

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DELEGATION REGIONALE DU CENTRE

GROUPE TECHNIQUE REGIONAL DU
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE
LE PALUDISME



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

REGIONAL DELEGATION FOR THE
CENTRE

REGIONAL TECHNICAL GROUP OF THE
NATIONAL MALARIA CONTROL
PROGRAM

RAPPORT TRIMESTRIEL D'ACTIVITÉS

PREMIER TRIMESTRE 2026

(Janvier – Février – Mars 2026)

GTRLP — CENTRE

SOMMAIRE

	LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	3
	RÉSUMÉ EXÉCUTIF	4
I.	INTRODUCTION ET CONTEXTE	6
II.	CADRE INSTITUTIONNEL ET MISSIONS DU GTRLP CENTRE	7
III.	ACTIVITÉS DE COORDINATION ET DE PILOTAGE PROGRAMMATIQUE	9
IV.	INDICATEURS DE PERFORMANCE ET DE SURVEILLANCE	13
4.1	Complétude et promptitude des rapports DHIS2	13
4.2	Prévention du paludisme chez la femme enceinte	16
4.3	Prévention du paludisme chez le nourrisson	19
4.4	Diagnostic parasitologique du paludisme	21
4.5	Prise en charge thérapeutique	23
4.6	Morbidité, mortalité et indicateurs épidémiologiques	25
V.	ACTIVITÉS DE FORMATION, RECHERCHE ET RENFORCEMENT DES CAPACITÉS	28
VI.	JOURNÉE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2026	30
VII.	PARTENARIATS ET COLLABORATIONS INSTITUTIONNELLES	32
VIII.	DIFFICULTÉS, LEÇONS APPRISSES ET RECOMMANDATIONS	33
IX.	PERSPECTIVES POUR LE T2 2026	35
X.	CONCLUSION GÉNÉRALE	36

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACT	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
APPACE	Amicale des Points Focaux Paludisme du Centre
ASCp	Agent de Santé Communautaire polyvalent
CPN	Consultation Périnatale
CTV	Comité Technique de Validation
DHIS2	District Health Information System (version 2)
DRSP	Délégation Régionale de la Santé Publique
DS	District de Santé
DTC + HepB3 + Hib2	Vaccin combiné contre Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite B et Haemophilus influenzae type b
ECD	Équipe Cadre de District
FEE	Femme Enceinte
FOSA	Formation Sanitaire
FRPS	Fonds Régional pour la Promotion de la Santé
GE	Goutte Épaisse
GTRLP	Groupe Technique Régional de Lutte contre le Paludisme
ISDC	Interventions de Santé à Base Communautaire
JMLP	Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme
MILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSCD	Organisation de la Société Civile de Développement
PEC	Prise En Charge
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
RMA	Rapport Mensuel d'Activités
SMNI	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TPI3 / TPIIn	TPI 3e dose / TPI nourrisson
UCSFMP	Unité de Coordination du Sous-récepteur FM Paludisme
VAD	Visite à Domicile

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Le présent rapport dresse le bilan exhaustif des activités déployées par le Groupe Technique Régional de Lutte contre le Paludisme du Centre au cours du premier trimestre 2026, couvrant la période du 1er janvier au 31 mars 2026. Il consolide les performances enregistrées dans les 33 districts de santé de la Région du Centre, totalisant 2 170 formations sanitaires et une population estimée à 5 882 711 habitants.

Sur le plan opérationnel, ce trimestre a été marqué par une intensification des activités de coordination programmatique : production de notes de service, supervisions formatives, monitoring rapproché des bons de commande d'intrants antipaludiques, génération de rapports de surveillance hebdomadaires (S1 à S13), élaboration de rapports mensuels ISDC, et préparation active de la 19^e Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme tenue le 25 avril 2026.

Indicateurs clés de performance — T1 2026

Indicateur clé	Valeur T1 2026	Cible
Complétude RMA dans DHIS2	87,3 %	≥ 95 %
Promptitude RMA dans DHIS2	42,3 %	≥ 80 %
Couverture TPI3 chez la FEE	40,6 %	≥ 80 %
Couverture MILDA chez la FEE	73,8 %	≥ 90 %
Couverture TPIn3 chez le nourrisson	44,4 %	≥ 80 %
Taux de testing des cas suspects	81,8 %	≥ 95 %
Part du TDR dans le diagnostic	66,3 %	≥ 50 %
ACT 1 ^{re} intention pour cas simples	89,8 %	≥ 95 %
Artésunate inj. pour cas graves	70,3 %	≥ 90 %
Mortalité palustre régionale	0,6 / 100 000 hab.	Réduction

Faits saillants du trimestre

- La complétude régionale des rapports dans DHIS2 s'établit à 87,3 % avec une stabilité mensuelle (87,5 % en janvier, 88,0 % en février, 86,4 % en mars), tandis que la promptitude reste préoccupante à 42,3 %, traduisant un défi structurel de respect des délais de saisie au niveau des FOSA et des districts.
- La prévention du paludisme chez la femme enceinte affiche un taux de couverture en TPI1 satisfaisant (79,0 %) mais une chute critique vers le TPI3 (40,6 %), soit un gap de 38,4 points, signalant un défi majeur d'observance et de continuité des CPN.
- Le paludisme demeure la première cause de morbidité dans la région, avec 115 823 cas suspects enregistrés et 71 119 cas confirmés sur le trimestre, soit une morbidité proportionnelle de 14,1 % et une incidence de 48,4 cas pour 1 000 habitants.

- La mortalité palustre enregistrée s'élève à 9 décès officiellement notifiés au niveau régional, soit une létalité de 0,01 % et un taux de mortalité de 0,6 décès pour 100 000 habitants.
- Les activités programmatiques majeures du trimestre incluent la distribution de 2 149 registres de paludisme aux 33 districts (avril 2026, en application de la Lettre N°418 du PNLP), la finalisation du Plan de Formation, et le déploiement du suivi des bons de commande d'intrants couvrant 2 165 FOSA.

Recommandations stratégiques prioritaires

- Activer un plan de redressement de la promptitude DHIS2 ciblant prioritairement les districts à promptitude inférieure à 30 % (Ayos 8,7 %, Ebebda 20,0 %, Esse 23,1 %, Yoko 23,6 %, Obala 24,5 %, Nanga Eboko 26,1 %).
- Renforcer le continuum CPN1 → TPI3 par une supervision formative orientée résultats dans les 10 districts à plus faible couverture TPI3 (Yoko 19,5 %, Odza 21,0 %, Ngoumou 26,0 %, Okola 27,3 %, Mfou 30,8 %, Awae 30,4 %, Mbandjock 31,1 %, Obala 33,5 %, Elig Mfomo 36,8 %, Biyem Assi 37,3 %).
- Investiguer les anomalies de couverture TPIIn dans les districts urbains à très faible couverture (Efoulan 5,4 %, Nkolafamba 13,5 %, Yoko 13,2 %, Odza 12,0 %) pour identifier les causes structurelles (rupture d'intrants, défaillance d'enregistrement, mobilité des populations).
- Capitaliser les acquis méthodologiques du suivi des bons de commande pour les généraliser aux outils de pilotage stratégique de la Région à compter du T2 2026.

I. INTRODUCTION ET CONTEXTE

1.1. Contexte général de la lutte contre le paludisme au Cameroun

Le paludisme demeure la première cause de morbidité et de mortalité au Cameroun, particulièrement chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Selon les données du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), il représente près d'un tiers des consultations dans les formations sanitaires et constitue une charge majeure sur le système de santé. La Région du Centre, qui abrite la capitale politique Yaoundé, concentre une part substantielle de la population et des cas notifiés à l'échelle nationale, du fait de sa densité démographique et de la diversité de ses contextes épidémiologiques (zones urbaines hyperendémiques, zones rurales d'endémie variable).

Dans le cadre du Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme et conformément aux orientations de la stratégie mondiale de l'OMS pour le paludisme 2016–2030, le Cameroun s'est engagé sur la voie de la pré-élimination, en mettant l'accent sur le renforcement des capacités opérationnelles aux niveaux régional, district et communautaire. Le Groupe Technique Régional de Lutte contre le Paludisme constitue à cet égard le bras opérationnel du PNLN au niveau régional, chargé de la coordination, du suivi-évaluation et de la mise en œuvre des interventions sur le terrain.

1.2. Cadre du rapport

Le présent rapport trimestriel s'inscrit dans le système de redevabilité programmatique du GTRLP Centre vis-à-vis du PNLN, de la DRSP du Centre. Il vise à :

- Présenter de manière exhaustive les activités menées par le GTRLP Centre du 1er janvier au 31 mars 2026 ;
- Analyser les indicateurs de performance et de surveillance épidémiologique du paludisme dans la Région du Centre, par district de santé ;
- Identifier les écarts par rapport aux cibles programmatiques et formuler des recommandations opérationnelles ;
- Documenter les leçons apprises et tracer les perspectives pour le second trimestre 2026.

Le rapport mobilise plusieurs sources de données : la plateforme DHIS2 (rapports mensuels d'activités saisis par les FOSA), les rapports de supervision communautaire ISDC produits avec Plan International Cameroun pour 14 districts, les notes de service et procès-verbaux internes du GTRLP Centre, ainsi que les outils de suivi spécifiquement développés (matrice des bons de commande pour 2 165 FOSA, base de monitoring des activités hebdomadaires).

1.3. Méthodologie d'analyse

L'analyse s'appuie sur les indicateurs prioritaires du PNLP, structurés autour de quatre axes :

- Axe 1 — Surveillance épidémiologique : complétude et promptitude DHIS2, morbidité, mortalité, incidence, létalité, taux de positivité ;
- Axe 2 — Prévention : couverture en TPI (femme enceinte), TPIIn (nourrisson) et MILDA dans les groupes vulnérables ;
- Axe 3 — Diagnostic : taux de testing des cas suspects, part TDR dans le diagnostic, taux de positivité ;
- Axe 4 — Prise en charge thérapeutique : conformité aux protocoles (ACT 1^{re} intention pour les cas simples, artésunate injectable pour les cas graves).

Les données ont été extraites de DHIS2 le 30 avril 2026 et consolidées avec les rapports communautaires Plan International / ISDC. Les indicateurs sont calculés selon les définitions opérationnelles du PNLP. Les seuils d'alerte sont définis sur la base des cibles du Plan Stratégique National et des recommandations OMS.

II. CADRE INSTITUTIONNEL ET MISSIONS DU GTRLP CENTRE

2.1. Positionnement institutionnel

Le Groupe Technique Régional de Lutte contre le Paludisme du Centre est une structure technique placée sous l'autorité du Délégué Régional de la Santé Publique du Centre, fonctionnellement rattachée à l'Unité de Coordination du Sous-réceptaire Fonds Mondial Paludisme (UCSFMP) du PNLN. Il assure le maillon intermédiaire de la pyramide programmatique de la lutte antipaludique entre le niveau national (PNLN) et le niveau opérationnel (Districts de Santé et formations sanitaires).

Conformément au Manuel de Procédures du PNLN, le GTRLP Centre a pour mandat de coordonner, superviser et évaluer la mise en œuvre des interventions de prévention, de diagnostic, de prise en charge et de surveillance du paludisme dans les 33 districts de santé que compte la Région du Centre, couvrant 2 170 formations sanitaires.

2.2. Missions principales

- Coordonner la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités du PNLN dans le Centre ;
- Assurer la disponibilité, l'allocation et la traçabilité des intrants antipaludiques (ACT, artésunate injectable, TDR, MILDA, SP) dans l'ensemble des districts ;
- Superviser et appuyer techniquement les Équipes Cadres de District (ECD) et les Points Focaux Paludisme dans la conduite des activités ;
- Coordonner la surveillance épidémiologique du paludisme et la production des rapports périodiques (hebdomadaires, mensuels, trimestriels) ;
- Renforcer les capacités des prestataires de santé sur les protocoles thérapeutiques, les outils de gestion et les systèmes d'information sanitaire ;
- Représenter le PNLN dans les instances régionales de coordination sectorielle et auprès des partenaires techniques et financiers ;
- Élaborer, exécuter et rendre compte des activités liées aux campagnes nationales (JMLP, distributions de masse de MILDA, campagnes vaccinales).

2.3. Composition de l'équipe et organisation interne

Au cours du premier trimestre 2026, le GTRLP Centre a fonctionné avec une équipe technique pluridisciplinaire structurée autour des fonctions suivantes :

- Coordination programmatique (Coordonnateur, Coordonnateur adjoint) ;
- Suivi-évaluation et gestion des données (Point Focal Suivi-Évaluation, Statisticien) ;
- Prise en charge et gratuité (Point Focal PEC) ;
- Surveillance épidémiologique (Point Focal Surveillance) ;
- Gestion des intrants (Point Focal Logistique) ;

- Communication et mobilisation sociale (Point Focal Communication) ;
- Coordination communautaire (Point Focal Communautaire) ;
- Appui administratif et secrétariat.

2.4. Couverture géographique

La Région du Centre est subdivisée en 33 districts de santé qui se répartissent entre la zone urbaine de Yaoundé (Biyem Assi, Cité Verte, Djoungolo, Efoulan, Mvog-Ada, Nkolbisson, Nkolndongo, Odza) et les zones rurales et semi-rurales du reste du territoire régional. Cette diversité épidémiologique impose une approche modulée de la lutte antipaludique, tenant compte des spécificités locales en matière de transmission vectorielle, de comportements de recours aux soins et d'accessibilité géographique aux structures sanitaires.

Sur les 33 districts, 14 bénéficient en outre de l'appui de Plan International Cameroun en qualité de sous-réциpiendaire communautaire dans le cadre du financement Fonds Mondial, à travers le déploiement de 733 ASCp polyvalents dans les communautés. Ces 14 districts ISDC sont : Akonolinga, Awae, Ayos, Bafia, Ebebda, Eseka, Esse, Evoudoula, Mbankomo, Nanga-Eboko, Ndikinimeki, Ngoumou, Ntui et Soa.

III. ACTIVITÉS DE COORDINATION ET DE PILOTAGE PROGRAMMATIQUE

Le premier trimestre 2026 s'est caractérisé par une intensification soutenue des activités de coordination programmatique du GTRLP Centre. Ces activités se sont déployées sur quatre axes complémentaires : (i) la production normative et administrative à travers les notes de service ; (ii) le pilotage logistique des intrants antipaludiques ; (iii) le suivi rapproché de l'opérationnalisation des directives nationales ; et (iv) la consolidation du système d'information sanitaire.

3.1. Production de notes de service et instruments administratifs

Le GTRLP Centre a produit et diffusé plusieurs notes de service au cours du trimestre, formalisant les directives techniques et programmatiques destinées aux Chefs de District, aux Responsables de FOSA et aux Coordonnateurs des OSCD. Ces instruments administratifs constituent le canal officiel de cascade des décisions du PNLP et de la DRSP au niveau opérationnel.

Tableau 1. Principales notes de service et instructions produites par le GTRLP Centre — T1 2026

Période	Référence / Objet	Destinataires
Janvier 2026	Note de service relative à la mise en œuvre des instructions ministérielles sur la gratuité de l'ASAQ — Lots 23E011, 23E012, 23E013 rendus gratuits — Approvisionnement ASCp et distribution SP aux FOSA	Chefs DS, FOSA, OSCD
Février 2026	Note de service portant prescription préférentielle de l'artésunate injectable dans le cadre du programme Chèque Santé pour le paludisme grave	Chefs DS, FOSA
Mars 2026	Note de service sur le surdiagnostic et le surtraitement du paludisme grave — Rappel des protocoles thérapeutiques de référence	Chefs DS, ECD, FOSA
Mars 2026	Note de service relative à la session d'information CRID — Projet Guardian™ contre les vecteurs résistants aux pyréthrinoides (DS de Mbandjock)	Acteurs DS de Mbandjock
Mars 2026	Note de service portant suivi du dépôt des bons de commande d'intrants antipaludiques — Date limite 26 mars 2026	Chefs DS
T1 2026	Notes de cascade des directives PNLP (lettres reçues du Secrétariat Permanent) — Diffusion vers les 33 DS	Chefs DS, PF Paludisme

3.2. Pilotage logistique des intrants antipaludiques

3.2.1. Outil de suivi des bons de commande des FOSA

Le GTRLP Centre a poursuivi au cours du trimestre l'exploitation et la maintenance d'un outil Excel de suivi des bons de commande, développé pour assurer la traçabilité dynamique des commandes d'intrants antipaludiques émises par les 2 165 FOSA recensées dans la carte sanitaire actualisée de la Région.

Tableau 2. Caractéristiques techniques de l'outil de suivi des bons de commande

Caractéristique	Description
Nombre de FOSA couvertes	2 165
Nombre de feuilles Excel	8 onglets fonctionnels
Nombre de formules de calcul	17 586 formules dynamiques
Période de couverture	Mensuel + analyse annuelle 2026
Indicateurs suivis	Quantités commandées, livrées, consommées, taux de couverture
Alertes automatiques	Ruptures de stock anticipées par FOSA et DS
Niveau d'agrégation	FOSA → Aire de Santé → DS → Région

3.2.2. Monitoring du dépôt des bons de commande pour mars 2026

Le GTRLP Centre a mis en place au cours du trimestre un dispositif de monitoring quotidien du dépôt des bons de commande par les districts de santé, avec diffusion par WhatsApp de la situation. Le suivi a porté en particulier sur la période de fin mars 2026, avec date limite de dépôt fixée au 26 mars 2026. Les rappels successifs ont permis d'augmenter progressivement les taux de soumission, mais ont également mis en évidence des défis structurels persistants, notamment la non-disponibilité dans certains districts des outils standardisés requis (registres, supports de réquisition harmonisés).

3.2.3. Distribution des registres de paludisme aux districts (avril 2026)

En application de la Lettre N°418/L/MINSANTE/SG/UCSFMP/PNLP/SP/SPA/SPSSE du 14 avril 2026, le GTRLP Centre a procédé à la répartition de 2 149 registres de paludisme entre les 33 districts de santé. Cette opération, déclenchée à la fin du T1 et finalisée au tout début du T2, mérite d'être documentée ici car elle s'inscrit dans la continuité du pilotage trimestriel. La répartition a été effectuée proportionnellement au nombre de FOSA par district, sur la base de la Carte Sanitaire 2026 actualisée au 23 mars 2026.

3.3. Production de rapports périodiques de surveillance

Le GTRLP Centre a produit au cours du T1 2026 plusieurs catégories de rapports périodiques, conformément aux exigences de redevabilité du PNLP :

3.3.1. Rapports de surveillance épidémiologique hebdomadaires

Treize rapports hebdomadaires (S1 à S13) ont été produits, couvrant l'ensemble du trimestre. Ces rapports, fondés sur les données extraites de DHIS2, présentent l'évolution hebdomadaire des cas suspects, des cas confirmés, des décès et de la gratuité de la PEC du paludisme grave et simple, par DS et par FOSA. Ils sont diffusés au Coordonnateur du GTRLP, au Délégué Régional de la Santé Publique et aux partenaires.

Au-delà du T1, les rapports des semaines 14 et 15 (avril 2026) ont permis de constater une amélioration significative de la complétude rétrospective pour le mois de mars (passage de 50,3 % à 81,3

%, soit +31 points), avec un total cumulé de 126 634 cas notifiés en S15 contre 94 160 en S14. Cette dynamique de saisie tardive constitue un point de vigilance permanent dans l'analyse des indicateurs.

3.3.2. Rapports mensuels de l'ISDC (Plan International Cameroun)

Trois rapports mensuels ISDC ont été produits pour les mois de janvier, février et mars 2026, couvrant les 14 DS d'intervention et 733 ASCp polyvalents. Ces rapports ont mis en évidence une trajectoire ascendante de la couverture opérationnelle du réseau communautaire :

- Janvier 2026 : 91,7 % d'ASCp actifs, 61 inactifs ;
- Février 2026 : 93,3 % d'ASCp actifs, 49 inactifs ;
- Mars 2026 : 96,7 % d'ASCp actifs, 24 inactifs.

Cette amélioration progressive (+5 points en un trimestre) traduit l'efficacité du dispositif de relance déployé. En revanche, le mois de mars 2026 a été marqué par un signal critique avec l'enregistrement de 3 décès maternels (DS d'Esse, Ntui et Obala), contre zéro au cours des deux mois précédents, un événement qui requiert une investigation approfondie et une réponse coordonnée.

3.3.3. Rapport mensuel de présence et gestion des ressources humaines

Un rapport mensuel de présence des agents du GTRLP Centre a été produit, mettant en évidence un taux de présence global de 52,6 % en février 2026, en légère baisse par rapport à janvier (-3 points). L'analyse révèle qu'environ 44,7 % des journées-homme ne sont pas formellement renseignées, traduisant une difficulté structurelle de l'outil de pointage actuellement utilisé. Une révision de l'outil et de la procédure de pointage est en cours.

3.4. Coordination régionale via l'APPACE

L'Amicale des Points Focaux Paludisme du Centre (APPACE) a été mise en place à travers la tenue de l'Assemblée constitutive de l'Amicale du GTRLP, formalisant le réseau professionnel interne de l'équipe. Les Points Focaux Paludisme jouent un rôle pivot dans le système de surveillance, étant les premiers maillons de la chaîne de validation des données DHIS2 et les relais de proximité entre les FOSA et le niveau régional. Leur engagement collectif constitue un actif stratégique pour la performance du dispositif régional.

IV. INDICATEURS DE PERFORMANCE ET DE SURVEILLANCE

Cette section présente l'analyse approfondie des principaux indicateurs de performance et de surveillance du paludisme dans la Région du Centre au premier trimestre 2026. Les indicateurs sont structurés en six volets thématiques, conformément aux orientations du PNLP et au cadre de suivi du Plan Stratégique National.

4.1. Complétude et promptitude des rapports DHIS2

La complétude (proportion des rapports attendus effectivement saisis) et la promptitude (proportion des rapports saisis dans les délais réglementaires) constituent les deux piliers du système d'information sanitaire. Leur niveau conditionne la fiabilité de l'ensemble des autres indicateurs analysés dans le présent rapport.

4.1.1. Performance régionale globale

Au premier trimestre 2026, sur 6 510 rapports mensuels d'activités attendus pour les 2 170 formations sanitaires des 33 districts de la Région du Centre (3 rapports par FOSA × 3 mois), 5 682 rapports ont été effectivement saisis dans DHIS2, dont 2 755 dans les délais réglementaires. Ces volumes correspondent à un taux de complétude régional de 87,3 % et à un taux de promptitude de 42,3 %.

Figure 1 — Évolution mensuelle du taux de complétude régional (DHIS2) — T1 2026

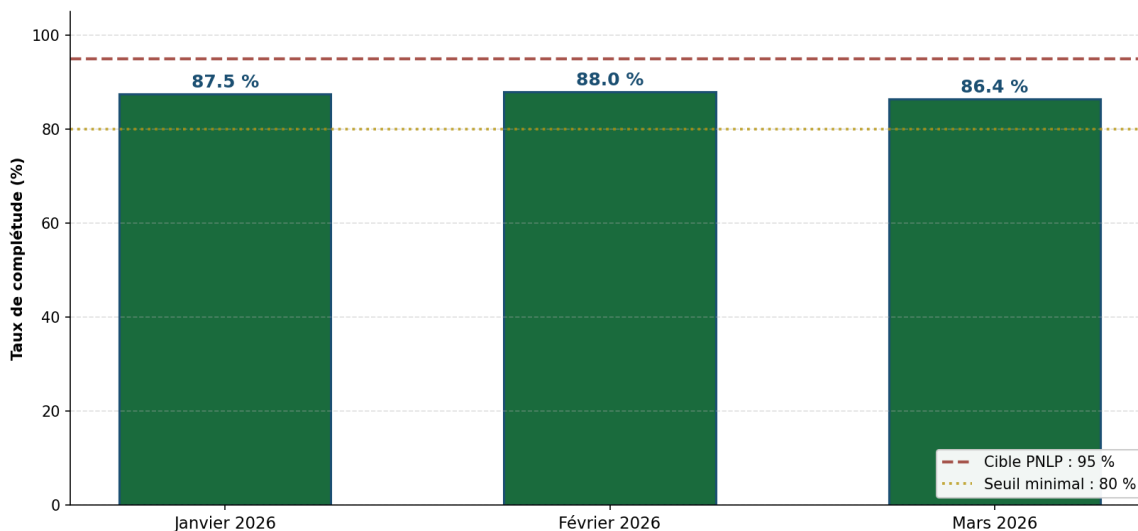


Figure 1. Évolution mensuelle du taux de complétude régional — T1 2026

L'analyse mensuelle (Figure 1) révèle une stabilité des performances autour de 87 % sur l'ensemble du trimestre, avec un pic en février (88,0 %) et un léger fléchissement en mars (86,4 %). Cette stabilité, bien qu'apparente, masque des disparités importantes entre districts qu'il convient d'examiner. La cible programmatique du PNLP étant de 95 %, l'écart constaté de 7,7 points appelle une intervention ciblée. La situation de la promptitude est plus préoccupante : à 42,3 %, elle est très éloignée du seuil

minimum de 80 % recommandé par les normes du PNLP, et signale un dysfonctionnement structurel des circuits de transmission et de validation.

4.1.2. Cartographie thermique mensuelle par district

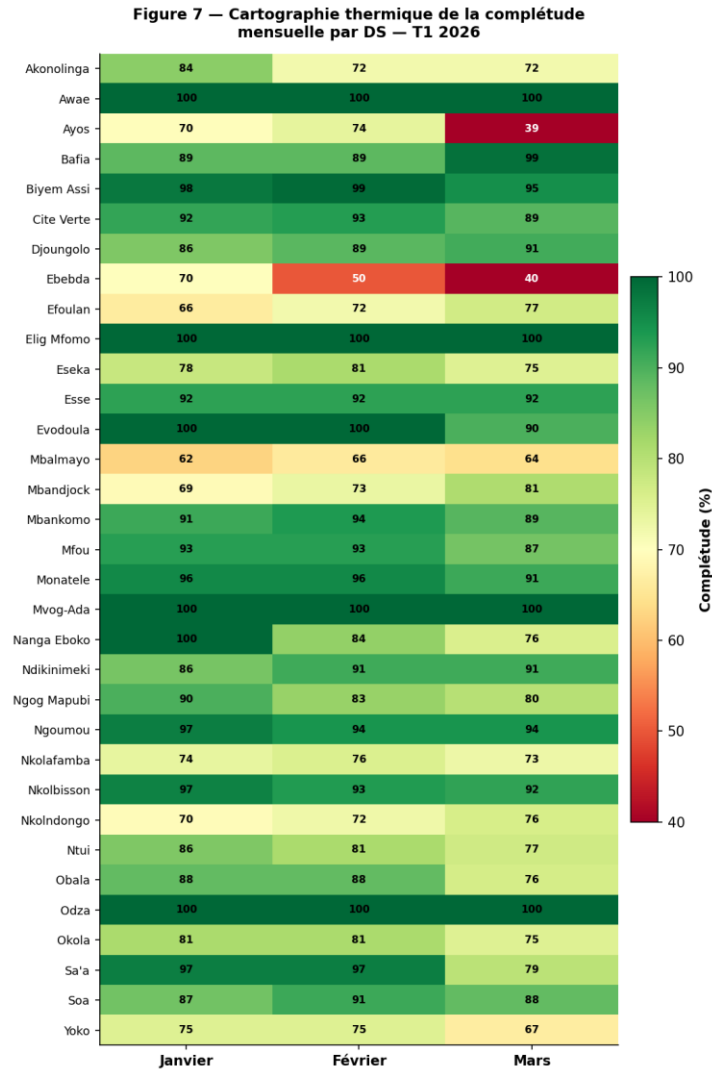


Figure 2. Cartographie thermique de la complétude mensuelle par DS — T1 2026

La cartographie thermique (Figure 2) met en lumière le contraste entre les districts à performance constante (Awae, Elig Mfomo, Mvog-Ada et Odza maintiennent une complétude de 100 % sur les trois mois) et ceux à performance dégradée (Ebebda décroche de 70 % en janvier à 40 % en mars ; Ayos chute à 39,1 % en mars). Le DS d'Akonolinga présente également une trajectoire descendante (84,4 % → 71,9 % → 71,9 %), ce qui mérite un suivi rapproché.

4.1.3. Classement des districts au T1 2026

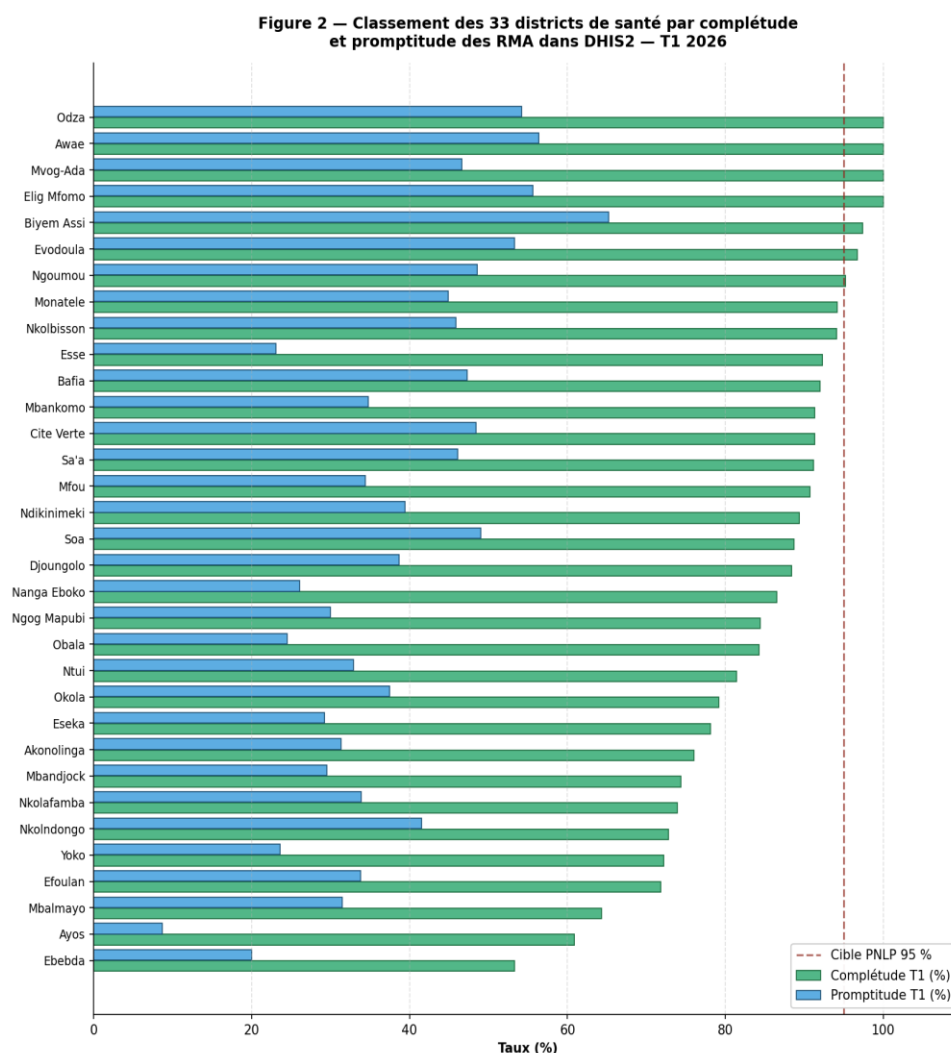


Figure 3. Classement des 33 DS par complétude et promptitude — T1 2026

Le classement (Figure 3) permet de distinguer trois groupes de districts :

- Groupe d'excellence (≥ 95 % de complétude) : Awae, Elig Mfomo, Mvog-Ada, Odza (100 %), Biyem Assi (97,4 %), Evodoula (96,7 %), Ngoumou (95,2 %) — 7 districts soit 21 % du total. Néanmoins, même dans ce groupe, la promptitude reste très inférieure à la cible (Biyem Assi : 65,2 %, Mvog-Ada : 46,6 %, Odza : 54,2 %).
- Groupe intermédiaire (80 % – 95 %) : 18 districts dont Bafia, Cité Verte, Djoungolo, Esse, Mbankomo, Monatele, Nkolbisson, Sa'a, Soa et Ntui. Ce groupe doit être ciblé prioritairement pour des actions de redressement, car de petits efforts pourraient le faire basculer vers le seuil de l'excellence.
- Groupe critique (< 80 %) : 8 districts — Akonolinga (76,0 %), Ayos (60,9 %), Ebebda (53,3 %), Efoulan (71,8 %), Eseka (78,1 %), Mbalmayo (64,3 %), Mbandjock (74,4 %), Nkolafamba (73,9 %), Nkolndongo (72,8 %), Yoko (72,2 %). Ces districts requièrent une supervision formative immédiate et un appui ciblé en outils et en ressources humaines.

4.1.4. Tableau récapitulatif des performances par DS — T1 2026

Tableau 3. Complétude et promptitude des RMA dans DHIS2 par DS — T1 2026

District	FOSA	Rapports attendus	Rapports saisis	Comp. T1 (%)	Promp. T1 (%)	Statut
Akonolinga	32	96	73	76.0 %	31.3 %	Critique
Awae	13	39	39	100.0 %	56.4 %	Excellence
Ayos	23	69	42	60.9 %	8.7 %	Critique
Bafia	79	237	218	92.0 %	47.3 %	Bon
Biyem Assi	178	534	520	97.4 %	65.2 %	Excellence
Cite Verte	73	219	200	91.3 %	48.4 %	Bon
Djoungolo	161	483	427	88.4 %	38.7 %	À renforcer
Ebebda	10	30	16	53.3 %	20.0 %	Critique
Efoulan	143	429	308	71.8 %	33.8 %	Critique
Elig Mfomo	9	27	27	100.0 %	55.6 %	Excellence
Eseka	32	96	75	78.1 %	29.2 %	Critique
Esse	13	39	36	92.3 %	23.1 %	Bon
Evodoula	10	30	29	96.7 %	53.3 %	Excellence
Mbalmayo	56	168	108	64.3 %	31.5 %	Critique
Mbandjock	26	78	58	74.4 %	29.5 %	Critique
Mbankomo	46	138	126	91.3 %	34.8 %	Bon
Mfou	97	291	264	90.7 %	34.4 %	Bon
Monatele	23	69	65	94.2 %	44.9 %	Bon
Mvog-Ada	199	597	597	100.0 %	46.6 %	Excellence
Nanga Eboko	37	111	96	86.5 %	26.1 %	À renforcer
Ndikinimeki	22	66	59	89.4 %	39.4 %	À renforcer
Ngog Mapubi	30	90	76	84.4 %	30.0 %	À renforcer
Ngoumou	35	105	100	95.2 %	48.6 %	Excellence
Nkolafamba	110	330	244	73.9 %	33.9 %	Critique
Nkolbisson	90	270	254	94.1 %	45.9 %	Bon
Nkolndongo	131	393	286	72.8 %	41.5 %	Critique
Ntui	70	210	171	81.4 %	32.9 %	À renforcer
Obala	34	102	86	84.3 %	24.5 %	À renforcer
Odza	214	642	642	100.0 %	54.2 %	Excellence
Okola	48	144	114	79.2 %	37.5 %	Critique
Sa'a	34	102	93	91.2 %	46.1 %	Bon
Soa	68	204	181	88.7 %	49.0 %	À renforcer
Yoko	24	72	52	72.2 %	23.6 %	Critique
Région Centre	2 170	6 510	5 682	87,3 %	42,3 %	À renforcer

Source : Extraction DHIS2 — 30 avril 2026. Code couleur : vert (≥ 95 %), or (90–95 %), orange (80–90 %), rouge (< 80 %).

4.2. Prévention du paludisme chez la femme enceinte

La prévention du paludisme chez la femme enceinte repose sur trois piliers complémentaires : le Traitement Préventif Intermittent (TPI à la sulfadoxine-pyriméthamine, avec un minimum de 3 doses recommandées par l'OMS depuis 2012), la distribution de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA) en CPN, et la prise en charge précoce des cas avérés. Au premier trimestre 2026, la Région du Centre a reçu 34 472 femmes enceintes en première Consultation Prénatale (CPN1).

4.2.1. Cascade régionale de prévention

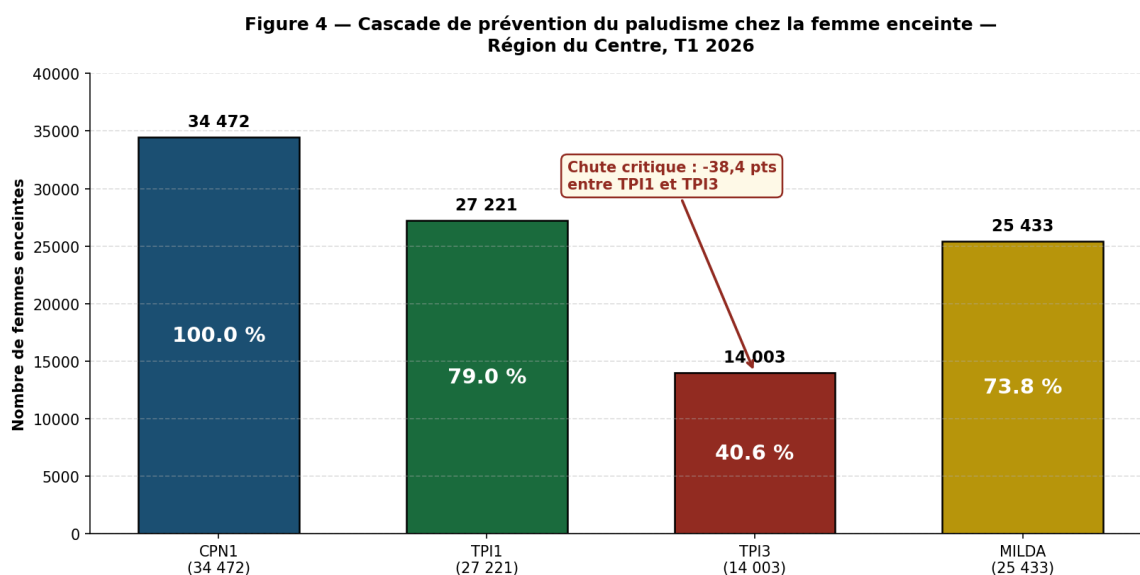


Figure 4. Cascade de prévention du paludisme chez la FEE — T1 2026

La cascade régionale (Figure 4) met en évidence un point critique majeur : la chute massive entre la couverture en TPI1 (79,0 %) et la couverture en TPI3 (40,6 %), soit une déperdition de 38,4 points et près de la moitié des femmes initialement protégées qui ne reçoivent pas la séquence complète du traitement préventif. Cette discontinuité du parcours de prévention constitue le défi prioritaire de l'axe « femme enceinte » dans la Région du Centre. La couverture en MILDA, à 73,8 %, reste également en deçà de la cible nationale de 90 %.

4.2.2. Analyse par district

Figure 3 — Couverture en TPI3 et MILDA chez les femmes enceintes par district de santé — T1 2026

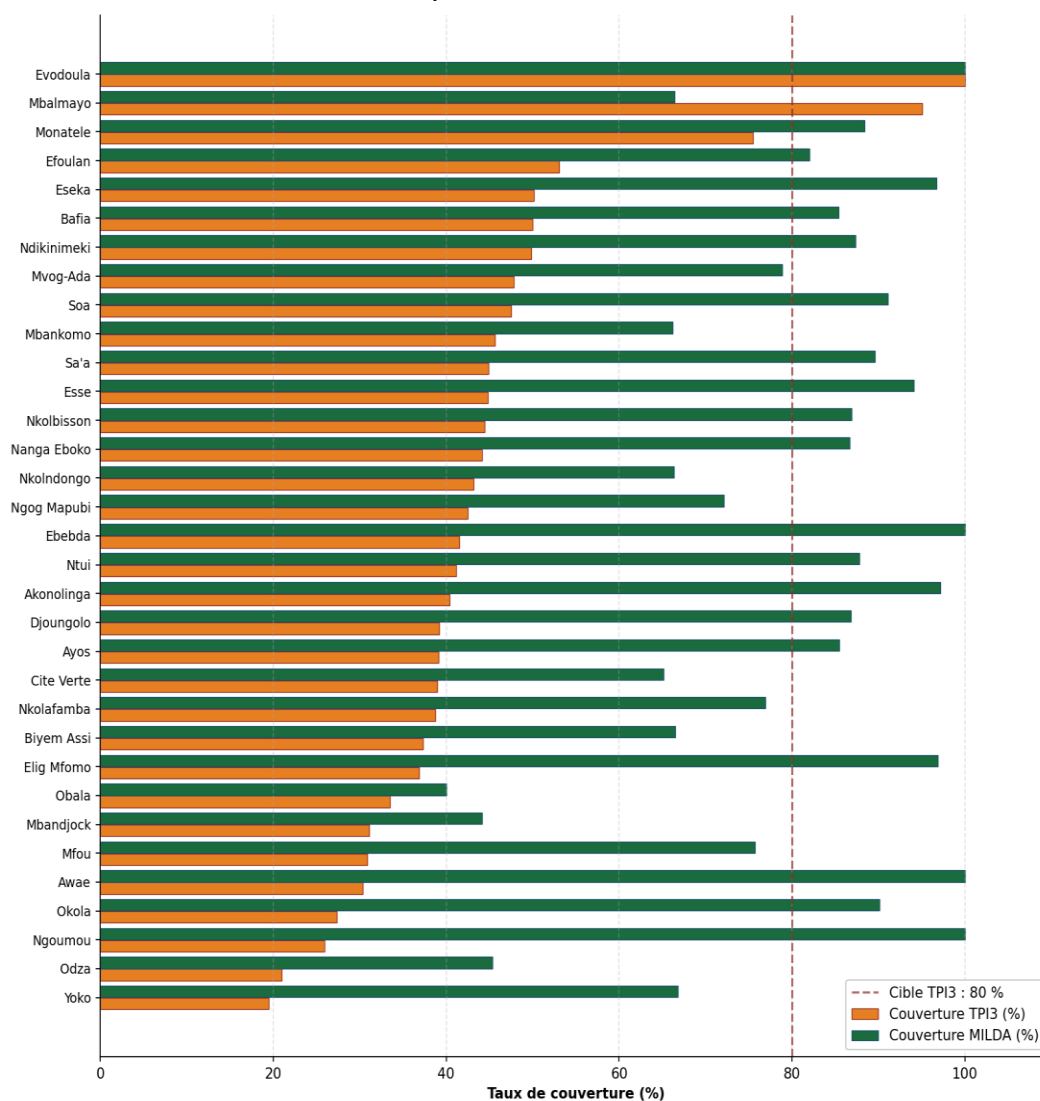


Figure 5. Couverture TPI3 et MILDA chez la FEE par DS — T1 2026

La Figure 5 met en exergue de fortes disparités inter-districts. Quelques districts atteignent ou dépassent la cible PNLP de 80 % en TPI3 (Evodoula 100 %, Mbalmayo 95,1 %, Monatele 75,5 %), démontrant la faisabilité de l'objectif. À l'inverse, plusieurs districts urbains à fort volume de CPN affichent des taux de couverture TPI3 préoccupants : Odza (21,0 % pour 3 033 FEE en CPN1), Yoko (19,5 %), Ngoumou (26,0 %), Okola (27,3 %), Mfou (30,8 %), Awae (30,4 %), Mbandjock (31,1 %), Obala (33,5 %), Elig Mfomo (36,8 %), Biyem Assi (37,3 %).

La couverture MILDA chez la FEE présente aussi une géographie contrastée : 12 districts atteignent une couverture optimale (≥ 90 %) tandis que d'autres restent en dessous de 70 % (Mbandjock 44,1 %, Obala 40,0 %, Odza 45,3 %, Mbankomo 66,2 %, Mbalmayo 66,5 %, Biyem Assi 66,5 %, Cité Verte 65,1 %, Yoko 66,8 %). Ces écarts doivent être analysés au regard de la disponibilité des intrants et des modalités de distribution dans les structures de CPN.

4.2.3. Tableau détaillé par DS — Prévention chez la FEE

Tableau 4. Couverture en TPI1, TPI3 et MILDA chez la FEE par DS — T1 2026

District	FEE en CPN1	TPI1	% TPI1	TPI3	% TPI3	MILDA	% MILDA
Akonolinga	525	497	94.7 %	212	40.4 %	510	97.1 %
Awae	168	122	72.6 %	51	30.4 %	168	100.0 %
Ayos	179	175	97.8 %	70	39.1 %	153	85.5 %
Bafia	714	714	100.0 %	357	50.0 %	610	85.4 %
Biyem Assi	4 817	2 689	55.8 %	1 797	37.3 %	3 204	66.5 %
Cite Verte	2 301	2 301	100.0 %	897	39.0 %	1 499	65.1 %
Djoungolo	3 902	2 864	73.4 %	1 530	39.2 %	3 388	86.8 %
Ebebda	53	39	73.6 %	22	41.5 %	53	100.0 %
Efoulan	1 771	1 425	80.5 %	940	53.1 %	1 453	82.0 %
Elig Mfomo	95	67	70.5 %	35	36.8 %	92	96.8 %
Eseka	303	263	86.8 %	152	50.2 %	293	96.7 %
Esse	136	136	100.0 %	61	44.9 %	128	94.1 %
Evodoula	43	43	100.0 %	43	100.0 %	43	100.0 %
Mbalmayo	653	653	100.0 %	621	95.1 %	434	66.5 %
Mbandjock	444	246	55.4 %	138	31.1 %	196	44.1 %
Mbankomo	574	454	79.1 %	262	45.6 %	380	66.2 %
Mfou	1 070	686	64.1 %	330	30.8 %	810	75.7 %
Monatele	318	285	89.6 %	240	75.5 %	281	88.4 %
Mvog-Ada	2 631	1 750	66.5 %	1 258	47.8 %	2 076	78.9 %
Nanga Eboko	451	389	86.3 %	199	44.1 %	391	86.7 %
Ndikinimeki	325	259	79.7 %	162	49.8 %	284	87.4 %
Ngog Mapubi	287	225	78.4 %	122	42.5 %	207	72.1 %
Ngoumou	208	208	100.0 %	54	26.0 %	208	100.0 %
Nkolafamba	1 326	991	74.7 %	514	38.8 %	1 020	76.9 %
Nkolbisson	1 297	1 096	84.5 %	577	44.5 %	1 127	86.9 %
Nkolndongo	2 117	1 569	74.1 %	914	43.2 %	1 404	66.3 %
Ntui	1 303	1 303	100.0 %	536	41.1 %	1 144	87.8 %
Obala	1 004	1 004	100.0 %	336	33.5 %	402	40.0 %
Odza	3 033	3 033	100.0 %	637	21.0 %	1 375	45.3 %
Okola	454	265	58.4 %	124	27.3 %	409	90.1 %
Sa'a	452	361	79.9 %	203	44.9 %	405	89.6 %
Soa	1 117	869	77.8 %	531	47.5 %	1 018	91.1 %
Yoko	401	240	59.9 %	78	19.5 %	268	66.8 %
Région Centre	34 472	27 221	79,0 %	14 003	40,6 %	25 433	73,8 %

Source : DHIS2 — Extraction du 30 avril 2026. Code couleur des taux : vert (\geq cible), or (proche cible), orange (à mi-chemin), rouge (très en dessous). Cibles PNLP : TPI1 = 80 %, TPI3 = 80 %, MILDA = 90 %.

4.3. Prévention du paludisme chez le nourrisson

Le Traitement Préventif Intermittent du Paludisme chez le Nourrisson (TPIn) à la sulfadoxine-pyriméthamine constitue, depuis sa recommandation par l'OMS en 2010, l'un des piliers de la chimioprévention chez les enfants de moins d'un an dans les zones de transmission stable. Il est administré aux moments des vaccinations du PEV (DTC2, DTC3 et 1^{re} dose de vaccin contre la rougeole-rubéole). La distribution de MILDA aux nourrissons lors de la vaccination contre la rougeole-rubéole vient compléter ce dispositif de prévention.

4.3.1. Performance régionale globale

Au T1 2026, sur 27 944 enfants ayant reçu le vaccin DTC + HepB3 + Hib2 (Penta 2), 13 603 ont reçu la première dose de TPIn (couverture TPIn1 : 48,7 %) et 12 409 la troisième dose (couverture TPIn3 : 44,4 %). Concernant la MILDA, sur 29 096 enfants ayant reçu la 1^{re} dose de vaccin contre la rougeole-rubéole, 18 099 (62,2 %) ont reçu une moustiquaire imprégnée.

Ces niveaux de couverture, bien que perfectibles, illustrent une intégration partielle du TPIn au PEV. La cible nationale étant de 80 %, l'écart de plus de 35 points indique une marge de progression importante. La couverture en MILDA chez le nourrisson reste appréciable mais doit être consolidée. Notons que ces taux sont calculés selon les définitions du PNLP, qui rapportent les actes au nombre de Penta 2 (TPIn1, TPIn3) ou au nombre de RR1 (MILDA), ce qui peut conduire à des taux apparents anormalement élevés (> 100 %) lorsque l'enfant reçoit le service en différé.

4.3.2. Disparités inter-districts et alertes

L'analyse par district révèle des écarts considérables. Cinq districts atteignent une couverture TPIn3 \geq 90 % (Ebebda 100 %, Evodoula 100 %, Ngoumou 100 %, Nkolbisson 100 %, Ntui 96,4 %, Obala 90,6 %), démontrant la faisabilité opérationnelle. À l'inverse, plusieurs districts urbains affichent des taux préoccupants : Efulan (5,4 %), Odza (12,0 %), Yoko (13,2 %), Nkolafamba (13,5 %), Djoungolo (19,0 %), Mbalmayo (19,1 %), Biyem Assi (21,0 %), Okola (24,1 %).

Cette concentration des contre-performances dans des districts urbains à fort volume vaccinal interroge sur la disponibilité des intrants TPIn (sulfadoxine-pyriméthamine pédiatrique), la formation des agents vaccinateurs sur le protocole, ou la fonctionnalité du registre intégré de vaccination. Une investigation rapide dans ces 8 districts est recommandée.

4.3.3. Tableau détaillé par DS — Prévention chez le nourrisson

Tableau 5. Couverture en TPI n1, TPI n3 et MILDA chez le nourrisson par DS — T1 2026

District	Penta 2	TPI n1	% TPI n1	TPI n3	% TPI n3	RR1	% MILDA n
Akonolinga	407	369	90.7 %	324	79.6 %	402	100.0 %
Awae	229	178	77.7 %	151	65.9 %	212	100.0 %
Ayos	232	183	78.9 %	151	65.1 %	468	4.9 %
Bafia	1 172	1 112	94.9 %	997	85.1 %	1 179	67.1 %
Biyem Assi	3 116	668	21.4 %	654	21.0 %	3 238	40.1 %
Cite Verte	1 658	790	47.6 %	632	38.1 %	1 706	76.9 %
Djoungolo	2 894	522	18.0 %	551	19.0 %	3 217	61.6 %
Ebebda	56	56	100.0 %	56	100.0 %	73	87.7 %
Efoulan	1 544	122	7.9 %	84	5.4 %	1 623	82.1 %
Elig Mfomo	107	84	78.5 %	71	66.4 %	112	79.5 %
Eseka	391	246	62.9 %	219	56.0 %	460	56.3 %
Esse	156	156	100.0 %	124	79.5 %	118	99.2 %
Evodoula	86	81	94.2 %	86	100.0 %	74	75.7 %
Mbalmayo	617	133	21.6 %	118	19.1 %	613	64.3 %
Mbandjock	295	215	72.9 %	103	34.9 %	226	66.4 %
Mbankomo	585	527	90.1 %	491	83.9 %	824	45.1 %
Mfou	728	386	53.0 %	276	37.9 %	718	82.7 %
Monatele	274	221	80.7 %	203	74.1 %	295	97.3 %
Mvog-Ada	1 966	703	35.8 %	628	31.9 %	2 011	70.2 %
Nanga Eboko	334	264	79.0 %	216	64.7 %	315	89.8 %
Ndikinimeki	336	310	92.3 %	301	89.6 %	358	89.7 %
Ngog Mapubi	388	207	53.4 %	170	43.8 %	443	62.5 %
Ngoumou	234	230	98.3 %	234	100.0 %	307	15.3 %
Nkolafamba	921	99	10.7 %	124	13.5 %	902	18.5 %
Nkolbisson	1 354	1 329	98.2 %	1 354	100.0 %	1 445	77.6 %
Nkolndongo	1 691	975	57.7 %	852	50.4 %	1 748	49.7 %
Ntui	953	912	95.7 %	919	96.4 %	852	83.3 %
Obala	784	779	99.4 %	710	90.6 %	734	58.9 %
Odza	2 079	261	12.6 %	250	12.0 %	2 326	47.6 %
Okola	485	133	27.4 %	117	24.1 %	421	100.0 %
Sa'a	462	423	91.6 %	328	71.0 %	407	96.6 %
Soa	971	807	83.1 %	756	77.9 %	964	63.3 %
Yoko	439	103	23.5 %	58	13.2 %	305	53.8 %
Région Centre	27 944	13 603	48,7 %	12 409	44,4 %	29 096	62,2 %

Source : DHIS2 — Extraction du 30 avril 2026. Indicateurs intégrés au PEV. Cible PNLP : 80 % pour TPI n et MILDA chez le nourrisson.

4.4. Diagnostic parasitologique du paludisme

Conformément aux directives de l'OMS (« Test, Treat, Track ») et au Plan Stratégique National, tout cas suspect de paludisme doit faire l'objet d'une confirmation parasitologique avant l'instauration du traitement. Le diagnostic peut être effectué soit par Test de Diagnostic Rapide (TDR), soit par microscopie de la goutte épaisse (GE). Le TDR est privilégié pour son accessibilité, sa rapidité et son adéquation aux formations sanitaires de premier niveau.

4.4.1. Performance régionale du diagnostic

Au T1 2026, la Région du Centre a enregistré 115 823 cas suspects de paludisme (91 979 cas suspects de paludisme simple et 23 844 cas de paludisme grave). Parmi ces suspects, 94 696 ont fait l'objet d'un test parasitologique, soit un taux de testing de 81,8 %. La répartition entre TDR et GE est de 62 795 TDR (66,3 % des tests, soit 54,2 % des suspects) et 32 251 GE (27,8 % des suspects), confirmant la prédominance attendue du TDR comme outil principal de diagnostic.

Figure 10 — Pratique du diagnostic parasitologique du paludisme — T1 2026

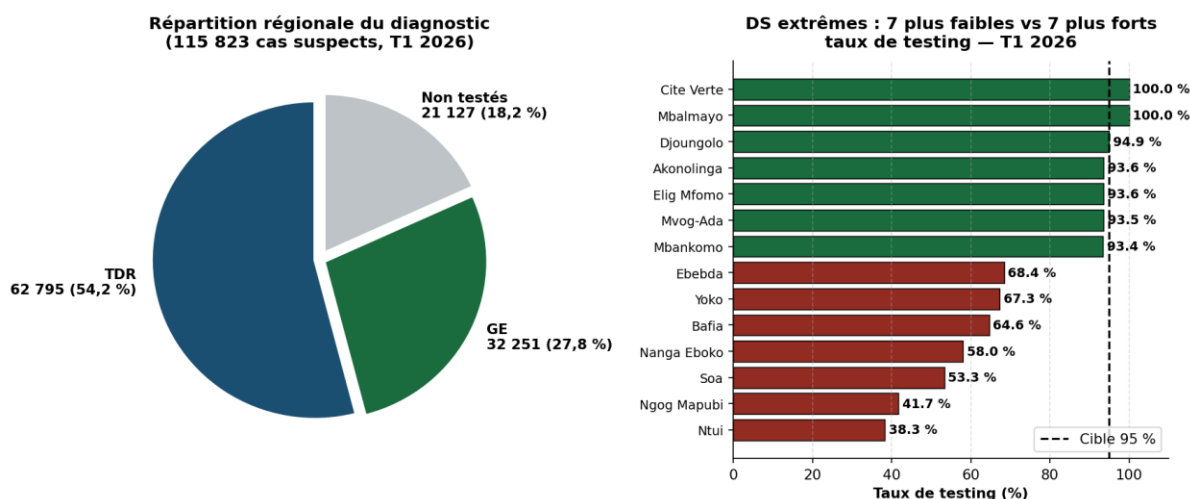


Figure 6. Pratique du diagnostic parasitologique du paludisme — T1 2026

Le taux de testing régional de 81,8 % reste en deçà de la cible OMS de 95 %. L'analyse fine (Figure 6, panneau droit) révèle des situations critiques : Ntui ne teste que 38,3 % de ses suspects, Ngog Mapubi 41,7 %, Soa 53,3 %, Nanga Eboko 58,0 %, Bafia 64,6 %, Yoko 67,3 %, Ebebda 68,4 %, Obala 68,8 %. Ces districts représentent une charge importante de cas suspects non confirmés et donc potentiellement de traitements abusifs ou de cas authentiques non traités.

4.4.2. Tableau détaillé du diagnostic par DS

Tableau 6. Tests parasitologiques du paludisme par DS — T1 2026

District	Cas suspects	TDR	GE	Total testés	% TDR	% testés
Akonolinga	686	538	104	642	83.8 %	93.6 %
Awae	1 073	806	76	882	91.4 %	82.2 %
Ayos	491	278	68	346	80.3 %	70.5 %
Bafia	1 894	921	303	1 224	75.2 %	64.6 %
Biyem Assi	13 787	5 630	6 020	11 650	48.3 %	84.5 %
Cite Verte	3 458	2 021	1 600	3 458	58.4 %	100.0 %
Djoungolo	12 013	8 189	3 216	11 405	71.8 %	94.9 %
Ebebda	76	43	9	52	82.7 %	68.4 %
Efoulan	9 530	4 315	4 402	8 717	49.5 %	91.5 %
Elig Mfomo	435	406	1	407	99.8 %	93.6 %
Eseka	1 091	657	298	955	68.8 %	87.5 %
Esse	328	242	0	242	100.0 %	73.8 %
Evodoula	203	172	0	172	100.0 %	84.7 %
Mbalmayo	1 881	795	1 273	1 881	42.3 %	100.0 %
Mbandjock	2 128	1 035	461	1 496	69.2 %	70.3 %
Mbankomo	1 744	1 483	146	1 629	91.0 %	93.4 %
Mfou	4 994	2 791	1 830	4 621	60.4 %	92.5 %
Monatele	708	573	46	619	92.6 %	87.4 %
Mvog-Ada	12 025	7 900	3 349	11 249	70.2 %	93.5 %
Nanga Eboko	1 183	513	173	686	74.8 %	58.0 %
Ndikinimeki	2 238	1 474	125	1 599	92.2 %	71.4 %
Ngog Mapubi	2 120	856	28	884	96.8 %	41.7 %
Ngoumou	1 259	913	25	938	97.3 %	74.5 %
Nkolafamba	5 817	3 011	2 411	5 422	55.5 %	93.2 %
Nkolbisson	2 927	2 019	362	2 381	84.8 %	81.3 %
Nkolndongo	3 684	2 253	1 118	3 371	66.8 %	91.5 %
Ntui	7 285	2 117	676	2 793	75.8 %	38.3 %
Obala	1 539	666	393	1 059	62.9 %	68.8 %
Odza	7 116	3 230	2 504	5 734	56.3 %	80.6 %
Okola	2 978	2 143	503	2 646	81.0 %	88.9 %
Sa'a	1 318	1 191	19	1 210	98.4 %	91.8 %
Soa	6 675	2 964	595	3 559	83.3 %	53.3 %
Yoko	1 139	650	117	767	84.7 %	67.3 %
Région Centre	115 823	62 795	32 251	94 696	66,3 %	81,8 %

Source : DHIS2 — Extraction du 30 avril 2026. Cible OMS : ≥ 95 % de testing des cas suspects.

4.5. Prise en charge thérapeutique du paludisme

La prise en charge thérapeutique du paludisme repose sur deux protocoles distincts selon la sévérité clinique : (i) pour le paludisme simple confirmé, l'administration d'une Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine (ACT) — la première intention nationale étant l'Artémether-Lumefantrine (AL) ; (ii) pour le paludisme grave confirmé, l'administration d'artésunate injectable (intraveineux ou intramusculaire) en relais avec un ACT oral après stabilisation.

4.5.1. Cascade régionale de prise en charge

Figure 6 — Cascade de prise en charge du paludisme — Région du Centre, T1 2026

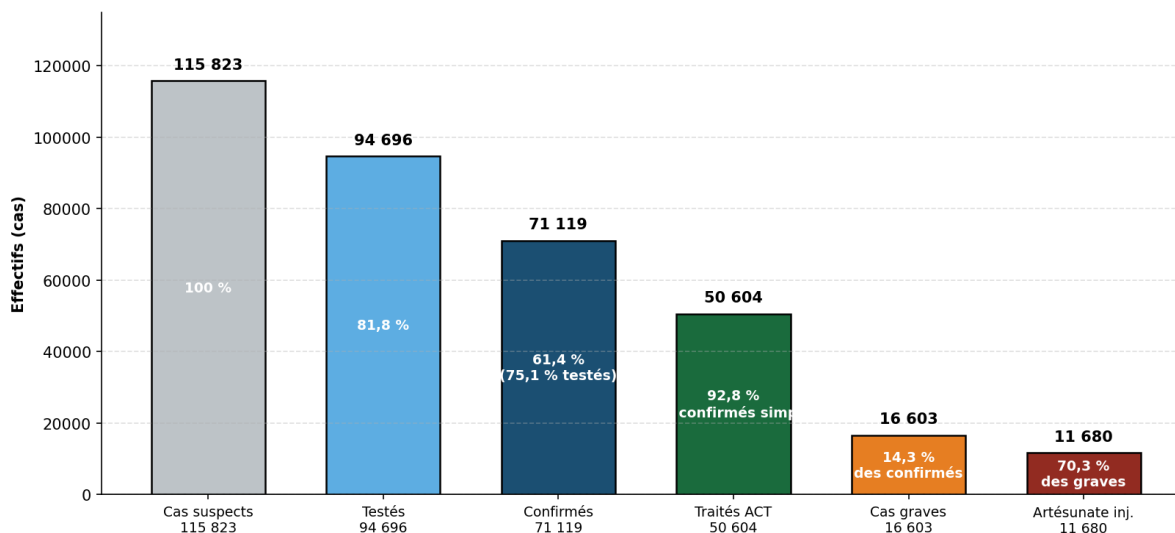


Figure 7. Cascade de prise en charge du paludisme — T1 2026

La cascade régionale (Figure 7) illustre le parcours du suspect au traité. Sur 115 823 cas suspects, 94 696 ont été testés (81,8 %) et 71 119 confirmés. La région a recensé 54 555 cas de paludisme simple confirmé (sur le total testé positif) et 16 603 cas de paludisme grave. Au plan thérapeutique :

- Pour le paludisme simple : 50 604 cas (92,8 %) ont été traités par un ACT toutes formes confondues, dont 48 971 (89,8 %) avec un ACT de première intention (AL). La conformité à 89,8 % est proche de la cible mais reste perfectible.
- Pour le paludisme grave : 15 578 cas (93,8 %) ont été traités avec un injectable, dont seulement 11 680 (70,3 %) avec l'artésunate injectable. La cible PNLP étant de ≥ 90 % d'utilisation de l'artésunate, l'écart de près de 20 points constitue un point d'attention thérapeutique majeur, en lien avec la note de service de février 2026 sur la prescription préférentielle de l'artésunate dans le cadre du Chèque Santé.

4.5.2. Disparités inter-districts et signaux d'alerte

L'analyse des données par district révèle quelques situations préoccupantes :

- Mbandjock affiche le taux le plus faible d'utilisation de l'artésunate dans les cas graves (19,4 %), avec seulement 28,7 % des cas graves traités par injectable au total — situation très anormale qui requiert une investigation immédiate.
- Yoko (16,7 % d'artésunate dans les cas graves), Ntui (41,1 %), Sa'a (43,9 %), Ebebda (47,4 %) et Ngoumou (48,4 %) sont également en deçà de 50 %.
- À l'inverse, plusieurs districts atteignent ou dépassent 80 % d'utilisation d'artésunate : Awae (90,5 %), Bafia (89,0 %), Mfou (89,5 %), Biyem Assi (85,4 %), Djoungolo (81,0 %).
- Cité Verte présente une situation paradoxale : 74,4 % de conformité à l'ACT 1^{re} intention (en deçà de la cible) avec un volume important de cas, ce qui requiert un appui ciblé.

4.5.3. Tableau détaillé de PEC par DS

Tableau 7. Conformité thérapeutique de la PEC du paludisme par DS — T1 2026

District	Simple conf.	ACT 1re int.	% ACT 1re	Graves conf.	Artésunate	% Artés.
Akonolinga	337	320	95.0 %	102	60	58.8 %
Awae	588	529	90.0 %	168	152	90.5 %
Ayos	287	281	97.9 %	80	49	61.3 %
Bafia	895	895	100.0 %	353	314	89.0 %
Biyem Assi	6 510	6 072	93.3 %	1 309	1 118	85.4 %
Cité Verte	2 277	1 693	74.4 %	665	417	62.7 %
Djoungolo	5 472	5 024	91.8 %	1 700	1 377	81.0 %
Ebebda	26	23	88.5 %	19	9	47.4 %
Efoulan	5 073	4 563	89.9 %	1 714	1 296	75.6 %
Elig Mfomo	221	218	98.6 %	95	49	51.6 %
Eseka	564	532	94.3 %	215	117	54.4 %
Esse	173	173	100.0 %	43	25	58.1 %
Evodoula	154	126	81.8 %	64	41	64.1 %
Mbalmayo	1 147	969	84.5 %	422	261	61.8 %
Mbandjock	921	406	44.1 %	387	75	19.4 %
Mbankomo	1 146	1 056	92.1 %	468	329	70.3 %
Mfou	1 984	1 858	93.6 %	697	624	89.5 %
Monatele	411	404	98.3 %	103	73	70.9 %
Mvog-Ada	6 648	5 988	90.1 %	2 473	1 806	73.0 %
Nanga Eboko	329	329	100.0 %	149	79	53.0 %
Ndikinimeki	1 043	934	89.5 %	379	293	77.3 %
Ngog Mapubi	493	461	93.5 %	191	140	73.3 %
Ngoumou	747	691	92.5 %	254	123	48.4 %
Nkolafamba	3 292	2 865	87.0 %	785	548	69.8 %
Nkolbisson	1 367	1 341	98.1 %	493	306	62.1 %
Nkolndongo	2 027	1 746	86.1 %	432	287	66.4 %
Ntui	1 518	1 316	86.7 %	567	233	41.1 %
Obala	579	579	100.0 %	178	132	74.2 %

District	Simple conf.	ACT 1 ^{re} int.	% ACT 1 ^{re}	Graves conf.	Artésunate	% Artés.
Odza	3 430	3 359	97.9 %	1 054	744	70.6 %
Okola	967	662	68.5 %	315	178	56.5 %
Sa'a	593	515	86.8 %	223	98	43.9 %
Soa	2 760	2 624	95.1 %	440	316	71.8 %
Yoko	576	419	72.7 %	66	11	16.7 %
Région Centre	54 555	48 971	89,8 %	16 603	11 680	70,3 %

Source : DHIS2 — Extraction du 30 avril 2026. Cibles PNLP : ACT 1^{re} intention \geq 95 %, Artésunate injectable \geq 90 %.

4.6. Morbidité, mortalité et indicateurs épidémiologiques

Cette section présente la lecture épidémiologique synthétique du paludisme dans la Région du Centre au T1 2026, à travers les indicateurs de morbidité (incidence, morbidité proportionnelle), de mortalité (décès, létalité, mortalité proportionnelle) et de sévérité clinique (proportion de cas graves).

4.6.1. Synthèse régionale des indicateurs

Figure 8 — Tableau de bord des indicateurs régionaux clés — GTRLP Centre, T1 2026

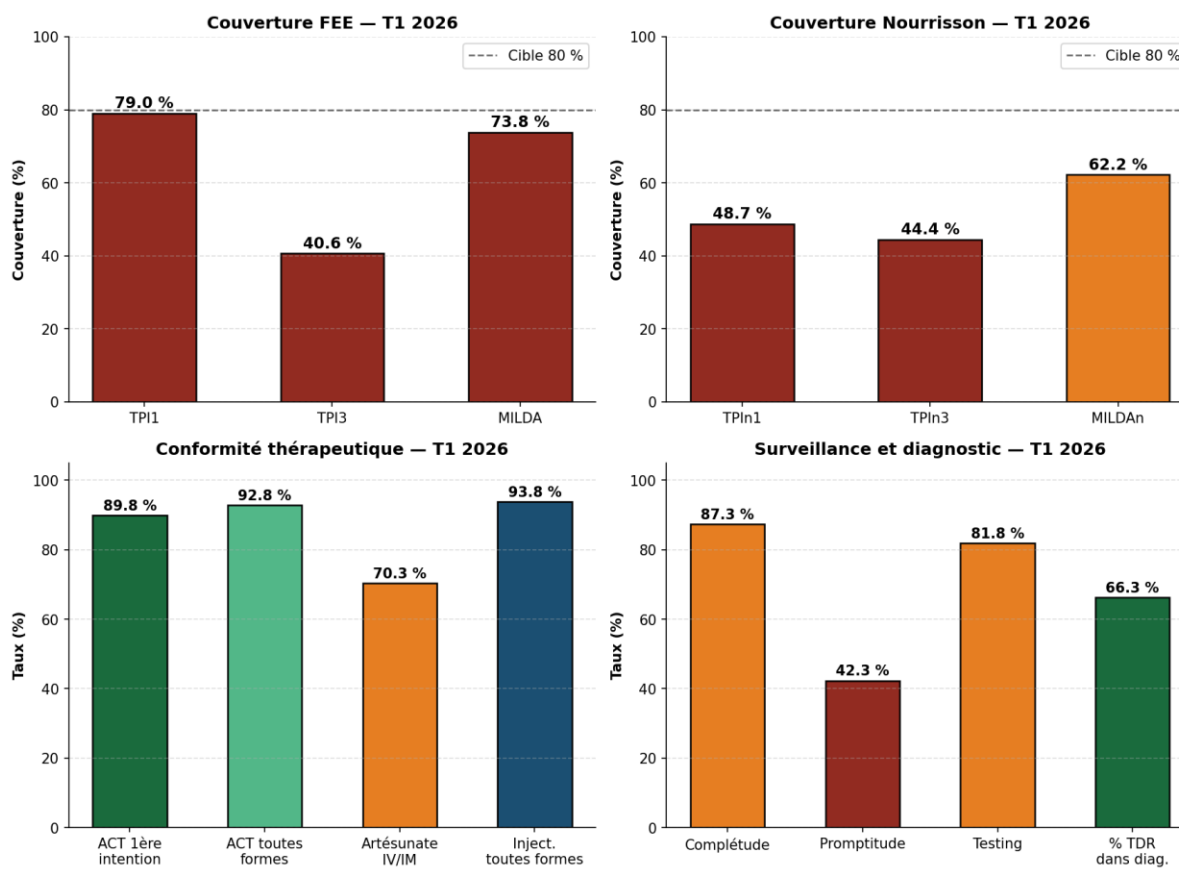


Figure 8. Tableau de bord des indicateurs régionaux clés — GTRLP Centre, T1 2026

Le dashboard régional (Figure 8) consolide en une vue synoptique les principaux indicateurs commentés dans les sections précédentes. Le code couleur (vert/orange/rouge) permet une lecture immédiate de la position de chaque indicateur par rapport à sa cible.

4.6.2. Charge de morbidité par district

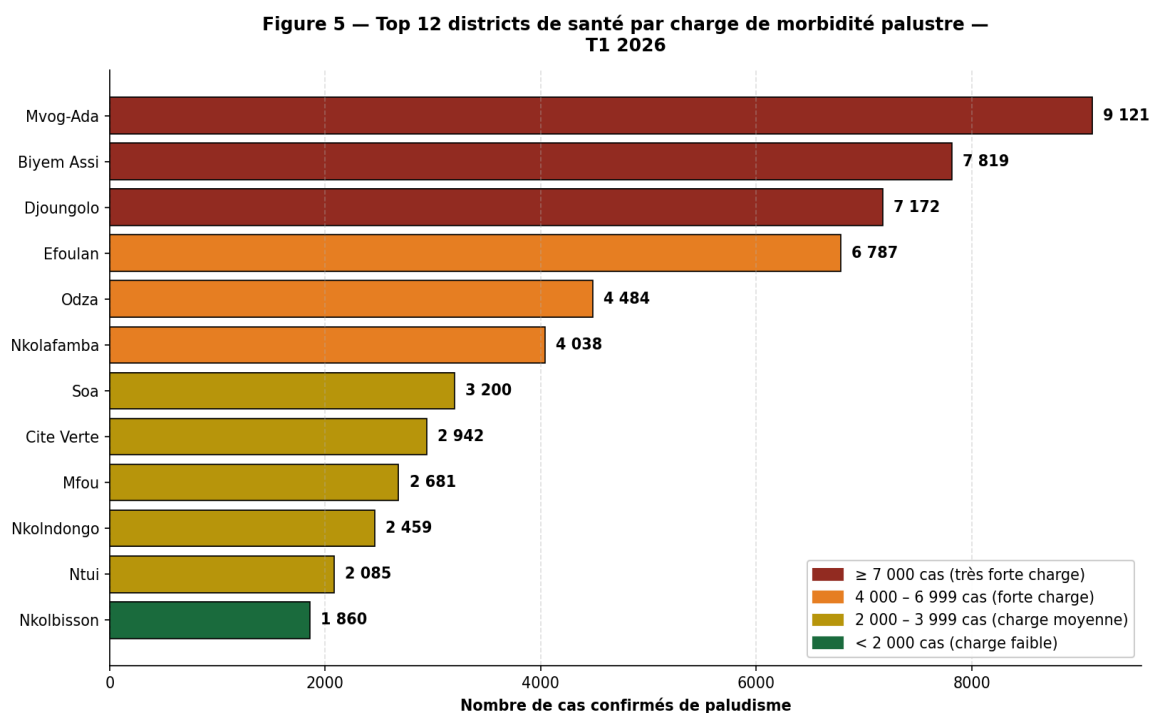
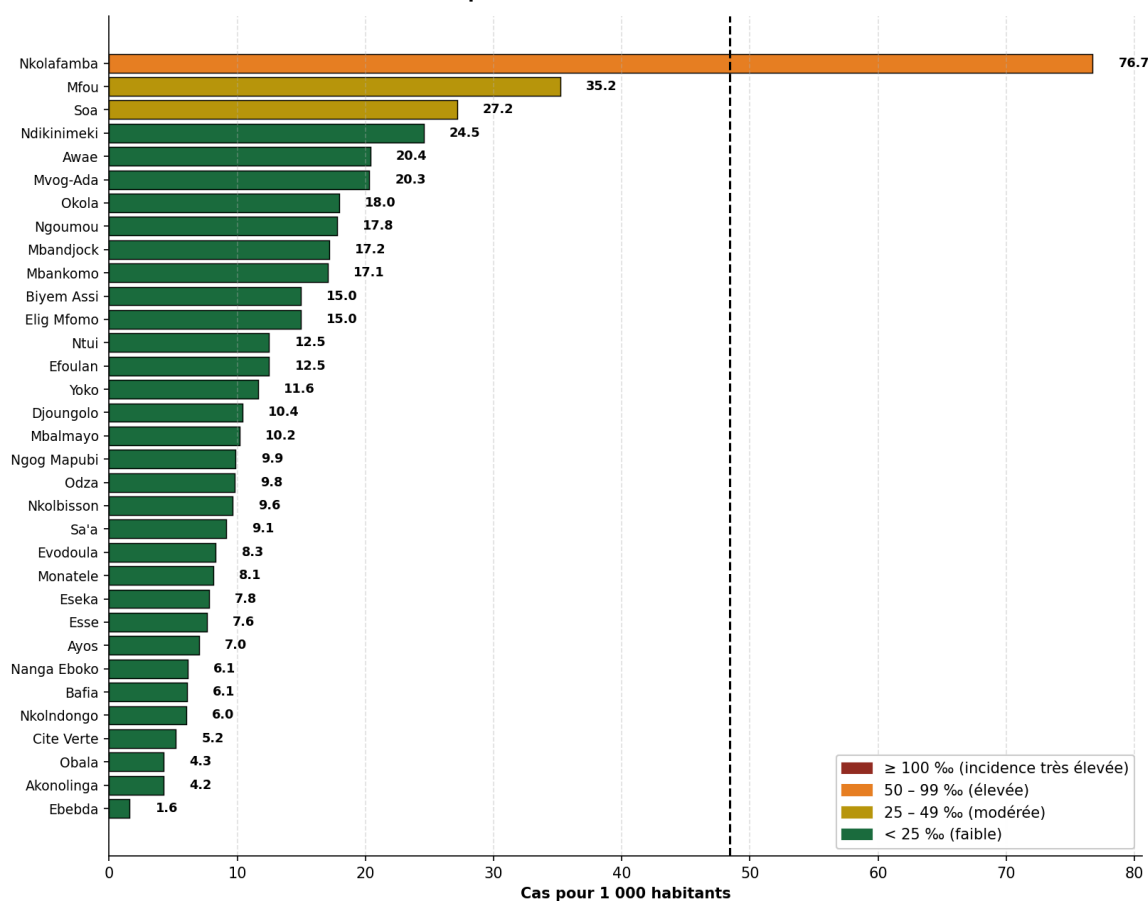


Figure 9. Top 12 districts par charge de morbidité palustre — T1 2026

La distribution géographique de la charge de morbidité (Figure 9) confirme la concentration des cas dans les districts urbains à forte densité de population. Mvog-Ada arrive en tête avec 9 121 cas confirmés, suivi de Biyem Assi (7 819), Djoungolo (7 172), Efoulan (6 787) et Odza (4 484). Ces 5 districts urbains de Yaoundé concentrent à eux seuls 35 383 cas, soit près de la moitié (49,7 %) de l'ensemble des cas confirmés de la Région.

4.6.3. Incidence du paludisme par district

Figure 9 — Incidence du paludisme (cas pour 1 000 habitants) par district de santé — T1 2026**Figure 10. Incidence du paludisme (cas pour 1 000 habitants) par DS — T1 2026**

L'incidence régionale s'établit à 48,4 cas pour 1 000 habitants au T1 2026 (Figure 10). Cette moyenne masque toutefois des écarts considérables. Le district de Nkolafamba enregistre une incidence anormalement élevée de 307,0 ‰ qui appelle une vérification urgente (suspicion d'erreur de population dénominateur ou de double comptage). D'autres districts présentent des incidences élevées : Mfou (140,8 ‰), Soa (108,7 ‰), Ndikinimeki (98,2 ‰), Awae (81,5 ‰) et Mvog-Ada (81,2 ‰). À l'inverse, certains districts urbains à forte population présentent une incidence relativement modérée (Cité Verte 20,8 ‰, Akonolinga 17,0 ‰, Obala 17,0 ‰).

4.6.4. Mortalité palustre

Au T1 2026, 9 décès officiellement attribués au paludisme ont été notifiés dans DHIS2 dans la Région du Centre. Cela correspond à une mortalité proportionnelle de 0,6 ‰ et un taux de mortalité de 0,6 décès pour 100 000 habitants. La létalité hospitalière du paludisme s'établit ainsi à 0,01 ‰ (9 décès pour 71 119 cas confirmés).

Cette mortalité officiellement enregistrée est très probablement sous-estimée pour plusieurs raisons : (i) la sous-déclaration au niveau des districts ruraux où les décès surviennent souvent à domicile sans contact

préalable avec une FOSA ; (ii) le défaut d'enregistrement des décès communautaires dans le système de surveillance ; (iii) les délais de notification souvent supérieurs à un trimestre pour les décès survenus en fin de période. Les données ultérieures (S14, S15) ont déjà permis de réviser à la hausse le bilan trimestriel, avec deux décès supplémentaires identifiés a posteriori.

Les districts ayant déclaré des décès au T1 sont : Biyem Assi (3), Mbalmayo (2), Esse (1), Mbandjock (1), Monatele (1) et Nkolafamba (1). L'enregistrement de 3 décès maternels par paludisme en mars 2026 (Esse, Ntui, Obala) signalé par les rapports communautaires ISDC mérite une attention particulière, car il signe une recrudescence de la mortalité maternelle palustre, après deux mois sans décès maternel.

4.6.5. Sévérité clinique

La proportion régionale de cas graves parmi les cas suspects au T1 2026 s'établit à 23,3 % (23 844 / 102 244, hors Ntui qui présente une anomalie de comptage des graves), un niveau élevé qui mérite une analyse approfondie. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

- Une réelle augmentation de la sévérité clinique liée à un retard de recours aux soins au niveau communautaire ;
- Un biais de classification, avec une tendance au surdiagnostic du paludisme grave dans certaines FOSA, en lien avec les modalités de remboursement du Chèque Santé pour les cas graves (objet de la note de service de mars 2026) ;
- Une variation locale liée à la saisonnalité ou à la transmission dans certaines zones.

Trois districts présentent des proportions de cas graves dépassant 35 % : Ebedba (42,2 % parmi les suspects testés), Bafia (28,3 %), Elig Mfomo (30,1 %). Une investigation thérapeutique et de qualité du diagnostic est recommandée dans ces districts.

V. FORMATION, RECHERCHE ET RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

Le renforcement des compétences des acteurs constitue un levier stratégique majeur de la performance du dispositif antipaludique. Au cours du premier trimestre 2026, le GTRLP Centre, en cohérence avec les orientations de la Section Formation et Recherche du PNLP, a engagé plusieurs chantiers structurants destinés à consolider les capacités techniques et programmatiques à tous les niveaux du système de santé régional.

5.1. Élaboration du Plan de Formation PNLP 2026–2028

Le premier trimestre 2026 a été marqué par plusieurs sessions de formations couvrant prioritairement la prise en charge du paludisme grave (avec un focus sur l'artésunate injectable et les critères de classification dans le contexte du Chèque Santé), les techniques de diagnostic biologique (TDR et microscopie), la prévention chez la femme enceinte (TPI et MILDA), la prise en charge à l'âge pédiatrique, et la qualité des données DHIS2.

5.2. Sessions de coordination APPACE

L'Amicale des Points Focaux Paludisme du Centre (APPACE) a vu le jour à travers son assemblée générale constitutive. Les textes notamment les statuts et règlement intérieur ont été adoptés. Le bureau de l'Amicale a été élu. Les rencontres se tiendront trimestriellement de manière rotative. Ces rencontres, qui réunissent les Points Focaux Paludisme des 33 districts de santé, constituent l'instance privilégiée de partage d'expériences, de diffusion des directives nationales et de capitalisation des bonnes pratiques. Les comptes-rendus de ces sessions ont été archivés et partagés via les canaux institutionnels et les groupes WhatsApp professionnels.

5.3. Supervisions formatives intégrées

Plusieurs missions de supervision formative ont été menées au cours du trimestre, ciblant prioritairement les FOSA des districts de santé enregistrant les performances de complétude et de promptitude les plus fragiles. Ces supervisions ont permis non seulement de redresser les pratiques de remplissage des outils de gestion, mais également de renforcer les compétences des prestataires sur les protocoles de prise en charge et de prévention. Les rapports de mission ont été archivés et alimenteront le tableau de bord régional de la qualité des données.

5.4. Activités de recherche opérationnelle

Le GTRLP Centre s'est positionné comme partenaire technique du projet CRID Guardian, déployé dans le district de santé de Mbandjock. Ce projet de recherche opérationnelle, dont la phase préparatoire a été engagée au cours du premier trimestre, vise à documenter les déterminants épidémiologiques et opérationnels de la transmission du paludisme dans une zone semi-rurale du Centre, et à alimenter les arbitrages programmatiques régionaux sur la base de données probantes locales. Une note de service a été produite pour formaliser les modalités de collaboration et le cadre de suivi conjoint.

Par ailleurs, plusieurs étudiants en Master de santé publique et en spécialisation médicale ont été accueillis au sein du GTRLP en stage d'imprégnation. Leurs travaux de recherche, encadrés par le Coordonnateur, portent notamment sur le paludisme chez la femme enceinte, le suivi des indicateurs CPN/TPI, et l'évaluation des pratiques communautaires.

Synthèse des activités de formation et de recherche

Tableau 5.1 — Activités de formation, recherche et renforcement des capacités au T1 2026

Activité	Période	Public cible / Acteurs	Livrable / Résultat
Élaboration du Plan de Formation PNLP 2026–2028	Janv.–Mars 2026	≈ 22 890 acteurs ciblés sur six niveaux (central, régional, district, FOSA, communautaire, partenaires)	Plan finalisé, ancré sur le modèle de Kirkpatrick ; budget ≈ 1,234 milliard FCFA
Sessions de coordination APPACE	Janv., Fév., Mars	33 Points Focaux Paludisme des DS du Centre	Trois rencontres mensuelles tenues ; comptes-rendus diffusés
Supervisions formatives ciblées	Fév.–Mars 2026	FOSA prioritaires des DS à faible complétude / promptitude	Outils harmonisés ; rapports de mission archivés
Distribution de 2 149 registres harmonisés	Mars 2026	33 districts de santé, FOSA publiques et privées	Note de service de distribution ; bordereaux de réception
Briefings sur la gratuité ASAQ et l'artésunate injectable	Janvier–Février	Prescripteurs FOSA, points focaux Chèque Santé	Notes de service ; appropriation des règles de prescription
Activités préparatoires au CRID Guardian Mbandjock	Mars 2026	Équipes de recherche, GTRLP, DS Mbandjock	Plan de collaboration arrêté ; cadre de suivi défini

Source : Section Formation et Recherche, GTRLP Centre — Compilation interne T1 2026.

VI. JOURNÉE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2026

La Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme (JMLP), célébrée chaque 25 avril, constitue un temps fort du dispositif communicationnel et de plaidoyer. Bien que la tenue effective de la Journée ait lieu au cours du deuxième trimestre, la quasi-totalité des activités préparatoires a été conduite au premier trimestre 2026, ce qui justifie pleinement leur intégration au présent rapport.

6.1. Cadrage et thématique 2026

L'édition 2026 de la JMLP s'inscrit dans la continuité des orientations stratégiques de l'OMS et du Partenariat RBM, avec une thématique centrée sur l'accélération vers l'élimination et la consolidation des acquis programmatiques. Pour la Région du Centre, le GTRLP a élaboré, en lien étroit avec la DRSP, un dispositif intégré combinant trois modalités : un volet de plaidoyer institutionnel (table ronde), un volet de mobilisation sociale (marche), et un volet de prestation de services (caravane médico-éducative).

6.2. Activités préparatoires conduites au T1

Au cours du premier trimestre, les activités suivantes ont été conduites :

- Élaboration du document de cadrage régional, incluant le chronogramme détaillé des activités du 1er au 30 avril 2026 ;
- Préparation du discours régional du Délégué Régional de la Santé Publique du Centre ;
- Élaboration et validation du budget prévisionnel, avec ventilation par rubriques ;
- Conception des supports de communication (affiches, banderoles, kits de presse, spots radio) en français et adaptés au public visé ;
- Cadrage des activités foraines et choix des sites de la caravane médico-éducative dans les districts de santé prioritaires ;
- Information et sensibilisation au Ministère du tourisme et à l'Imprimerie Nationale des travailleurs.

6.3. Programme prévu pour le 25 avril 2026

Le programme arrêté à l'issue du premier trimestre se structure autour des activités suivantes, qui seront réalisées et valorisées dans le rapport du deuxième trimestre :

- Une table ronde de plaidoyer institutionnel, réunissant la DRSP, le PNL, l'OMS, les partenaires techniques et financiers, les ordres professionnels et les médias, autour de la thématique nationale ;
- Une marche de mobilisation sociale dans les artères principales de Yaoundé, mobilisant le personnel de santé, les ASCp, les associations communautaires et les autorités sanitaires ;
- Une caravane médico-éducative sur plusieurs districts de santé, intégrant des séances d'information, des dépistages, la distribution ciblée de MILDA et l'orientation des cas suspects ;
- Une couverture médiatique régionale (radio, télévision, presse écrite, réseaux sociaux institutionnels).

6.4. Budget prévisionnel mobilisé

Tableau 6.1 — Budget prévisionnel JMLP 2026, Région du Centre

Rubrique budgétaire	Composantes	Montant (FCFA)
Table ronde de plaidoyer	Salle, sonorisation, kit de presse, restauration des invités, communication	850 000
Marche de mobilisation sociale	T-shirts, banderoles, sonorisation mobile, sécurité, eau et collation	600 000
Caravane médico-éducative	Carburant, IEC/CCC, kits de dépistage, MILDA, supervision	550 000
Communication et médias	Spots radio, affiches, captation vidéo, retransmission réseaux sociaux	300 000
Coordination et logistique	Déplacements internes, papeterie, frais administratifs	200 000
TOTAL ESTIMATIF	Budget global mobilisé	2 500 000

Source : Document de planification JMLP 2026, GTRLP Centre / DRSP Centre. Montants en FCFA.

Ce budget a été élaboré dans une logique de mutualisation des ressources, certaines rubriques bénéficiant de contributions en nature des partenaires (sonorisation, véhicules, supports de communication). Le bouclage financier a été obtenu au cours du mois de mars 2026, garantissant la tenue de l'édition dans des conditions opérationnelles maîtrisées.

VII. PARTENARIATS ET COLLABORATIONS

La performance du dispositif antipaludique régional repose sur un écosystème partenarial dense, dans lequel le GTRLP Centre joue un rôle d'interface et de coordination. Ce premier trimestre 2026 a permis de consolider les collaborations institutionnelles existantes et d'engager de nouveaux chantiers structurants, en particulier sur le volet recherche et le volet communautaire.

7.1. Cartographie des partenariats actifs

Tableau 7.1 — Cartographie des partenariats actifs au T1 2026

Partenaire	Nature de l'appui	Domaines / Couverture
MINSANTE / DRSP Centre / PNL	Tutelle institutionnelle, coordination programmatique, allocation des ressources humaines et logistiques, validation des outils et orientations stratégiques	Couverture nationale et régionale ; pilotage des 33 DS
Fonds Mondial / UCSFMP	Financement principal des intrants (TDR, ASAQ, MILDA, artésunate injectable), de la chaîne d'approvisionnement et des activités communautaires	33 DS via la chaîne d'approvisionnement nationale
Plan International Cameroun (sous-réceptaire FM)	Mise en œuvre de la composante communautaire ISDC : déploiement de 733 ASCp polyvalents, supervisions, rapportage mensuel et suivi des indicateurs	14 DS du Centre : Akonolinga, Awae, Ayos, Bafia, Ebebda, Eseka, Esse, Evodoula, Mbankomo, Nanga-Eboko, NdiKinimeki, Ngoumou, Ntui, Soa
CRID Guardian	Recherche opérationnelle sur les déterminants de la transmission, génération de données probantes pour le pilotage régional	DS Mbandjock — extension envisagée
Médias publics et privés	Couverture médiatique des activités, diffusion de spots de sensibilisation, relais de communication institutionnelle	Chaînes nationales et régionales, presse écrite, radios communautaires

Source : Cartographie partenariale GTRLP Centre, mise à jour avril 2026.

7.2. Faits marquants du trimestre

Plan International Cameroun — composante communautaire ISDC

La collaboration avec Plan International Cameroun, sous-réceptaire communautaire du Fonds Mondial, s'est traduite au premier trimestre 2026 par la production des rapports mensuels ISDC couvrant les 14 districts de santé concernés. Le suivi des 733 ASCp polyvalents a permis de constater une évolution positive du taux d'ASCp actifs, passant de 91,7 % en janvier à 93,3 % en février, puis à 96,7 % en mars. Cette dynamique reflète à la fois une appropriation croissante des outils harmonisés et un renforcement des supervisions de proximité.

Toutefois, le rapport de mars 2026 a révélé trois décès maternels dans les districts d'Esse, de Ntui et d'Obala, événements qui ont fait l'objet d'analyses de cas conjointes avec les équipes cadres et les ASCp concernés. Ces analyses, dont les conclusions alimenteront le plan d'action régional du deuxième trimestre, soulignent la nécessité d'un renforcement de la chaîne référence-contre-référence dans ces zones.

Fonds Mondial / UCSFMP

La fluidité de la chaîne d'approvisionnement en intrants antipaludiques (TDR, ASAQ, MILDA, artésunate injectable) a fait l'objet d'un suivi rapproché via l'outil Excel régional dédié, couvrant les 2 165 FOSA de la Région. Les ruptures observées ponctuellement ont été documentées, signalées au PNLP, et résolues dans des délais opérationnels acceptables. Une note de service spécifique a été produite en février 2026 pour cadrer les conditions de prescription de l'artésunate injectable dans le cadre du Chèque Santé.

CRID Guardian — recherche opérationnelle

Le partenariat avec le CRID Guardian, formalisé au cours du trimestre, marque une évolution significative dans la stratégie régionale d'aide à la décision fondée sur les données probantes. Le district de santé de Mbandjock constitue le site initial de cette collaboration, avec une perspective d'extension à d'autres districts en fonction des résultats préliminaires.

VIII. DIFFICULTÉS, LEÇONS APPRISSES ET RECOMMANDATIONS

L'analyse rétrospective du premier trimestre 2026 met en évidence un certain nombre de difficultés et de goulots d'étranglement qui appellent des mesures correctrices ciblées. La présente section en propose une synthèse structurée, articulée autour d'une matrice problèmes / causes / actions, et débouche sur des recommandations stratégiques organisées par grands axes programmatiques.

8.1. Matrice problèmes / causes / actions correctrices

Tableau 8.1 — Matrice analytique des difficultés du T1 2026

Problème identifié	Causes profondes	Actions correctrices proposées
<p>Promptitude RMA très basse (42,3 % au T1, contre cible 80 %)</p> <p>TPI3 régional à 40,6 % (cible 80 %)</p>	<p>Disponibilité tardive des données au niveau FOSA ; faiblesse du suivi infra-mensuel ; insuffisance des supervisions de proximité ; inégale appropriation du calendrier DHIS2</p> <p>Faible continuité des CPN au-delà de la troisième visite ; ruptures ponctuelles en sulfadoxine-pyriméthamine ; insuffisance de l'intégration paludisme/SR au niveau opérationnel</p>	<p>Cascader la note régionale sur le calendrier de saisie ; renforcer les supervisions ciblées sur les 10 DS les plus fragiles ; instaurer un tableau de bord hebdomadaire de promptitude transmis en temps réel via WhatsApp</p> <p>Renforcer le suivi des cohortes de gestantes ; sécuriser l'approvisionnement en SP via UCSFMP ; intégrer le TPI dans les supervisions intégrées CPN ; mobiliser les ASCp pour le rappel des gestantes</p>
<p>Tendance au surdiagnostic du paludisme grave dans certaines FOSA</p>	<p>Modalités de remboursement Chèque Santé incitatives ; insuffisance de la formation continue sur les critères OMS de gravité ; déficit d'audit clinique</p>	<p>Diffuser la note de service de mars 2026 ; déployer une formation cascadée sur les critères de gravité ; introduire un audit clinique trimestriel dans les FOSA des DS concernées</p>
<p>Couverture MILDA des FEE à 73,8 % (cible 90 %)</p>	<p>Ruptures intermittentes en MILDA en CPN1 ; faible intégration des canaux de distribution dans certaines FOSA ; mobilité des gestantes</p>	<p>Renforcer le suivi des stocks via l'outil Excel régional ; capitaliser sur les distributions de masse ; renforcer la traçabilité des bénéficiaires</p>

Problème identifié	Causes profondes	Actions correctrices proposées
Trois décès maternels signalés en mars (Esse, Ntui, Obala)	Retards de référence ; faiblesse de la chaîne référence-contre-référence ; possibles défaillances de la prise en charge en urgence	Conduire des audits de décès maternels ; renforcer la chaîne référence ; mobiliser les ASCp pour la détection précoce des signes de danger
Dispensation d'artésunate à 70,3 % parmi les cas graves (cible 90 %)	Disponibilité variable selon les FOSA ; retards de transmission des bons de commande ; persistance d'ordonnances en quinine ou artéméther	Sécuriser les BC mensuels via le suivi WhatsApp dédié ; renforcer la formation sur les protocoles ; auditer les dispensations alternatives

Source : Analyse interne GTRLP Centre, T1 2026, sur la base des données DHIS2 et des rapports de supervision.

8.2. Leçons apprises

Trois leçons majeures se dégagent de l'expérience du premier trimestre 2026 :

- La complétude est un acquis fragile. Le score régional de 87,3 % masque une grande hétérogénéité entre districts et entre FOSA. Le maintien et le renforcement de cet acquis exigent une vigilance permanente, des outils standardisés et un cadre de supervision rapproché.
- La promptitude est un chantier majeur. À 42,3 %, elle constitue le talon d'Achille du dispositif régional de surveillance. Elle exige une approche systémique, mêlant outillage, supervision, redevabilité et appui aux FOSA les plus en difficulté.
- La qualité du diagnostic et de la prise en charge des cas graves doit être consolidée. Les écarts observés sur le TDR, sur la dispensation d'artésunate injectable, et la tendance au surdiagnostic du paludisme grave soulignent l'importance d'un investissement soutenu sur la formation continue, l'audit clinique et la sécurisation des protocoles.

8.3. Recommandations stratégiques

Axe 1 — Qualité des données et surveillance épidémiologique

- Mettre en place un tableau de bord hebdomadaire de promptitude par DS, transmis aux CME et au DRSP avant chaque mardi de la semaine suivante.
- Déployer une mission de supervision ciblée dans les dix DS aux performances les plus fragiles (notamment Mbalmayo, Ngog Mapubi, Sa'a) avant la fin du T2.

Axe 2 — Prévention chez la femme enceinte et chez l'enfant

- Sécuriser la chaîne d'approvisionnement en SP et en MILDA via une revue trimestrielle conjointe avec UCSFMP et le PNLP.
- Intégrer systématiquement le suivi du TPI3 et de la MILDA dans les supervisions intégrées CPN/PEV/Nutrition.
- Mobiliser les 733 ASCp des 14 DS ISDC pour le rappel actif des gestantes en CPN et le suivi des nourrissons en TPI.

Axe 3 — Diagnostic et prise en charge

- Conduire une formation cascadiée régionale sur les critères OMS de classification du paludisme grave, avec test pré-/post-formation et restitution sur trois mois (modèle Kirkpatrick).
- Introduire un audit clinique trimestriel des cas graves dans les DS où la proportion dépasse 35 % (Ebebda, Bafia, Elig Mfomo).
- Renforcer la dispensation d'artésunate injectable par un suivi mensuel des BC et une harmonisation des pratiques de prescription via Chèque Santé.

Axe 4 — Coordination et leadership

- Institutionnaliser le rythme mensuel des sessions APPACE et formaliser un agenda thématique annuel.
- Consolider le rôle d'interface du GTRLP Centre dans le pilotage des partenariats stratégiques (Plan International, OMS, Fonds Mondial, CRID Guardian).
- Renforcer la documentation et la valorisation des productions internes (notes de service, rapports périodiques, supports pédagogiques).

IX. PERSPECTIVES POUR LE DEUXIÈME TRIMESTRE 2026

Le deuxième trimestre 2026 s'ouvre avec un agenda chargé, structuré autour de la tenue effective de la JMLP, du redressement des indicateurs les plus fragiles, et du déploiement de la première vague des formations prévues par le Plan 2026–2028. La présente section synthétise les principales perspectives opérationnelles.

9.1. Tableau synoptique des activités prioritaires

Tableau 9.1 — Activités prioritaires programmées pour le T2 2026

Axe stratégique	Activités prioritaires	Échéance	Responsable
Plaidoyer et mobilisation	Tenue de la JMLP 2026 (table ronde, marche, caravane médico-éducative) et capitalisation médiatique	25 avril 2026	GTRLP / DRSP
Surveillance	Redressement de la promptitude régionale ; tableau de bord hebdomadaire ; supervisions ciblées dans les 10 DS prioritaires	Avril–juin	GTRLP / DS
Formation cascadiée	Déploiement de la première vague du Plan de Formation 2026–2028 ; formation sur les critères de gravité du paludisme	Mai–juin 2026	PNLP / GTRLP
Communautaire (ISDC)	Consolidation du taux d'ASCp actifs (> 95 %) ; audits de décès maternels ; renforcement référence/contre-référence	Avril–juin	Plan Int. / GTRLP
Approvisionnement	Sécurisation des stocks SP, MILDA, ASAQ, artésunate ; revue trimestrielle UCSFMP	Juin 2026	UCSFMP / GTRLP
Recherche	Lancement opérationnel du projet CRID Guardian à Mbandjock ; encadrement des protocoles de recherche en cours	T2 2026	GTRLP / CRID
Coordination	Sessions APPACE mensuelles ; consolidation de l'Amicale du GTRLP ; revues de performance par DS	Mensuel	GTRLP

Source : Plan opérationnel T2 2026 — GTRLP Centre.

9.2. Indicateurs cibles du T2

Sur la base des trajectoires observées au T1 et des leviers d'action programmés, les cibles intermédiaires retenues pour le T2 2026 sont les suivantes :

- Complétude RMA : maintien et consolidation au-delà de 90 % au niveau régional, avec réduction des écarts inter-districts ;
- Promptitude RMA : redressement à au moins 65 % au niveau régional, avec un cap intermédiaire à 55 % en avril ;
- TPI3 : progression à 50 % au niveau régional, avec un focus sur les districts en deçà de 35 % ;
- MILDA en CPN1 : consolidation à 80 % minimum ;
- Test parmi les suspects : maintien au-delà de 80 %, avec ciblage des DS en sous-test ;
- Dispensation d'ACT en cas simple : maintien au-delà de 90 % ;
- Dispensation d'artésunate en cas grave : redressement à 80 % au niveau régional ;
- Décès paludisme : maintien d'une létalité régionale inférieure à 0,02 % ;
- ASCp actifs (DS ISDC) : consolidation au-delà de 95 %.

9.3. Conditions de réussite

La concrétisation de ces perspectives suppose plusieurs conditions opérationnelles : la disponibilité continue des intrants antipaludiques, le maintien d'un dialogue fluide avec les partenaires techniques et financiers, la mobilisation de l'ensemble des points focaux paludisme, l'engagement actif des équipes cadres de district, et la consolidation de la dynamique d'équipe au sein du GTRLP Centre.

X. CONCLUSION GÉNÉRALE

Le premier trimestre 2026 aura été, pour le Groupe Technique Régional de Lutte contre le Paludisme du Centre, un trimestre de consolidation et de mise en mouvement. Consolidation des acquis programmatiques sur la complétude des données, sur la prévention chez la femme enceinte et chez le nourrisson, sur l'animation communautaire à travers les 733 ASCp des 14 districts ISDC. Mise en mouvement, parce que plusieurs chantiers structurants ont été lancés ou portés à maturation : le Plan de Formation, le partenariat de recherche avec CRID Guardian, la préparation institutionnelle et logistique de la JMLP 2026, et le travail réglementaire sur la prescription d'artésunate dans le cadre du Chèque Santé.

Les indicateurs clés témoignent à la fois des progrès et des défis. La Région du Centre conserve un niveau honorable de complétude des données (87,3 %), un volume de testing parmi les suspects supérieur à 80 %, et une létalité hospitalière contenue (9 décès sur 71 119 cas confirmés au cours du trimestre). Mais elle doit composer avec des fragilités objectives : la promptitude des données reste largement en deçà des cibles (42,3 %), le TPI3 progresse plus lentement que ne le voudrait l'ambition d'élimination, et la dispensation d'artésunate injectable parmi les cas graves demande à être sécurisée et harmonisée.

Le défi du deuxième trimestre 2026 sera de transformer ces constats en actions correctrices mesurables, dans une logique de redevabilité et de pilotage par les résultats. Le tableau de bord hebdomadaire de promptitude, les supervisions ciblées sur les districts les plus fragiles, le déploiement de la première vague des formations Kirkpatrick et la tenue exemplaire de la JMLP constitueront les premiers tests de cette ambition.

Au-delà des indicateurs, ce premier trimestre a confirmé la valeur d'un dispositif régional cohérent, articulé autour d'une coordination programmatique structurée, d'un réseau de points focaux mobilisés via APPACE, et d'un écosystème partenarial solide. Le GTRLP Centre poursuit ainsi sa mission, avec exigence et engagement, dans la perspective d'une élimination du paludisme à l'horizon stratégique fixé par le PNLP et par les orientations nationales et internationales.

Fait à Yaoundé, le 30 avril 2026