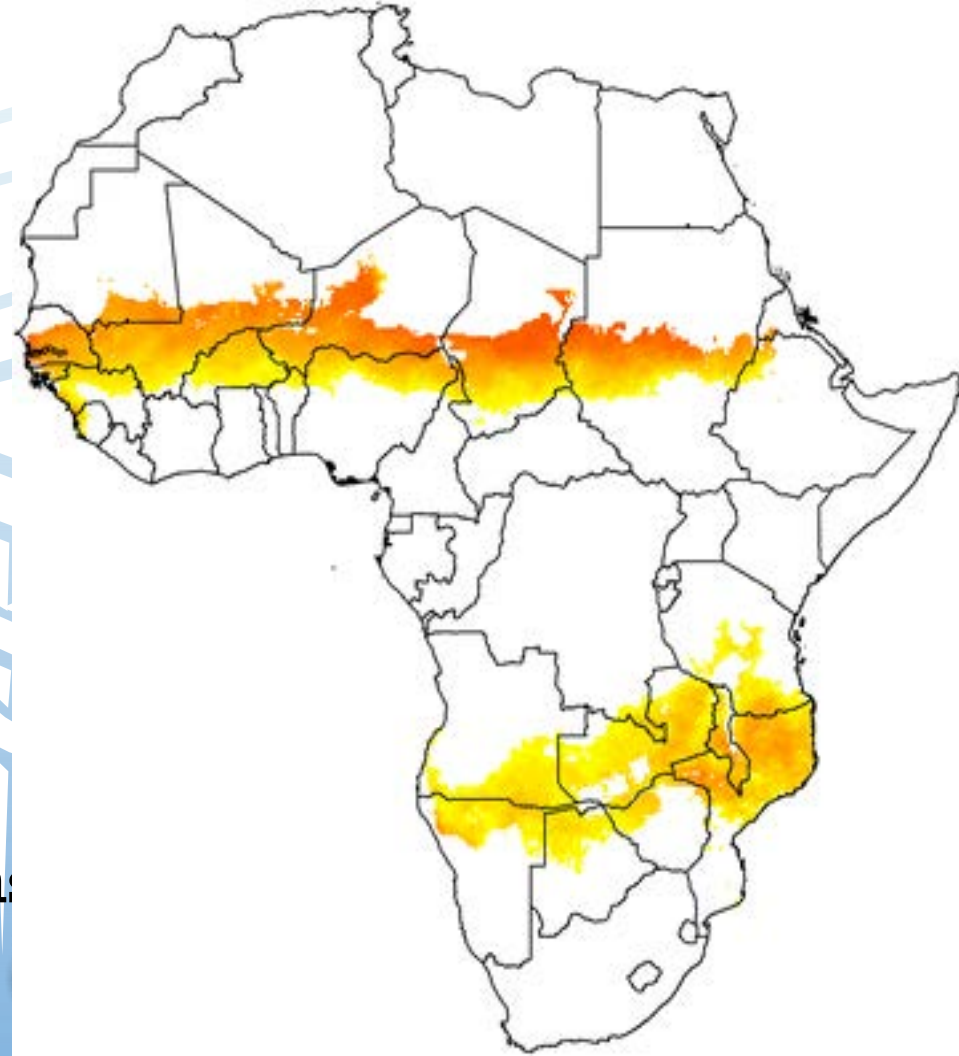


**KNOCKING DOWN MALARIA IS POSSIBLE BY USE
OF SEASONAL MALARIA VACCINATION &
CHEMOPREVENTION**

SEASONAL MALARIA CHEMOPREVENTION

Seasonal malaria chemoprevention (SMC) was recommended in 2012 for young children in the Sahel during the peak malaria transmission season.

Children are given a single dose of SP combined with a 3-day course of amodiaquine, once a month for up to 4 months.



SEASONAL MALARIA VACCINATION WITH RTS,S

- Optimum use of a vaccine providing only a short period of protection
- It is possible that the next generation of malaria vaccines will, like RTS,S/AS01, provide only a relatively short period of high-level protection and imperfect immunological memory
- Best administered where malaria transmission is only a few months most probably in the Sahel regions where SMC is practiced.

SMV-SMC - 3 YEAR FOLLOW UP

- ☐ Randomly assigned
6861
- ☐ Children 5 to 17
months age
- ☐ SPAQ – 2287;
RTSS/AS01E – 2288;
SPAQ-RTSSAS01E – 2286

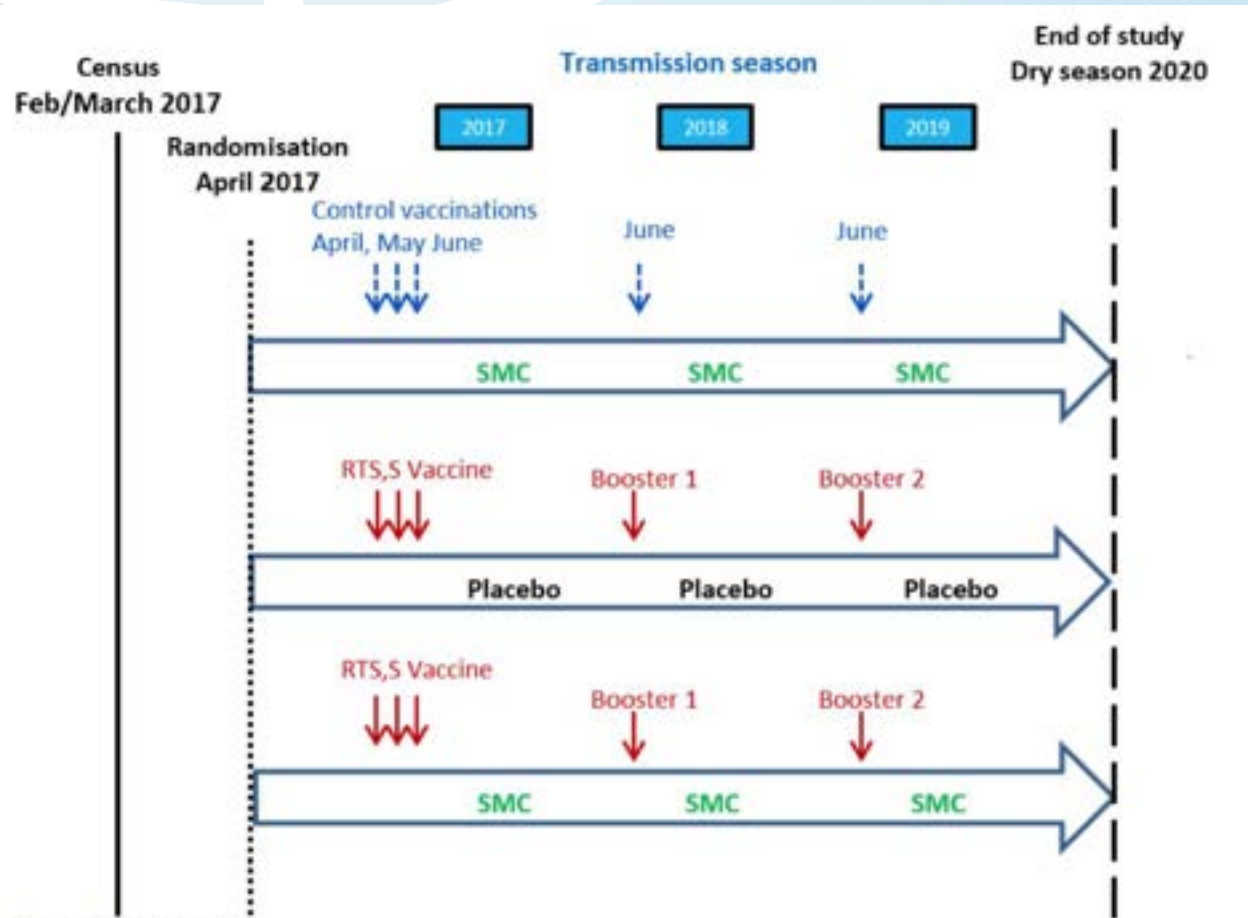
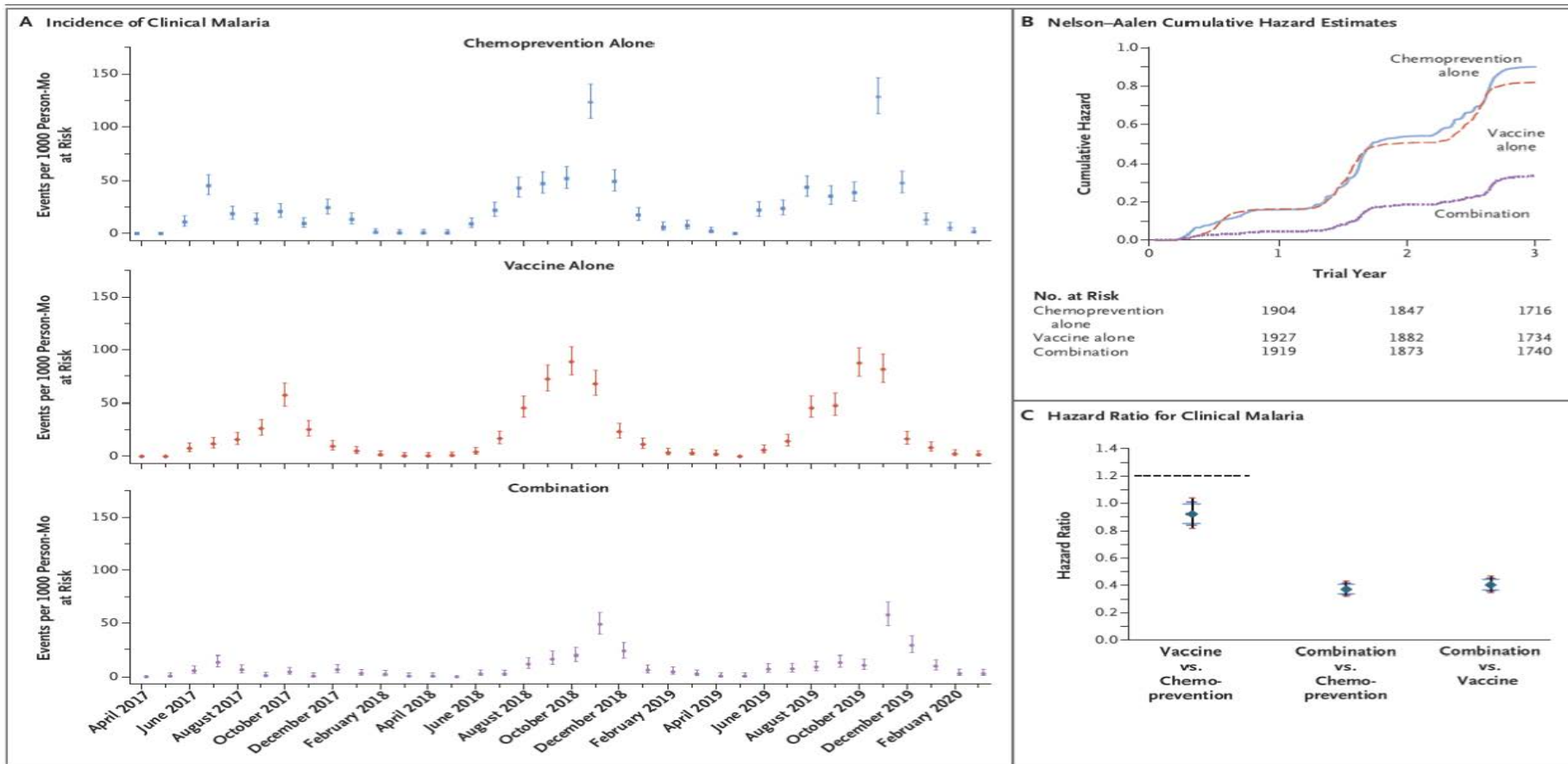


Figure 2 Study design.

THE COMBINATION SPAQ-RTS,S HAD A BETTER OUTCOME





**CHALLENGES IN THE SUSTENANCE OF
DRUG RESISTANCE MONITORING**

ANNUAL RESEARCH INVESTMENTS & *P. falciparum* PARASITE PREVALENCE

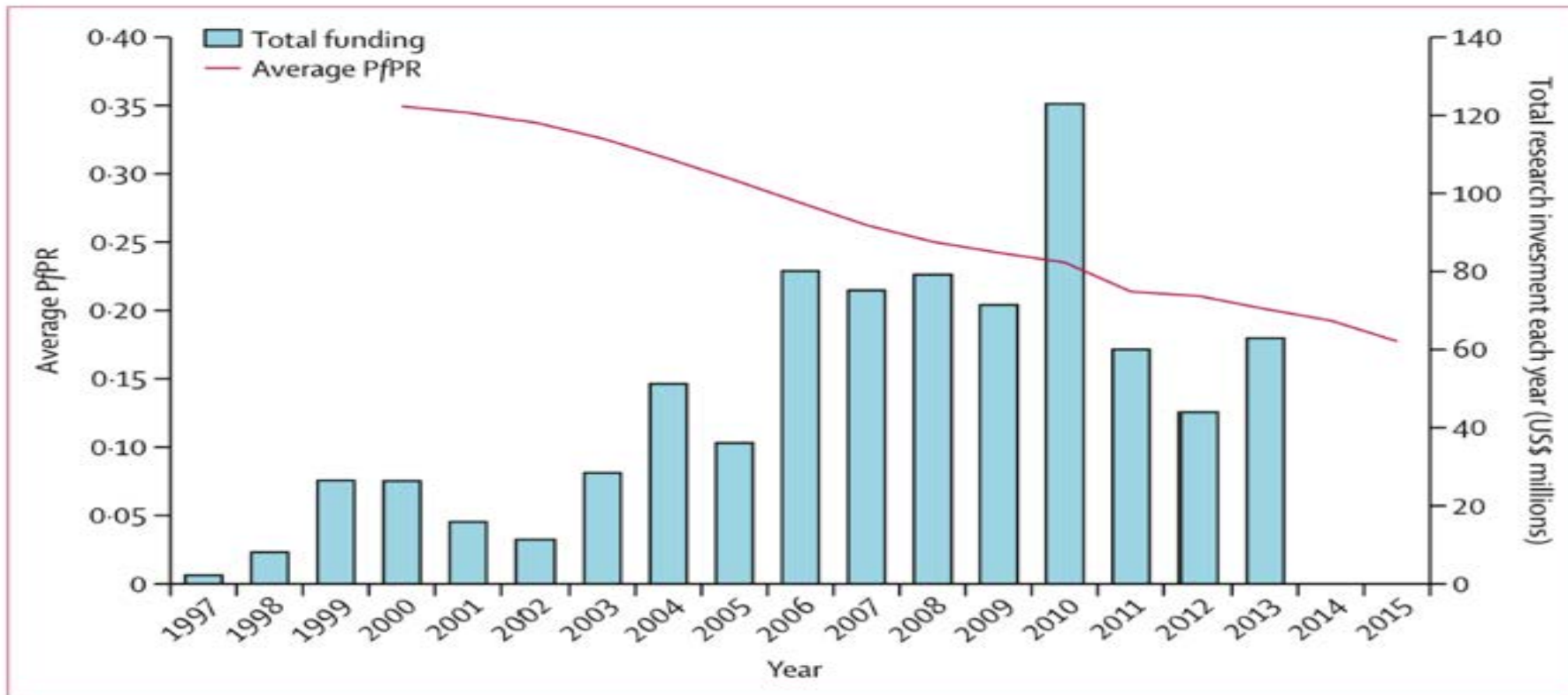


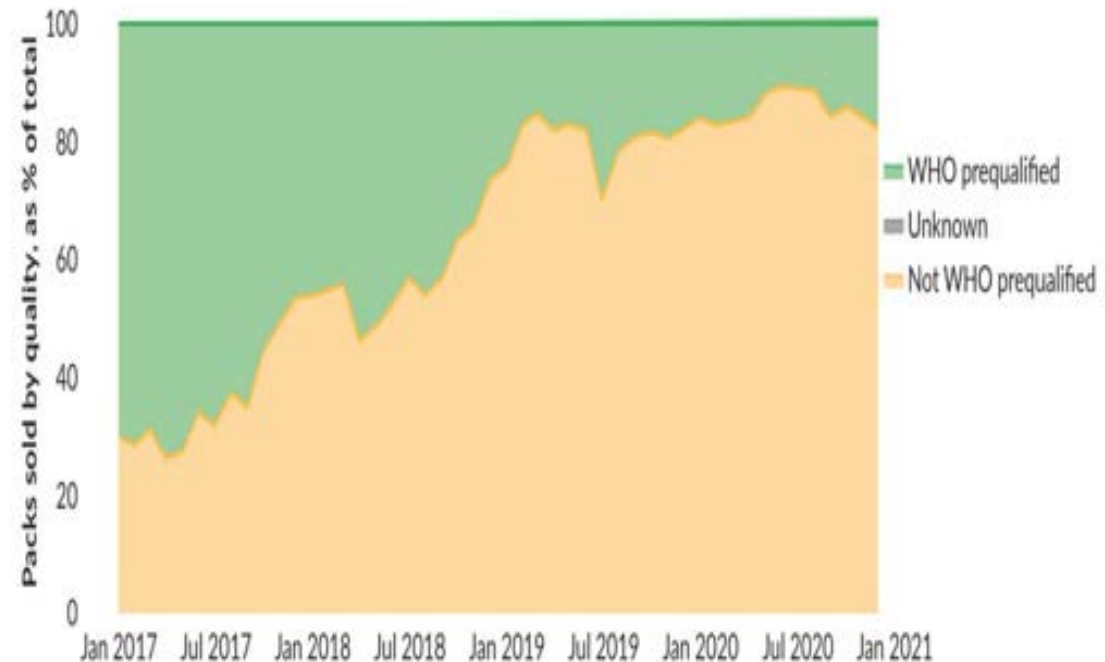
Figure 1: Sum of annual research investment for malaria in sub-Saharan Africa (1997–2013) and mean national-level PfPR for all countries in sub-Saharan Africa (2000–15)

PfPR=Plasmodium falciparum parasite prevalence.

CHALLENGES OF THE PRIVATE SECTOR

- ❑ ACT of unknown quality
- ❑ Continued Presumptive Diagnosis
- ❑ Siloed vs Systems Approach
- ❑ ACT and RDT Financing Constraints
- ❑ Data Availability and Quality

Figure 1. Market share of ACTs by WHO prequalification status in Kenya, 2017–2020



Source: Maisha Meds

TAKE HOME MESSAGE

ACTs are still efficacious in most parts but require close monitoring,

Drugs resistance to ACTs is emerging in Africa,

Innovative approaches such as the combination of SMV & SMC may dramatically bring down the prevalence

Sustained funding is needed to attain 10 of the 17 SDGs



MARCAD

Malaria Research Capacity
Development West & Central Africa



PLASMUT HUNTERS



Pr. Mbacham

Pr. J. Bigoga

Dr. I. Ali

Dr. Akindeh

Drd. Niba

Tatou Fidel

Bukong Louis



Dr Moyer M



Dr Chedieu JP



Drd Ngum L



Hilda Echilibe



Akam Lawrence



Tah Calvinio





THANK YOU



OPEN DISCUSSION





Part 2 : Engaging in national malaria strategic plans



Ensuring the inclusion of the priority needs of vulnerable populations in strategic malaria plans in Africa and South Asia

By **Mr. Magloire Kuetché**

Expert in planning, monitoring and evaluation

National Malaria Control Program (NMCP)

Cameroon





Ensuring the inclusion of the priority needs of vulnerable populations in strategic malaria plans in Africa and South Asia




[Video of Mr Magloire Kuetche](#)

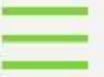




**ASSURER LA PRISE EN COMPTE DES
BESOINS PRIORITAIRES DES
POPULATIONS VULNÉRABLES DANS
LES PLANS STRATÉGIQUES DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME EN AFRIQUE ET
ASIE DU SUD**



Plan de la Presentation



- ❑ **Contexte**
- ❑ **Fonction des PSN et l'importance pour la société civile**
- ❑ **L'importance d'évaluer le niveau d'inclusion des besoins des populations vulnérables dans les PSN et programmes de lutte contre le paludisme en Afrique et en Asie**
- ❑ **L'évaluation du niveau d'inclusion des besoins prioritaires des populations vulnérables dans les PSN et les programmes de lutte contre le paludisme: Cas du Cameroun, Niger et Nigéria**

Contexte (1/3)

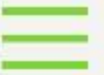


Selon le rapport Mondial de lutte contre le paludisme 2020

- ❑ 229 millions de cas de paludisme
- ❑ 409 000 le nombre de décès
- ❑ 94 % des cas de paludisme et des décès imputables en Afrique
- ❑ 80% des cas dans le monde ont été enregistrés dans 11 pays : Burkina Faso, Cameroun, Ghana, Inde, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo et République-unie de Tanzanie



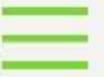
Contexte (2/3)



- ❑ La Stratégie technique mondiale (STM) de lutte contre le paludisme 2016-2030, élaboré 2015
- ❑ Les objectifs de la STM 2015-2030 :
 - ❑ Réduire d'au moins 90 % l'incidence du paludisme d'ici à 2030.
 - ❑ Réduire d'au moins 90 % les taux de mortalité liée au paludisme d'ici à 2030.
 - ❑ Éliminer le paludisme dans au moins 35 pays d'ici à 2030.
 - ❑ Empêcher la réapparition du paludisme dans tous les pays exempts



Contexte (3/3)



- ❑ Depuis 2016, on observe une stagnation des progrès.
- ❑ Afin d'assurer le suivi de la mise en œuvre des interventions, les organisations de la société civile (OSC) se sont regroupées en réseau et portent les doléances des populations dans les programmes.
- ❑ Pour un meilleur suivi, Les OSC doivent outillé et connaître les stratégies de lutte contre le paludisme



Fonction des PSN



- ❑ **Le Plan Stratégique National (PSN)** est un document qui donne l'ensemble des actions à mettre en œuvre pour réaliser la vision à moyen et à long terme d'une organisation
- ❑ Ce document a une structure bien définie et est valide sur une période **de 3 à 5 ans** généralement
- ❑ Pour une maladie comme le paludisme, il est arrimé aux Directives internationales (si elles existent), à la vision du pays et à celle assignée au section de la santé
- ❑ Le PSN est un **document de plaidoyer** et une analyse des gaps permet de trouver les **axes prioritaires d'investissement**

Importance PSN pour les OSC



- ❑ Connaitre les stratégies de lutte qui ont été adoptés pour la lutte contre le paludisme dans le pays
- ❑ Connaitre les priorités du pays dans la lutte contre le paludisme
- ❑ Identifier les axes stratégiques sur lesquels ils peuvent investir et contribuer à la lutte
- ❑ Faire un plaidoyer auprès des bailleurs de fonds pour le financement des
- ❑ Contribuer à l'orientation des politiques de lutte

Evaluer de l'inclusion des besoins des populations vulnérables dans les PSN et programmes de lutte contre le paludisme



- ❑ De plus en plus on observe une couverture inégale des populations en matière de services de santé
- ❑ populations vulnérables immédiatement définies: FE, moins de 5 ans, Réfugiés, nomades
- ❑ Les autres populations vulnérables: Handicapés, mineurs, les populations carcérales, les questions de droits et genre des populations
- ❑ Les OSC peuvent appuyer le pays dans l'amélioration de la prise en compte des besoins des populations vulnérables

Méthodologie de l'évaluation pour le Cameroun, Nigeria et Niger



- Revue documentaire**
 - Diagnostic communautaire
 - PSN
 - Documents des projets mis en œuvre
 - Rapports d'activité
 - Rapports annuels

- Elaboration d'un outil d'évaluation**

- Présentation des résultats**

Présentation de l'évaluation pour le Cameroun, Nigeria et le Niger



Inclusion dans les Plans stratégiques de lutte contre le paludisme	Cameroun	Nigeria	Niger
Femmes enceintes			
Accès aux MILDA lors des campagnes de masse par les femmes enceintes	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte
Accès aux MILDA lors des distributions en routine par les femmes enceintes	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte
Accès au Traitement Préventif Intermittent (TPI) par les femmes enceintes	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte
Réduction des coûts de prise en charge du paludisme chez les femmes enceintes	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte
Réduction des coûts de diagnostic du paludisme chez les femmes enceintes	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte
Réduction des coûts de la prise en charge du paludisme chez les femmes enceintes	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte
Gratuité de la prise en charge (diagnostic et traitement) du paludisme chez la femme enceinte	Non pris en compte	Non pris en compte	Non pris en compte
Disponibilité suffisante des médicaments contre le paludisme dans les FOSA	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte
Communication sur les services de lutte contre le paludisme	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte

Présentation de l'évaluation pour le Cameroun, Nigeria et le Niger



Inclusion dans les Plans stratégiques de lutte contre le paludisme	Cameroun	Nigeria	Niger
Enfants de moins de 5 ans			
Accès aux MILDA lors des campagnes de masse	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte
Accès aux MILDA lors des distributions en routine	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte
Réduction des coûts de prise en charge du paludisme	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte
Gratuité de la prise en charge (diagnostic et traitement) du paludisme	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte
Disponibilité suffisante des médicaments contre le paludisme dans les FOSA	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte
<u>Communication</u> sur les services de lutte contre le paludisme	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte

Présentation de l'évaluation pour le Cameroun, Nigeria et le Niger



Inclusion dans les Plans stratégiques de lutte contre le paludisme	Cameroun	Nigeria	Niger
Réfugiés, Déplacés internes, Peuples nomades			
Accès aux MILDA lors des campagnes de masse	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte
Accès aux MILDA lors des distributions en routine	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte
Accès au Traitement Préventif Intermittent (TPI)	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte	Totalement pris en compte
Réduction des coûts de prise en charge du paludisme	Partiellement pris en compte	Partiellement pris en compte	Partiellement pris en compte
Réduction des coûts de diagnostic du paludisme	Partiellement pris en compte	Partiellement pris en compte	Partiellement pris en compte
Réduction des coûts de la prise en charge du paludisme	Partiellement pris en compte	Partiellement pris en compte	Partiellement pris en compte
Gratuité de la prise en charge (diagnostic et traitement) du paludisme	Non pris en compte	Non pris en compte	Non pris en compte
Disponibilité suffisante des médicaments contre le paludisme dans les FOSA	Partiellement pris en compte	Partiellement pris en compte	Partiellement pris en compte
<u>Communication</u> sur les services de lutte contre le paludisme	Partiellement pris en compte	Partiellement pris en compte	Partiellement pris en compte

Présentation de l'évaluation pour le Cameroun, Nigeria et le Niger



Inclusion dans les Plans stratégiques de lutte contre le paludisme	Cameroun	Nigeria	Niger
Questions de droit et genre			
Influence des question de doit et genre sur l'accès aux MILDA dans les ménages	Non pris en compte	Non pris en compte	Non pris en compte
Influence des question de doit et genre sur l'utilisation aux MILDA dans les ménages	Non pris en compte	Non pris en compte	Non pris en compte
Influence des question de doit et genre sur le choix de la personne accédant au traitement	Non pris en compte	Non pris en compte	Non pris en compte
Influence des question de doit et genre sur le choix de la personne accédant au traitement chez les moins de 5 ans	Non pris en compte	Non pris en compte	Non pris en compte
Influence des question de doit et genre sur obtention une permission de son conjoint ou de la communauté pour se rendre dans une formation sanitaire pour des services de lutte contre le paludisme pour elles-mêmes ou leurs enfants	Non pris en compte	Non pris en compte	Non pris en compte

Présentation de l'évaluation pour le Cameroun, Nigeria et le Niger



Inclusion dans les <u>Projets</u> de lutte contre le paludisme	Cameroun	Nigeria	Niger
Femmes enceintes			
Accès aux MILDA lors des campagnes de masse par les femmes enceintes	Totalement pris en compte		Totalement pris en compte
Accès aux MILDA lors des distributions en routine par les femmes enceintes	Totalement pris en compte		Totalement pris en compte
Accès au Traitement Préventif Intermittent (TPI) par les femmes enceintes	Partiellement pris en compte		Partiellement pris en compte
Réduction des coûts de prise en charge du paludisme chez les femmes enceintes	Partiellement pris en compte		Partiellement pris en compte
Réduction des coûts de diagnostic du paludisme chez les femmes enceintes	Partiellement pris en compte		Partiellement pris en compte
Réduction des coûts de la prise en charge du paludisme chez les femmes enceintes	Partiellement pris en compte		Partiellement pris en compte
Gratuité de la prise en charge (diagnostic et traitement) du paludisme chez la femme enceinte	Non pris en compte		Non pris en compte
Disponibilité suffisante des médicaments contre le paludisme dans les FOSA	Partiellement pris en compte		Partiellement pris en compte
<u>Communication</u> sur les services de lutte contre le paludisme	Partiellement pris en compte		Partiellement pris en compte

Présentation de l'évaluation pour le Cameroun, Nigeria et le Niger



Inclusion dans les <u>Projets</u> de lutte contre le paludisme	Cameroun	Nigeria	Niger
Enfants de moins de 5 ans			
Accès aux MILDA lors des campagnes de masse par les enfants de 5 ans	Totalement pris en compte		Totalement pris en compte
Accès aux MILDA lors des distributions en routine par les enfants de 5 ans	Totalement pris en compte		Totalement pris en compte
Accès au Traitement Préventif Intermittent (TPI) par les enfants de moins de 5 ans	Totalement pris en compte		Totalement pris en compte
Accès <u>a</u> la Chimio <u>prevention</u> du Paludisme Saisonnier (CPS) par les enfants de moins de 5 ans	Totalement pris en compte		Totalement pris en compte
Réduction des coûts de prise en charge du paludisme chez les enfants de 5 ans	Partiellement pris en compte		Partiellement pris en compte
Réduction des coûts de diagnostic du paludisme chez les enfants de 5 ans	Partiellement pris en compte		Partiellement pris en compte
Réduction des coûts de la prise en charge du paludisme chez les enfants de 5 ans	Partiellement pris en compte		Partiellement pris en compte
Gratuité de la prise en charge (diagnostic et traitement) du paludisme chez les enfants de 5 ans	Partiellement pris en compte		Partiellement pris en compte
Disponibilité suffisante des médicaments contre le paludisme dans les FOSA	Partiellement pris en compte		Partiellement pris en compte
<u>Communication</u> sur les services de lutte contre le paludisme	Partiellement pris en compte		Partiellement pris en compte

Présentation de l'évaluation pour le Cameroun, Nigeria et le Niger



Inclusion dans les <u>Projets</u> de lutte contre le paludisme	Cameroun	Nigeria	Niger
Réfugiés, Déplacés internes, Peuples nomades			
Accès aux MILDA lors des campagnes de masse	Partiellement pris en compte		Partiellement pris en compte
Accès aux MILDA lors des distributions en routine	Partiellement pris en compte		Partiellement pris en compte
Accès au Traitement Préventif Intermittent (TPI)	Partiellement pris en compte		Partiellement pris en compte
Réduction des coûts de prise en charge du paludisme	Partiellement pris en compte		Partiellement pris en compte
Réduction des coûts de diagnostic du paludisme	Partiellement pris en compte		Partiellement pris en compte
Réduction des coûts de la prise en charge du paludisme	Partiellement pris en compte		Partiellement pris en compte
Gratuité de la prise en charge (diagnostic et traitement) du paludisme	Non pris en compte		Non pris en compte
Disponibilité suffisante des médicaments contre le paludisme dans les FOSA	Partiellement pris en compte		Partiellement pris en compte
<u>Communication</u> sur les services de lutte contre le paludisme	Partiellement pris en compte		Partiellement pris en compte

Présentation de l'évaluation pour le Cameroun, Nigeria et le Niger



Inclusion dans les <u>Projets</u> de lutte contre le paludisme	Cameroun	Nigeria	Niger
<u>Influence</u> des question de doit et genre sur l'accès aux MILDA dans les ménages	Non pris en compte		Non pris en compte
<u>Influence</u> des question de doit et genre sur l'utilisation aux MILDA dans les ménages	Non pris en compte		Non pris en compte
<u>Influence</u> des question de doit et genre sur le choix de la personne accédant au traitement	Non pris en compte		Non pris en compte
<u>Influence</u> des question de doit et genre sur le choix de la personne accédant au traitement chez les <u>moins de 5 ans</u>	Non pris en compte		Non pris en compte
<u>Influence</u> des question de doit et genre sur <u>obtention</u> une permission de son conjoint ou de la communauté pour se rendre dans une formation sanitaire pour des services de lutte contre le paludisme pour elles-mêmes ou leurs enfants	Non pris en compte		Non pris en compte

Présentation de l'évaluation pour le Cameroun, Nigeria et le Niger



Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none">- Diagnostic communautaire réalisé de manière participative- Prise compte totale de besoins des FE et des ans de moins de 5 ans dans les PSNLP- Prise compte de besoins des FE et des ans de moins de 5 ans dans les projets de lutte contre le paludisme	<ul style="list-style-type: none">- Non prise en compte de certains besoins- Aspect droit et genre des populations faiblement abordée- Pris en compte partielle des besoins de réfugiés, déplacés internes et nomades- Faiblesse prise en compte des besoins en prise en charge
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none">- Existence de bailleurs qui s'intéressent des questions des populations vulnérables et des questions de droit et genre- Existence de ressources pour l'identification des besoins	<ul style="list-style-type: none">- Augmentation des déplacés internes et les réfugiés qui rend difficile l'inclusion de leur besoin dans les PSNLP et les projets



**MERCI POUR
VOTRE AIMABLE
ATTENTION**

How to communicate well in the fight against malaria: What civil society needs to know!

By **Mr. Yannick Nkoumou**

Chief Of Party

BreakThrough ACTION

Cameroon





Part 3: Discussion with malaria leaders





Panel 1

How to ensure that the needs of vulnerable populations are at the center of malaria interventions?



1. What does it mean to you: malaria interventions centered on vulnerable communities?

Que signifie: les interventions de lutte contre le paludisme centrées sur les communautés vulnérables ?

2. How can we ensure that malaria interventions are centered on vulnerable populations? What role should civil society play? What recommendations for countries and partners?

Comment s'assurer que les interventions de lutte contre le paludisme soient centrées sur les populations vulnérables? Quel rôle la société civile doit jouer?

Quelles recommandations pour les pays et les partenaires?



Ms. Ségolène Moussala

Moderator

Impact Santé Afrique, Cameroon

CS4ME Member



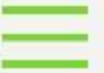
Ms. Nooliet Kabanyana

Executive Secretary

Rwanda NGOs Forum on HIV/AIDS and Health Promotion, Rwanda

CS4ME Member





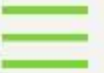
Mrs. Sarah Nambudye

Executive Director

Mothers' Initiative Africa, Uganda

CS4ME Member





Mrs. Sophie Dimiltis

Co-lead Coordinator

Women for Global Fund, Zimbabwe

CS4ME Member



4GF

Women in all their diversity
for the Global Fund



Mr. Hamza Djibo

Executive National Director

**"Education, Santé et Amélioration
du Cadre de Vie", Niger**

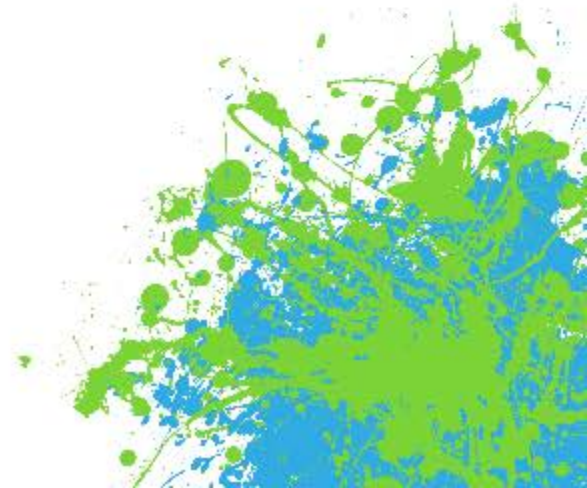
CS4ME Member





How to ensure that the needs of vulnerable populations are at the center of malaria interventions?

[Panel video](#)



The background image shows three children in school uniforms running happily in front of a school building. The building has educational murals, including numbers and geometric shapes. The entire image has a blue tint. The text is overlaid in white with a drop shadow.

SHORT BREAK

See you in 10 min /
Rendez-vous dans 10 minutes

A woman wearing a patterned headwrap and a blue vest over a patterned dress stands on the left, addressing a group of people seated on a bench outdoors. The scene is set in a rural area with trees and a building in the background. The entire image has a green tint.

Civil Society Organizations engaged in the fight against malaria



[CS4ME Video member](#)



Dr Corine Karema

Malaria Expert

Rwanda



**Importance of
community advocacy to
ensure that the needs of
vulnerable communities
are addressed**

Mrs. Alexandra Phaeton

Expert in professionalization of community advocacy
« L'Atelier des Lutttes »

France





Importance of community advocacy to ensure that the needs of vulnerable communities are addressed



[Video of Alexandra](#)



Civil society-led advocacy for the Global Fund's 7th Replenishment Conference

Ms. Rachel Ong

Regional Coordinator

GFAN Asia Pacific, Singapore



Panel 2

Civil society engaged in
advocacy for the Global
Fund 7th replenishment
conference



1. Why do you think it is important for each country to ensure its contribution to the Global Fund replenishment?

Pourquoi est-il important pour chaque pays d'assurer sa contribution à la reconstitution des fonds du Fonds mondial ?

2. What role should civil society play in mobilizing funds for the 7th Global Fund Replenishment Conference? What recommendations for countries and partners?

Quel rôle la société civile doit jouer dans la mobilisation des fonds pour la 7ème conférence de reconstitution du Fonds mondial ?

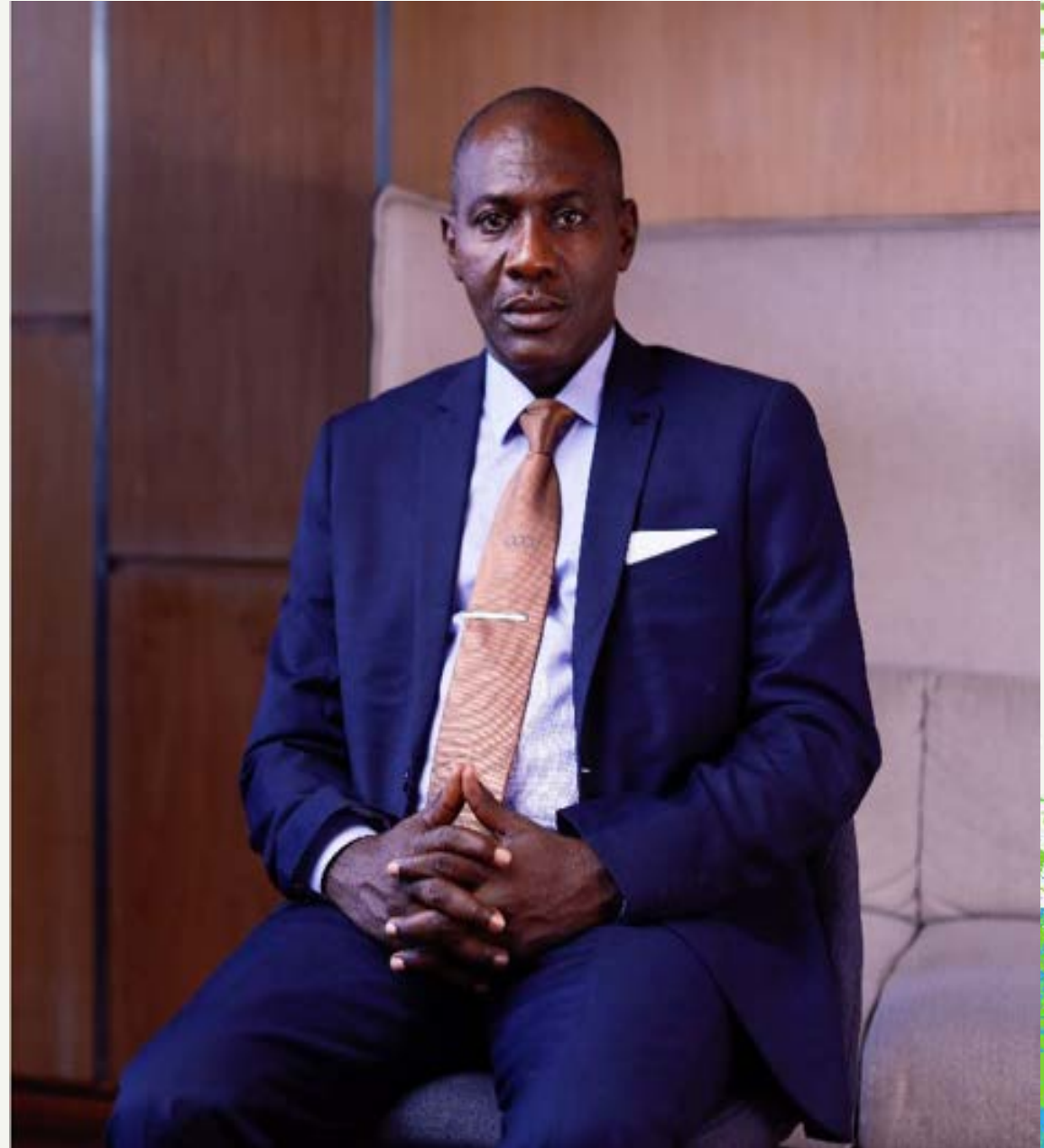
Quelles recommandations pour les pays et les partenaires?

Mr. Boubacar Sylla

President (Moderator)

Club des amis du monde, Guinea

CS4ME Steering committee
Member





Mrs. Ida Lea Savadogo

Coordinator, Francophone Africa CRG
Regional Platform

**Réseau Accès aux médicaments
essentiels (RAME), Burkina Faso**
CS4ME Member



Dr Jean Claude Rakotomalala

Executive Director

ASOS, Madagascar

CS4ME Member



Dr. Rachel Ndaya

National Coordinator

**Réseau des Associations Congolaises
des Jeunes (RACOJ), DRC**

CS4ME Member



Mr. Babacar Thiam

Program Officer,
AWA, Senegal

CS4ME Member



Mr. Wato Joseph

Executive Director,
APDSP, Cameroon

CS4ME Member





Civil society engaged in advocacy for the Global Fund 7th replenishment conference



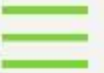
[Panel video](#)





**Civil Society Advocacy for increased
domestic funding in the fight against
Malaria:
Case of Kenya, Ivory Coast and Togo.**



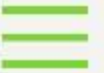


Mrs. Leonora Mbithi

Country Engagement Specialist,
AMREF, Kenya

CS4ME Member





Mr. KRA KOUAMÉ Constantin
Citizen Watch, Ivory Coast

CS4ME Member



Mr. ZEKPA Apoté Tovinyéawu

Health and development expert,

CILSIDA, Togo

CS4ME Member





Civil Society Advocacy for increased domestic funding in the fight against Malaria: Case of Kenya, Ivory Coast and Togo



[Panel Video](#)





**Civil Society Advocacy
for increased domestic
funding in the fight
against Malaria:
Case of Kenya, Ivory
Coast and Togo.**

PLAN



- I. **Civil Society Advocacy for Increased Domestic Funding in Kenya**
- II. **Civil society advocacy for increased domestic funds in Ivory Coast**
- III. **Civil Society Advocacy for Increased Domestic Funding in Togo**





CIVIL SOCIETY ADVOCACY
FOR INCREASED
DOMESTIC FUNDING-
*KENYA TRAINING ON HEALTH
FINANCING AND BUDGET
ADVOCACY*

Presented by Leonora Mbithi



Overview of the training

- Kenya CSOs training in health financing and budget advocacy was conducted between August 8 and October 29, 2021, in Nairobi and Online with participants drawn from more than 30 counties.
- **About 100 trainees through hybrid method,** A total of 100 participants; 30 participants attended physical meeting while 70 attended the meeting virtually.
- **Board participation:** Civil Society, media, county and private sector representatives including community workers, university lecturers, lawyers, actuarial scientists, economists, teachers, health and medical Practitioners and County Representatives with expertise on health financing and budget advocacy. Participants were competitively selected from a pool of over 200 people from various CSOs, all over the country.
- **Guest speakers drawn from far and wide:** Included CAS Health on behalf of Cabinet Secretary (Minister for Health), UNAIDS Regional Advisor for East and Southern Africa, Chief of Staff, Kenya Parliament (Senate), WACI Health, Global Fund Civil Society Principal Recipients, Seasoned Health Rights Advocate living with HIV.



Structure of training



1st Session: Main concepts of Sustainable Health Financing, UHC: Right to health and Universal Health Coverage; Challenges and Priorities for Civil Society and Communities; 6 Sustainable health financing strategies and Heads of States commitments; impact of covid-19 on DRM.

2nd Session: Understanding Entry Points for CSO Engagement in sustainable UHC Financing (National and County Budget, Health Insurance, Capital Projects, private sector and others): Fiscal Space: Understanding revenues and the budget cycle; Avenues for CSO advocacy in factors affecting fiscal space.

Importance of strengthening the national health insurance fund (concepts such as risk pooling, mandatory enrollment, obligatory government payments for indigents, reducing OOP payments, strategic purchasing); private sector, improving spending and allocative efficiencies.

3rd Session: CSO Mapping, Advocacy Agenda Setting and coordination: Sources of financing and data for evidence-based advocacy; Mapping supporting and opposing Civil Society partners.

4th Session: Practical advocacy sessions with legislators, policy and decision-makers

5th Session: Joint work planning for sustained advocacy and rollout: development of a joint advocacy scale up plan; resource mobilization for sustained advocacy.



Value Added from the training

- A cohort of highly knowledgeable trainees with ability to impact health financing policy who now understand **sustainable** ways to finance UHC in a resource constrained setting
- Participants have input into country budget and review processes as part of the ongoing budget cycle and also understand regional financing commitments, funding landscape and internal plans.
- National civil society coalition on health financing for UHC and budget advocacy spawned and growing in membership;
- Participants now understand regional health financing commitments and contributed to the National Health Insurance Fund Bill (2021) by the *coalition*; recognition and official invitation for public hearing sent by senate for a hearing on 17th November 2021.
- Trainees contributed to the National Transition Roadmap for sustainable health financing for UHC (2022-2030) which has now been approved by Ministry of Health and Development Partners
- Assisted Global Fund CSO PRs understand and micro plan for budget advocacy and health financing for UHC



Value Added

- Developed the National workplan for civil society advocacy to support the UHC initiatives. PRs under GF have initially signalled commitment to allocate an initial \$170,000 to the process; and Kenya Coordinating Mechanism (CCM committed to reprogramming) in Kenya.
- Long-term NGO and Private sector partnership spawned, private sector co-funded 25% of training budget and travel fees
- A cohort of highly knowledgeable trainees with ability to impact health financing policy at national and county level who now understand sustainable ways to finance UHC in a resource constrained setting
- Jointly developed and agreed on a 5-point joint civil society UHC and budget advocacy agenda bringing together over 100 CSOs coalitions and members from around the country

KEY ADVOCACY MESSAGES



- Increase the national and/ or county health budget by 10% annually as an ongoing regional and national commitment to finance Universal Health Coverage.
- Expand and strengthen NHIF to cover more people, more equitably.
- Use and allocate funds more efficiently.
- Allocate additional 5% funds for high burden diseases in the county and strategic programs (HIV, TB, malaria, nutrition, vaccines and RMNCAH).
- At least 10% of all health sector budgets – national and county level to be implemented by civil society, communities and key populations to implement the following:
 - Community-led monitoring (rights, medicines availability, other)
 - Community Health Volunteer enrollment
 - Extending service delivery to households
 - Key and vulnerable population interventions
 - Health promotion and others

Next steps for partners



- Support the national coalition (Health Financing-Universal Health Coverage-Budget Advocacy) team formed -to follow through with the work plans developed.
- Develop Information, Education and Communication Material (IEC) and other reference materials to ease communication and recall.
- Standardize advocacy mechanisms and messages to help ease penetration to all stakeholders.
- Leadership and coordination-Have means of coordinating the advocacy activities and initiatives at all governance levels.
- Reporting, Monitoring and Evaluation-Have a way to assess the impact of advocacy activities and sharing of lesson learnt both regionally and nationally.
- Assess risks-Countries are unique and need to respond to changes that might occur along the process. Embracing change along the process of implementation to ease cooperation and ownership by stakeholders, policy makers and the citizens.

Plaidoyer de la société civile pour l'augmentation des fonds domestiques en faveur de la santé en Côte d'Ivoire



**Par
Mr KRA Kouamé Constantin**



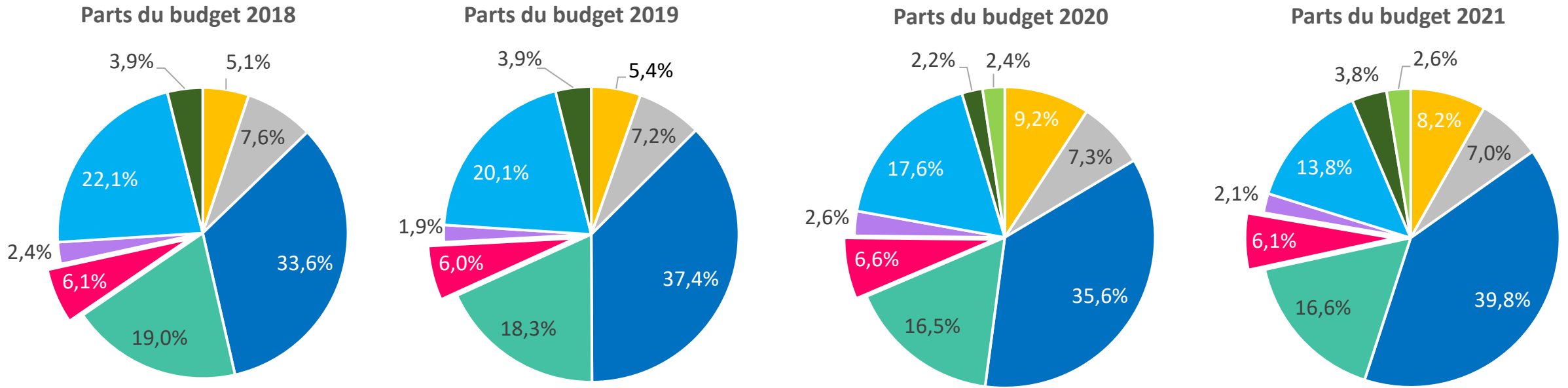
Présentation des OSC formés au financement de la santé



- 20 OSC à Abidjan et dans les localités ont été formées sur le plaidoyer budgétaire;
- 5 sessions de formation
- Thèmes abordés: Budget, Économie de la santé, Accès à l'information, CSU, Couverture maladie universelle, Plaidoyer budgétaire;
- Participation d'experts du ministère de la santé (DAAF), du GFF, de la CMU.
- Décernement de certificats de participation aux bénéficiaires.



Évolution de la composition du budget en Côte d'Ivoire, par secteurs (pourcentages)



- Pouvoirs publics, organes de souveraineté et gouvernance
- Administration générale et développement économique
- Santé et action sociale
- Développement des infrastructures et équipements collectifs
- Environnement, cadre de vie et protection de la nature

- Défense, sécurité et justice
- Enseignement, formation et recherche
- Culture, jeunesse, sports et loisirs
- Production, développement industriel et commercial

Source des données: Loi de Finances 2018-2019-2020-2021

Évolution du financement de la lutte contre le paludisme par rapport au Budget du Min de la santé et du Budget de l'Etat



	Budget de l'Etat FCFA	Budget du Min Santé FCFA	Budget Palu FCFA
2018	6 756 300 000 000	354 612 234 977	24 300 000 000
2019	7 334 343 007 906	382 607 690 891	32 458 700 000
2020	8 415 390 885 808	349 073 339 775	40 567 260 848
2021	8 398 915 101 508	414 254 898 441	37 579 939 105
2022	9 901 072 348 791	442 547 257 221	15 632 281 024
Variation %	46,54%	24%	- 35,6%

Activités des OSC en matière de plaidoyer pour l'augmentation des ressources alloués pour la santé (PF et paludisme)



Problèmes

- Non respect du partenariat de Ouagadougou = augmentation de 10% chaque année du montant alloué à l'achat de produits contraceptif;
- Confusion dans la ligne budgétaire attribuée à l'achat des PC.

Actions de plaidoyer

- Pétition en ligne pour l'augmentation du budget alloué à l'achat des PC;
- Réunion périodiques avec les représentants du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Commission d'Accès à l'Information d'intérêt public et aux Documents Publics, Trésor public, Ministère du budget



Activités des OSC en matière de plaider pour l'augmentation des ressources alloués pour la santé (PF et paludisme)

Problèmes

- Paiement par performance des acteurs de santé les amène à garder par devers eux les quantités d'intrants à donner aux agents communautaires;
- Les ASC ne reçoivent pas assez d'intrants alors que seulement 44% de la population vit à moins de 5 km d'un centre de santé (source: PNDS 2016-2020);
- Un décret pris afin de permettre aux ASC de disposer des intrants suffisants pour les prises en charges n'est pas respecté.

Plaidoyer


- L'action de plaider a consisté à travailler avec les partenaires afin que le décret soit effectivement appliqué;
- Les représentants communautaires de ASAPSU travaillent en partenariat avec ASC et les partenaires techniques et financiers pour que le décret soit effectivement appliqué.

Enseignements tirés et recommandations

Enseignements

- Un intérêt pour les OSC d'approfondir leurs connaissances et améliorer leurs actions de plaidoyer budgétaire;
- Un potentiel avéré des OSC impliquées dans le plaidoyer à divers niveaux;
- Le plaidoyer aux niveaux des régions peuvent avoir de l'impact au niveau national;
- Le Budget programme est une opportunité pour le plaidoyer budgétaire.

Recommandations

- Élargir la base du plaidoyer en étendant la formation aux organisations aux niveaux des régions;
 - Étendre le projet sur minimum 2 à 3 ans pour avoir plus de résultats et d'impacts.
- 





Plaidoyer de la société civile pour l'augmentation des fonds domestiques en faveur de la santé au Togo

Par
ZEKPA Apoté Tovinyéawu

Introduction

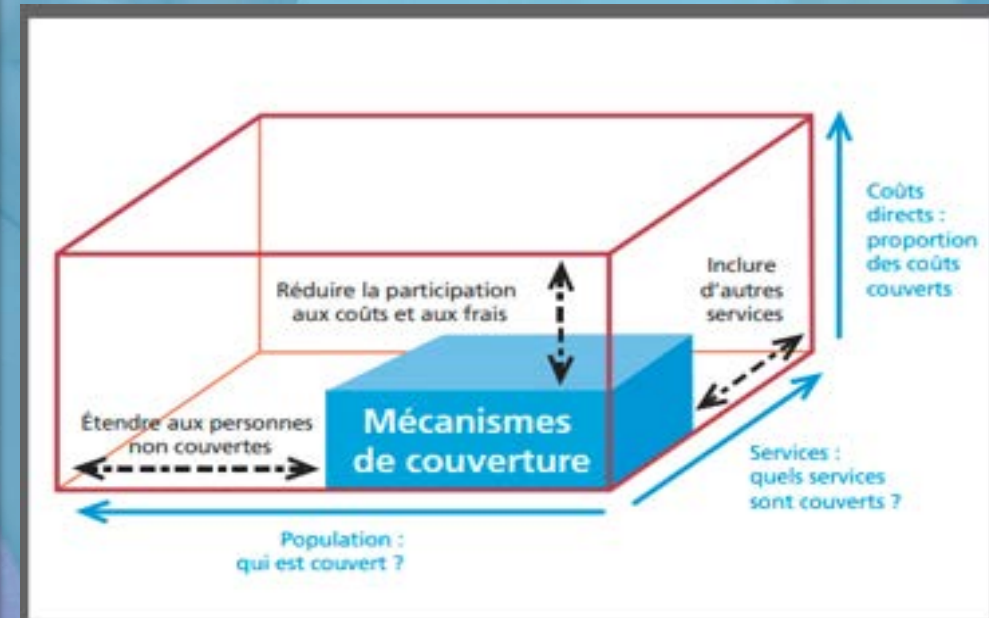
- Pour rappel les Organisations de la Société Civile engagées dans les activités de lutte contre le paludisme doivent avoir une expertise soit dans la prévention, le traitement, la communication, **le plaidoyer** et/ou le suivi-évaluation ou encore de la défense des priorités des communautés qu'elles représentent.
- La mobilisation de ressources endogènes et l'implication effective des OSC dans le suivi des programmes de santé restent un défi majeur dans le domaine de la santé en particulier dans la lutte contre le paludisme au Togo.
- De mars en août 2021, avec l'appui technique et financier des partenaires par le biais de l' Impact Santé Afrique, 20 OSC identifiées au Togo ont été bénéficiaires du programme de formation et d'appui continu sur le financement de la santé et la Couverture Santé Universelle.

PROGRAMME DE FORMATION ET D'APPUI CONTINU DES OSC SUR LE FINANCEMENT DE LA SANTE ET LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE



20 OSC outillées sur

le plaidoyer en faveur du financement de la santé et la CSU



PRÉSENTATION DES OSC FORMÉES SUR LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ ET LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE EN 2021

N°	Nom de l'Organisation	Siège social
1	Réseau des Champions pour le Financement Adéquat de la Santé au Togo (RCPFAS-Togo)	Grand Lomé
2	ONG JVS (Le Jourdain– Vie et Santé)	Région Maritime
3	ONG Santé et Action Globale	Grand Lomé
4	ONG Afrique Solidarité Internationale-Togo (A.S.I-TOGO)	Grand Lomé
5	Appui au développement et la santé communautaire (ADESCO)	Région Centrale
6	Réseau des Associations de Personnes Vivant avec le VIH au Togo (RAS+ Togo)	Grand Lomé
7	ONG Arc-en-ciel	Grand Lomé
8	FEDIA	Grand Lomé
9	CRIPS Togo	Grand Lomé
10	ONG Action-Genre-Identité et Responsabilité (AGIR)	Grand Lomé
11	Aides médicales et Charité (AMC)	Grand Lomé
12	SOS-Vita	Région des Plateaux
13	ATPDC	Région des Plateaux
14	Society for Women And Aids in Africa (SWAA-TOGO)	Grand Lomé
15	ONG Espoir Vie-Togo	Grand Lomé
16	Action Santé pour Tous (AST)	Grand Lomé
17	CMS Espoir Vie Vue (E2V)	Grand Lomé
18	POSCVI-TOGO	Grand Lomé
19	APEB	Région Maritime
20	AV-Jeunes	Grand Lomé

MOBILISATION DE RESSOURCES ENDOGÈNES EN FAVEUR DE LA SANTÉ/PALUDISME



- ✓ Plaidoyer des OSC auprès des 117 communes du Togo pour le financement de la santé
- ✓ Plaidoyer des OSC auprès du Ministère de tutelle des collectivités locales pour une prise en compte du financement de la santé des communes dans sa lettre de cadrage
- ✓ Existence d'une ligne sur le NFM3 pour le diagnostic et le renforcement de capacité des OSC en mobilisation de ressources endogènes en faveur du VIH/Sida, du paludisme et de la tuberculose
- ✓ Plan de plaidoyer des OSC formées pour la mobilisation de ressources endogènes en faveur de la santé



ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET RECOMMANDATIONS



- ✓ Rechercher les stratégies et moyens pour rentrer en relation et collaborer avec d'autres acteurs qui travaillent aussi déjà pour l'augmentation du budget de la santé ;
- ✓ Créer une plateforme WhatsApp élargie aux autres acteurs de la société civile pour les partages d'information sur les réunions stratégiques participées et les feedbacks des représentants des OSC à des rencontres ;
- ✓ Rechercher les meilleures stratégies pour interagir avec les acteurs gouvernementaux à travers l'organisation des foras ou des panels ;
- ✓ Constituer un réseau soudé ou consortium légal des OSC pour faire porter les messages de plaidoyer en matière de la CSU ;



ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET RECOMMANDATIONS



- ✓ Elaborer un mémorandum ou document pour exprimer les idées, propositions et suggestions en matière de CSU à l'endroit du Gouvernement et acté par tous les participants et l'adressé à qui e droit ;
- ✓ Organiser un renforcement de capacités des OSC porteurs de plaidoyer sur l'appréhension de la CSU en réalisant en amont un diagnostic permettant d'identifier les besoins ;
- ✓ Mobiliser des ressources pour la mise en œuvre du plan de plaidoyer des OSC en faveur du financement domestique.





THANK YOU FOR YOUR ATTENTION





OPEN DISCUSSION



Community Led Monitoring - a Technical guide for HIV, Tuberculosis and Malaria Programming

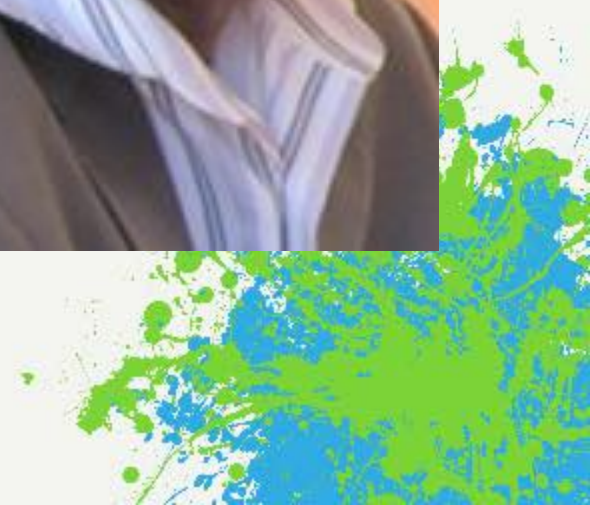
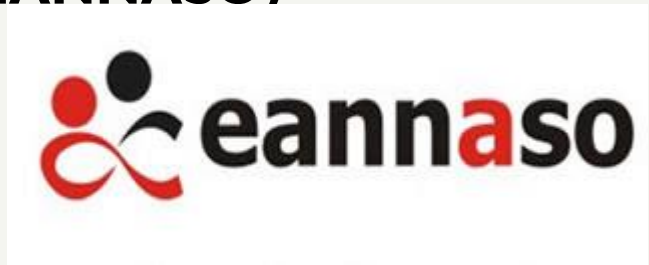


Mr. Onesmus Mlewa Kalama

Interim Executive Director

**Eastern Africa National Networks of AIDS
Service Organisations (EANNASO)**

Kenya





Community Led Monitoring - a Technical guide for HIV, Tuberculosis and Malaria Programming



[Video of Mr. Onesmus Mlewa Kalama](#)



COMMUNITY LED MONITORING – A TECHNICAL GUIDE FOR HIV, TB AND MALARIA PROGRAMMING

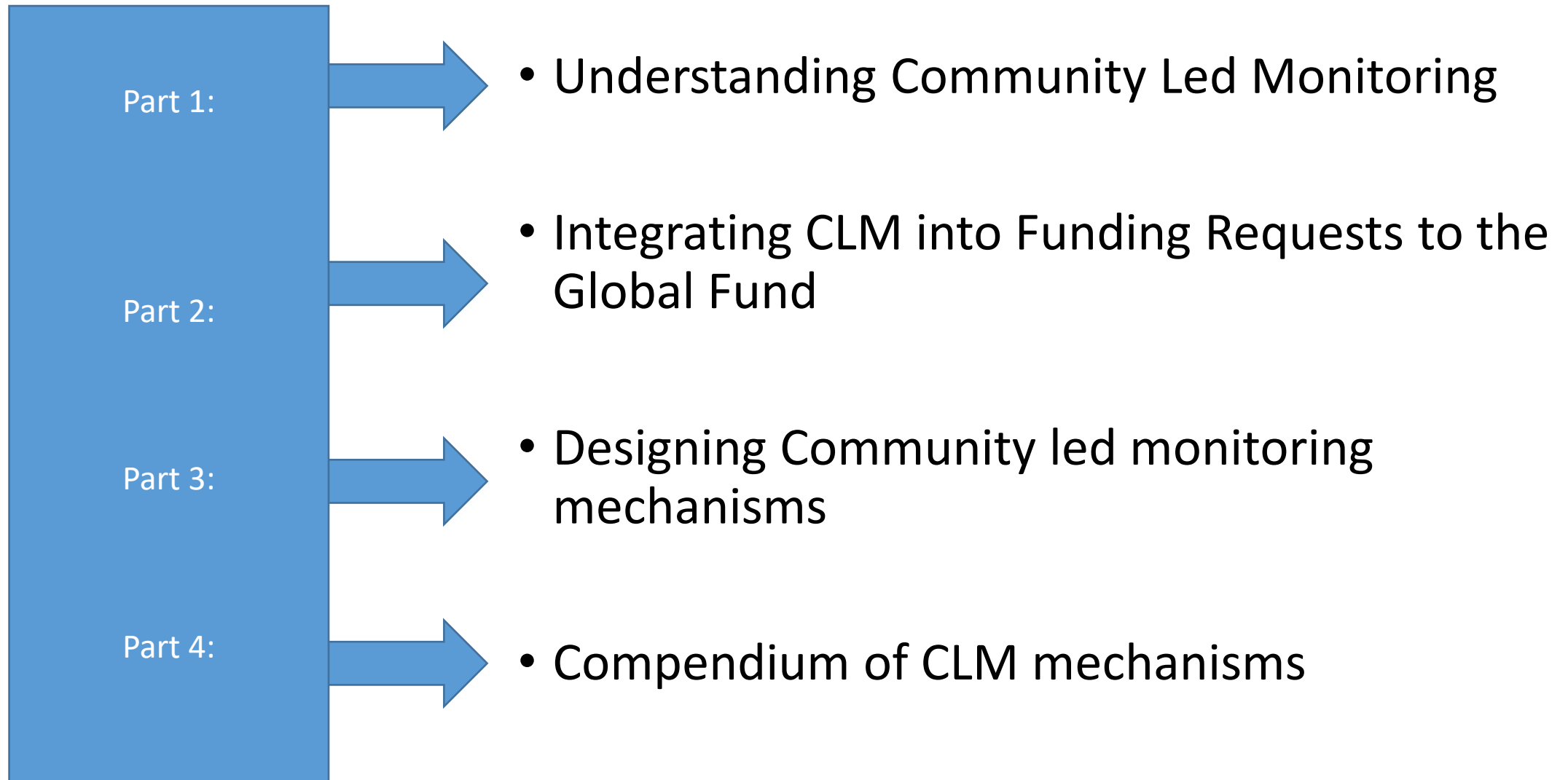
Presenter: Onesmus Mlewa
Interim Executive Director - EANNASO



Why the CLM Guide

- Communities are the front runners in the fight against Malaria, TB and HIV
- Communities are the game changers, they offer valuable lived experiences, expertise and leadership in program design, management, implementation and oversight
- Communities are best placed to monitor acceptability, availability, accessibility, affordability and quality of services provided at the community
- With their lived experiences, communities have the capacity to respond and develop lasting solutions most acceptable to beneficiaries

How the toolkit is segmented



Part 1: Understanding Community Led Monitoring

- The section defines what is community led monitoring
- The section also outlines the principles of CLM are elaborated in this section
 - CLM is about community empowerment
 - CLM is community led and driven
 - CLM is objective and transparent
 - CLM is collaborative
 - CLM is action oriented
 - CLM promotes accountability for health investments and results
 - CLM is complementary





Part 2: Integrating CLM into Funding Requests to the Global Fund

- Overview of integrating CLM in GF funding cycle
- Understanding the GF funding cycle



Note: CLM is value add and relevant at every stage of the funding cycle

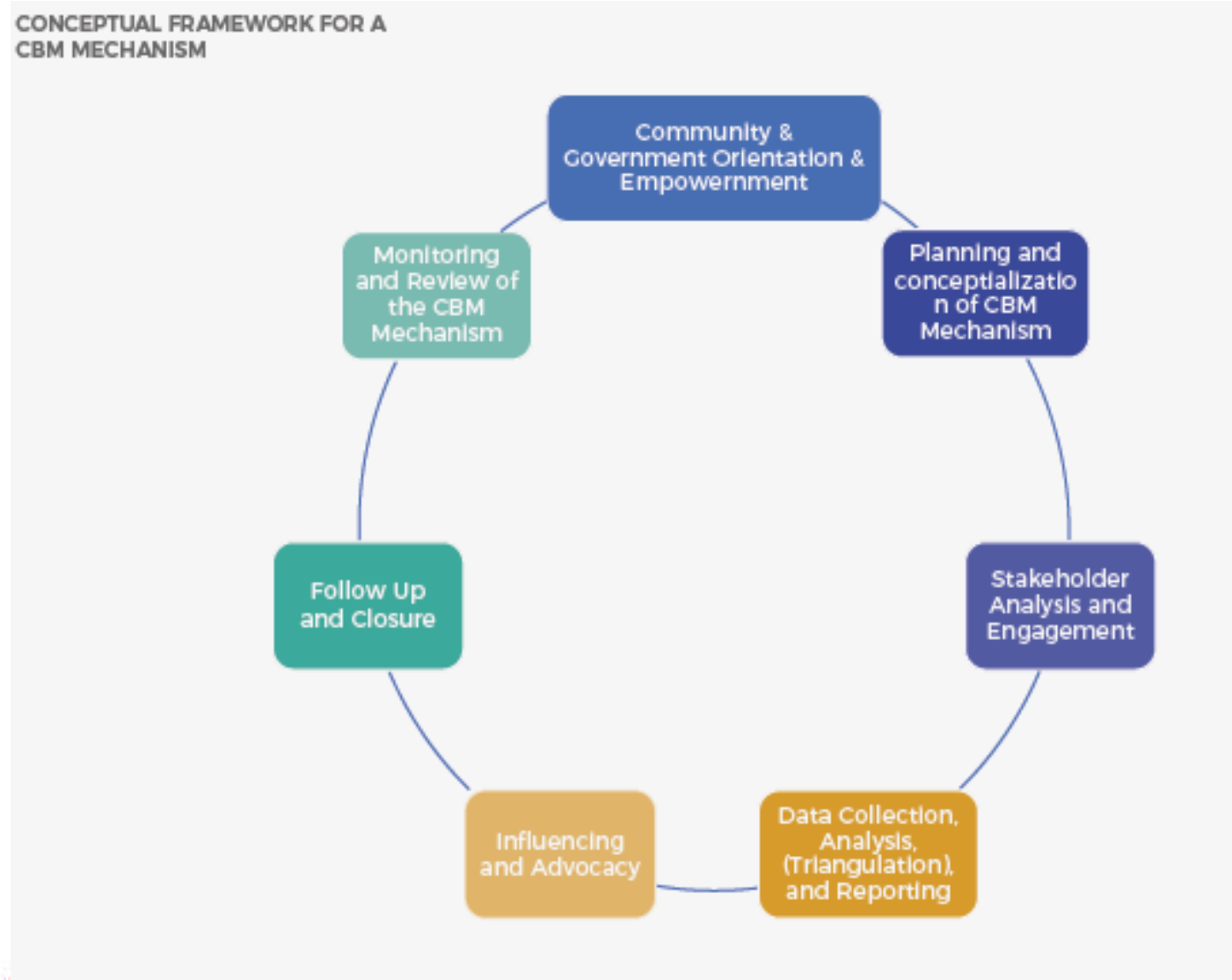
TABLE 1: ENTRY POINTS FOR INTEGRATING CBM INTO FUNDING REQUESTS TO THE GLOBAL FUND

					
PROGRAM REVIEWS	NSP DEVELOPMENT	FUNDING REQUEST DEVELOPMENT	TECHNICAL REVIEW PANEL (TRP)	GRANT MAKING	GRANTS APPROVALS COMMITTEE (GAC)
<ul style="list-style-type: none"> Does the scope of program review include community systems ? Does the review include an assessment of (i) access to services (ii) quality of services (iii) Gender and Human rights barriers to services Are civil society and communities of PLHIV, TB, Malaria and their Key Populations meaningfully engaged in consultative dialogues? Does the review provide for civil society specific and or communities specific consultations? Does the review recommend community based interventions of how to address issues of access, quality and barriers affecting services? 	<ul style="list-style-type: none"> Are CSOs and communities meaningfully engaged in the consultations and dialogue sessions for the NSP? Is there a TWG for community responses and systems strengthening? Is there dedicated expertise to support the development of (i) community responses and (ii) interventions for community systems strengthening including CBM? Are there explicit community responses and community systems strengthening interventions recommended within the NSP? 	<ul style="list-style-type: none"> Are CSOs and communities meaningfully engaged in the consultations and dialogue sessions? Are they represented within the TWGs? Does the CCM have dedicated TA for the community engagement, and community systems strengthening? Are there explicit community responses and community systems strengthening interventions recommended within the Funding Request? Is CBM among the recommended interventions under CSS? Is your CBM model comprehensively designed and costed? Have you recommended possible locations where the CBM mechanisms can be rolled out, and the implementing partners? 	<ul style="list-style-type: none"> Do any of the TRP comments received relate to CBM? Do you have adequate expertise within the country to respond to CBM questions? Lead and CSS consultants should be available to help the CCM in respond to CBM related questions 	<ul style="list-style-type: none"> Which representatives of CS and communities including CCM members are participating in the grant making phase? Do those participating have adequate understanding of CBM Which organizations have been proposed as implementers of CBM mechanisms? Are the proposed implementing organizations (SRs and SSRs) community led organisations? Where there are no community led organisations, which ones are best placed to implement CBM interventions? Are workplans for CBM well defined? Are CBM mechanisms well budgeted for? 	<ul style="list-style-type: none"> Do any of the comments received from the GAC relate to CBM? Do you have adequate expertise within the country to respond to CBM questions? Lead and CSS consultants should be available to help the CCM respond to CBM related questions

Opportunities for integrating CLM to Global Fund Cycle



Part 3: The 7 stages in designing CLM mechanisms



Part 4: Examples of CLM Mechanisms/models

EANNASO has developed a compendium of CLM mechanisms that can be accessed at the following link:

- <https://cbms.eannaso.org/>
- <https://eannaso.org/mdocs-posts/cbm-guide-report/>

Contact us at

- eannaso@eannaso.org
- kalama@eannaso.org
- mugishagwe@eannaso.org
- chagama@eannaso.org

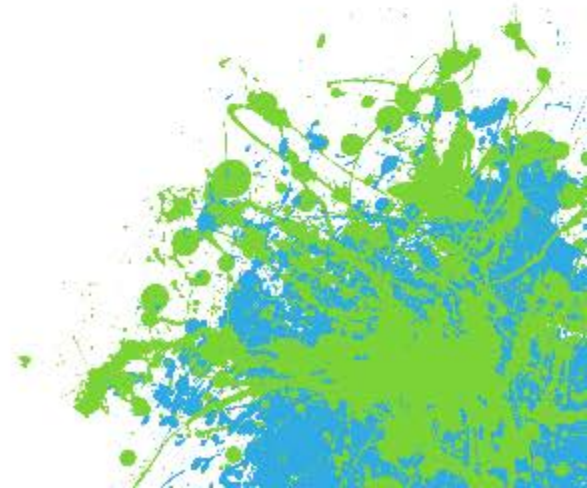


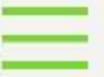
Use *Mentimeter* to give your opinion

1. Click to this link and go to www.menti.com
2. Give your opinion in the box reserved for the questions asked



Results / Resultats





Closing remarks

CS4ME





CS4ME

CIVIL SOCIETY FOR MALARIA ELIMINATION

THANK YOU ALL
WE LOOK FORWARD TO WORK WITH ALL OF YOU

www.cs4me.org

[Facebook](#) [Twitter](#)