

REPUBLICUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

UNITE DE COORDINATION DES SUBVENTIONS
DU FONDS MONDIAL ET DES PARTENAIRES
DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA
TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE
LE PALUDISME

SECRETARIAT PERMANENT

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

COORDINATION UNIT OF THE GLOBAL
FUNDS AND PARTNERS GRANTS FOR
FIGHT AGAINST AIDS, TUBERCULOSIS
AND MALARIA

NATIONAL MALARIA CONTROL
PROGRAMME

PERMANENT SECRETARIAT

RAPPORT DES ACTIVITES DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

-2024-

Mai 2025



Table des matières

RESUME.....	3
EQUIPE DE REDACTION	4
LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	9
1.1. OBJECTIFS DU PSNLP 2024-2028.....	10
CHAPITRE 2 : PLAN OPERATIONNEL 2024 DU PSNLP.....	11
2.1. Cadre de Résultats 2024.....	11
2.2. Répartition des activités inscrites dans le PTA 2024 par pilier	12
2.3.....	13
2.4. Répartition du financement par activités	13
CHAPITRE 3 : RESULTATS DES ACTIVITES PAR OBJECTIF STRATEGIQUE ET PAR INTERVENTION	14
3.1. Exécution technico-financière globale DU PTA 2024	14
3.2. stratégique 1 : D'ici 2028 renforcer l'engagement politique niveau national et au niveau communautaire	15
3.2.1. Communication institutionnelle	15
3.2.2. Renforcement des interventions multisectorielles.....	16
3.2.3. Engagement communautaire.....	16
3.2.4. Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC).....	17
3.3. Objectif stratégique 2 : D'ici 2028, Utiliser des informations stratégiques de qualité pour guider la prise de décision et l'action	17
3.3.1. Surveillance du paludisme.....	18
3.3.2. Surveillance sentinelle du paludisme.....	19
3.3.3. Suivi et Evaluation	19
3.3.4. Recherche	22
3.4. Objectif stratégique 3 : D'ici 2028 adopter les meilleures orientations politiques et stratégiques (fondées sur des données probantes) de lutte contre le paludisme ;	24
3.4.1. Lutte anti vectorielle.....	24
3.4.2. Chimio prévention.....	31
3.4.3. Vaccination	40
3.4.4. Diagnostic biologique du paludisme	42
3.4.5. Traitement du Paludisme	44
3.4.5.4. Leçons apprises	49
3.4.6. Fonctionnement du SGIL : gestion des intrants et approvisionnement.....	49
3.5. Objectif stratégique 4 : D'ici 2028 renforcer la Coordination de la réponse nationale.....	52

3.5.1. Gestion du programme	52
3.5.2. Budgétisation et prévisions annuelles.....	53
CHAPITRE 4 : ANALYSE DES INDICATEURS DE SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DU PALUDISME.....	55
4.1. Revue de la qualité des données	55
4.2. Morbidité palustre en consultation au Cameroun	55
4.2.1. Morbidité palustre dans la population générale	56
4.2.2. Morbidité palustre dans les différents groupes cibles	57
4.2.3. Morbidité palustre en hospitalisation au Cameroun.....	58
4.3. Prise en charge des cas de paludisme dans les formations sanitaires	59
4.3.1. Diagnostic du paludisme.....	59
4.3.2. Traitement des cas de paludisme.....	60
4.3.3. Diagnostic et prise en charge des cas de paludisme dans la communauté	63
4.4. Données de mortalité palustre.....	64
4.4.1. Mortalité du paludisme selon les groupes cibles	65
CHAPITRE 5 : ANALYSE DES INDICATEURS DE SUIVI DE LA COUVERTURE DES INTERVENTIONS	67
CHAPITRE 6 : GESTION DES FINANCEMENTS.....	70
6.1. Répartition du financement du PTA 2024 par pilier et par source de financement.....	70
6.2. Absorption financière par pilier et par activité.....	70
CHAPITRE 7 : PARTENARIATS ET COLLABORATION (ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE)	72
CHAPITRE 8 : ANALYSE DES FORCES, FAIBLESSES, MENACES ET OPPORTUNITES	74
CHAPITRE 9 : DEFIS RENCONTRES ET REPONSES APPORTEES.....	81
CHAPITRE 10 : PERSPECTIVES	85
CHAPITRE 11 : CONCLUSION.....	86
Annexes	Erreur ! Signet non défini.

RESUME

Le rapport annuel du programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) rend compte des activités menées au cours de l'année par les différentes entités de mise en œuvre (PR, SR, Partenaires), des principaux résultats obtenus, des difficultés rencontrées et perspectives pour la prochaine année.

L'année 2024 était celle du début de la subvention GC7 et du PSNLP 2024-2028. Le Plan de Travail Annuel (PTA) avait 1702 tâches et a connu un taux de réalisation physique de 54,6% et une absorption financière de 40%.

La complétude et la promptitude des rapports ont été respectivement de 98% et 78,7%. Le nombre de cas rapporté était de 2.964.132 avec une incidence de 100,5 pour 1000 habitants et une morbidité proportionnelle de 26,9%. 95,6% des cas suspects en milieu hospitalier et en communauté ont bénéficié d'un test antipaludique avec un taux de positivité de 63,6%. La prise en charge a été faite à 89,3% par les ACT pour les cas simples et à 97,7% par les injectables pour les cas graves qui ont représenté 35% du total des cas. Le pourcentage des enfants pris en charge gratuitement est de 66,7%.

Le nombre de décès liés au paludisme a été de 2016 pour un taux de mortalité de 6,8 pour 100.000 habitants avec une mortalité proportionnelle de 8,2%.

Pour ce qui est de la prévention, 79,7% des femmes enceintes ont reçu le TPI1 et 51,8% le TPI3. Alors que 63,9% ont reçu une MILDA. Pour ce qui est des nourrissons, 68,2% ont reçu la CPP1, 52% la CPP3 et 50% ont bénéficié d'une MILDA. La couverture vaccinale au VAP a été de 67,6% pour le VAP1 et 38,5% pour le VAP3.

La disponibilité des intrants dans les FOSA montre que 70,4% disposent d'au moins une présentation d'ACT de première ligne et 69% des antipaludiques injectables.

L'année a été marquée par la tenue de la réunion impliquant les ministres de la santé des 11 pays africains à lourds fardeau du paludisme (HBHI) à Yaoundé, et la création du comité interministériel de coordination et de suivi du dispositif multisectoriel de mise en œuvre des engagements du Cameroun en faveur de la lutte contre le paludisme.

EQUIPE DE REDACTION

NOM(S) ET PRÉNOM(S)	FONCTION
Dr AJEH Rogers	Coordonnateur UCS-FMP
Dr ZEH MEKA Albert	Secrétaire Permanent/ PNLP
Dr FOSSE Jean	Secrétaire Permanent Adjoint/ PNLP
Dr PAN'NA epse ELEMZO EYAMAN Sandrine	Chef service de la lutte contre le Paludisme DLMEP
Dr MESSE FOUDA Prosper L.	Chef de la Section Planification, Surveillance, Suivi-Evaluation/ PNLP
Dr BOMBA Dominique	Chef de la Section Prévention/ PNLP
Dr MEDOU KOUMOU Hortense,	Chef de la Section Formation et Recherche/ PNLP
Mr OUMAROU NGAMBE	Chef de la section Information, Education, Communication, Mobilisation sociale et partenariat/ PNLP
Mme TCHOUNGA Florentine	Chef Section Administration et Finances/ PNLP
Dr SOTAKWO KENGNE Gisèle	Chef d'Unité Prise en charge des cas/ SPEC/ PNLP
Dr BESONG TABOT ITOE	Coordonnateur GTRLP Sud-Ouest
M. ABOMABO Moïse	Chef d'Unité Suivi-Evaluation/ SPSSE/ PNLP
M SIELENOU TEMA Franklin	Chef d'Unité Planification Stratégique
Dr TABUE RAYMOND	Chef de l'Unité Lutte Intégrée contre les Vecteurs / SPE/ PNLP
Dr VOUNDI Junior	Chef de l'Unité Chimio-Prévention/ SPE/ PNLP
Dr NDONGO Nelly Patricia	Chef de l'Unité Formation/ SFR/ PNLP
Mme NGANDEU Neuly	Chef d'Unité Recherche/ SFR/ PNLP
Mme ZINTSEM Philomène	Chef de l'Unité IEC/Mobilisation sociale/ SIMP/ PNLP
MALEUFING Dorice	Chef d'Unité Comptable
BALLA Henri	Chef d'Unité Administration Générale et du Personnel
Mr FOUDA Patrick	Chef Unité Archives et Documentation
BESSALLA Ndi Bella Bernadin Miguel	CUSSE-EST
Mr ETEME Serge Brice	CUSSE GTRLP Sud
Mme BERI Anny Gariba	CUSSE GTRLP North West
Dr VOUGMO clémence	Cadre section prévention
Dr BONGHA ONDOA Ornella, Mme Flora NEH, M. TONYE HAGBE Polycarpe, M. TATHO Pygal	Cadres à la SPSSE
Dr. EVINA Elvira, Dr. ASSOMO Angelyne, Mlle. ABENG Joséla, Mme. TAMEN Thérèse	Cadres SPEC
Dr NGOS Christelle Sandrine	MINSANTE/DRH
Dr KWAKE Simon	PLAN INTERNATIONAL
KUETCHE Magloire	CHAI

LISTE DES ABREVIATIONS

ACMS	Association Camerounaise pour le Marketing Social
ACT	Artemisinine-based Combination Therapy
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASAQ	Artesunate+Amodiaquine
ASPY	Artesunate+Pyronaridine
BMGF	Bill and Melinda Gate Foundation
BTC	Biotechnology Centre
CCSC	Communication pour le Changement Social et Comportemental
CDM	Campagne de Distribution des Moustiquaires
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux
CHUY	Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé
CNRBM	Comité National Roll Back Malaria
COGE	Comité de Gestion
COSA	Comité de Santé de l'Aire de santé
COSADI	Comité de Santé du District de santé
CPN	Consultation Pré-Natale
CPS	Chimioprévention du Paludisme Saisonnier
CSU	Couverture Santé Universelle
CSPM	Commission Spéciale de Passation des Marchés
CTA	Combinaisons Thérapeutique à base d'Artémisinine
CTD	Collectivités Territoriales Décentralisées
DAO	Dossier d'Appel d'Offres
DRSP	Délégation Régionale de la Santé Publique
DCOOP	Division de la Coopération
DDT	Dichloro-Diphényl-Trichloroéthane
DEP	Division des Etudes et des Projets
DLMEP	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies
DPML	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DPS	Direction de la Promotion de la Santé
DRH	Direction des Ressources Humaines
DROS	Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
DS	District de Santé
DSF	Direction de la Santé Familiale
ECD	Equipe Cadre de District
EDSC	Enquête démographique et de Santé au Cameroun
FCP	Fonds de Contrepartie
FMSB	Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales
FMSTP	Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
FOSA	Formation Sanitaire
GE	Goutte Epaisse
GTC	Groupe Technique Central
HBHI	High Burden to High Impact
HCY	Hôpital Central de Yaoundé
IEC	Information Education Communication
INS	Institut National de la Statistique
IRESKO	Institut pour la Recherche, le Développement Socio-économique et la communication
ISA	Impact Santé Afrique
JMLP	Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme
LANACOME	Laboratoire National de Contrôle de la qualité des Médicaments et d'Expertise
MC-CCAM	Malaria Consortium Cameroon Coalition Against Malaria
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey

MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MINAS	Ministère des Affaires Sociales
MINPROFF	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
OBC	Organisation à Base Communautaire
OCEAC	Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSC	Organisation de la Société Civile
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PBO	Piperonyl Butoxide
Pf	Plasmodium falciparum
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PLMI	Programme National de Lutte contre la Mortalité maternelle, néonatale, Infantile et infanto-juvénile
PMI	Initiative Présidentielle du Gouvernement américain contre le Paludisme
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PAP	Plan d'Action Prioritaire
PTA	Plan de Travail Annuel
PID	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PSNLP	Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme
PSE	Plan de Suivi Évaluation
RPP	Revue des Progrès du Programme
RMA	Rapport Mensuel d'Activités
RBM	Roll Back Malaria
SASNIM	Semaine d'Action de Santé et de Nutrition Infantile et Maternelle
SGIL	Système de Gestion et de l'Information Logistique
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SSE	Surveillance Suivi Evaluation
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
SYNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Essentiels
TIE	Taux d'Inoculation Entomologique
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitemen Préventif Intermittent
VIH/SIDA	Virus d'Immunodéficience Humaine/Syndrome Immunodéficitaire Acquis

Liste des tableaux

Tableau 1: Cibles 2024 des indicateurs de performance du PSNLP 2024 - 2028	11
Tableau 2 : Répartition des activités et tâches du PTA 2024 selon l'approche "HBHI"	12
Tableau 3 : répartition du budget du PTA 2024 par activités	13
Tableau 4 : Taux de réalisation physique des activités par acteurs de mise en œuvre	14
Tableau 5 : Taux d'absorption financière par intervention en 2024.....	15
Tableau 6 : Principales interventions et tâches planifiées sous le pilier 2.....	17
Tableau 7 : récapitulatif des réunions de revue et validation des données aux GTC et GTR.....	18
Tableau 8: Déploiement des acteurs pour la supervision de routine	20
Tableau 9: Composition de la faune anophélienne dans les différents sites sentinelles de mars à août 2024	22
Tableau 10 : Test de sensibilité dans tous les sites en 2024	24
Tableau 11 : Dénombrement des ménages et distribution des MILDA	25
Tableau 12 : Planification des livraisons des MILDA de la CDM 2025-2026 (financement FM)	28
Tableau 13 : distribution des MILDA en routine dans les régions en 2024.....	29
Tableau 14 : Distribution MILDA par ACMS	30
Tableau 15: MILDA routine et reliquat MILDA de la CDM en 2022-2023.....	30
Tableau 16 : Traitement préventif intermittent du paludisme en grossesse	32
Tableau 17 : synthèse de la CPP au cours de l'année 2024.....	34
Tableau 18 : répartition de la SPAQ utilisées aux Régions de l'Extrême Nord et du Nord	37
Tableau 19 : Répartition par Région des enfants de 03-59 mois ayant participé à différents cycles de traitement de la campagne CPS 2024	38
Tableau 20: Problèmes rencontrés et solutions apportées par les superviseurs lors des supervisions	40
Tableau 21 : Synthèse de la vaccination contre le paludisme	41
Tableau 22: répartition du nombre de cas de paludisme diagnostiqué en communauté par région	43
Tableau 23: répartition de diagnostic biologique réalisé par région en 2024	43
Tableau 24 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme simple traités dans les FOSA	45
Tableau 25 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme grave traités dans les FOSA.....	46
Tableau 26 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme traités gratuitement.....	47
Tableau 27 : Prise en charge gratuite du paludisme chez les moins de 5 ans selon le statut	48
Tableau 28 : Synthèse des intrants au niveau de la CENAME en 2024	50
Tableau 29 : distribution des ACT aux FOSA par les FRPS en 2024	51
Tableau 30 : Situation des rapports des formations sanitaires par région pour l'année 2024.....	55
Tableau 31 : Répartition du nombre de cas et de la morbidité du paludisme par région en 2024	56
Tableau 32 : Morbidité palustre par groupe cible en 2024	57
Tableau 33 : Evolution de la proportion des cas suspects et confirmés de paludisme grave par région entre 2023 et 2024	58
Tableau 34 : Répartition des hospitalisations pour maladie et des hospitalisations pour paludisme par région.....	58
Tableau 35 : Répartition du nombre d'examens de diagnostic des cas de paludisme par région	59
Tableau 36 : Positivité des tests diagnostic du paludisme selon les groupes cibles	59
Tableau 37 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme simple traités dans les FOSA	60
Tableau 38: Répartition par région du nombre de cas de paludisme grave traités dans les FOSA.....	61
Tableau 39 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme traités gratuitement	63
Tableau 40 : prise en charge gratuite du paludisme chez les moins de 5 ans selon le statut de la FOSA	63
Tableau 41 : Répartition du nombre de cas de paludisme diagnostiqué en communauté par région.....	64
Tableau 42 : Mortalité due au paludisme dans les formations sanitaires	64
Tableau 43 : Indicateurs de morbidité et de mortalité selon les groupes cibles	66
Tableau 44 : Analyse des progrès dans la réalisation des cibles du PSNLP 2024-2028 au 31 décembre 2024.....	67
Tableau 45 : Taux d'absorption financière par intervention du PTA 2024.....	70
Tableau 46 : Cartographie des acteurs et partenaires de mise en œuvre	72
Tableau 47 : Cartographie et domaines d'intervention des sectorielles impliquées dans la lutte contre le paludisme	73

Liste des figures

Figure 1 : Répartition du financement par partenaires et par interventions	13
Figure 2 : Agressivité anophélien dans les sites sentinelles de mars à août 2024	23
Figure 3 : répartition des DS selon le nombre de cycle de la CPS 2024.....	36
Figure 4 : proportion des 03-59 mois par DS ayant participé à différents cycles de traitement de la CPS 2024	38
Figure 5: répartition des cas de paludisme simple traités selon les différentes molécules par régions	45
Figure 6 : Répartition des cas de paludisme grave traités selon les différentes molécules	46
Figure 7 : Proportion des cas confirmé de paludisme au Cameroun en 2024	55
Figure 8 : Proportion des cas confirmé de paludisme par région au Cameroun en 2024	55
Figure 9 : Evolution annuelle du nombre de cas confirmés et de l'incidence de 2015 à 2024	56
Figure 10 : Evolution du taux d'incidence pour 1000 habitants par groupe cible	57
Figure 11 : Répartition des cas de paludisme simple traités selon les différentes molécules par régions	61
Figure 12 : Répartition des cas de paludisme grave traités avec les différentes molécules injectables	62
Figure 13 : évolution des décès et de la mortalité proportionnelle du paludisme	65
Figure 14 : Evolution du taux de mortalité pour 100 000 habitants par groupe cible	66
Figure 15 : Répartition du financement du PTA 2024 par pilier et par source de financement.....	70

CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le paludisme demeure une cause majeure de morbidité et de mortalité au Cameroun. En effet, le pays se situe parmi les 11 pays africains à lourd fardeau du paludisme dans le monde selon l'Organisation mondiale de la Santé (WMR 2024). En 2023, il représentait 28% des consultations toutes causes confondues et 7,3% des décès en milieu hospitalier. Face à ce problème, Ministère de la santé Publique à travers le Programme National de Lutte contre le Paludisme a élaboré et débuté la mise en œuvre de la sixième génération du Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2024-2028 (PSNLP 2024-2028) dont le but est de contribuer à l'amélioration de la santé des populations du Cameroun par la réduction du poids de la maladie et du fardeau socioéconomique dû au paludisme. L'objectif général de ce PSNLP est de **réduire respectivement de 75 % d'ici à 2028, la mortalité et la morbidité dues au paludisme par rapport à la situation de 2015**. Ledit plan est une opérationnalisation au Cameroun de la Stratégie Technique Mondiale de Lutte contre le paludisme 2016-2030 qui est structurée autour de trois piliers notamment : (i) Garantir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme ; (ii) Accélérer les efforts vers l'élimination et l'obtention du statut exempt de paludisme ; et (iii) Faire de la surveillance du paludisme une intervention de base. Il est également une opérationnalisation de l'approche « d'une charge élevée à un fort impact »(HBHI) recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) aux pays à lourd fardeau de paludisme et qui restructure la réponse nationale en quatre piliers, notamment : (1) le Renforcement du dialogue politique au niveau national et au niveau communautaire ; (2) l'Utilisation des informations stratégiques pour la prise de décision et l'action ; (3) les Principales politiques et stratégies de lutte contre le paludisme ; (4) la Coordination de la réponse nationale.

Sur le plan géographique, le Cameroun est un pays d'Afrique Centrale situé au fond du Golfe de Guinée entre les 2e et 13e degrés de latitude Nord et les 9e et 16e degrés de longitude Est, et couvre une superficie de 475 650 Km². Il est limité à l'Ouest par la République Fédérale du Nigeria, au Nord-Est par la République du Tchad, à l'Est par la République Centrafricaine et au Sud par la République du Congo-Brazzaville, la République du Gabon et la République de Guinée Équatoriale.

Sur le plan administratif, le pays est divisé en 10 Régions administratives, 58 Départements, 360 Arrondissements.

Sur le plan démographique, environnemental et de santé, la population du pays était estimée à 29 448 154 habitants en 2024 repartis sur 203 districts de santé et plus de 6629 formations sanitaires.

1.1. OBJECTIFS DU PSNLP 2024-2028

Les objectifs généraux poursuivis par le PSNLP (2024-2028) sont :

- D'ici 2028, réduire d'au moins 75%, la mortalité liée au paludisme par rapport à la situation de 2015 ;
- D'ici 2028, réduire d'au moins 75%, la morbidité liée au paludisme par rapport à la situation de 2015.

Le but du PSNLP 2024-2028 étant de contribuer à l'amélioration de la santé des populations du Cameroun par la réduction du poids de la maladie et du fardeau socioéconomique dû au paludisme. Ainsi, ses objectifs stratégiques et spécifiques sont de :

Objectif stratégique 1 : D'ici 2028, renforcer l'engagement politique au niveau national et au niveau communautaire. Plus spécifiquement, il s'agira :

- i. D'ici 2028, augmenter le financement pour la lutte contre le paludisme de 20% par rapport à sa valeur de 2022.
- ii. D'ici 2028, au moins 80% des populations y compris les personnes socialement vulnérables utilisent les services et produits de lutte contre le paludisme.

Objectif stratégique 2 : D'ici 2028, utiliser des informations stratégiques pour guider la prise de décision et l'action ; Plus spécifiquement, il s'agira :

- iii. D'ici 2028, fournir 100% des informations de qualité nécessaires à la prise de décision et l'action.

Objectif stratégique 3 : D'ici 2028, adopter les meilleures orientations politiques et stratégiques (fondées sur les données probantes) de lutte contre le paludisme ; Plus spécifiquement, il s'agira :

- iv. D'ici 2028, au moins 80% de la population est protégée par une intervention de prévention contre le paludisme.
- v. D'ici 2028, 100% des cas de paludisme confirmés, sont traités conformément aux directives nationales.
- vi. D'ici 2028, les intrants antipaludiques sont disponibles de façon permanente dans 70 % des structures sanitaires et dans les communautés.

Objectif stratégique 4 : D'ici 2028, renforcer la coordination de la réponse nationale. Plus spécifiquement, il s'agira :

D'ici 2028, au moins 95% des activités planifiées sont mises en œuvre selon les procédures administratives, financières et comptables en vigueur au PNLP.

CHAPITRE 2 : PLAN OPERATIONNEL 2024 DU PSNLP

2.1. Cadre de Résultats 2024

La logique d'interventions 2024 a consisté à la combinaison de plusieurs Stratégies qui se déclinent en interventions et activités, mesurées à travers les indicateurs dont les cibles pour 2024 sont représentées dans le tableau 1 ci-après :

Tableau 1: Cibles 2024 des indicateurs de performance du PSNLP 2024 - 2028

Types d'indicateurs	Indicateurs	Valeur de base	Cibles pour 2024
Impact	Cas de paludisme signalés (présumés et confirmés)	3 382 676	3 303 244
	Décès dus au paludisme en milieu hospitalier	18,7%	8,98%
	Prévalence du parasite du paludisme	30%	21%
	Taux de positivité des tests diagnostiques	56,9 %	29,90%
	Taux d'incidence pour 1000 habitants	120	111
	Admissions pour paludisme : taux pour 100 000 pers par an	4564	3318
Couverture	Proportion d'enfants de 03-59 mois ayant reçu les 4 doses de CPS	93,5%	96%
	Pourcentage des femmes enceintes reçues en CPN ayant reçu 3 doses de SP dans les FOSA	38,1%	63,1%
	Proportion des cas suspects de paludisme qui reçoivent un test parasitologique en FOSA	95%	95%
	Proportion des cas suspects de paludisme qui reçoivent un test parasitologique en communauté	88,8%	89,9%
	Proportion des cas de paludisme confirmés qui ont reçu un traitement antipaludique de 1 ^{ère} intention en FOSA	57,9%	60%
	Proportion des cas de paludisme confirmés qui ont reçu un traitement antipaludique de 1 ^{ère} intention (communauté)	95,5%	96%
	Pourcentage des structures sanitaires sans rupture de stock en médicaments et produits antipaludiques		40%
	Pourcentage des femmes enceintes ayant reçu une MILDA en routine		80%
	Pourcentage des enfants ayant reçu la 3 ^e dose de CPP	2,1%	28,07%
	Pourcentage des enfants ayant reçu une MILDA en routine		

Pour atteindre ces cibles, plusieurs activités ont été inscrites au PTA 2024. Les principales activités étaient :

- La mise en œuvre de la phase 3 de la campagne de distribution des MILDA au Nord-Ouest et Sud-Ouest ;
- Le suivi et l'évaluation des activités de la campagne de distribution de masse des MILDA ;
- La surveillance entomologique des vecteurs du paludisme ;
- La mise en place de la surveillance sentinelle ;
- L'approvisionnement en intrants pour la Chimio Prévention Pérenne (CPP), la Chimio Prévention Saisonnière (CPS), la chimio prévention de la femme enceinte ;
- La mise en œuvre de la campagne de la CPS dans les régions de l'Extrême-Nord et du Nord ;

- Les Interventions sous-Directives Communautaires (ISDC) : formation, équipement et suivi des agents de santé communautaires ;
- L'approvisionnement des formations sanitaires et des ASC en intrants (tests de diagnostic rapide et médicaments antipaludiques pour la prévention et la prise en charge du paludisme) ;
- Le diagnostic et l'assurance qualité du diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires ;
- Le traitement du paludisme (simple et grave) dans les formations sanitaires ;
- La formation et la supervision des prestataires de soins sur la prise en charge des cas de paludisme dans les formations sanitaires ;
- La collecte et assurance qualité des données de surveillance du paludisme ;
- La conception de l'entrepôt de données du paludisme NMDR ;
- La supervision des activités à tous les niveaux (intégrée, Mentoring, OTSS) ;
- La Planification et Gestion des ressources humaines et financières ;
- La Coordination, le contrôle et l'audit ;
- La Communication en faveur des campagnes de lutte contre le paludisme ;
- Les Formations aux Techniques d'archivages ;
- La supervision financière ;
- Revue et Validation des Données Financières et Programmatiques ;
- Inventaires et Réconciliation des stocks CENAME/FRPS ;
- Planification opérationnelle.
- Communication pour le Changement Comportemental et Social (SBC)

2.2. Répartition des activités inscrites dans le PTA 2024 par pilier

Le Plan de Travail Annuel du PNLP en 2024 comprenait 442 activités subdivisées en 1702 tâches suivant le PSNLP 2024–2028. Ces activités sont reparties ainsi qu'il suit entre les 4 piliers de l'approche « HBHI ».

Tableau 2 : Répartition des activités et tâches du PTA 2024 selon l'approche "HBHI"

Piliers	Stratégies	Nbre de stratégie	Nbre de activités	Nbre de tâches
1	Renforcement du dialogue politique du niveau national et au niveau communautaire	5	99	303
2	Utilisation des informations stratégiques pour l'action	5	90	382
3	Principales politiques et stratégies de lutte contre le paludisme	7	212	681
4	Coordination de la réponse nationale	3	41	336
Total général		20	442	1702

2.3. Répartition du financement par activités

Le budget du PTA 2024 du PNLP s'élevait à 25,9 milliards de FCFA, à mobiliser entre plusieurs partenaires et repartis sur les 4 piliers de l'approche « HBHI ». Le pilier 3 est celui qui regroupait **48% des activités** prévues et **57% du budget** soit 14,8 milliards FCFA. Cette situation reflète l'importance qu'occupe ce pilier dans la stratégie de lutte contre le paludisme.

Tableau 3 : répartition du budget du PTA 2024 par activités

Piliers	Stratégies	Nombre d'activités	Budget prévisionnel	Proportion du budget
1	Renforcement du dialogue politique du niveau national et au niveau communautaire	99	1 994 133 629	8%
2	Utilisation des informations stratégiques pour l'action	90	6 702 109 939	26%
3	Principales politiques et stratégies de lutte contre le paludisme	212	14 822 430 949	57%
4	Coordination de la réponse nationale	41	2 385 126 690	9%
Total général		442	25 903 801 207	100%

Les différents financements provenaient de plusieurs partenaires techniques et financiers (PTF) à savoir : le Fonds Mondial, l'Etat du Cameroun (Fond de Contre Partie-FCP), Impact Santé Afrique (ISA), President's Malaria Initiative (PMI), Bill and Melinda Gates Foundation (BMGF), etc. Le Fonds Mondial et PMI totalisaient à eux seuls portaient 85% des financements. La figure ci-dessous représentant la répartition du financement des partenaires selon les interventions.



Figure 1 : Répartition du financement par partenaires et par interventions

CHAPITRE 3 : RESULTATS DES ACTIVITES PAR OBJECTIF STRATEGIQUE ET PAR INTERVENTION

3.1. Exécution technico-financière globale DU PTA 2024

Le PTA 2024 du PNLP (GTC, GTRLP, SR, PTF) comptait un total de 442 activités. Parmi ces grandes activités, 221 ont été réalisées soit un taux de réalisation physique 50% pour un taux de réalisation physique des tâches est de 42,4%.

Les activités non réalisées étaient principalement :

- L'achat des intrants Pharmaceutiques et Non Pharmaceutiques
- Les activités relatives à la surveillance sentinelle ;
- L'analyse des échantillons de lames et cassettes de TDR pour l'assurance qualité du diagnostic;
- Les activités relatives à la Production des affiches, des billboards, RMA
- Les activités relatives à la formation des Laborantins.

Tableau 4 : Taux de réalisation physique des activités par acteurs de mise en œuvre

Acteurs de Mise en œuvre	Source de Financement	Taux de réalisation
PNLP/ SR (Plan Cameroon et Reachout)	FONDS MONDIAL	63,8%
	ETAT (FCP)	9,6%
OMS	OMS	100%
PMI	PMI	30,8%
CHAI	BMGF	25,0%
UNITAID	UNITAID	0,0%
Total		42,4%

Les meilleurs taux de réalisation physique des tâches ont été enregistrés dans les stratégies de Suivi et d'évaluation, de diagnostic, de prise en charge des cas dans les formations sanitaires et en communauté, de distribution des MILDA en routine, de chimio prévention du Paludisme saisonnier, de de Traitement Préventif Intermittent chez le nourrisson., de formation continue, de gestion du Programme.

Au terme de l'année 2024, l'essentiel des tâches étaient encore en cours de réalisation pour les stratégies de Plaidoyer institutionnel, de Communication pour le développement,

Par ailleurs, l'essentiel des tâches planifiées sur d'autres stratégies n'ont pas pu être réalisé au cours de l'année 2024. Il s'agit des stratégies de la chaîne d'approvisionnement en Intrants pharmaceutiques et Non pharmaceutiques

En ce qui concerne l'exécution financière, le taux d'absorption financière des activités sous financement Fonds Mondial est de 40.41%. Le non achat des intrants pharmaceutiques et non pharmaceutiques (MILDA pour le Sud et Centre) et la suspension de des activités de Reach Out dans les régions du Nord-Ouest et Sud-Ouest le 06 Décembre 2024 sont responsables de la faible performance financière

Sur les 16 338 398 948 XAF de promesses de financement, 5 681 719 802 ont été décaissés soit un taux de décaissement de 34,78% pour l'année 2024

Tableau 5 : Taux d'absorption financière par intervention en 2024

Module	Budget	Dépenses	Écart budget – dépenses	Taux d'absorption
Lutte antivectorielle	2 176 534 481	191 202 905	1 985 331 576	8,78%
Gestion de cas	4 574 674 809	101 269 042	4 473 405 766	2,21%
Interventions de prévention spécifiques	957 139 588	311 715 476	645 424 112	32,57%
SRPS : systèmes de suivi et d'évaluation	1 054 669 988	621 171 102	433 498 886	58,90%
Gestion de programme	2 414 556 657	1 755 794 106	658 762 551	72,72%
SRPS: renforcement des systèmes communautaires	541 143 056	309 380 309	231 762 747	57,17%
SRPS / PP : RHS et qualité des soins	4 490 870 192	3 251 432 531	1 239 437 660	72,40%
SRPS: systèmes de gestion des produits de santé	128 810 178	59 965 339	68 844 839	46,55%
TOTAL	16 338 398 948	6 601 930 811	9 736 468 137	40,41%

3.2. Stratégique 1 : D'ici 2028 renforcer l'engagement politique niveau national et au niveau communautaire.

3.2.1. Communication institutionnelle

Les différentes interventions qui entraient en jeu dans cette stratégie sont (i) le plaidoyer institutionnel et l'engagement communautaire, (ii) la promotion du partenariat et mobilisation des ressources et (iii) la promotion de la visibilité des actions de lutte contre le paludisme.

En ce qui concerne le plaidoyer institutionnel et l'engagement communautaire :

- Quatre ateliers de plaidoyer multisectoriel pour la mobilisation des ressources et la mise en place du cadre national multisectoriel ont été réalisés
- Plusieurs réunions de coordination du groupe de travail RBM SBC ont été tenues dont l'une concernait l'élaboration des TDR de restructuration du groupe
- Organisation des réunions de la Task Force PNLP-ISA-Caucus des parlementaires santé publique pour l'augmentation des ressources à la lutte contre le paludisme

Plusieurs contraintes ont été observées à savoir (i) des difficultés à coordonner l'action de la société civile engagée à promouvoir un plaidoyer nécessaire à la mobilisation des ressources additionnelles, (ii) les lenteurs des procédures de marché qui plombent les procédures d'activation et d'opérationnalisation des sites et canaux web d'animations et de diffusion des contenus, (iii) les difficultés d'arrimage au NTIC qui plombent la promotion de la visibilité des actions de lutte contre le paludisme à travers les supports et canaux institutionnelles et (iv) les limites programmatiques dans la planification des actions de promotion du partenariat et mobilisation des ressources.

3.2.2. Renforcement des interventions multisectorielles

En ce qui concerne cette stratégie, les principales interventions étaient (i) la formalisation des cadres de partenariats intersectoriels et (ii) le renforcement des actions de lutte contre le paludisme dans les autres secteurs. Bien que ces interventions n'avaient pas d'activités planifiées, les activités suivantes ont été réalisées grâce au financement du partenaire ISA :

- L'élaboration d'un cadre national multisectoriel de la lutte contre le paludisme
- L'atelier d'élaboration de la feuille de route des activités de lutte contre le paludisme avec les sectorielles ;
- L'atelier d'élaboration des TDR des équipes focales des sectorielles ;
- L'élaboration des PTA des sectoriels ;

3.2.2.1. Déclaration de Yaoundé

L'OMS et ses partenaires ont organisé une conférence ministérielle sur le paludisme à Yaoundé, au Cameroun, le 6 mars 2024. Cette conférence a réuni les ministres de la Santé et hauts fonctionnaires des 11 pays d'Afrique participant à l'approche « d'une charge élevée à un fort impact » ainsi que les partenaires mondiaux de la lutte contre le paludisme, notamment des organismes de financement, des organisations de la société civile et d'autres acteurs clés. Une déclaration été faite comprenant 7 engagements, puis signée par tous les gouvernements concernés. Ces engagements sont :

- Renforcer la volonté politique ;
- Assurer l'utilisation de l'information à des fins stratégiques ;
- Fournir de meilleures orientations techniques ;
- Renforcer la coordination et l'action multisectorielle ;
- Renforcer les systèmes de santé nationaux ;
- Établir des partenariats fondés sur la collaboration pour la mobilisation des ressources, la recherche et l'innovation ;
- Garantir l'existence d'un mécanisme efficace de responsabilisation concernant le paludisme.

3.2.3. Engagement communautaire

Il est en faveur de la mobilisation des ressources et s'articule autour des interventions de (i) plaidoyer communautaire, (ii) mobilisation communautaire, (iii) leadership communautaire et (iv) suivi communautaire et renforcement des capacités. Les activités réalisées dans le cadre de cette stratégie étaient l'élaboration d'un guide de mobilisation communautaire, la Production d'un guide de mobilisation communautaire, le renforcement des capacités de la société civile à la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme et le renforcement des capacités de la Task Force des médias aux activités de sensibilisation à travers les canaux radio et télévision.

3.2.4. Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC)

Le PSNLP 2024-2028 adresse plusieurs stratégies d'appui transversales accompagnant la lutte, parmi lesquelles la Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC). La CCSC est un axe prioritaire qui permet de susciter la demande et l'utilisation des services et produits de lutte contre le paludisme par tous les groupes cibles. Les principales interventions mises en jeu ici étaient (i) la communication sur les interventions de lutte contre le paludisme, (ii) la communication en zone de crise, (iii) la communication destinée aux groupes vulnérables et enfin (iv) la communication en direction des prestataires de soins.

La CCSC avait pour principal objectif d'amener tous les groupes cibles à utiliser les services et produits de lutte contre le paludisme y compris les populations spéciales. Ceci, en les exposant aux messages de promotion des interventions à travers différentes stratégies (mass-média, CIP, digitale). Ces approches devaient être rendues possibles grâce à la conception, la production et la diffusion d'un certain nombre de supports et outils qui, au moment de l'élaboration de la demande de financement GC7 avaient été jugés comme les plus pertinents parce que résultant des recommandations de la revue du PSNLP 2019-2023. Un total de **51 activités a été planifiées** parmi lesquelles **22 ont été réalisées**, soit un **taux de réalisation de 43,13%**.

3.3. Objectif stratégique 2 : D'ici 2028, Utiliser des informations stratégiques de qualité pour guider la prise de décision et l'action

L'utilisation de l'information stratégique pour la prise de décision et l'action repose sur les interventions de surveillance en routine, de surveillance épidémiologique sentinelle, de suivi, d'évaluation, et de ripostes aux épidémies. Les tâches planifiées en fonction de ses différentes interventions sont représentées par le tableau suivant :

Tableau 6 : Principales interventions et tâches planifiées sous le pilier 2

Pilier 2	Stratégies	Principales interventions	Nombre de tâches planifiées	Source (s) financement
Utilisation de l'Information stratégique pour la prise de décision et l'action	Surveillance du paludisme	2.1.1.1: Surveillance épidémiologique en routine	49	Fonds Mondial BMGF
		2.1.1.2: Surveillance épidémiologique sentinelle		
		2.1.1.4: Préparation à la riposte aux épidémies		
	Suivi et Evaluation	2.1.2.1: Suivi des activités	2	Fonds Mondial
		2.1.2.2: Evaluation des interventions	2	Fonds Mondial
TOTAL			53	

3.3.1. Surveillance du paludisme

Au cours de l'année 2024, les actions visant le renforcement du système de surveillance épidémiologique du paludisme en routine ont continué d'être mises en œuvre.

3.3.1.1. Quelques résultats par interventions

Ces actions sont entre autres :

- L'organisation de 26 ateliers de revues et validations des données de lutte contre le paludisme sur les 26 qui étaient prévus, soit un taux de réalisation de 100% ;
- La réalisation de six tours de supervision dans cinq régions couvrant en moyenne 100 FOSA par tour ;
- L'organisation de 14 réunions de validation des données par les districts de santé ;
- Le paramétrage des tableaux de bord du RMA des FOSA dans le DHIS2 ;
- Le paramétrage des tableaux de bord du RMA communautaire dans le DHIS2 ;
- Le paramétrage du bulletin épidémiologique dans le DHIS 2 ;
- La validation du guide de surveillance sentinelle du paludisme ;
- La finalisation des rapports du PNLP (2022 et 2023) ;
- Le paramétrage des registres électroniques et finalisation des tableaux de bord ;
- Le paiement de 6460 points focaux paludisme pour le transport des données par trimestre.

Tableau 7 : récapitulatif des réunions de revue et validation des données aux GTC et GTR

REGION (S)	Nombre prévu	Nombre réalisé	Taux de réalisation	Nombre de rapports	Complétude des rapports
Adamaoua	3	3	100%	3	100%
Centre	3	3	100%	2	67%
Est	3	3	100%	3	100%
Extrême Nord					
Littoral	3	3	100%	3	100%
Nord					
Nord-Ouest	3	3	100%	3	100%
Ouest	3	3	100%	2	67%
Sud	3	3	100%	2	67%
Sud-Ouest	3	3	100%	0	0%
Niveau central	2	2	100%	2	100%
CAMEROUN	26	26	100%	20	77%

3.3.2. Surveillance sentinelle du paludisme

Au cours de l'année 2024, les activités en rapport avec la mise en œuvre de la surveillance sentinelle ont continué d'être menées à savoir l'actualisation et validation du guide de surveillance sentinelle et l'élaboration du plan de suivi évaluation de la surveillance sentinelle.

3.3.3. Suivi et Evaluation

3.3.3.1. Suivi

La collecte des données relative à la mise en œuvre des interventions s'est faite périodiquement à la fin de réalisation de chaque tache/activité en lien avec chaque intervention. Le tableau ci- dessous détaille le niveau de transmission des rapports provenant des régions en ce qui concerne les supervisions (centrales, régionales et districts), les audits des données, et les réunions de contrôle, revue et validation des données niveau régional. Globalement, 77% (N=40) des rapports attendus des activités susmentionnées ont été transmis. Le Sud-Ouest n'a transmis aucun rapport d'activité pour l'année 2024.

Les supervisions de routine par le niveau central, ont permis de ressortir les résultats suivants :

- Absence de quantification et suivi des outils de collecte des données ;
- Mise en œuvre insuffisante des recommandations des supervisions antérieures (<40%) ;
- Documentation des feedbacks au niveau inférieur ;
- Absence/non mise à jour des graphiques de surveillance du paludisme ;
- Remplissage incomplet des outils de collecte ;
- Incohérence des données de prise en charge ;
- Définition des cas de paludisme et respect des directives de traitement ;
- Rupture de stock des intrants (41%) ;
- Couverture TPI 3 ;
- Taux de positivité élevé (>80%).

Ces résultats nécessitent un suivi à tous les niveaux de la pyramide sanitaires.

Tableau 8: Déploiement des acteurs pour la supervision de routine

Séries tre	Region	Region			District			FOSA			Ensemble		
		Nombre visité	Personnes supervisées	Recommandations									
S1	Adamaoua	1	2	1	3	9	8	10	26	34	14	37	43
	Centre	1	2	3	6	14	14	17	58	57	24	74	74
	Est	1	4	4	4	7	10	13	49	43	18	60	57
	Extreme Nord	1	5	5	3	6	9	7	22	30	11	33	44
	Littoral				3	5	8	14	52	67	17	57	75
	Nord	1	1	1	2	6	6	9	31	22	12	38	29
	Nord Ouest							1	4	2	1	4	2
	Ouest	1	3	2	4	6	13	11	17	28	16	26	43
	Sud	1	3	3	4	11	10	12	32	27	17	46	40
	Sud Ouest	1	2	2	2	4	4	8	27	21	11	33	27
S2	Total	8	22	21	31	68	82	102	318	331	141	408	434
	Adamaoua	1	5	1	5	11	19	13	47	66	19	63	86
	Centre	1	3	3	6	10	21	15	40	62	22	53	86
	Est	1	3	2	7	13	15	13	36	39	21	52	56
	Extreme Nord	1	6	3	2	5	3	8	33	26	11	44	32
	Littoral				3	10	7	11	41	30	14	51	37
	Nord	1	3	4	3	3	6	7	20	12	11	26	22
	Nord Ouest				1	2	2	3	14	8	4	16	10
	Ouest	1	4	11	5	6	27	10	33	45	16	43	83
	Sud	1	2	1	4	8	18	14	38	55	19	48	74
Grand Total	Total	7	26	25	38	74	120	96	306	345	141	406	490
		15	48	46	69	142	202	198	624	676	282	814	924

En ce qui concerne la supervision proprement dite, plusieurs lacunes dans la mise en œuvre ont pu être constatées à savoir :

- Certaines équipes n'ont pas supervisé le niveau régional (GTR, FRPS) ;
- Les menaces sont confondues avec des faiblesses ;
- Certaines équipes ont beaucoup d'espaces vides dans la partie narrative (informations très peu nombreuses concernant l'analyse SWOT) ;
- Manque de détails sur les problèmes identifiés ;
- Les actions correctives ne correspondent pas aux problèmes identifiés ;
- Absence des photos de la supervision sur le terrain ;
- Les équipes descendent sans documents (documents normatif, définition des cas, algorithme de PEC du paludisme etc.)

3.3.3.2. Intégration des données entomologiques dans le DHIS 2

La surveillance entomologique est un pilier essentiel dans la lutte contre les maladies vectorielles telles que le paludisme, la dengue et la fièvre jaune. Les informations qui y sont issues sont cruciales pour orienter les stratégies de lutte antivectorielle et pour évaluer l'impact des interventions. Actuellement, la collecte et l'analyse des données entomologiques au Cameroun sont fragmentées. Les données sont souvent recueillies par différentes institutions et projets, sans coordination ni standardisation, ce qui limite

l'utilisation efficace desdites données. Pour surmonter ces défis, le PNLP avec l'appui de ses partenaires a entamé le processus d'intégration qui devra aboutir à la mise en place d'un système intégré de gestion des données entomologiques. Quatre étapes sont essentielles pour y parvenir :

- i. **Standardisation des protocoles** : Développer et adopter des protocoles standardisés pour la collecte, l'analyse et le partage des données entomologiques. Avec l'appui du partenaire CHAI (Clinton Health Access Initiative), un guide de surveillance entomologique du Cameroun a été élaboré et validé au second semestre 2024. L'élaboration de ce guide a été participatif, avec la pleine implication des experts du domaine. Les indicateurs de surveillance entomologiques ont été arrêtés et le protocole de collecte harmonisé.
- ii. **Plateforme de données centralisées** : Créer une plateforme nationale centralisée où toutes les données entomologiques pourront être stockées, analysées et être accessibles aux parties prenantes. Le DHIS₂ (District Health Information Software) a été choisi comme la plateforme de centralisation de ces données. Le module de collecte des données entomologiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sera celui qui sera utilisé. Ce module adaptable selon les besoins du pays sera paramétré dans le DHIS₂ par les soins des experts de la Cellule des Informations Sanitaires (CIS) du Ministère de la Santé Publique.
- iii. **Renforcement des capacités** : une fois le système fonctionnel, il faudra former les acteurs locaux à l'utilisation des outils de collecte et d'analyse des données.
- iv. **Collaboration interinstitutionnelle** : pour le succès de ce projet d'intégration, il est nécessaire d'encourager la collaboration entre les différentes institutions de recherche, les agences de santé publique et les organisations non gouvernementales pour un partage efficace des données entomologiques.

Ainsi, l'intégration nationale des données de surveillance entomologique est en cours et représente une étape cruciale pour renforcer la lutte contre les maladies à transmission vectorielles au Cameroun.

3.3.3.3. Evaluation

Au cours de l'année 2024, plusieurs activités ont été réalisées en appui aux autres directions du Ministère de la Santé Publique et des sectorielles partenaires. Il s'agit entre autres de :

- **Appui aux autres directions du MINSANTE sur les activités de suivi évaluation** notamment l'introduction des données entomologiques dans le DHIS 2, l'atelier de planification des activités de la DLMEP, l'atelier de revue des données annuelles de surveillance des maladies à potentiel épidémique couplé à la validation du bulletin épidémiologique du Cameroun pour l'année 2024 ;
- **Finalisation des rapports annuels 2022 et 2023 du PNLP** ;
- **Réunion du GTT Surveillance Suivi Evaluation** ;

3.3.4. Recherche

3.3.4.1. Résultats par interventions

3.3.4.1.1. Etudes entomologiques

i. Composition de la faune anophélienne

Au terme des collectes, un total de **1661 anophèles** a été collectées dans 5 sites sentinelles. Des deux techniques utilisées pour la collecte des moustiques, la capture sur appâts humain (HLC) a permis de collecter le plus grand nombre d'anophèles. En effet, 1451 spécimens d'anophèles soit 87,36% ont été collectés par HLC. L'identification morphologique des moustiques collectés par les différentes techniques (HLC et PSC) a révélé la présence de huit espèces anophéliennes à savoir *Anopheles gambiae* s.l., *Anopheles marshallii*, *Anopheles nili*, *Anopheles demeilloni*, *An. funestus* et *An. ziemanni*, *An. paludis* et *An. hancocki*. (Tableau 9). Globalement, *An. gambiae* s.l. était l'espèce la plus abondante dans quatre des cinq sites, quelle que soit la méthode de collecte. La situation était différente à Elig-Mfomo où *An. nili* était l'espèce la plus abondante par HLC et *An. demeilloni* l'espèce la plus abondante par PSC.

Tableau 9: Composition de la faune anophélienne dans les différents sites sentinelles de mars à août 2024

Méthode de collecte	Espèce	Ambam	Bandja	Elig-Mfomo	Foumban	Makénéné	Total (%)
Human landing catch	<i>An. gambiae</i> s.l.	94	51	16	253	484	898 (61,88)
	<i>An. funestus</i>	49	0	1	0	80	130 (8,96)
	<i>An. ziemanni</i>	12	0	0	0	0	12 (0,83)
	<i>An. paludis</i>	1	0	0	0		1 (0,07)
	<i>An. marshalli</i>	0	0	9	0	0	9 (0,62)
	<i>An. demeilloni</i>	0	0	83	0	0	83 (5,72)
	<i>An. hancocki</i>	0	0	19	0		19 (1,3)
	<i>An. nili</i>	0	0	299	0	0	299 (20,6)
	Total HLC	156	51	427	253	564	1451 (100)
Pyrethrum spray catch	<i>An. gambiae</i> s.l.	12	0	3	36	45	96 (45,71)
	<i>An. funestus</i>	29	0	2	0	0	31 (14,76)
	<i>An. nili</i>	0	0	5	0	0	5 (2,38)
	<i>An. ziemanni</i>	1	0	0	0	0	1 (0,48)
	<i>An. demeilloni</i>	0	0	77	0	0	77 (36,67)
	Total PSC	42	0	87	36	45	210 (100)
Total HLC+PSC		198	51	514	289	609	1661 (100)

ii. Agressivité anophélienne

La figure ci-dessous présente l'agressivité anophélienne dans les différents sites sentinelles. De manière générale, l'agressivité anophélienne a varié d'un site à l'autre et du lieu de collecte (intérieur/extérieur). Les plus fortes agressivités anophéliennes étaient obtenues à Makénéné (7,83 piqûres/homme/nuit),

Foumban (3,51 piqûres/homme/nuit) et Elig-Mfomo (5,88 piqûres/homme/nuit) tandis que les plus faibles agressivités étaient obtenues à Bandja (0,70 piqûre/homme/nuit) et Ambam (2,16 piqûres/homme/nuit). L'agressivité anophélienne était plus importante à l'extérieur comparé à l'intérieur excepté à Elig-Mfomo.

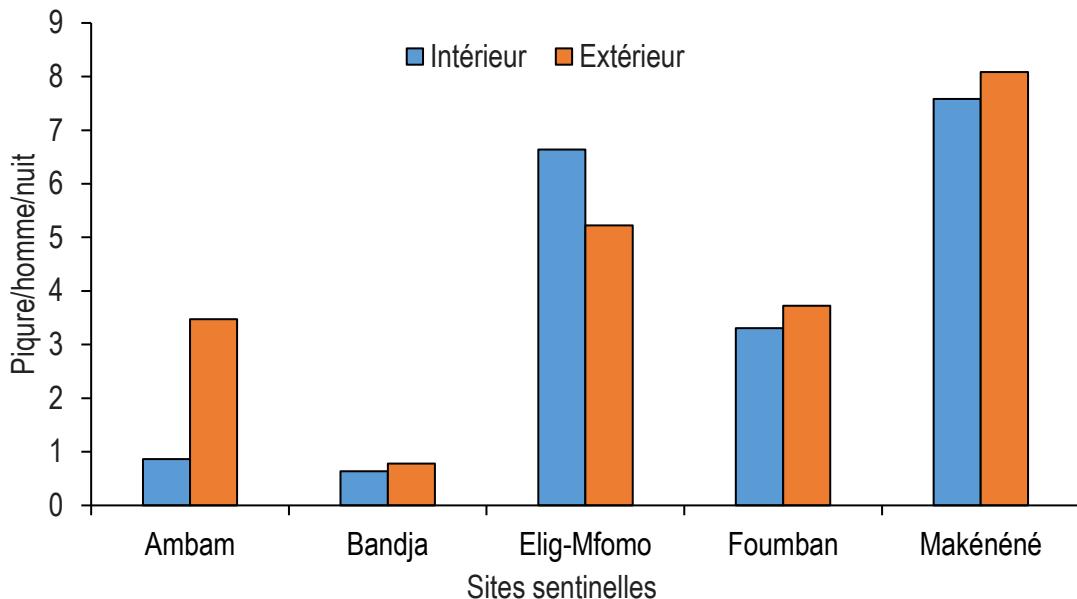


Figure 2 : Agressivité anophélienne dans les sites sentinelles de mars à août 2024

iii. Infectivité des anophèles

Un total de 1451 spécimens d'anophèles a été analysé en vue de la détection de la protéine circumsporozoïtique de *Plasmodium* par la technique Elisa CSP révélant un taux d'infection globale de 2,34%, soit 34 spécimens infectés. Le plus fort taux d'infection a été enregistré à Elig-Mfomo, suivi de Makénéné et Ambam, tandis qu'aucun spécimen infecté n'a été trouvé à Foumban.

*iv. Composition du complexe *Anopheles gambiae**

Un total de 807 extraits d'ADN des spécimens d'*An. gambiae* s.l. a été identifié par la technique PCR. Les résultats ont révélé la présence de deux espèces du complexe *Anopheles gambiae* dans les différents sites. Il s'agissait des espèces *An. coluzzii* et *An. gambiae*. Le complexe d'espèces était largement dominé par l'espèce *An. gambiae* s.s. quel que soit le site (92,94%, n=750).

*v. Composition du groupe *Anopheles funestus**

Un total de 143 extraits d'ADN des spécimens d'*An. funestus* s.l. a été identifié par la technique de PCR. Les résultats ont révélé la présence d'une seule espèce du groupe *Anopheles funestus* s.l. à Ambam et à Makénéné. Il s'agit de espèces *An. Funestus*

Tableau 10 : Test de sensibilité dans tous les sites en 2024

Type d'insecticide	Ambam 2024		Bélabo 2024		Elig-Mfomo 2024		Kékem 2024		Koutaba 2024		Makénéné 2024	
	Mortalité	Statut	Mortalité	Statut	Mortalité	Statut	Mortalité	Statut	Mortalité	Statut	Mortalité	Statut
Deltaméthrine 0,05%	42,5%	R	43,95%	R	7,5%	R	47,5%	R	49%	R	8,51%	R
Deltaméthrine 0,25%	80%	R	77,5%	R	54,73%	R	71,25%	R	100%	S	32%	R
Deltaméthrine 0,5%	87,5%	R	97,5	RP	34,88%	R	91,25%	RP	-	-	43,20%	R
PBO (4%) +Deltaméthrine 0,05%	100,00%	S	94,62%	RP	78,57%	R	88,75%	R	100%	S	91,66%	RP
Perméthrine 0,75%	21,5%	R	6,97%	R	6,78%	R	0%	R	0%	R	5%	R
Perméthrine 3,75%	95%	RP	87,5%	R	74,42%	R	8,75%	R	100%	S	78,57%	R
Perméthrine 7,5%	100%	S	95%	RP	51,16%	R	95%	RP	-	-	90,47%	RP
PBO (4%) + Perméthrine 0,75%	93,75%	RP	73,25%	R	36,36%	R	65%	R	96,25%	RP	11,95%	R
Alphacyperméthrine 0,05%	66,25%	R	38,88%	R	14,06%	R	10%	R	8,8%	R	2,06%	R
Alphacyperméthrine 0,5%	72,5%	R	95%	RP	58,14%	R	65%	R	100%	S	25%	R
PBO (4%) + Alphacyperméthrine 0,05%	98,75%	S	98,88%	S	71,79%	R	48,75%	R	96,25%	RP	11%	R
Bendiocarb 0,1%	76,25%	R	97,77%	RP	54,76%	R	100%	S	96,25%	RP	59,37%	R
Bendiocarb 0,5%	80%	R	100%	S	80,49%	R	-	-	-	-	60%	R
Propoxur 0,1%	78,75%	R	100%	S	78,05%	R	40%	R	100%	S	64,89%	R
Pirimiphos methyl 0,25%	-	-	-	-	100%	S	-	-	-	-	-	-
Malathion 5 %	92,5%	RP	100%	S	70,73%	R	30%	R	100%	100%	84,26%	R
Fénitrothion 0,1%	87,5%	R	98,88%	S	-	-	100%	S	100%	100%	53%	R
Chlorfénapyr	100%	S	100%	S	100%	S	100%	S	100%	S	100%	S
Clothianidine	100%	S	100%	S	100%	S	100%	S	100%	S	100%	S

R= Résistant, S= Sensible, RP= Résistance probable

3.3.4.2. Défis rencontrés et solutions

Le principal défi rencontré était l'acquisition du matériel entomologique. Comme solution, nous avons sollicité l'appui des partenaires pour pouvoir réaliser ces études.

3.3.4.3. Leçons apprises : Identification des bonnes pratiques et des domaines à améliorer.

- Franche collaboration entre le PNLP et les centres de recherche à travers un appui constant
- La prise en compte des données entomologiques dans la commande des moustiquaires
- La tenue fréquente des réunions de VCC permettant un partage d'expérience
- Projet d'intégration des données entomologiques dans le DHIS2

3.4. Objectif stratégique 3 : D'ici 2028 adopter les meilleures orientations politiques et stratégiques (fondées sur des données probantes) de lutte contre le paludisme ;

3.4.1. Lutte anti vectorielle

Quelques résultats en lien avec cette intervention sont présentés ainsi qu'il suit :

3.4.1.1. Distribution des MILDA en campagne de masse

i. **Evaluation de la CDM 2022-2023 :** Le gouvernement du Cameroun avec l'appui de ses partenaires a planifié la quatrième Campagne de Distribution de MILDA en 2022-2023. Les difficultés logistiques dans le transport des MILDA des régions aux Aires de santé et la situation sécuritaire dans les régions du Nord-Ouest et Sud-Ouest ont entraîné un prolongement de la campagne jusqu'en 2024. Par ailleurs, la livraison tardive des MILDA dans les régions du Centre et du Sud n'ont pas permis d'organiser la campagne dans ces deux régions. A l'issue de l'évaluation de la campagne 2022-2023 dans les 8 régions impliquées, 4 578 390 ménages étaient planifiés pour une population estimée à 22 771 817 et 13 013 583 MILDA à distribuer. Au terme de la distribution, 5 123 210 ménages ont été dénombrés et servis, pour 23 276 920 personnes couvertes et 13 030 921 MILDA distribuées. Les taux de réalisation des cibles planifiées sont respectivement de 111.9% pour les ménages, 102.2% pour les MILDA et de 100.1% pour les MILDA. Les taux de réalisations des cibles de ménages et de la population planifiées étaient supérieurs à 99% dans toutes les régions. En ce qui concerne les MILDA, seules les régions de l'Ouest, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest avaient des taux de réalisations des cibles planifiées inférieures à 100% soit respectivement 98.9%, 91.1% et 87.7%.

Tableau 11 : Dénombrement des ménages et distribution des MILDA

Région	Microplanification			Dénombrement/Distribution			Couverture		
	Ménages	Population	MILDA	Ménages dénombrés	Population dénombrée	MILDA distribuées	Ménages	Population	MILDA
Adamaoua	315 835	1 575 722	875 399	375 929	1 600 347	911 462	119,0%	101,6%	104,1%
Est	338 646	1 602 663	899 686	378 387	1 665 463	915 231	111,7%	103,9%	101,7%
Extrême Nord	1 038 892	5 191 007	2 881 545	1 200 098	5 390 614	3 047 958	115,5%	103,8%	105,8%
Littoral	917 393	4 584 213	2 546 772	972 397	4 691 386	2 557 237	106,0%	102,3%	100,4%
Nord	644 751	3 218 656	1 788 121	744 932	3 281 402	1 874 713	115,5%	101,9%	104,8%
Nord-Ouest	428 749	2 140 092	1 417 180	483 650	2 123 087	1 242 658	112,8%	99,2%	87,7%
Ouest	501 344	2 498 224	1 389 980	534 160	2 495 915	1 374 509	106,5%	99,9%	98,9%
Sud-Ouest	392 780	1 961 240	1 214 900	433 657	2 028 706	1 107 153	110,4%	103,4%	91,1%
Cameroun	4 578 390	22 771 817	13 013 583	5 123 210	23 276 920	13 030 921	111,9%	102,2%	100,1%

ii. Synthèse de l'analyse FFOM de la CDM 2022-2023 :

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Tenue effective des ateliers de micro planification régionales ; • Tenue des réunions du Comité National de Coordination de la Campagne au niveau central et régional ; • Tenue des réunions journalières de monitoring de la CDM à tous les niveaux ; • Tenue des réunions de coordination nationales et quotidiennes en ligne pendant la campagne ; • Tenue des réunions journalières de monitoring de la CDM à tous les niveaux • Plans de contingence élaborés dans les régions NW et SW ; • Supervision effective de toutes les formations • Digitalisation des pré-test et post-tests • Bonne planification de la stratégie SBC en faveur de la campagne ; • Stratégie de plaidoyer adaptée et agissante ; • Forte mise en œuvre des activités de mobilisation sociale et de plaidoyer institutionnel • Disponible des données de distribution et de gestion logistique dans le DHIS2 • Bonne complétude des rapports de dénombrement, de distribution et de gestion logistique • Bonne couverture des ménages servis, de la population service et des MILDA. • Disponibilité des fonds au niveau régional à temps • Utilisation du mode de paiement par téléphonie Mobile • Supervision financière et technique • Collaboration étroite avec les SR dans les paiements 	<ul style="list-style-type: none"> • Non-respect du chronogramme de la CDM ; • Glissement de la CDM en période de forte pluviométrie ; • Démotivation des autorités administratives lors des réunions de plaidoyer ; • Absence d'instance de coordination et d'évaluation niveau DS ; • Non prise en compte des PF Com DS dans la CDM ; • Mauvaise coordination du transport des MILDA au niveau régional DS et AS ; • Sous-estimation des populations lors du micro plan régional ; • Absence de briefing des points focaux PJ dans certaines régions • Formulaires de saisie des données de la CDM non paramétrés par le GTC-PNLP au moment de la formation, • Non-respect des critères de sélection de certains acteurs • Faible exécution des activités de communication de masse et digitales • Démotivation des autorités administratives lors des réunions de plaidoyer • Faible traduction des supports en langues anglaise • Retard dans la livraison des supports de communication • Rupture des MILDA avant la fin de la distribution • Mauvais remplissage des outils de dénombrement distribution • Mauvaise qualité des sacs de transport MILDA • Non-respect du calendrier de dénombrement-distribution • Livraison tardive des MILDA dans certains entrepôts (Nocturne) • Outils de logistique traduit uniquement en langue française • Retard dans la validation des fiches techniques • Lenteur dans la transmission des engagements, trésorerie, les obligations et les rapports mensuels d'activités • Non maturation des TDRs des marchés • Faible remontée des PJ • Non-conformité des Numéros de téléphone pour le paiement • Difficulté de paiement des acteurs se trouvant dans les zones hors réseau.
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Appui des forces de maintien de l'ordre dans certains districts ; • Appui de PMI en MILDA additionnelles ; • Engagement des Partenariats communautaires ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Multiples conflits de calendrier avec d'autres activités du MINSANTE ; • Routes impraticables du fait de la saison de pluie ;

<ul style="list-style-type: none"> • Facilitation administrative. • Digitalisation de toutes les formations • Appui des forces de l'ordre dans certaines zones où d'insécurité • Transfert de MILDA inter région • Implication des autorités administratives et leaders traditionnelles dans le transport et la sécurisation des MILDA. • Disponibilité des outils logistique en quantité suffisante 	<ul style="list-style-type: none"> • Insécurité entraînant l'annulation de la distribution dans certains District du Nord-Ouest et du Sud-Ouest ; • Instabilité du réseau perturbant la coordination sur le terrain ; • Recrutement tardif du prestataire en charge de la production des outils et supports de visibilité de la CDM • Non prise en compte des PF Com DS dans la CDM • Non-exécution des activités de communication post campagne • Exposition des équipes de distribution à des risques • Boycott des autres activités de santé par les acteurs communautaires payés tardivement pour la campagne MILDA ; • Lourdeurs des procédures comptables et financières • Non-respect de la micro planification validée par certains District. • Instabilité du réseau Orange/MTN • Démotivation des acteurs de la campagne, du fait du retard de payement ;
--	--

iii. Planification de la CDM 2025-2026 : Il a été planifié l'acquisition et la distribution de 17 420 692 MILDA lors de la campagne de distribution de masse 2025-2026. Suivant les sources de financement, 7 004 959 de MILDA devront être acquises sous financement de l'Etat et 10 415 733 sous financement du Fonds Mondial. Ces quantités de MILDA seront acquises en un seul type de MILDA, notamment les Bitraités (Dual Active Ingredient Net). La campagne 2025-2026 sera organisée en deux phases : (i) Extrême-Nord, Nord, Adamaua, Est, Sud, Ouest et Littoral Rural pour la phase 1 en 2025; (ii) Centre, Nord-Ouest, Sud-Ouest et Littoral Urbain pour la phase 2 en 2026.

iv. Approvisionnement en MILDA pour la distribution de masse 2025-2026 : Les commandes des MILDA de la campagne 2025-2026 sous financement du Fonds Mondial ont été passés et un chronogramme de livraison a été transmis par IDA Foundation. Les MILDA seront livrées en 2025 en plusieurs vagues. Deux marques sont attendues, notamment les MILDA de Yorkool International Limited (61%) et BASF Agro B.V. Arnhem (NL) Freienbach B (39%).

Afin de permettre le stockage de ces MILDA au niveau régional et leur transport jusqu'aux Aires de santé, un contrat est en cours d'élaboration entre le MINSANTE et le Programme Alimentaire Mondial.

Tableau 12 : Planification des livraisons des MILDA de la CDM 2025-2026 (financement FM)

Région	Final Destination	Date estimée de livraison à destination final	Marque MILDA		Total général
			BASF Agro B.V. Arnhem (NL) Freienbach B	Yorkool International Limited	
Adamaoua	Ngaoundéré	9-févr.2025	428 271		428 271
Adamaoua	Ngaoundéré	16-févr. 2025	428 270		428 270
Est	Bertoua	31-mars 2025	174 310		174 310
Est	Bertoua	21-avr. 2025		538 896	538 896
Extrême-Nord	Maroua	17-mars 2025	469 559		469 559
Extrême-Nord	Maroua	24-mars 2025	469 559		469 559
Extrême-Nord	Maroua	29-mars 2025		705 500	705 500
Extrême-Nord	Maroua	5-avr. 2025		705 500	705 500
Extrême-Nord	Maroua	12-avr. 2025		704 945	704 945
Littoral Rural	Douala	20-avr. 2025	174 180		174 180
Littoral Rural	Douala	21-avr. 2025		622 500	622 500
Littoral Rural	Douala	27-avr. 2025	212 193		212 193
Littoral Rural	Douala	28-avr. 2025		606 058	606 058
Littoral Rural	Douala	4-mai 2025	226 700		226 700
Littoral Rural	Douala	11-mai 2025	280 127		280 127
Nord	Garoua	9-févr. 2025	179 167		179 167
Nord	Garoua	19-févr. 2025	535 500		535 500
Nord	Garoua	26-févr. 2025	500 208		500 208
Nord	Garoua	29-mars 2025		721 744	721 744
Ouest	Bafoussam	28-avr. 2025		622 500	622 500
Ouest	Bafoussam	5-mai 2025		617 969	617 969
Sud	Ebolowa	5-mai 2025		492 077	492 077
Total (FM)			4 078 044	6 337 689	10 415 733

v. Adoption de la stratégie de la CDM de MILDA 2025-2026 : Sur la base des leçons apprises à

la suite de l'évaluation de la précédente campagne, une réunion s'est tenue pour l'adoption de la stratégie de la campagne 2025-2026. A l'issue de la réunion, il a été adopté la stratégie de la distribution des MILDA en porte à porte dans les zones sécurisées et la stratégie Hit & Run dans les zones d'insécurité et/ou enclavées. De plus, compte tenu du faible suivi logistique lors de la dernière campagne, celui-ci sera digitalisé. A l'issue de cette réunion il a été recommandé :

- Assurer l'implication des OSCD et des SR Communautaires et Humanitaire dans les équipes de supervision des DS
- Proposer une correspondance du MINSANTE afin de requérir les experts du DHIS2 de la CIS pour accompagner le PNLP dans la digitalisation de la mise en œuvre des activités de la CDM
- Mettre en place un sous-groupe « digitalisation » au sein du sous-comité suivi -évaluation du CNC pour encadrer la numérisation des aspects de certaines composantes de la CDM 2025-2026

- Mettre en ligne les modules de formation de la CDM afin de faciliter l'auto-formation des acteurs (e-learning)
- Assurer la cohérence entre les bases de données programmatiques avec les données de paiements afin d'effectuer à l'avenir l'analyse des couts de distribution sur la base des dépenses réelles
- Alléger les procédures de justifications des pauses-déjeuner des sessions de formation au niveau communautaire pendant la CDM
- Définir le profil et les tâches des points focaux PJ à tous les niveaux

3.4.1.2. Distribution des MILDA en routine

i. Distribution dans les FOSA

Cette Distribution s'est faite auprès des femmes enceintes en CPN1 et aux enfants en service de vaccination : En ce qui concerne les femmes enceintes, globalement, sur toutes les femmes venues en CPN1, 63,9% ont reçu leur MILDA. L'analyse par région montre que seulement 05 régions ont distribués plus de 70% des MILDA aux femmes venues en CPN, il s'agit notamment des régions du Littoral (73,1%), Nord (77,9%), Nord-Ouest (87,2%), Ouest (71,4%) et le Sud-Ouest (77,8%) ([Tableau](#)). Les régions avec les couvertures les plus faibles en MILDA chez les femmes enceintes sont l'Est et le Sud avec respectivement 34,9% et 46,5%. Tandis que chez les enfants, les régions qui ont distribué le plus de MILDA sont le Littoral (81,3%), et le Nord-Ouest (91,1%). Ce faible taux de distribution est en partie due aux ruptures en MILDA dans les FOSA et du retard dans le transport région-FOSA.

Tableau 13 : distribution des MILDA en routine dans les régions en 2024.

Unité	Femmes enceintes vues en CPN 1	Femmes enceintes ayant reçu une MILDA lors des CPN	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu une MILDA	Enfants 0-23 mois ayant reçu le RR1	Enfants ayant reçu une MILDA lors de la vaccination	Pourcentage d'enfants ayant reçu une MILDA lors de la vaccination	Nombre total de MILDA distribuées en routine
Adamaoua	50 284	29 308	58,3	54 508	24 994	45,9	54 302
Centre	117 869	63 412	53,8	117 772	58 395	49,6	121 807
Est	47 036	16 433	34,9	49 466	13 478	27,2	29 911
Extreme-Nord	185 701	112 784	60,7	227 692	88 962	39,1	201 746
Littoral	81 655	59 681	73,1	82 642	67 165	81,3	126 846
Nord	98 825	76 992	77,9	130 901	59 128	45,2	136 120
Nord-Ouest	32 594	28 410	87,2	37 733	34 375	91,1	62 785
Ouest	69 666	49 768	71,4	72 389	36 698	50,7	86 466
Sud	21 414	9 966	46,5	23 248	7 028	30,2	16 994
Sud-Ouest	27 953	21 761	77,8	38 850	27 633	71,1	49 394
Total général	732 997	468 515	63,9	835 201	417 856	50,0	886 371

ii. Marketing social : La distribution des MILDA à travers le marketing social s'est poursuivie en 2024 au travers de l'Association Camerounaise pour le Marketing Social (ACMS). Le tableau ci-dessous donne les quantités de MILDA distribuées par ce canal sur les 05 dernières années.

Tableau 14 : Distribution MILDA par ACMS

Années de distribution	Quantités MILDA distribuées
2018	9 188
2019	11 817
2020	12 052
2021	8 984
2022	8 724
2023	5241
2024	7673

iii. **Approvisionnement en MILDA pour la distribution de routine** : Le pays a obtenu en 2024 une non objection pour distribuer les reliquats des MILDA de la campagne 2022-2023 en routine. A cette quantité s'ajoute les MILDA de routine 2023 encore stockées dans certaines régions.

Tableau 15: MILDA routine et reliquat MILDA de la CDM en 2022-2023

Régions	Qte MILDA routine 2023 (Ballots)	Quantité MILDA reliquat Campagne de distribution de masse 2021-2022 (Ballots)	Total (Ballots)
Adamaoua	396	6	402
Est	1300	0	1300
Extrême-Nord	0	2768	2768
Littoral	0	2578	2578
Nord-Ouest	NA	7441	7441
Ouest	558	0	558
Sud	960	0	960
Total	3 214	12 793	16 007

3.4.1.3. Distribution des MILDA aux populations sinistrées de la Région de l'Extrême Nord

En réponse aux inondations survenues dans la région de l'Extrême-Nord, UNICEF a procédé à la distribution des MILDA dans les sites les plus affectés. Il s'agissait en l'occurrence du département de Logone et Chari. En effet, les inondations ont provoqué un déplacement massif des populations des sites spontanées. Cette situation a entraîné un nombre important de sans-abris.

Cette distribution a ciblé les enfants de moins de 05 ans et les femmes allaitantes sur le site de Goré et de Sultanat pour une total de 1000 MILDA. Apres identification des bénéficiaires dans les deux sites, chaque cible a été doté d'une MILDA au travers d'une distribution porte à porte.

3.4.1.4. Etude de la durabilité des MILDA dans la Région du Nord

Le PNLP a bénéficié de l'appui PMI-Evolve dans le cadre de l'étude de la durabilité des MILDA de la campagne de distribution 2022-2023 dans la région du Nord. Deux districts de santé sont concernés, notamment ceux de Lagdo et de Pitoa.

En 2023, les données à 12 mois après la distribution ont été collectés sur le terrain et celle à 24 mois au mois de juillet 2024.

Les données à 12 mois montre que 3% et 13% de MILDA étaient très déchirées (donc inutilisables) respectivement dans les districts de Lagdo et Pitoa. Un pourcentage de 3% des MILDA n'étaient pas installées dans le DS de Lagdo.

En ce qui concerne les causes de la non présence des MILDA dans le ménage, la variable MILDA jetées/détruites/utilisées à d'autres fins était de 6,5 et 1,4 à Lagdo et Pitoa respectivement.

Les résultats finaux restent attendus afin d'avoir des meilleures données pour la prise de décisions.

En ce qui concerne **la pulvérisation intra domiciliaire (PID)** et **la lutte anti larvaire (LAL)**, bien que prévu dans le plan stratégique 2024-2028, la mise en œuvre de ces interventions dans les districts cibles n'a pas été financée. Par conséquent, aucune activité y relative n'a été mis en œuvre au courant de l'année 2024.

3.4.2. Chimio prévention

La stratégie de chimio prévention est mise en œuvre à travers les interventions de Traitement Préventif Intermittent du Paludisme chez les femmes enceintes (TPIg), la Chimio prévention du Paludisme Pérenne (CPP) chez les nourrissons de moins de 2 ans et la Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) chez les enfants âgés de 3 à 59 mois.

Au terme de l'année 2024, nous avons obtenu les résultats qui suivent :

3.4.2.1. Traitement Préventif Intermittent en grossesse (TPIg)

La Stratégie du TPIg vise à protéger les femmes enceintes et leurs bébés en administrant la SP aux FE pendant les CPN tous les 28 jours – 1 mois à partir de la 13^{ème} semaine de grossesse / dès perception des MAF sous observance directe du prestataire des soins jusqu'à l'accouchement. Le tableau ci-après présente le pourcentage des femmes enceintes ayant reçu le TPIg au cours de l'année 2024 :

Tableau 16 : Traitement préventif intermittent du paludisme en grossesse

Unité	Femmes enceintes reçues en CPN 1	Femmes enceintes ayant reçu le TPI 1	Femmes enceintes ayant reçu le TPI 2 dans la FOSA	Femmes enceintes ayant reçu le TPI 2 par l'ASC	Femmes enceintes ayant reçu le TPI 3 dans la FOSA	Femmes enceintes ayant reçu le TPI 3 par l'ASC	Femmes enceintes ayant reçu le TPI 4 ou plus dans la FOSA	Femmes enceintes ayant reçu le TPI 4 ou plus par l'ASC	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu le TPI 1	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu le TPI 3
Adamaoua	50 284	35 249	26 035	2 577	18 756	1 824	13 786	1 201	70,1	40,9
Centre	117 869	87 290	64 972	3 075	47 592	2 327	35 104	1 768	74,1	42,4
Est	47 036	31 848	24 847	2 021	18 888	1 562	13 898	915	67,7	43,5
Extreme-Nord	185 701	158 022	125 176	6 013	97 004	4 781	82 330	3 347	85,1	54,8
Littoral	81 655	60 820	51 928	1 366	40 527	1 392	32 666	805	74,5	51,3
Nord	98 825	83 520	68 902	1 962	54 325	2 354	42 377	1 349	84,5	57,4
Nord-Ouest	32 594	28 100	24 130	1 209	20 012	1 014	18 983	1 154	86,2	64,5
Ouest	69 666	56 528	44 210	1 590	34 889	3 358	26 002	875	81,1	54,9
Sud	21 414	18 795	13 855	913	11 350	783	7 824	403	87,8	56,7
Sud-Ouest	27 953	24 360	19 842	2 127	15 570	1 575	13 342	1 201	87,1	61,3
Total général	732 997	584 532	463 897	22 853	358 913	20 970	286 312	13 018	79,7	51,8

En 2024, 51,8% de femmes enceintes ont reçu au moins trois doses de TPIg (TPI3). Les régions avec les couvertures les plus faibles étaient l'Adamaoua (40,9%), le Centre (42,4%) et l'Est (43,5%).

- Acquisition de la SP :** En 2024, le PNLP n'a pas eu d'acquisition en SP. Les FOSA ont continué à utiliser les stocks restants des quatorze mille cinq cent trente-cinq (14 535) boîtes de SP 500/25mg (boîtes de 150 traitements) acquis en 2023.
- Administration de la SP pendant les CPN (TPIg) :** Le TPIg est administré en routine et les prestataires de soins offrent ce service pendant les CPN, initiant le début de prise de la 1^{ère} dose de TPIg à partir de la 13^{ème} semaine de grossesse. Au cours de l'année 2024, L'analyse des données révèle de fortes disparités régionales en matière de couverture du TPI3, avec des taux élevés dans le Nord-Ouest, Sud-Ouest, le Sud et le Nord mais faibles dans l'Adamaoua, le Centre et l'Est. 51,8% des FE ont reçu le TPI3 contre 70,0% attendues. Cette performance est passable à l'échelle nationale mais en hausse par rapport à l'année précédente (51,3%). Chaque semestre la Direction de la Promotion de la Santé (DPS) du MINSANTE organise une campagne de Semaine d'Actions de Santé et de Nutrition Infantile et Maternelle (SASNIM). Cette campagne est généralement utilisée comme une opportunité pour améliorer la couverture du TPI chez les FE. La contribution du PNLP dans cette activité (SASNIM2) avec la DPS, ses PTF (HKI, UNICEF), PLMNI et le PEV s'est faite au 2^{ème} semestre en assistant à toutes les réunions préparatoires, aux définitions des cibles et indicateurs, au paramétrage des outils dans le DHIS2 en avril et la supervision en novembre.
- Pour améliorer la performance du TPIg en 2025, les actions suivantes seront mises en œuvres : (1) La sensibilisation par les ASCp afin d'inciter les femmes enceintes à fréquenter précocement la FOSA et à rechercher activement les perdues de vue ; (2) Le suivi mensuel des stocks de SP au niveau des

FOSA par les PF GAS des DS et approvisionnement régulier (pull et push); (3) La disposition d'un stock dédié uniquement aux FE et commander la formulation pédiatrique pour les nourrissons ; (4) L'utilisation des autres opportunités telles que les campagnes de santé (SASNIM, JLV, JNV) et les stratégies avancées / CPN recentrées ou encore des cliniques mobiles pour rattraper les FE ; (5) la sensibilisation en faveur de l'administration de la première dose (TPI1) à partir de la 13ème semaine de grossesse dans les communautés via les ASCp ou les prestataires de soins et dans les FOSA ou encore au travers des canaux de communication traditionnels (affiches).

iv. Sensibilisation en faveur de la distribution du TPIg : plusieurs activités pour ressortir les « root causes » de cette performance moyenne ont été menées notamment : le mini MBS par ISA pour définir les raisons chez les populations vulnérables (personnes vivant avec un handicap, réfugiés, déplacés interne, autochtones). Des prototypes de visuels ont été co-concus avec la communauté et ces derniers serviront pour la sensibilisation en faveur des interventions de lutte contre le paludisme. Une bande dessinée est également en cours de conception, la diffusion des spots et microprogrammes de sensibilisation sur le TPIg chez la femme enceinte à travers les chaines TV CRTV télé, Canal 2 International, Equinoxe et Vision 4, l'organisation de 2 ateliers d'élaboration, de production et de diffusion des spots et microprogrammes sur le TPIg dans les radios communautaires locales des régions du Nord et de l'Extrême-Nord.

3.4.2.2. Chimio Prévention du paludisme Pérenne (CPP) :

Cette stratégie consiste en l'administration de la SP (formulation pédiatrique de préférence dosée à 250/12,5mg) aux enfants de moins de 2 ans à partir de la 10ème semaine de vie selon le calendrier vaccinal du programme élargi de vaccination et suivant un schéma de 5 doses (10ème et 14ème semaine, 6 mois, 9 mois et 15 mois de vie) concomitamment avec les vaccins Penta2, Penta3, Vitamine A, RR1 et RR2.

Tableau 17 : synthèse de la CPP au cours de l'année 2024

Unité	Enfants ayant reçu le Penta 2	Enfants ayant reçu la CPP (1ère dose)	Enfants ayant reçu la CPP (2e dose)	Enfants ayant reçu la CPP (3e dose)	Enfants ayant reçu la CPP (4e dose)	Enfants ayant reçu la CPP (5e dose +)	Enfants ayant reçu la CPP (5e dose)	Enfants ayant reçu la CPP (7e dose+)	Enfants ayant reçu la CPP (8e dose +)	Taux de couverture CPP 1 chez les enfants ayant reçu le Penta 2	Taux de couverture CPP 3 chez les enfants ayant reçu le Penta 2
Adamaoua	58 270	33 919	31 442	23 823	25 401	8 113	7 682	376	268	58,2	40,9
Centre	129 623	70 212	63 942	53 164	52 271	22 032	15 536	2 575	1 920	54,2	41,0
Est	59 241	35 346	33 414	25 925	26 534	5 817	9 691	1 162	952	59,7	43,8
Extreme-Nord											
Littoral	86 905	80 450	74 041	62 106	57 224	10 617	14 501	666	992	92,6	71,5
Nord											
Nord-Ouest	40 481	21 990	19 888	16 898	14 622	5 423	5 675	755	2 715	54,3	41,7
Ouest	80 397	65 572	63 605	51 303	51 628	9 898	17 578	425	483	81,6	63,8
Sud	25 968	18 657	18 099	14 539	13 815	3 174	3 802	172	655	71,8	56,0
Sud-Ouest	43 407	31 205	29 348	25 133	24 226	8 473	10 455	1 611	1 307	71,9	57,9
Total général	524 292	357 351	333 779	272 891	265 721	73 547	84 920	7 742	9 292	68,2	52,0

Le taux de couverture en CPP3 chez les enfants ayant reçu le Penta 2 était de 52% en 2024. Les régions ayant une faible couverture sont l'Adamaoua (40,9%), le Centre (41%), le Nord-Ouest (41,7%) et l'Est (43,8%).

- **Approvisionnement de la SP et renforcement des capacités des acteurs** : en 2024, aucune acquisition n'a été faite ; par ailleurs, PSI a appuyé le PNLP avec un don de 200 000 comprimés à repartir dans les DS de la région du Centre en rupture de stock.
- Durant toute l'année, le programme a soutenu l'enregistrement dans le pays des comprimés SP 250/12,5mg D et SP 500/25mg D préqualifiés par l'OMS et fabriqués par Skant, le programme a intégré les comprimés SP 250/12,5mg D et SP 500/12,5mg D pré-qualifiés par l'OMS et utilisé dans le cadre du Projet PLUS dans la chaîne d'approvisionnement nationale, y compris la révision des cartes de stock / pointage, des formulaires de commande, etc.
- **Administration de la SP chez les enfants pendant la vaccination de routine** : l'analyse des résultats révèle une progression significative de la couverture de la CPP3 par rapport à l'année précédente. Cette bonne performance peut s'expliquer par (i) une meilleure appropriation de la stratégie par les prestataires des soins en service de vaccination et (ii) un meilleur rapportage des données grâce aux outils harmonisés du PEV qui intègrent nos indicateurs. Le projet PLUS (modèle CPP à 8 doses avec administration communautaire par les ASCp) mis en œuvre dans 6 DS dans la région du centre prendra fin en Juin 2025. Les 6 évaluations qui l'encadrent (adoption de la politique, processus, économique, impact, CPPI, efficacité de la SP et le développement de l'outil d'aide à la décision) vont servir d'évidence pour modifier/améliorer la

stratégie de la CPP au Cameroun. Un plan de pérennisation et de capitalisation des acquis du projet a été élaboré et ce dernier met en lumière un actions à mettre en place pour avoir une CPP optimale. Cette intervention est coordonnée sur le plan technique et national avec un Groupe Technique de Travail sur le suivi de l'administration de la CPP qui se tient trimestriellement et rend compte au Comité National de Coordination (Advisory Group) qui se rencontre semestriellement. Cette année, 3/4 réunions du GTT ont été tenues et les 2/2 Advisory Group meetings ont eu lieu. Il y a eu également des descentes sur sites pour superviser la mise en œuvre des activités liées à la CPP dans les DS du projet et les supervisions des activités de routine du programme qui aussi étaient des opportunités pour renforcer les capacités des acteurs sur le terrain et l'engagement des tiers.

3.4.2.3. Chimio Prévention du paludisme Saisonnier (CPS)

La chimio prévention du paludisme saisonnier est définie comme « l'administration intermittente d'un traitement complet d'un médicament antipaludique pendant la saison de forte transmission (saison de pluie) du paludisme pour éviter la maladie ». L'objectif est de maintenir des concentrations thérapeutiques du médicament antipaludique dans le sang pendant la période où le risque de contracter le paludisme est plus élevé.

Cette intervention vise la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme chez les enfants âgés de 3 à 59 mois dans les districts des régions ciblées.

L'objectif général de la Campagne CPS 2024 était de protéger au moins 95% des enfants de 3 à 59 mois contre les accès palustres par quatre à cinq cycles de prise de SP+AQ dans les districts de santé des régions du Nord et de l'Extrême-Nord.

En 2024 tout comme l'année 2023, la CPS a été mise en œuvre suivant deux modes : un mode campagne dans 36 DS et mode routine dans 11 DS. La mise à jour des analyses sur la base des données pluviométriques et épidémiologiques a permis de modifier les dates de début dans certains DS et la durée de l'intervention. Ainsi comme le montrent les graphiques ci-après trente-quatre (34) DS ont débuté la CPS 2024 en juin, soit 25 dans la région de l'Extrême Nord et 09 dans la région du Nord. Elle a été mise en œuvre en 4 cycles pour 33 DS (dont 13 au Nord et 20 à l'Extrême Nord) et 14 DS avec 5 cycles (dont 2 au Nord et 12 à l'Extrême Nord).

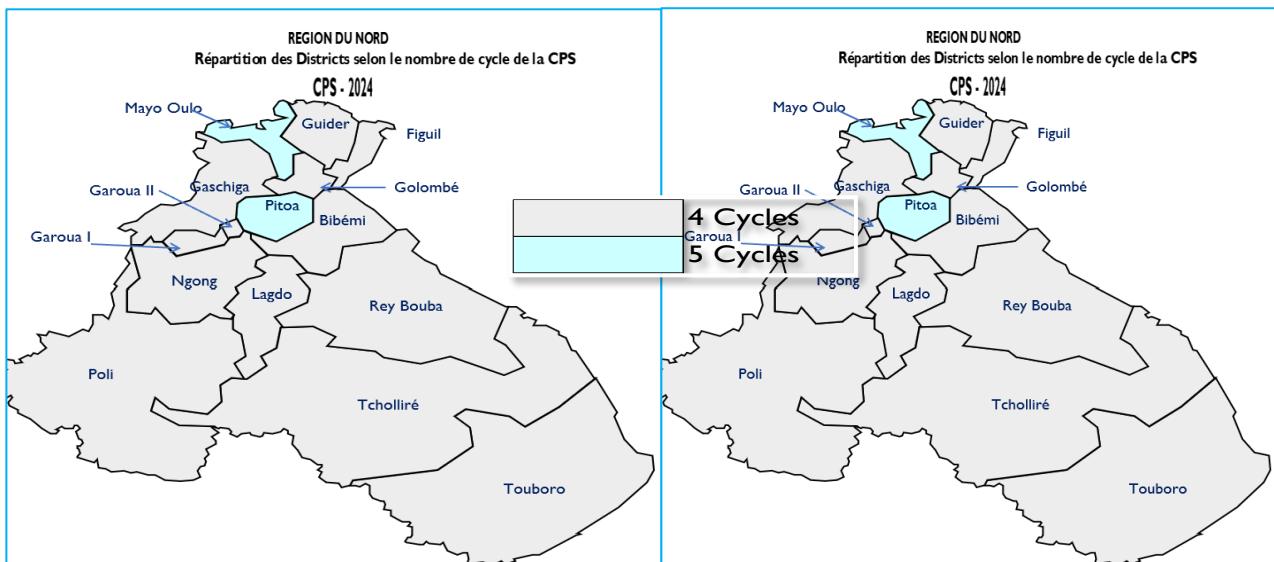


Figure 3 : répartition des DS selon le nombre de cycle de la CPS 2024.

Les stratégies de distribution de la SPAQ sont restées le « porte à porte » et les postes fixes.

La planification participative de la campagne CPS 2024 s'est déroulée en trois principales étapes, avec implication de toutes les parties prenantes aux rangs desquelles : le GTC PNLP, les GTRLP (Nord et Externe-Nord), les Représentants des Directions techniques du MINSANTE (DPML, DLMEP, ...), la CIS, les Représentants de PMI et ses Agences de mise en œuvre (SEMBE I et II), UNICEF, OMS, MSF, ALIMA, CHAI et BLUESQUARE.

Elle a débuté par les ateliers d'évaluation de la CPS 2023 et de planification de la campagne 2024 tenues à Douala respectivement en Février et Avril 2024. Ces ateliers ont permis d'évaluer la mise en œuvre et d'identifier les leçons apprises issues de la CPS 2023 et d'élaborer et valider la stratégie CPS 2024.

- Approvisionnement en intrants pour la CPS : les quantités de SPAQ nécessaires à la CPS 2024 ont été estimées à l'atelier de quantification des intrants du PNLP tenu en novembre 2023 à Douala. Sur la base des consommations pendant la campagne CPS 2022 et du taux de croissance de la population (2,4%). En plus des reliquats issus de la Campagne CPS 2023, les quantités additionnelles ont été distribuées dans les Aires et Districts de Santé pour la CPS 2024. Au total 9 791 945 plaquettes de SPAQ ont été mobilisées dans le cadre de la Campagne CPS 2024, soit 1 874 400 pour les enfants de 3-11 mois et 7 917 545 pour ceux de 12-59 mois. En termes de consommation, 8 163 354 plaquettes de SPAQ 1 et SPAQ 2 ont été distribuées aux enfants et après la reconstitution des stocks, il est resté 1 584 888 plaquettes à la fin de la campagne et ces dernières pourront être utilisées à la prochaine campagne.

Tableau 18 : répartition de la SPAQ utilisées aux Régions de l'Extrême Nord et du Nord

Région	Produit	Quantité disponible au début de la campagne (acquisition + reliquat 2023)	Quantité Utilisées (Rapports)	Pertes (Rapport)	Quantité totale attendue	Quantité totale à la fin de la Campagne (Reliquat rapporté)
Extrême Nord	SPAQ1 (plq)	1 033 200	869 734	9 415	154 051	154 051
	SPAQ2 (plq)	4 936 050	4 290 129	19 116	626 805	626 805
Nord	SPAQ1 (plq)	841 200	261 396	6 043	573 761	573 761
	SPAQ2 (Plq)	2 981 495	2 742 095	9 129	230 271	230 271

Les plans d'approvisionnements Région- DS- Aires ont été élaborés de manière participative par les équipes des GTR Palu et de GHSC-PSM. Les pré positionnements dans les Aires et Districts de santé ont été effectuée en mai 2024.

- *Renforcement des capacités des acteurs de la CPS* : Des formations en cascade ont été faites avant le lancement de la CPS dans les régions de l'Extrême Nord et du Nord, impliquant les acteurs de la chaîne de mise en œuvre, du niveau central jusqu'aux communautés. Ces différents acteurs étaient les superviseurs centraux (12 superviseurs), régionaux (23 superviseurs), de district (164 superviseurs), superviseurs des aires de santé (496 superviseurs), superviseurs de proximité (1227 superviseurs), gestionnaires de données Régions et DS (50 gestionnaires), agents de saisies de données Aire de santé (552 agents), les crieurs (4950 crieurs), mobilisateurs-distributeurs (11 823 mobilisateurs).
- *Dispensation de la SPAQ aux enfants de 03-59 mois lors de la CPS* : Cette année, il n'y pas eu la phase de dénombrement. Ainsi, la cible estimée lors de la micro-planification a été utilisée pour calculer le pourcentage des enfants traités à chaque cycle. Cette cible avait été calculée sur la base des données de la CPS 2023 et le taux d'accroissement de la population (2,4%). Elle a été ensuite ajustée après les ateliers de micro-planifications organisés au niveau régional. Le nombre d'enfants ayant participé aux 4 cycles de traitement ou 5 cycles (Districts à 5 cycles) a été évalué à travers le dépouillement systématique des registres de traitement à la fin du quatrième cycle et cinquième par les superviseurs de proximité. A l'issue de cette évaluation la répartition par Région du nombre d'enfants 03-59 mois ayant participé aux 4 ou 5 cycles de traitement est :

Tableau 19 : Répartition par Région des enfants de 03-59 mois ayant participé à différents cycles de traitement de la campagne CPS 2024

Région	Cible des enfants de 3-59 mois	Nombre d'enfants ayant participé à 0 cycle	Nombre d'enfants ayant participé à 1 cycle	Nombre d'enfants ayant participé à 2 cycles	Nombre d'enfants ayant participé à 3 cycles	Nombre d'enfants ayant participé à 4 cycles	Nombre d'enfants ayant participé à 5 cycles	Pourcentage des enfants ayant participé à 4 ou 5cycles
Extrême-Nord	1321982	321	72446	76742	106217	729932	530776	95.4%
Nord	791090	3476	33317	39794	56592	704041	89507	98,9%
Total	2113072	3797	105763	116536	162809	1433973	620283	97.2%

Dans l'ensemble, 97,2% d'enfants de 03 à 59 mois ont participé consécutivement aux 4 ou 5 cycles de la campagne CPS 2024 parmi les enfants ayant été inclus au cours du premier cycle dans les deux régions. A l'échelle du District, le District de Santé de Tcholliré dans le Nord a enregistré le plus faible taux de participation des enfants avec 85,8 %. On note aussi les Districts de Goulfey, Meri, Maroua 3, Hina et Kaélé dans la région de l'Extrême-Nord qui enregistrent une performance inférieure à 90%.

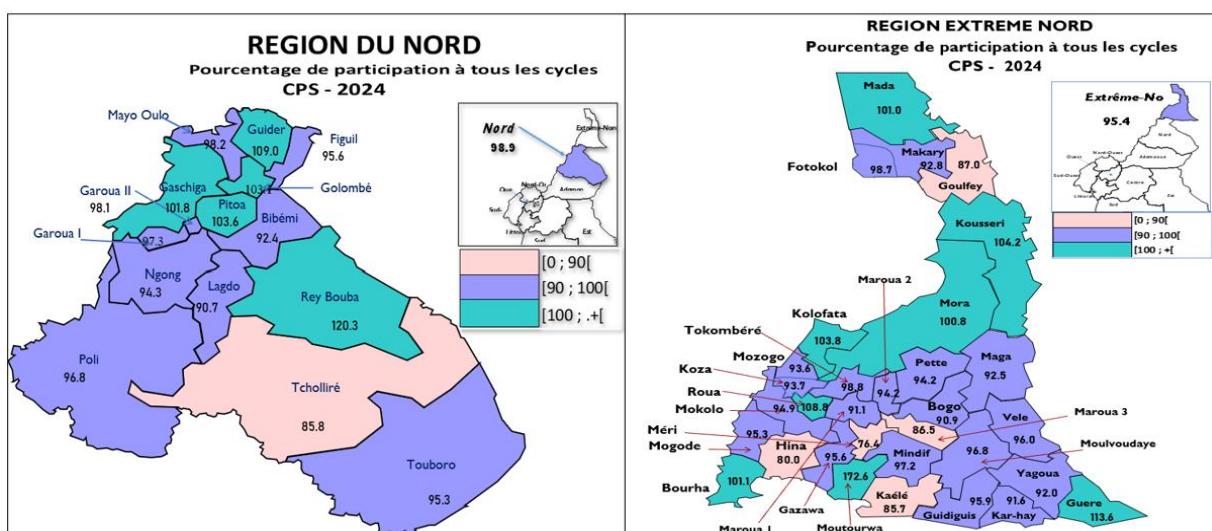


Figure 4 : proportion des 03-59 mois par DS ayant participé à différents cycles de traitement de la CPS 2024

➤ *Sensibilisation en faveur de la CPS dans les zones ciblées :*

La campagne CPS 2024 s'est appuyée sur une stratégie de communication multiforme, menée en partenariat avec Breakthrough Action et ISA. Cette stratégie a combiné des actions de plaidoyer auprès des leaders locaux, des campagnes médiatiques intensives, une communication interpersonnelle de proximité et des activités de sensibilisation menées par les communautés. Ces actions ont permis de toucher un large public et de promouvoir l'adhésion à la campagne à savoir :

- ✓ Le plaidoyer avec pour but d'engager les leaders à la campagne CPS dans les deux régions ;
- ✓ La stratégie mass-média déployée pendant la CPS 2024 avec la tenue d'un atelier de révision, production et la diffusion des spots dans les radios communautaires. Les spots produits ont été diffusés dans les radios communautaires ;
- ✓ La communication interpersonnelle de proximité a été assurée par les crieurs, les mobilisateurs-distributeurs avant et pendant chaque cycle de distribution de la SPAQ ;
- ✓ La production de 96 spots et 38 microprogrammes diffusés à travers 39 chaînes de radios de proximité ; (2 chaînes CRTV régionales et 37 radios de proximité de l'Extrême-Nord et du Nord) ;
- ✓ La tenue d'environ 300 réunions de plaidoyer dans les chefferies du Nord et de l'Extrême Nord ;
- ✓ L'organisation des visites de sensibilisation par les réseaux d'associations féminines ;
- ✓ La sensibilisation de plus de 700 mille ménages par les marraines /parrains ;
- ✓ La sensibilisation par les Mobicidist en porte-à-porte dans les ménages.

➤ **Supervision :**

Elle avait pour objectif de détecter les mauvaises pratiques, les insuffisances et problèmes rencontrés à tous les niveaux et apporter des corrections nécessaires dans la mise en œuvre (après les formations en cascades des acteurs à superviser) ; les grilles de supervision ont été paramétrées dans IASO pour permettre un suivi et transmission en temps réel des données de supervision. La supervision a été effectuée par les superviseurs du niveau central et du niveau régional, les Chefs des Districts de santé, les Chefs des aires de santé, ainsi que les superviseurs de proximité.

La Campagne a mobilisé dans l'ensemble 11 538 Mobilisateurs distributeurs, 1193 superviseurs de proximité, 452 superviseurs de l'Aire et 138 Superviseurs de District dans les 47 districts des régions du Nord et de l'Extrême Nord. Il convient de noter que les superviseurs du niveau central ont effectué trois descentes sur terrain respectivement au premier, troisième et cinquième cycle. Ceux du niveau régional ont supervisé deux cycles de la CPS (premier cycle et quatrième cycle). L'activité de supervision a été assurée pour tous les cycles par les superviseurs du DS, de l'Aire et ceux de proximité.

Quelques défis rencontrés et les solutions apportées sont présentés dans le tableau ci-après:

Tableau 20: Problèmes rencontrés et solutions apportées par les superviseurs lors des supervisions

Domaine	Défis rencontrés	Solutions
TPIg	Son déploiement se heurte à plusieurs insuffisances : (i) Les ruptures de stock de SP dans les FOSA au semestre 2 de l'année 2024. En effet, aucune acquisition de SP 500/25mg n'a été faite en 2024 et; (ii) les quantités de SP disponibles dans les différentes FOSA n'ont pas permis de couvrir les besoins des femmes enceintes (FE) car ils ont été répartis entre les FE et enfants de moins 2 ans sur l'étendue du territoire national ; (iii) Le recours tardif à la CPN et la faible assiduité des femmes enceintes aux CPN du fait entre autre de l'éloignement des FOSA dans les zones rurales et semi-urbaines comme dans l'Extrême-Nord, le Nord et le Sud ont également contribué à cette faible performance ; (iv) l'absence de collecte des données de distribution de la SP en officine.	Par ailleurs, le PNLP se prépare à mettre en œuvre l'administration communautaire de doses subséquentes de SP par les ASCp aux FE ne pouvant pas se rendre dans les formations sanitaires ou vivant dans des zones d'accès difficile. Cette modalité de distribution de la SP contribuerait grandement à l'amélioration de cet indicateur. En effet, une bonne performance du TPI3 (65,3%) a été constatée dans la région du Nord-Ouest qui met à contribution les ASCp pour fournir les services de santé en communauté notamment le TPIg à cause du contexte d'insécurité qui y sévit.
CPP	Malgré son excellente performance, nous notons néanmoins un fort taux d'abandon entre les doses de de 23,6% entre la CPP1 et la CPP3. Ceci pourrait être dû (i) à l'insuffisance dans la sensibilisation de masse et communication de proximité en faveur de la CPP mais (ii) principalement à cause des ruptures quasi-constantes en SP du fait de l'absence d'acquisition en 2024 et de la répartition du stock disponible entre les FE et les nourrissons.	Pour améliorer ces lacunes, le programme tend à (i) se rassurer de la disponibilité en continue des intrants et leur suivi étroit pour anticiper sur les ruptures et les redéployer lorsque nécessaire ; (ii) intensifier la communication de masse en faveur de la CPP et (iii) sur la base des résultats des différentes évaluations du projet PLUS, adopter et mettre en œuvre l'administration de la CPP en communauté par les ASCp et mettre en place toutes les leçons tirées du plan de pérennisation
CPS	Les problèmes les plus criards relevés lors des supervisions étaient pour la plupart en rapport avec le manque de mise à disposition des moyens logistiques et frais de subsistance pour effectuer les descentes, ce qui entraînerait une démotivation des acteurs au fil des cycles mais également le manque des outils et ou intrants pour traiter les enfants.	

3.4.3. Vaccination

Le vaccin RTS,S/AS01E (RTS,S), est développé par les laboratoires GlaxoSmithKline (GSK) depuis les années 1980 en partenariat avec PATH, c'est le premier vaccin antipaludique à avoir été évalué par un organisme réglementaire. Préqualifié par l'OMS le 15 juillet 2022 et lancé au Cameroun le 22 Janvier 2024, il a été mis en œuvre dans un contexte de doses limitées et de priorisation de fardeau de la maladie, d'où une hiérarchisation des DS sur la base des données épidémiologiques en rapport avec le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans et le taux de couverture du PEV pour être sûr de toucher le maximum d'enfants dans les zones les plus à risques. Ainsi, 42 DS ont été sélectionnées répartis dans

toutes les régions du pays. Sa mise en œuvre est assurée par le PEV mais le PNLP continue la surveillance et appui également le PEV dans les activités en lien avec le VAP. Après son introduction nous avons tenu des réunions et ateliers de partages d'expériences avec les autres pays qui ont introduit après le Cameroun et à mi-parcours, une évaluation a été faite (mini PIE) pour objectiver les difficultés dans l'atteinte optimale des cibles.

3.4.3.1. Objectif

En 2024, 12% des enfants de 0 à 2 ans devaient recevoir au moins 3 doses du vaccin RTS,S/SA01.

3.4.3.2. Quelques résultats

Tableau 21 : Synthèse de la vaccination contre le paludisme

Unité	Enfants ayant reçu le Penta 3 dans les districts éligibles	Enfants ayant reçu le VAP 1	Enfants ayant reçu le VAP 2	Enfants ayant reçu le VAP 3	Enfants ayant reçu le VAP 4	Taux de couverture VAP 1 chez les enfants ayant reçu le Penta 3	Taux de couverture VAP3 chez les enfants ayant reçu le Penta 3
Adamaoua	19 321	13 163	9 625	7 924	94	68,1	41,0
Centre	11 299	9 009	5 815	4 183	0	79,7	37,0
Est	33 403	23 039	16 757	12 683	65	69,0	38,0
Extreme-Nord	82 103	49 860	37 807	30 088	34	60,7	36,6
Littoral	10 410	8 236	5 874	4 479	7	79,1	43,0
Nord	47 254	34 870	26 284	20 391	98	73,8	43,2
Nord-Ouest	9 646	6 154	4 513	3 128	42	63,8	32,4
Ouest	14 660	9 659	6 049	4 698	29	65,9	32,0
Sud	8 797	5 841	4 231	3 173	0	66,4	36,1
Sud-Ouest	11 258	7 879	5 824	4 668	31	70,0	41,5
Total général	248 151	167 710	122 779	95 415	400	67,6	38,5

En 2024, 38,5% des enfants reçus en service de vaccination ont bénéficiés d'au moins 3 doses du VAP.

Ce qui est très encourageant étant donné la cible de 12% qui a été assez dépassée.

3.4.3.3. Défis rencontrés et solutions

Le principal défi rencontré ici a été le fort taux d'abandon/perdus de vues de près de 50% entre le VAP1 et le VAP3 (67,6 % à 38,5%). Ce qui pourrait être dû à : la désinformation/ rumeurs sur l'efficacité du VAP ou encore l'insuffisance dans la communication de masse et de proximité. Il est également apparu les éléments suivants :

- Déficit d'information en matière de vaccin contre le paludisme (Éclaircissements sur le vaccin et Éclaircissements sur la fabrication du vaccin)
- Mauvaise perception des vaccins (vaccin dangereux)
- Faible acceptation de la vaccination et faible recommandation du vaccin
- Décroissance du taux d'acceptation de la vaccination suivant le niveau de confiance que le leader accorde aux vaccins en général

Pour y remédier, le PEV et PNLP et les directions techniques du MINSANTE ainsi que les PTF, ont élaboré un plan de communication de crise et renforcé la sensibilisation auprès des communautés.

3.4.3.4. Leçons apprises

Une bonne communication et des sessions d'engagement communautaires sont importantes avant tout début d'une nouvelle activité dont les bénéficiaires sont les populations ; La communication continue a assuré une diminution des craintes des populations sur le VAP

3.4.4. Diagnostic biologique du paludisme

3.4.4.1. Objectif

Dans le cadre du processus d'amélioration de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme, le PNLP s'est fixé pour objectif d'améliorer la qualité du diagnostic et du traitement des cas de paludisme dans les FOSA, en communauté, aussi bien dans le secteur public que privé.

3.4.4.2. Résultats des principales interventions

3.4.4.2.1. Assurance qualité du diagnostic biologique du paludisme

- Analyse des échantillons de lames et cassettes de TDR pour l'assurance qualité du diagnostic : 160 FOSA ont été enrôlées et 4800 lames lues. Le nombre de FOSA à enrôler a été atteint ;
- Formation des pools d'experts régionaux pour l'assurance qualité du diagnostic au niveau central : 100% des experts (48) ont été formés ;
- Révision et validation des manuels suivants : manuel d'assurance qualité et du contrôle qualité pour le diagnostic du paludisme au Cameroun, manuel de formation des laborantins ;
- Révision des grilles de supervision OTSS+ diagnostic.

3.4.4.2.2. Diagnostic biologique dans la communauté :

- Cas de fièvre rapportés par les ASCp (semestre 2) : sur les 472 854 cas prévus, 463 754 ont été rapportés ;
- Cas suspect testés : 442 750 cas de fièvre ont été testés pour un taux de réalisation de (95%), cet écart s'explique par : (i) les ruptures fréquentes de stocks en TDR au cours de la période, (ii) le non approvisionnement systématique des ASCp par certains chefs d'aire de santé.

Tableau 22: Répartition du nombre de cas de paludisme diagnostiqués en communauté par région

Unité	Personnes reçues par l'ASC pour maladie	Cas suspects de paludisme	Cas suspects de paludisme (Femmes enceintes exclues)	Cas suspects testés par TDR (Femmes enceintes exclues)	Pourcentage de cas suspects testés	Cas de paludisme simple confirmés	Cas de paludisme grave confirmés	Cas de paludisme confirmés	Taux de positivité des tests	Proportion des cas graves
Adamaoua	62 959	47 726	47 712	45 607	95,6	38 970	3 096	42 066	92,2	7,4
Centre	118 932	85 320	85 262	79 707	93,5	69 945	9 373	79 318	99,5	11,8
Est	74 789	45 625	45 615	44 661	97,9	40 119	2 351	42 470	95,1	5,5
Extreme-Nord	370 536	262 794	262 216	254 050	96,9	162 274	14 137	176 411	69,4	8,0
Littoral	90 056	63 700	63 656	58 341	91,7	54 546	4 010	58 556	100,4	6,8
Nord	182 061	151 463	151 418	139 539	92,2	112 862	14 753	127 615	91,5	11,6
Nord-Ouest	86 623	40 224	40 195	34 327	85,4	25 191	5 504	30 695	89,4	17,9
Ouest	47 098	37 546	37 359	35 456	94,9	30 848	4 221	35 069	98,9	12,0
Sud	17 708	13 106	13 094	12 024	91,8	10 114	1 432	11 546	96,0	12,4
Sud-Ouest	203 750	111 655	106 799	102 461	95,9	81 902	6 182	88 084	86,0	7,0
Total général	1 254 512	859 159	853 326	806 173	94,5	626 771	65 059	691 830	85,8	9,4

Tableau 23: Répartition de diagnostic biologique réalisé par région en 2024

Unité	Cas suspects de paludisme simple	Cas suspects de paludisme grave	Cas suspects de paludisme	Cas suspects testés par TDR	Cas suspects testés par microscopie	Cas suspects testés	Part du TDR dans le diagnostic	Pourcentage de cas suspects testés
Adamaoua	200 613	94 890	295 503	199 935	81 330	281 265	71,1	95,2
Centre	566 171	347 366	913 537	589 602	279 305	868 907	67,9	95,1
Est	202 274	104 485	306 759	230 344	61 105	291 449	79,0	95,0
Extreme-Nord	809 281	226 552	1 035 833	917 999	94 197	1 012 196	90,7	97,7
Littoral	430 927	272 528	703 455	377 074	291 180	668 254	56,4	95,0
Nord	414 874	146 871	561 745	470 882	65 663	536 545	87,8	95,5
Nord-Ouest	203 855	99 462	303 317	233 950	51 330	285 280	82,0	94,1
Ouest	217 690	154 617	372 307	276 048	82 730	358 778	76,9	96,4
Sud	98 295	41 239	139 534	101 137	32 335	133 472	75,8	95,7
Sud-Ouest	270 634	83 431	354 065	256 692	73 035	329 727	77,8	93,1
Total général	3 414 614	1 571 441	4 986 055	3 653 663	1 112 210	4 765 873	76,7	95,6

En 2024, 4 765 873 (95,6) cas suspects de paludisme ont été testés sur les 4 986 055 cas suspects parmi lesquelles 3 653 663 ont été testés par TDR, donc 76,7%.

3.4.4.3. Leçons apprises

Leçons apprises	Bonnes pratiques	Domaines à améliorer
Il est nécessaire d'organiser une séance de briefing avant le début de l'activité avec toutes les personnes impliquées dans la chaîne d'analyse pour une meilleure compréhension de l'activité à tous les niveaux.	Le processus de sélection des lames a respecté le SOP	La préparation de l'activité et le respect des critères de sélection des acteurs La disponibilité des SOP à tous les niveaux

Les laborantins sélectionnés pour la formation des pools des experts doivent être des personnels qui pratiquent régulièrement au sein de leurs structures.	Les laborantins ont été sélectionné selon le profil définit par le niveau central	Choix des laborantins au niveau régional (respect du profil pour une meilleure rentabilité) Rétention du personnel formé
Il est nécessaire de s'assurer de la disponibilité des formateurs aux dates prévues des sessions de formations.	Les formateurs étaient des experts et/ou chercheurs certifiés OMS	Préparation technique de l'activité Bonne communication avant pendant et après
Il est nécessaire d'harmoniser l'approche de supervision OTSS+ dans tout le pays.	Les grilles OTSS+ diagnostic ont été révisées Les TSQ/Mentors ont été recyclés dans les régions du Nord et l'Extrême-Nord. La fréquence des supervisions sur site a été respectée	Préparation technique et logistique de la supervision. Mobilisation des fonds y compris localement pour le respect de la fréquence Assurer la digitalisation et la vulgarisation de l'outil OTSS+
Il est nécessaire de choisir des indicateurs programmatiques qui seront analysés pour avoir l'impact sur l'activité au niveau du programme.	La section PSSE du PNLP a été impliquée dans la mise en œuvre de l'activité	Veiller au choix des indicateurs, a la méthode de collecte et de calcul

3.4.5. Traitement du Paludisme

3.4.5.1. Objectif

Assurer la prise en charge rapide selon les directives nationales des cas de paludisme dans les FOSA, en communauté, aussi bien dans le secteur public que privé.

3.4.5.2. Résultats par intervention

Les principales activités et les résultats obtenus au cours de l'année 2024 en matière de traitement sont les suivants :

- Révision, validation et traduction du guide de prise en charge des cas de paludisme : dû aux lenteurs administratives dans l'attribution des marchés observés, 6000 guides de PEC n'ont pas été produit.
- Révision des grilles de supervision OTSS+ prise en charge ;
- Révision des modules pour la formation des prestataires de soins sur les nouvelles directives de prise en charge des cas ;
- Elaboration du guide du formateur et du manuel de l'apprenant pour la formation des prestataires de soins sur les nouvelles directives de prise en charge des cas ;

- Evaluation du statut de la résistance des médicaments antipaludiques au Cameroun Niveau Central (GTT) : sur les deux GTT qui devaient être tenus, un seul l'a été. La raison évoquée était l'insuffisance du budget pour la tenue des autres GTT ;

3.4.5.2.1. Traitement du paludisme simple

Tableau 24 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme simple traités dans les FOSA

Unité	Cas paludisme simple confirmés	Cas de paludisme simple traités avec ASAQ	Cas de paludisme simples traités avec AL	Cas de paludisme simples traités avec DHAP	Cas de paludisme simples traités avec les autres ACT	Cas de paludisme simples traités avec quinine cp	Pourcentage des cas traités avec les ACT de 1ère intention	Pourcentage des cas traités avec les ACT	Cas présumés de paludisme simple
Adamaoua	82 407	17 717	48 533	3 007	3 415	4 973	88,2	88,2	1 565
Centre	327 761	35 617	203 142	22 078	11 479	11 119	83,1	83,1	8 186
Est	97 772	27 752	54 878	2 145	3 203	5 249	90,0	90,0	2 622
Extreme-Nord	232 955	681	213 854	876	2 704	5 472	93,6	93,6	4 809
Littoral	182 816	19 012	120 446	16 146	6 723	5 658	88,8	88,8	7 181
Nord	115 229	800	102 300	1 393	1 125	5 713	91,7	91,7	1 859
Nord-Ouest	55 954	7 771	42 407	739	1 369	2 545	93,4	93,4	1 020
Ouest	80 238	10 207	56 493	3 240	2 273	2 658	90,0	90,0	1 121
Sud	50 557	11 454	32 450	2 250	775	2 130	92,8	92,8	903
Sud-Ouest	74 790	13 401	52 091	1 508	3 441	1 760	94,2	94,2	1 681
Total général	1 300 479	144 412	926 594	53 382	36 507	47 277	89,3	89,3	30 947

Sur les 1 300 479 cas simples confirmés dans les FOSA, 89,3% ont été traité par les ACT.

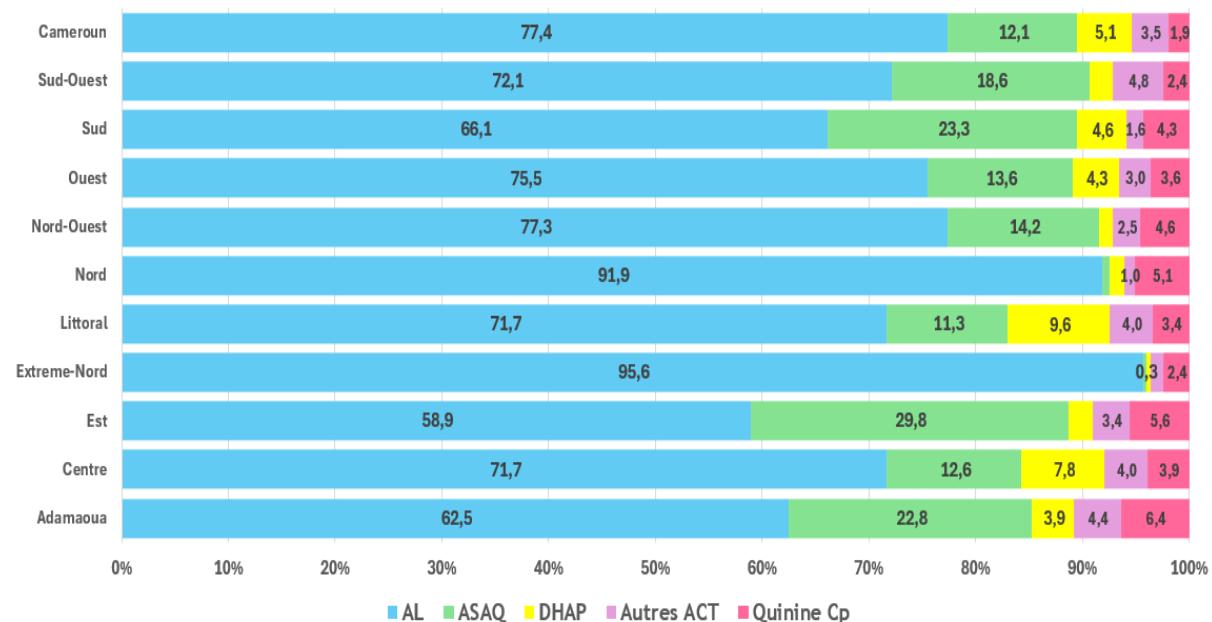


Figure 5: répartition des cas de paludisme simple traités selon les différentes molécules par régions

3.4.5.2.2. Traitement du paludisme grave

Tableau 25 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme grave traités dans les FOSA

Unité	Cas paludisme grave confirmés	Cas de paludisme grave traités avec artesunate	Cas de paludisme grave traités avec artemether	Cas de paludisme grave traités avec quinine	Pourcentage des cas traités avec artesunate	Pourcentage des cas graves traités avec les injectables	Cas présumés de paludisme grave
Adamaoua	64 143	23 114	25 999	13 751	36,0	98,0	1 019
Centre	250 164	149 386	61 890	32 627	59,7	97,5	2 521
Est	63 645	23 640	26 507	14 934	37,1	102,3	1 669
Extreme-Nord	147 563	101 031	25 794	15 496	68,5	96,4	832
Littoral	184 158	119 428	33 370	26 410	64,9	97,3	4 112
Nord	102 883	57 354	28 843	15 803	55,7	99,1	815
Nord-Ouest	54 240	25 777	16 758	8 576	47,5	94,2	581
Ouest	100 065	49 629	31 347	17 253	49,6	98,2	592
Sud	25 720	14 357	7 955	3 625	55,8	100,8	288
Sud-Ouest	44 301	26 438	10 086	6 341	59,7	96,8	783
Total général	1 036 882	590 154	268 549	154 816	56,9	97,7	13 212

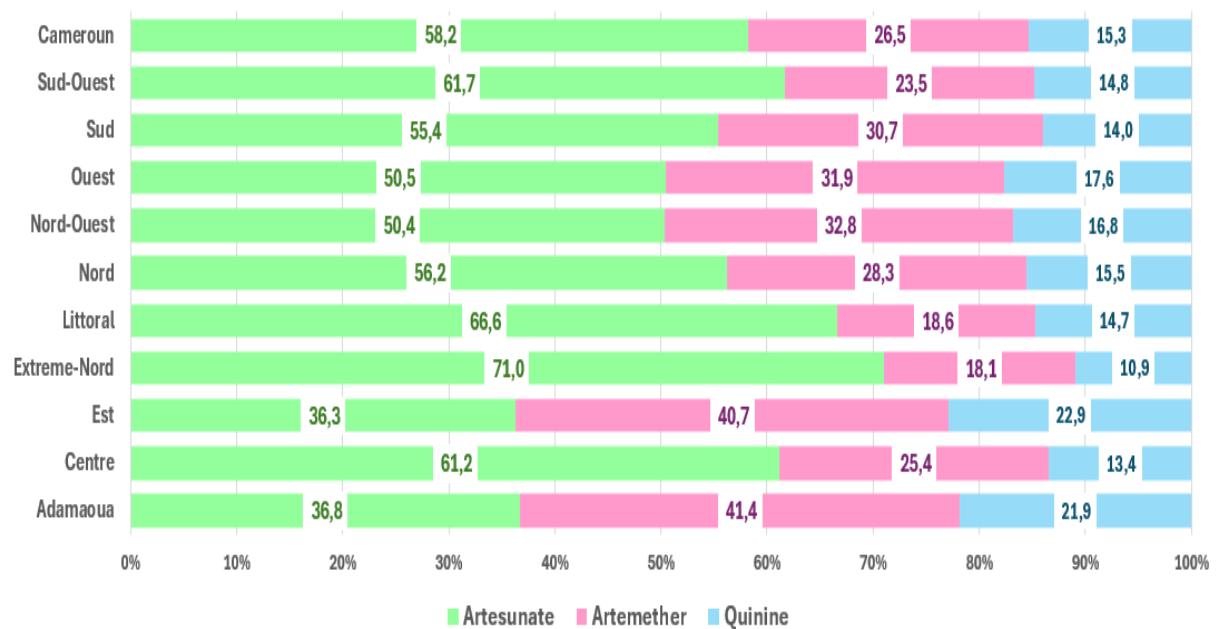


Figure 6 : Répartition des cas de paludisme grave traités selon les différentes molécules

Sur les 1 036 882 cas graves confirmés dans les FOSA, seuls 56,9% ont été traités avec Artesunate injectable. Quatre régions sur dix ont un taux d'utilisation de l'Artésunate injectable inférieur à 50% pour le traitement du paludisme grave.

Le traitement des cas graves chez les enfants de moins de 5 ans s'est fait à 97,7% par les formes injectables dont 70,2% avec l'Artésunate. La région avec le plus fort taux d'utilisation de l'artésunate est l'Extrême Nord (84,3%) alors que l'Est et l'Adamaoua présentaient les taux le plus faibles avec respectivement 45,5% et 48,9%.

La prise en charge du paludisme grave chez les personnes de 5 ans et plus s'est faite à 97,7% avec les formes injectables dont 50,4% avec l'Artésunate. Les régions ayant le plus fort taux d'utilisation de l'Artésunate sont le Sud-Ouest (51,8%), le Littoral (58,7%), l'Extrême-Nord (57,8%) et le Centre (54,9%). Les régions de l'Est et l'Adamaoua quant à elles ont enregistré les taux les plus faibles respectivement de 32,4% et de 31,5%.

Chez les femmes enceintes, le traitement des cas graves s'est fait à 98,3% avec les formes injectables dont 49,3% avec l'Artésunate. Les régions avec le plus fort taux d'utilisation de l'Artésunate sont le Sud-Ouest (68,3%), le Centre (62,7%), l'Extrême-Nord (50,8%) et le Littoral (70,8%) alors que le taux le plus faible a été observé dans la région de l'Adamaoua (19,6%).

3.4.5.2.3. Traitement gratuit du paludisme

Tableau 26 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme traités gratuitement

Unité	Cas de paludisme simple confirmés chez les moins de 5 ans	Enfants de moins de 5 ans avec paludisme simple traités gratuitement	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme simple traités gratuitement	Cas de paludisme grave confirmé chez les moins de 5 ans	Enfants de moins de 5 ans avec paludisme grave traités gratuitement	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme grave traités gratuitement	Cas de paludisme confirmé chez les moins de 5 ans	Enfants de moins de 5 ans avec paludisme traités gratuitement	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme traités gratuitement
Adamaoua	47 853	35 395	74,0	22 912	10 061	43,9	70 765	45 456	64,2
Centre	130 573	52 575	40,3	76 197	20 276	26,6	206 770	72 851	35,2
Est	62 015	45 906	74,0	24 650	12 778	51,8	86 665	58 684	67,7
Extrême-Nord	172 667	156 893	90,9	64 238	61 662	96,0	236 905	218 555	92,3
Littoral	65 279	31 111	47,7	47 415	16 179	34,1	112 694	47 290	42,0
Nord	106 264	94 444	88,9	46 607	42 604	91,4	152 871	137 048	89,6
Nord-Ouest	22 254	17 087	76,8	14 077	6 743	47,9	36 331	23 830	65,6
Ouest	35 455	25 650	72,3	27 586	16 628	60,3	63 041	42 278	67,1
Sud	21 922	15 910	72,6	9 901	5 454	55,1	31 823	21 364	67,1
Sud-Ouest	53 407	33 474	62,7	12 947	8 942	69,1	66 354	42 416	63,9
Total général	717 689	508 445	70,8	346 530	201 327	58,1	1 064 219	709 772	66,7

La prise en charge gratuite des cas de paludisme chez les enfants de moins de 05 ans s'est faite à 66,7% dont 70,8% pour les cas simples et 58,1% pour les cas graves en 2024 contre 49,3% pour les cas simples et 46,1% pour les cas graves en 2023. Ce qui traduit une augmentation. Les régions avec le plus fort taux de prise en charge gratuite sont l'Extrême-Nord (92,3%) et le Nord (89,6%) alors que le Centre (35,2%) et le Littoral (42%) ont les plus mauvaises couvertures.

Tableau 27 : Prise en charge gratuite du paludisme chez les moins de 5 ans selon le statut

Statut	Nombre de cas de paludisme simple confirmé chez les moins de 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme simple traités gratuitement	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme simple traités gratuitement	Nombre de cas de paludisme grave confirmé chez les moins de 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme grave traités gratuitement	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme grave traités gratuitement	Nombre de cas de paludisme confirmé chez les moins de 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme traités gratuitement	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme traités gratuitement
Public	245 675	196 581	80,0%	210 810	166 120	78,8%	456 485	362 701	79,5%
Privé confessionnel	60 569	19 351	31,9%	49 640	15 107	30,4%	110 209	34 458	31,3%
Privé lucratif	102 410	28 029	27,4%	86 080	20 100	23,4%	188 490	48 129	25,5%
Ensemble des FOSA	408 654	243 961	59,7%	346 530	201 327	58,1%	755 184	445 288	59,0%
Communauté	309 035	264 484	85,6%				309 035	264 484	85,6%
Ensemble	717 689	508 445	70,8%	346 530	201 327	58,1%	1 064 219	709 772	66,7%

L'effectivité de la gratuité reste faible dans les établissements privés et plus particulièrement dans les FOSA privées à but lucratif (25,5%) des cas. C'est en communauté que le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans traités gratuitement est le plus élevé soit 85,6% des cas (Tableau 26).

Pour ce qui est de la Prise en Charge des Cas (PEC) en communauté, 85,7% de cas de paludisme simples confirmés ont reçu un traitement par les ACT. Les ASCp ont référé 60 559 cas pour paludisme grave. Environ 7327 patients de moins de 5 ans ont reçu un traitement de pré-référence avec de l'artésunate suppositoire.

3.4.5.3. Défis rencontrés et solutions

Défis	Solutions
Obtention d'un financement suffisant pour la mise en œuvre des activités (forte dépendance des financements extérieurs)	<ul style="list-style-type: none"> - Solliciter l'appui des PTF -Attribuer une rallonge budgétaire -Mobiliser les fonds domestiques pour une mise en œuvre efficace des interventions de lutte contre le paludisme.
Planification des activités et respect des délais de mise en œuvre	Assurer une meilleure planification des activités par la section
Insuffisance des activités de renforcement sur site des capacités des prestataires en matière d'assurance qualité de la prise en charge dans les huit autres régions que le Nord et l'Extrême-Nord	Prise en compte des activités importantes dans la planification annuelle du PNLP (mobiliser les fonds nécessaires pour la mise en œuvre adéquate)

3.4.5.4. Leçons apprises

Leçons apprises	Bonnes pratiques	Domaines à améliorer
Le budget alloué pour la révision des documents normatifs est généralement insuffisant pour une production et dissémination suffisante desdits documents.	Budgétiser toutes les étapes de la révision lors de la planification annuelle et selon les cibles programmatiques.	Améliorer la budgétisation Revoir à la hausse les fonds alloués à la révision, production et dissémination des documents normatifs lors des exercices de planification
Révision et validation dans le délais requis les documents permettre d'avoir assez de temps pour les produire et les disséminer.	Le choix d'un consultant améliore la célérité du travail	Alléger et raccourcir les procédures de passation de marchés aux prestataires Budgétiser les services de consultants en cas de besoin
Les supervisions OTSS+ sur site améliorent la qualité de la prise en charge dans les FOSA	Respect de la périodicité des visites sur site dans les FOSA	Budgétisation et préparation technique de l'activité Mobilisation des fonds pour disposer d'un budget conséquent en vue de la mise en œuvre efficace des supervisions sur site
La supervision qualité DG et PEC se veut être un processus régulier et continue. La discontinuité des actions entraîne une perte certaine des bénéfices obtenus	Bon choix des mentors formés et polyvalents Respect de la périodicité	Disponibilité des fonds Planification adéquate Disponibilité des mentors et qualiticiens formés

3.4.6. Fonctionnement du SGIL : gestion des intrants et approvisionnement

3.4.6.1. Objectif

L'objectif du SGIL est d'assurer la disponibilité permanente, sans interruption des intrants à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement, tout en évitant les pertes liées aux péremptions.

3.4.6.2. Résultats par interventions

3.4.6.2.1. Approvisionnement :

Le PNLP a reçu sous financement FM et PMI, les intrants résumés dans les tableaux ci-dessous :

- PMI

Désignation du CAPR/FRPS	AL 20/120mg (plaquettes de 6 cp)	AL 20/120mg (plaquettes de 12 cp)	AL 20/120mg (plaquettes de 18 cp)	AL 20/120mg (plaquettes de 24 cp)	TDR (Tests)	Artésunate injectable 60mg (Ampoules)	Sulfadoxine Pyriméthamine 500/25 mg (comprimés)	SPAQ 76,5/250mg (traitement)	SPAQ 153/500mg (traitement)
EXTREME NORD	151 230	81 420	51 210	171 990	1 084 800	439 800	2 033 850	1 033450	4875100
NORD	116 580	80 580	41 370	129 690	730 510	296 100	1 653 600	636 000	3069000
TOTAL	267 810	162 000	92 580	301 680	1 815 310	735 900	3 687 450	1 669 450	7 944 100

- Fonds Mondial

Désignation	Conditionnement	Quantité reçue en 2024
Artésunate 60mg injectable (Ampoules)	B/100	7 017
Artémether +Luméfantrine 20/120 (6*1) Cp (Plaquettes)	B/30	27 122
Artémether +Luméfantrine 20/120 (6*2) Cp (Plaquettes)	B/30	21 693
Artémether +Luméfantrine 20/120 (6*3) Cp (Plaquettes)	B/30	7 112
Artémether +Luméfantrine 20/120 (6*4) Cp (Plaquettes)	B/30	8 709
MALARIA Ag Pf/Pan (Tests)	B/25	55 849
Amoxicilline 250 mg, sous blister, Comprimé dispersible	B/100	2739
Sel de Réhydratation Orale (SRO) Sachets	B/100	262
Sulfate de Zinc 20 mg comprimé dispersible	B/100	30660

Le stock disponible au 31 décembre 2023 et les achats de 2024 ont permis en ce qui concerne la prévention chez la femme enceinte de disposer de 4 739 400 comprimés de Sulfadoxine Pyriméthamine (soit 1 579 800 doses). Les achats de 3687450 comprimés (1 229 150 doses) ont été faits, le reste représentant le reliquat de 2023. Dans le cadre de la CPS, 3 371 983 doses sulfadoxine pyriméthamine et d'Amodiaquine pour la chimio prévention saisonnière ont été disponibilisés. Les achats de 3 204 516 doses ont été faits, le reste représentant le reliquat de 2023.

En ce qui concerne le diagnostic par TDR, 3 211 535 tests de diagnostic rapide étaient disponibles..

Pour ce qui est de la prise en charge du paludisme simple, il y a une disponibilité de 4 758 005 traitements d'ACT dont 2 511 540 destinés aux enfants de moins de cinq ans. Les achats de 2 763 150 ont été faits, le reste représentant le reliquat de 2023. Pour la PEC du paludisme grave, le programme disposait de 2 555 669 ampoules d'Artésunate. Les achats de 1 437 569 ont été faits, le reste représentant le reliquat de 2023. . Pour la prise en charge communautaire, le PNLP a participé à l'achat de 63330 suppositoires d'Artésunate 273 900cp d'Amoxicilline 250mg pour la prise en charge des cas simples des infections respiratoires aigües, de 26 200 sachets de Sel de réhydratation orale et de 3 066 000 cp de Sulfate de Zinc 20mg pour la prise en charge des diarrhées simples en communauté ;

Le programme disposait également de 240 000 seringues et 1 281 000 paires de gants pour ce qui est des autres consommables.

3.4.6.2.2. Gestion des intrants :

La synthèse au niveau de CENAME est représentée par le tableau ci-après :

Tableau 28 : Synthèse des intrants au niveau de la CENAME en 2024

Désignation	Conditionnement	Stock au 31/12/2023	Quantité reçue en 2024	Quantité distribuée en 2024	Quantité périmée	Stock au 31/12/2024
Artésunate + Amodiaquine 25/67,5mg (3 cp) (Plaquettes)	B/25	8 683	0	8 683	0	0
Artésunate + Amodiaquine 50/135mg (3 cp) (Plaquettes)	B/25	9 509	0	6 101	0	3 408
Artésunate + Amodiaquine 100/270 mg (3 cp) (Plaquettes)	B/25	12 908	0	9 720	0	3 188

Désignation	Conditionnement	Stock au 31/12/2023	Quantité reçue en 2024	Quantité distribuée en 2024	Quantité périmée	Stock au 31/12/2024
Artésunate + Amodiaquine 100/270 mg (6 cp) (Plaquettes)	B/25	20 715	0	10 940	0	9 775
Artésunate 60mg injectable (Ampoules)	B/100	10 000	7 017	11 519	0	5 480
Artémether +Luméfantrine 20/120 (6*1) Cp (Plaquettes)	B/30	0	27 122	10 736	0	16 386
Artémether +Luméfantrine 20/120 (6*2) Cp (Plaquettes)	B/30	0	21 693	8 046	0	13 647
Artémether +Luméfantrine 20/120 (6*3) Cp (Plaquettes)	B/30	0	7 112	3 734	0	3 378
Artémether +Luméfantrine 20/120 (6*4) Cp (Plaquettes)	B/30	8 000	8 709	11 566	0	5 143
Gants d'Examen (Paires)	B/100	25 620	0	25 620	0	0
MALARIA Ag Pf/Pan (Tests)	B/25	0	55 849	37 055	0	18 794
Sulfadoxine + Pyriméthamine 500/25mg comprimés (Comprimés)	B/150	3 378	0	2 975	0	403
Amoxycilline 250 mg, sous blister, Comprimé dispersible	B/100	0	2739	2739	0	0
Sel de Réhydratation Orale (SRO) Sachets	B/100	0	262	2739	0	0
Sulfate de Zinc 20 mg comprimé dispersible	B/100	0	30660	2739	0	0

Tableau 29 : distribution des ACT aux FOSA par les FRPS en 2024

Désignation du CAPR/FRPS	ASAQ 25/67,5mg (Plaquette)	ASAQ 50/135mg (Plaquette)	ASAQ 100/270mg, 3cp (Plaquettes)	ASAQ 100/270mg 6cp (Plaquettes)	AL 20/120mg (plaquettes de 6 cp)	AL 20/120mg (plaquettes de 12 cp)	AL 20/120mg (plaquettes de 18 cp)	AL 20/120mg (plaquettes de 24 cp)
Adamaoua	20 275	27 375	17 250	21 825	18 150	18 150	61 260	20 880
Centre	36 691	21 334	11 544	11 746	107 538	127 078	10 097	109 105
Est	19 175	20 325	24 300	22 425	26 820	31 320	16 020	10 740
Extrême-nord	0	0	0	0	98 010	97 680	100 230	145 770
Littoral	19 654	11 368	11 355	37 010	31 373	33 919	19 140	63 250
Nord	0	0	0	0	68 040	74 910	53 100	165 780
Nord-ouest	1 448	2 113	2 068	4 139	13 342	6 573	1 465	13 711
Ouest	12 799	12 976	10 812	13 528	35 805	34 917	12 950	21 719
Sud	12 094	19 485	17 373	29 737	14 027	13 500	8 150	16 034
Sud-ouest	10 025	9 050	8 445	13 915	16 740	17 580	8 880	8 895
TOTAL	132 161	124 026	103 147	154 325	429 845	455 627	291 292	575 884

3.4.6.3. Fonctionnement du SGIL

La mise sur pieds d'un système de commande en ligne dans quelques sites pilotes est la principale activité de l'intervention sur le fonctionnement du SGIL. Son but est d'accélérer et améliorer le processus de validation des commandes. Un bon de commande électronique des ILP devra être mis sur pied. Cet outil de commande en ligne permettra de soumettre les besoins/commandes à distance à travers une plateforme et de mettre à la disposition des FOSA les intrants dans les délais. L'activité a quatre sous

tâches à savoir : l'élaboration de la stratégie, la conception de l'outil, la formation puis le déploiement dans les sites pilotes et le suivi. Pour 2024 il a été question de faire les deux premières sous tâches.

3.4.6.4. Défis rencontrés et solutions

Défis	Solutions
Faire les achats des intrants en année n-1	Planification de la quantification des ILP en T1/T2 année n-1 et Veiller au respect des délais de mise en œuvre par les parties prenantes
Mobiliser les FCP pour l'achat des ILP	Faire des achats des ILP avec les FCP des années antérieures non mobilisées ;
Réduire le temps de commande et faciliter le processus de validation de commande conformément au SYNAME	Mettre en place un système de commandes d'ILP en ligne pour réduire le temps de commandes et avoir une visibilité du stock disponible (pilote)

3.4.6.5. Leçons apprises

Leçons apprises	Bonnes pratiques	Domaines à améliorer
Quantifier les intrants au plus tard en T2 permettra de valider les commandes à temps et les acquérir à temps.	Tenir la quantification en année n-1	Réduire le temps de validation de la quantification

3.5. Objectif stratégique 4 : D'ici 2028 renforcer la Coordination de la réponse nationale.

Objectif 4.1 : D'ici 2028, au moins 95% des activités planifiées sont mises en œuvre selon les Procédures administratives, financières et comptables en vigueur au PNLP.

3.5.1. Gestion du programme

Dans la stratégie « Gestion de Programme », les interventions de planification opérationnelle, de coordination des acteurs, de mobilisation des ressources, ont été mis en œuvre, dans le respect des procédures administratives, financières et comptables approuvées par les PTF et l'Etat du Cameroun.

En matière de gestion des ressources matérielles, 26 marchés de prestation de service, inscrits au PTA 2024 du PNLP ont été programmées.

Au terme de l'année :

- 06 marchés ont été exécutés, soit 23 % (lettre commande signée) ;
- 04 marchés sont en cours d'exécution (15%), soit une lettre commande transmis au PNLP pour suite de la procédure, une lettre commande ;
- 03 marchés en cours d'attribution (11%) (signés et notifié au prestataires)

- 13 marchés non lancés (50%) pour l'une des raisons ci-après : (i) acquisition à réaliser par achat direct ; (ii) Acquisitions pour lesquelles les procédures lancées en 2024 n'ont pas encore abouti ; (iii) Acquisitions pour lesquelles les TDR n'ont pas été transmis à l'UCS.

3.5.1.1. Difficultés rencontrées :

- Transmission tardive des TDR ou des Spécifications techniques ;
- Transmission des TDR ou spécifications techniques inadéquats ;
- Erreurs relevées dans le processus d'attribution de certains marchés par la commission de passation des marchés avec pour conséquence la prolongation des délais de passation ;
- Retard dans la transmission des propositions d'attribution par la commission de passation des marchés ;
- Le non appropriation du rôle de l'Ingénieur des marchés par les Sections techniques du programme dans le cadre de l'exécution des marchés ;
- Une collaboration insuffisante entre les responsables techniques du programme et les Experts en Passation des Marchés ;

3.5.1.2. Recommandations/Perspectives pour 2025

En ce qui concerne la gestion financière, La planification financière au Programme National de Lutte contre le Paludisme, fait appel au budget, aux perspectives, et la présentation des rapports subséquents. La programmation s'établit suite à l'adoption du budget par les partenaires techniques et financiers. La planification s'implémente sur des piliers suivants : points (1) la mobilisation de fonds (2) la planification des fonds dédiés aux objectifs, (3) l'exécution des objectifs spécifiques (centrale et périphérique).

3.5.2. Budgétisation et prévisions annuelles

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités de lutte contre le Paludisme, les appels de fonds déclenchent les activités et actes de gestions de l'exercice 2024. Ces demandes de paiement périodiques s'articulent au bout de chaque trimestre et suivant les obligations de l'accord de don.

En ce qui concerne le décaissement, L'année 2024, dans la lutte contre le paludisme, s'est écoulée successivement avec le paiement des fonds dédiés aux financements des objectifs spécifiques du Programme. L'exercice budgétaire 2024 au PNLP a reposé sur les appels de fonds et décaissements enregistrés pour la mise en œuvre de la lutte contre le Paludisme. Ces appels ont consisté à demander le déblocage des sommes d'argent permettant de financer le projet de lutte contre le Paludisme. Les encaissements sont des fonds reçus des partenaires techniques et financiers (fonds mondial et autres...) et des fonds issus de la contrepartie de l'État. Y faisant suite, la Section Administration et Financière durant l'exercice budgétaire 2024, a assuré la mise à disposition des ressources financières en faveur du bénéficiaire principal et des sous bénéficiaires pour la mise en œuvre.

3.5.2.1. Déploiement financier

Ces déploiements s'opèrent à la faveur du niveau central (sections techniques du GTC-PNLP), et les

acteurs de mise en œuvre périphérique (DRSP, les GTR-PNLP, les Sous Bénéficiaires).

- i. **Au niveau central** : l'activité de la SAF a permis traiter les demandes de ressources financières des acteurs centraux (Sections techniques) du Programme, Unité de Coordination des Subventions du Fonds Mondial et Partenaires (UCS-FMP), les Inspections Générales du MINSANTE (des Services Administratifs, des Services Médicaux et Paramédicaux, du Médicament de la Pharmacie et des Laboratoires), des points focaux à travers les fiches techniques qui permettent de déclencher l'activité ainsi que la couverture des dépenses de fonctionnement courantes de services (Factures des prestataires, débours ,paiement des salaires....). Pour les achats directs les décaissements sont directement effectués par le fonds Mondial au fournisseur après prestation de service.
- ii. **Au niveau périphérique** : ce déroulement financier s'effectue ici par des déblocages et mise à disposition des fonds pour la mise en œuvre des activités, du développement des stratégies de lutte contre le Paludisme, et de financer les dépenses et débours liés à lutte contre le Paludisme. Quant aux Sous Bénéficiaires de la subvention, contractualisée par le Bénéficiaire Principal, il a été déployé des ressources financières et matérielles pour l'exécution de leur mandat.

CHAPITRE 4 : ANALYSE DES INDICATEURS DE SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DU PALUDISME

4.1. Revue de la qualité des données

En 2024, 79 425 rapports étaient attendus des FOSA et 98% d'entre eux ont été effectivement reçus. Seuls 62 503 rapports ont été reçus à temps soit un taux de promptitude de 78,1% ([Tableau](#)). Le DHIS 2 était inaccessible de janvier à février 2024 à cause des travaux de maintenance de sa plateforme. Par conséquence, aucun rapport n'a été saisie à temps en Janvier 2024. Ceci a impacté sur la promptitude des rapports au cours de l'année.

Tableau 30 : Situation des rapports des formations sanitaires par région pour l'année 2024

Régions	Nbre de FOSA	Rapports attendus	Complétude (%)	Rapports reçus à temps	Promptitude
Adamaoua	234	2788	97,3%	2168	77,8%
Centre	2068	24752	98,6%	19385	78,3%
Est	301	3612	98,6%	2886	79,9%
Extrême-nord	489	5868	98,0%	4942	84,2%
Littoral	1103	13218	97,8%	10630	80,4%
Nord	345	4140	99,4%	3670	88,6%
Nord-ouest	425	5100	95,6%	3272	64,2%
Ouest	970	11632	99,3%	9490	81,6%
Sud	319	3828	99,1%	3137	81,9%
Sud-ouest	375	4487	92,4%	2923	65,1%
TOTAL	6629	79425	98,0%	62503	78,7%

Le Nord-Ouest et le Sud-Ouest sont les deux Régions où la performance en termes de promptitude sont les plus faibles . L'insécurité dans ces Régions pourrait en être l'explication.

4.2. Morbidité palustre en consultation au Cameroun

Au total, le nombre de cas confirmés de paludisme au Cameroun en 2024 était de 2 964 132 parmi lesquels 1 927 250 soit 65% ont été confirmé comme paludisme simple et 1 036 882 soit 35% pour paludisme grave.

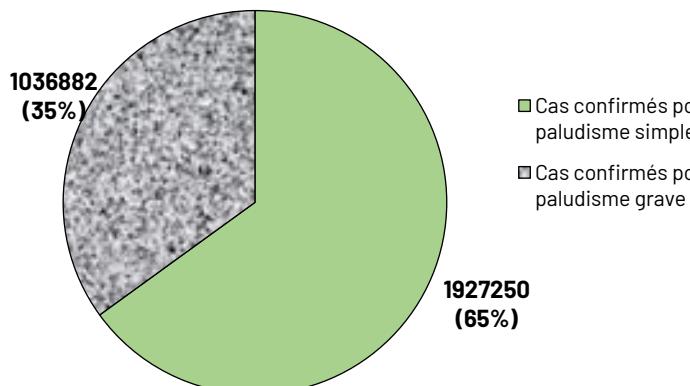


Figure 7 : Proportion des cas confirmé de paludisme au Cameroun en 2024

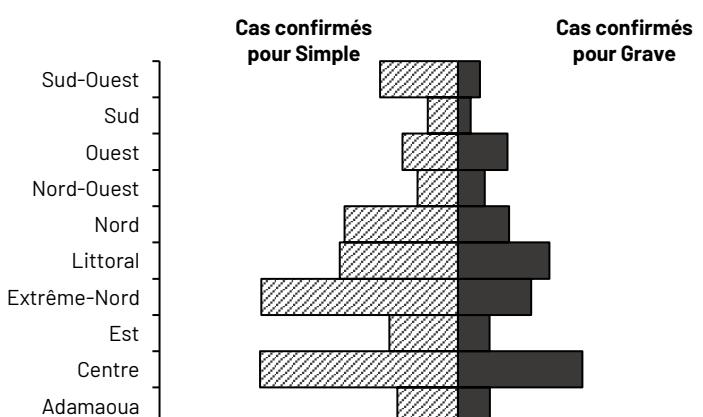


Figure 8 : Proportion des cas confirmé de paludisme par région au Cameroun en 2024

4.2.1. Morbidité palustre dans la population générale

Les consultations toutes causes confondues étaient de 11 018 183 parmi lesquels 2 964 132 (26,9%) des cas ont été confirmés pour paludisme. Les régions du Centre, de l'Extrême Nord et du Littoral ont contribué à un peu plus de 65% (1 938 385) des cas renseignés par les régions en 2024. Le taux d'incidence était de 100,5 cas pour 1000 habitants. Le nombre de cas rapporté pour 1000 habitants était plus élevé dans les régions de l'Est, de l'Adamaoua et du Centre (Tableau 31 30).

Tableau 31 : Répartition du nombre de cas et de la morbidité du paludisme par région en 2024

Unités	Population totale	Consultations toutes causes	Cas suspects de paludisme	Cas suspects de paludisme testés	Cas de paludisme confirmés	Morbidité proportionnelle (%)	Taux d'incidence pour 1000 habitants
Adamaoua	1608269	523032	295503	281265	185520	35,5	115,4
Centre	5410601	2272332	913537	868907	647870	28,5	119,7
Est	1621023	567581	306759	291449	201536	35,5	124,3
Extrême-Nord	5483159	1808631	1035833	1012196	542792	30,0	99,0
Littoral	4578343	1959529	703455	668254	421520	21,5	92,1
Nord	3318805	839515	561745	536545	330974	39,4	99,7
Nord-Ouest	1963116	971338	303317	285280	135385	13,9	69,0
Ouest	2407488	827451	372307	358778	211151	25,5	87,7
Sud	1031818	314845	139534	133472	86391	27,4	83,7
Sud-Ouest	2068686	933929	354065	329727	200993	21,5	97,2
Total	29491308	11018183	4986055	4765873	2964132	26,9	100,5

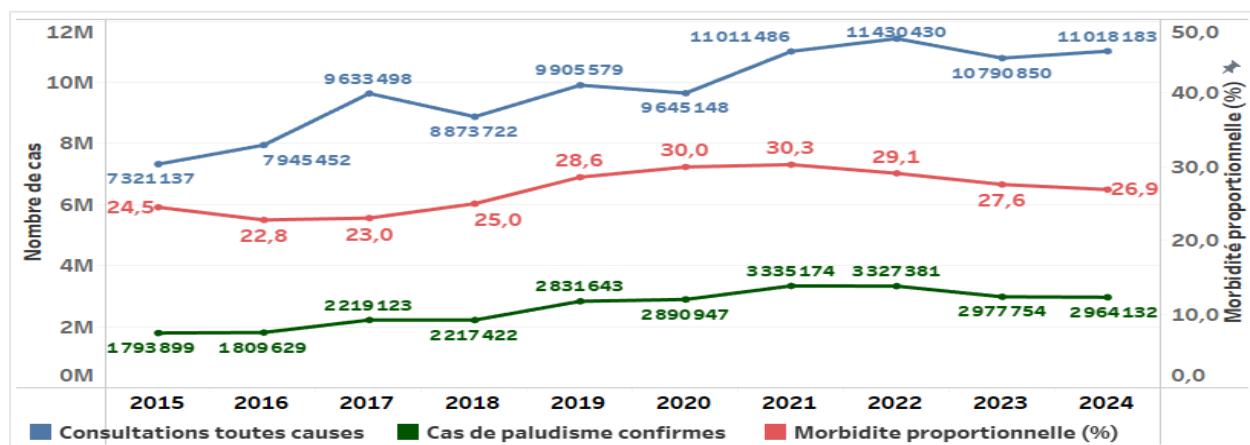


Figure 9 : Evolution annuelle du nombre de cas confirmés et de l'incidence de 2015 à 2024

La tendance vers la baisse des cas confirmés de paludisme s'est poursuivie en 2024 avec moins de treize mille six cent vingt-deux (13 622) cas de paludisme en moins par rapport à 2023 ([Figure 9](#)).

4.2.2. Morbidité palustre dans les différents groupes cibles

Tableau 32 : Morbidité palustre par groupe cible en 2024

REGIONS	Enfants < 5ans		5 ans et plus		Femmes enceintes	
	Morbidité proportionnelle	Taux d'incidence pour 1000	Morbidité proportionnelle	Taux d'incidence pour 1000	Morbidité proportionnelle	Taux d'incidence pour 1000
Adamaoua	50,5	259,6	31,0	77,4	25,9	247,9
Centre	39,4	288,4	26,3	88,8	17,8	236,0
Est	44,3	356,6	31,4	76,2	27,8	245,8
Extrême nord	32,9	220,3	28,7	64,5	26,2	147,6
Littoral	29,9	201,2	20,1	73,7	14,0	179,1
Nord	47,5	251,0	34,4	58,8	36,0	183,3
Nord-ouest	21,7	122,1	12,3	58,4	13,0	84,0
Ouest	39,2	139,6	22,4	72,4	20,5	137,8
Sud	40,0	226,2	23,9	57,3	18,8	162,5
Sud-ouest	32,1	236,7	19,0	74,1	16,4	106,9
TOTAL	36,8	229,0	23,8	72,0	21,2	173,8

La morbidité proportionnelle et le taux d'incidence sont plus élevés chez les enfants de moins de 5 ans.

Les régions avec les taux d'incidences les plus élevés par tranche d'âge sont l'Est suivie du Centre et de l'Adamaoua ([Tableau 27](#)).

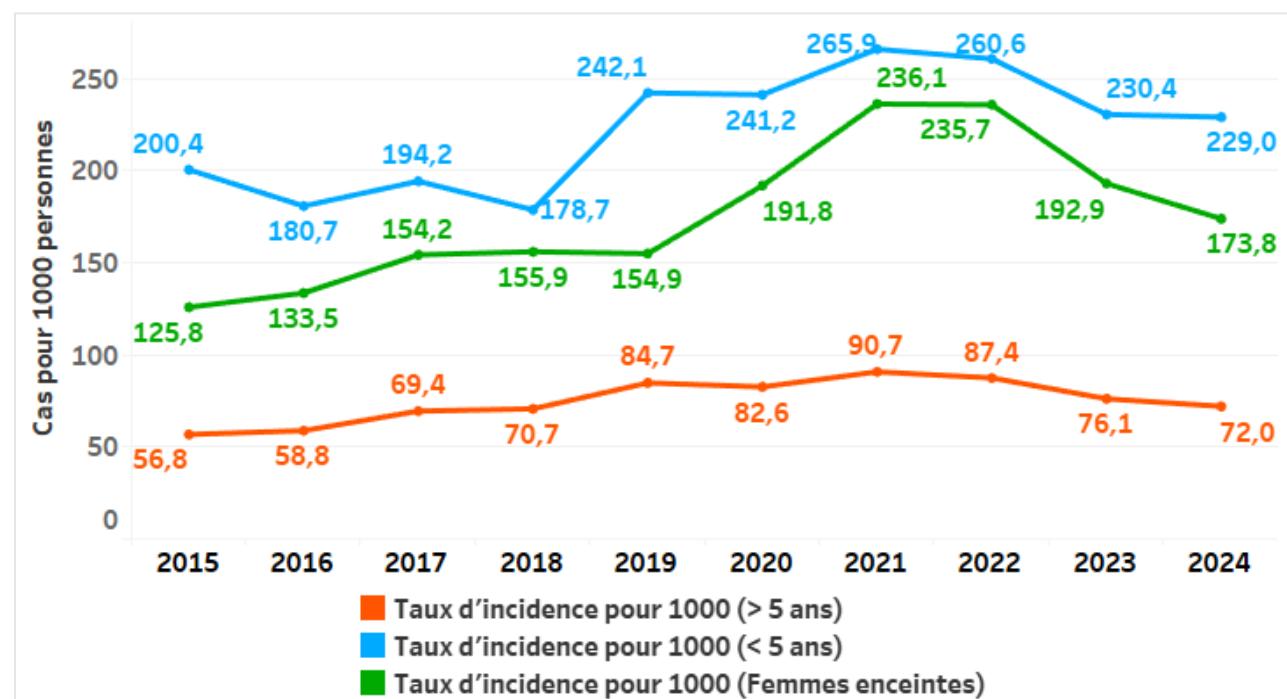


Figure 10 : Evolution du taux d'incidence pour 1000 habitants par groupe cible

Les taux d'incidence dans les groupes cibles ont suivi la même évolution vers la baisse que la morbidité proportionnelle avec un accent plus important chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes (Figure 10).

Tableau 33 : Evolution de la proportion des cas suspects et confirmés de paludisme grave par région entre 2023 et 2024

Région	Cas suspects			Cas confirmés		
	2023	2024	Variation	2023	2024	Variation
ADAMAOUA	36,8	32,1	-4,6	33,4	34,6	1,2
CENTRE	41,1	38,0	-3,0	38,3	38,6	0,3
EST	35,9	34,1	-1,8	31,6	31,6	0,0
EXTREME NORD	24,7	21,9	-2,8	28,8	27,2	-1,6
LITTORAL	44,8	38,7	-6,1	45,2	43,7	-1,5
NORD	26,5	26,1	-0,3	29,5	31,1	1,6
NORD OUEST	31,0	32,8	1,8	37,1	40,1	3,0
UEST	39,6	41,5	1,9	45,6	47,4	1,8
SUD	30,7	29,6	-1,1	27,6	29,8	2,2
SUD OUEST	23,5	23,6	0,0	20,6	22,0	1,4
CAMEROUN	33,6	31,5	-2,1	34,4	35,0	0,6

4.2.3. Morbidité palustre en hospitalisation au Cameroun

Environ une personne hospitalisée sur deux l'est pour cause de paludisme (48,6%). Les régions du Centre, de l'Extrême Nord et du Nord étaient celles où plus de la moitié des cas d'hospitalisation étaient due au paludisme

Selon les groupes cibles, les enfants de moins de 5 ans représentent le groupe pour lequel la proportion des cas de paludisme en hospitalisation est plus élevée (55,6%) suivi des personnes âgées de plus de 5 ans (45,5%)et les femmes enceintes (44,9%)..

Tableau 34 : Répartition des hospitalisations pour maladie et des hospitalisations pour paludisme par région

Unité	Population totale	Hospitalisations pour maladie	Hospitalisations pour paludisme grave confirmé	Proportion des cas de paludisme en hospitalisation (%)	Hospitalisations liées au paludisme pour 1000 personnes
Adamaoua	1 608 269	128 766	64 143	49,8	398,8
Centre	5 410 601	457 433	250 164	54,7	462,4
Est	1 621 023	131 024	63 645	48,6	392,6
Extreme-Nord	5 483 159	281 749	147 563	52,4	269,1
Littoral	4 578 343	401 511	184 158	45,9	402,2
Nord	3 318 805	164 949	102 883	62,4	310,0
Nord-Ouest	1 963 116	154 402	54 240	35,1	276,3
Ouest	2 407 488	237 424	100 065	42,1	415,6
Sud	1 031 818	62 203	25 720	41,3	249,3
Sud-Ouest	2 068 686	115 078	44 301	38,5	214,2
Total	29 491 308	2 134 539	1 036 882	48,6	351,6

4.3. Prise en charge des cas de paludisme dans les formations sanitaires

4.3.1. Diagnostic du paludisme

A l'échelle nationale, le testing des cas suspects dans les formations sanitaires demeure élevé et constant avec une proportion de 95,6% des cas testés en 2024. Une augmentation légère des cas testés par TDR a été observée soit 76,7% contre 74,1% en 2023. La proportion la plus élevée des examens par TDR a été effectuée dans la région de l'Extrême-Nord et la plus faible dans la région du Littoral ([Tableau 414](#)).

Tableau 35 : Répartition du nombre d'examens de diagnostic des cas de paludisme par région

Unité	Cas suspects de paludisme simple	Cas suspects de paludisme grave	Cas suspects de paludisme	Cas suspects testés par TDR	Cas suspects testés par microscopie	Cas suspects testés	Part du TDR dans le diagnostic	Pourcentage de cas suspects testés
Adamaoua	200 613	94 890	295 503	199 935	81 330	281 265	71,1	95,2
Centre	566 171	347 366	913 537	589 602	279 305	868 907	67,9	95,1
Est	202 274	104 485	306 759	230 344	61 105	291 449	79,0	95,0
Extrême-Nord	809 281	226 552	1 035 833	917 999	94 197	1 012 196	90,7	97,7
Littoral	430 927	272 528	703 455	377 074	291 180	668 254	56,4	95,0
Nord	414 874	146 871	561 745	470 882	65 663	536 545	87,8	95,5
Nord-Ouest	203 855	99 462	303 317	233 950	51 330	285 280	82,0	94,1
Ouest	217 690	154 617	372 307	276 048	82 730	358 778	76,9	96,4
Sud	98 295	41 239	139 534	101 137	32 335	133 472	75,8	95,7
Sud-Ouest	270 634	83 431	354 065	256 692	73 035	329 727	77,8	93,1
Total général	3 414 614	1 571 441	4 986 055	3 653 663	1 112 210	4 765 873	76,7	95,6

4.3.1.1. Positivité des tests et confirmation des cas de paludisme

Le taux de positivité des tests varie d'une région à une autre. Il est au niveau national de 63,6%. La positivité varie très peu qu'il s'agisse des gouttes épaisses (62,8%) ou des TDR (63,8%). Les régions ayant les taux de positivité les plus élevés sont le Centre et l'Est. En ce qui concerne les groupes cibles, il n'existe pas une variation conséquente entre le taux de positivité TDR et celui avec microscopie. Cependant, chez les femmes enceintes, le taux de positivité par TDR est le plus faible soit 55,2%. ([Tableau 415](#)).

Tableau 36 : Positivité des tests diagnostic du paludisme selon les groupes cibles

Groupe	Nombre de cas suspects testés par TDR	Nombre de cas confirmés par TDR	Taux de positivité TDR	Nombre de cas suspects testés par microscopie	Nombre de cas confirmés par microscopie	Taux de positivité de la microscopie	Nombre de tests réalisés	Nombre de tests positifs	Taux de positivité des tests
Enfants de moins de 5 ans	1 402 454	920 707	65,6%	275 710	176 256	63,9%	1 678 164	1 096 963	65,4%
Personnes de 5 ans et plus	2 016 402	1 280 328	63,5%	738 897	462 461	62,6%	2 755 299	1 742 789	63,3%
Femmes enceintes	234 807	129 566	55,2%	97 603	59 873	61,3%	332 410	189 439	57,0%
Total	3 653 663	2 330 601	63,8%	1 112 210	698 590	62,8%	4 765 873	3 029 191	63,6%

4.3.2. Traitement des cas de paludisme

La prise en charge des cas simple s'est fait à 89,3% avec les ACT de première intention en 2024. Les régions ayant les taux de prise en charge avec les ACT est le plus élevé sont le Sud-Ouest, le Sud, l'Extrême-Nord, le Nord et le Nord-Ouest. (Tableau 36). La molécule d'Artésunate-Lumefantrine a été la plus utilisée pour la prise en charge. (Figure 11)

Chez les femmes enceintes, la prise en charge des cas avec les ACT de manière générale ou les ACT de première intention de manière spécifique (72%) est inférieure au seuil fixé qui est de 80% (PSNLP, 2024-2028)¹. La région de l'Extrême Nord est la seule ayant dépassé le seuil avec 81,2% des cas pris en charge par les ACT de première intention.

4.3.2.1. Traitement des cas de paludisme simple

Tableau 37 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme simple traités dans les FOSA

Unité	Cas paludisme simple confirmés	Cas de paludisme simple traités avec ASAQ	Cas de paludisme simples traités avec AL	Cas de paludisme simples traités avec DHAP	Cas de paludisme simples traités avec les autres ACT	Cas de paludisme simples traités avec quinine cp	Pourcentage des cas traités avec les ACT de 1ère intention	Pourcentage des cas traités avec les ACT	Cas présumés de paludisme simple
Adamaoua	82 407	17 717	48 533	3 007	3 415	4 973	88,2	88,2	1 565
Centre	327 761	35 617	203 142	22 078	11 479	11 119	83,1	83,1	8 186
Est	97 772	27 752	54 878	2 145	3 203	5 249	90,0	90,0	2 622
Extrême-Nord	232 955	681	213 854	876	2 704	5 472	93,6	93,6	4 809
Littoral	182 816	19 012	120 446	16 146	6 723	5 658	88,8	88,8	7 181
Nord	115 229	800	102 300	1 393	1 125	5 713	91,7	91,7	1 859
Nord-Ouest	55 954	7 771	42 407	739	1 369	2 545	93,4	93,4	1 020
Ouest	80 238	10 207	56 493	3 240	2 273	2 658	90,0	90,0	1 121
Sud	50 557	11 454	32 450	2 250	775	2 130	92,8	92,8	903
Sud-Ouest	74 790	13 401	52 091	1 508	3 441	1 760	94,2	94,2	1 681
Total général	1 300 479	144 412	926 594	53 382	36 507	47 277	89,3	89,3	30 947

¹ Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2024-2028, Cameroun

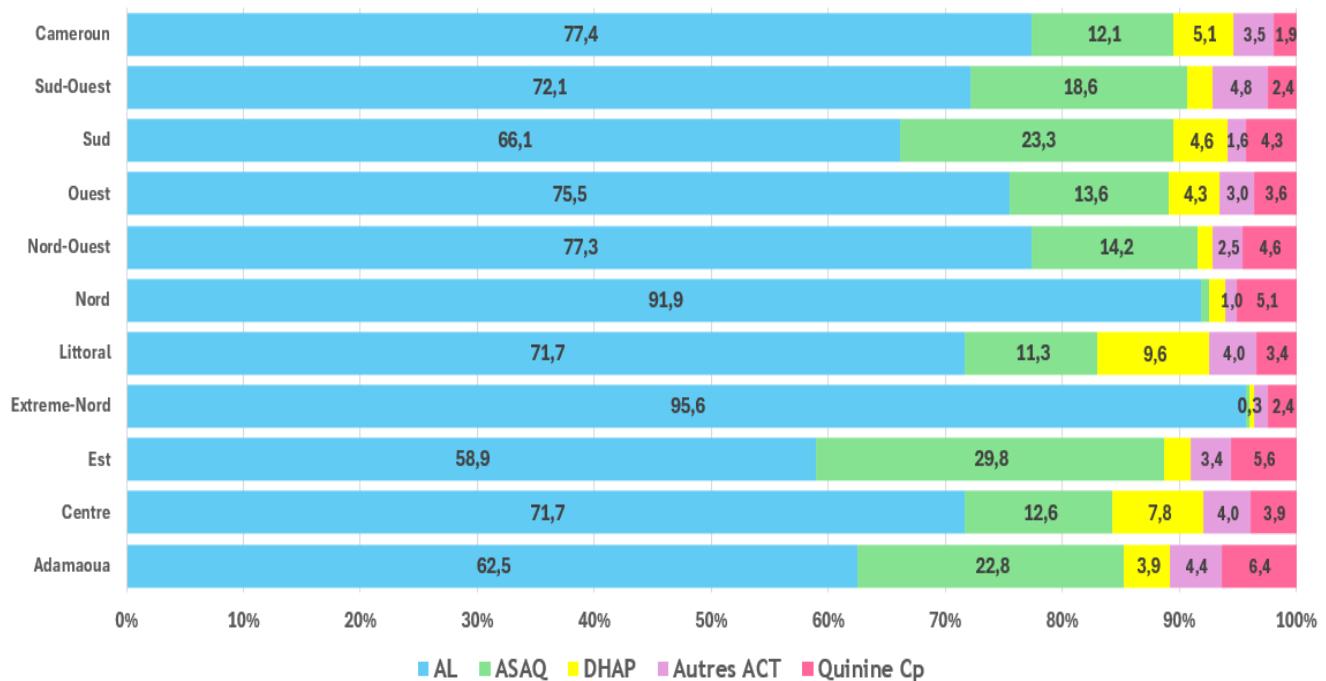


Figure 11 : Répartition des cas de paludisme simple traités selon les différentes molécules par régions

4.3.2.2. Traitement des cas de paludisme grave

Le traitement des cas de paludisme graves a été de 97,7% avec les formes injectables dont 56,9% par l'Artésunate injectable qui est la molécule de première intention. Quatre régions sur dix ont un taux d'utilisation de l'Artésunate injectable inférieure à 50% pour le traitement du paludisme grave.

Le traitement des cas graves chez les enfants de moins de 5 ans s'est fait à 97,7% par les formes injectables dont 70,2% avec l'Artésunate. La région avec le plus fort taux d'utilisation de l'artésunate est l'Extrême Nord (84,3%) alors que l'Est et l'Adamaoua présentaient les taux le plus faibles avec respectivement 45,5% et 48,9%.

La prise en charge du paludisme grave chez les personnes de 5 ans et plus s'est faite à 97,7% avec les formes injectables dont 50,4% par l'Artésunate. Les régions ayant le plus fort taux d'utilisation de l'Artésunate sont le Sud-Ouest (51,8%) et le Littoral (58,7%), l'Extrême Nord (57,8%) et le Centre (54,9%). Les régions de l'Est et de l'Adamaoua quant à elles ont enregistré les taux les plus faibles avec respectivement de 32,4% et 31,5%.

Chez les femmes enceintes, le traitement des cas graves s'est fait à 98,3% avec les formes injectables dont 49,3% avec l'Artésunate. Les régions avec le plus fort taux d'utilisation de l'Artésunate sont le Sud-Ouest (68,3%) et le Centre (62,7%), l'Extrême Nord (50,8%) et le Littoral (70,8%) alors que le taux le plus faible a été observé dans la région de l'Adamaoua (19,6%).

Tableau 38: Répartition par région du nombre de cas de paludisme grave traités dans les FOSA

Unité	Cas paludisme grave confirmés	Cas de paludisme grave traités avec artesunate	Cas de paludisme grave traités avec artemether	Cas de paludisme grave traités avec quinine	Pourcentage des cas traités avec artesunate	Pourcentage des cas graves traités avec les injectables	Cas présumés de paludisme grave
Adamaua	64143	23114	25999	13751	36,0	98,0	1019
Centre	250164	149386	61890	32627	59,7	97,5	2521
Est	63645	23640	26507	14934	37,1	102,3	1669
Extreme-Nord	147563	101031	25794	15496	68,5	96,4	832
Littoral	184158	119428	33370	26410	64,9	97,3	4112
Nord	102883	57354	28843	15803	55,7	99,1	815
Nord-Ouest	54240	25777	16758	8576	47,5	94,2	581
Ouest	100065	49629	31347	17253	49,6	98,2	592
Sud	25720	14357	7955	3625	55,8	100,8	288
Sud-Ouest	44301	26438	10086	6341	59,7	96,8	783
Total général	1 036 882	590 154	268 549	154 816	56,9	97,7	13 212



Figure 12 : Répartition des cas de paludisme grave traités avec les différentes molécules injectables

4.3.2.3. Prise en charge gratuite du paludisme

La prise en charge gratuite des cas de paludisme chez les enfants de moins de 05 ans s'est faite à 66,7% dont 70,8% pour les cas simples et 58,1% pour les cas graves en 2024 contre 49,3% pour les cas simples et 46,1% pour les cas graves en 2023. Ce qui traduit une augmentation. Les régions avec le plus fort taux de prise en charge gratuite sont l'Extrême-Nord (92,3%) et le Nord (89,6%) alors que le Centre (35,2%) et le Littoral (42%) ont les plus mauvaises couvertures

Tableau 39 : Répartition par région du nombre de cas de paludisme traités gratuitement

Unité	Cas de paludisme simple confirmés chez les moins de 5 ans	Enfants de moins de 5 ans avec paludisme simple traités gratuitement	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme simple traités gratuitement	Cas de paludisme grave confirmé chez les moins de 5 ans	Enfants de moins de 5 ans avec paludisme grave traités gratuitement	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme grave traités gratuitement	Cas de paludisme confirmé chez les moins de 5 ans	Enfants de moins de 5 ans avec paludisme traités gratuitement	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme traités gratuitement
Adamaoua	47 853	35 395	74,0	22 912	10 061	43,9	70 765	45 456	64,2
Centre	130 573	52 575	40,3	76 197	20 276	26,6	206 770	72 851	35,2
Est	62 015	45 906	74,0	24 650	12 778	51,8	86 665	58 684	67,7
Extreme-Nord	172 667	156 893	90,9	64 238	61 662	96,0	236 905	218 555	92,3
Littoral	65 279	31 111	47,7	47 415	16 179	34,1	112 694	47 290	42,0
Nord	106 264	94 444	88,9	46 607	42 604	91,4	152 871	137 048	89,6
Nord-Ouest	22 254	17 087	76,8	14 077	6 743	47,9	36 331	23 830	65,6
Ouest	35 455	25 650	72,3	27 586	16 628	60,3	63 041	42 278	67,1
Sud	21 922	15 910	72,6	9 901	5 454	55,1	31 823	21 364	67,1
Sud-Ouest	53 407	33 474	62,7	12 947	8 942	69,1	66 354	42 416	63,9
Total général	717 689	508 445	70,8	346 530	201 327	58,1	1 064 219	709 772	66,7

Tableau 40 : prise en charge gratuite du paludisme chez les moins de 5 ans selon le statut de la FOSA

Statut	Nombre de cas de paludisme simple confirmé chez les moins de 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme simple traités gratuitement	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme simple traités gratuitement	Nombre de cas de paludisme grave confirmé chez les moins de 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme grave traités gratuitement	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme grave traités gratuitement	Nombre de cas de paludisme confirmé chez les moins de 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme traités gratuitement	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme traités gratuitement
Public	245 675	196 581	80,0%	210 810	166 120	78,8%	456 485	362 701	79,5%
Prive confessionnel	60 569	19 351	31,9%	49 640	15 107	30,4%	110 209	34 458	31,3%
Privé lucratif	102 410	28 029	27,4%	86 080	20 100	23,4%	188 490	48 129	25,5%
Ensemble des FOSA	408 654	243 961	59,7%	346 530	201 327	58,1%	755 184	445 288	59,0%
Communauté	309 035	264 484	85,6%				309 035	264 484	85,6%
Ensemble	717 689	508 445	70,8%	346 530	201 327	58,1%	1 064 219	709 772	66,7%

L'effectivité de la gratuité reste faible dans les établissements privés et plus particulièrement dans les FOSA privées à but lucratif (25,5%) des cas. C'est en communauté que le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans traités gratuitement est le plus élevé soit 85,6% des cas(Tableau 35).

4.3.3. Diagnostic et prise en charge des cas de paludisme dans la communauté

Il ressort que les ASCp ont testé 94,5% de cas de fièvre en 2024 pour un taux de positivité de 85,8%.

Pour ce qui est de la Prise en Charge des Cas (PEC), 85,7% de cas de paludisme simples confirmés ont reçu un traitement par les ACT. Les ASCp ont référé 60 559 cas pour paludisme grave. Environ 7327 patients de moins de 5 ans ont reçu un traitement de pré-référence avec de l'Artésunate suppositoire.

Tableau 41 : Répartition du nombre de cas de paludisme diagnostiqués en communauté par région

Unité	Personnes reçues par l'ASC pour maladie	Cas suspects de paludisme	Cas suspects de paludisme (Femmes enceintes exclues)	Cas suspects testés par TDR (Femmes enceintes exclues)	Pourcentage de cas suspects testés	Cas de paludisme simple confirmés	Cas de paludisme grave confirmés	Cas de paludisme confirmés	Taux de positivité des tests	Proportion des cas graves
Adamaoua	62 959	47 726	47 712	45 607	95,6	38 970	3 096	42 066	92,2	7,4
Centre	118 932	85 320	85 262	79 707	93,5	69 945	9 373	79 318	99,5	11,8
Est	74 789	45 625	45 615	44 661	97,9	40 119	2 351	42 470	95,1	5,5
Extreme-Nord	370 536	262 794	262 216	254 050	96,9	162 274	14 137	176 411	69,4	8,0
Littoral	90 056	63 700	63 656	58 341	91,7	54 546	4 010	58 556	100,4	6,8
Nord	182 061	151 463	151 418	139 539	92,2	112 862	14 753	127 615	91,5	11,6
Nord-Ouest	86 623	40 224	40 195	34 327	85,4	25 191	5 504	30 695	89,4	17,9
Ouest	47 098	37 546	37 359	35 456	94,9	30 848	4 221	35 069	98,9	12,0
Sud	17 708	13 106	13 094	12 024	91,8	10 114	1 432	11 546	96,0	12,4
Sud-Ouest	203 750	111 655	106 799	102 461	95,9	81 902	6 182	88 084	86,0	7,0
Total général	1 254 512	859 159	853 326	806 173	94,5	626 771	65 059	691 830	85,8	9,4

4.4. Données de mortalité palustre

Au cours de l'année 2024, 2 016 décès suite au paludisme a été notifié dans les formations sanitaires correspondant à un taux de mortalité spécifique du paludisme de 6,8 pour 100.000 habitants et une mortalité proportionnelle de 8,2%. Les régions ayant les mortalités proportionnelles les plus élevées sont l'Adamaoua (17,4%), l'Extrême-Nord (16,2%) et le Nord (16,3%). Le nombre de décès a connu une hausse de 14,8% soit 260 décès supplémentaires par rapport à 2023 (1756 décès). Ceci est due principalement à une amélioration de la notification des décès par les FOSA.

Tableau 42 : Mortalité due au paludisme dans les formations sanitaires

Unité	Population totale	Hospitalisations pour maladie	Hospitalisations pour paludisme grave confirmé	Decès toutes causes	Decès de paludisme	Mortalité proportionnelle (%)	Taux de mortalité (Pour 100 000 hbts)	Létalité du paludisme chez les patients hospitalisés (%)
Adamaoua	1 608 269	128 766	64 143	1 663	289	17,4	18,0	0,45
Centre	5 410 601	457 433	250 164	3 116	232	7,4	4,3	0,09
Est	1 621 023	131 024	63 645	910	85	9,3	5,2	0,13
Extreme-Nord	5 483 159	281 749	147 563	4 037	653	16,2	11,9	0,44
Littoral	4 578 343	401 511	184 158	5 293	178	3,4	3,9	0,10
Nord	3 318 805	164 949	102 883	2 326	380	16,3	11,4	0,37
Nord-Ouest	1 963 116	154 402	54 240	2 169	85	3,9	4,3	0,16
Ouest	2 407 488	237 424	100 065	2 535	59	2,3	2,5	0,06
Sud	1 031 818	62 203	25 720	724	32	4,4	3,1	0,12
Sud-Ouest	2 068 686	115 078	44 301	1 879	23	1,2	1,1	0,05
Total	29 491 308	2 134 539	1 036 882	24 652	2 016	8,2	6,8	0,19

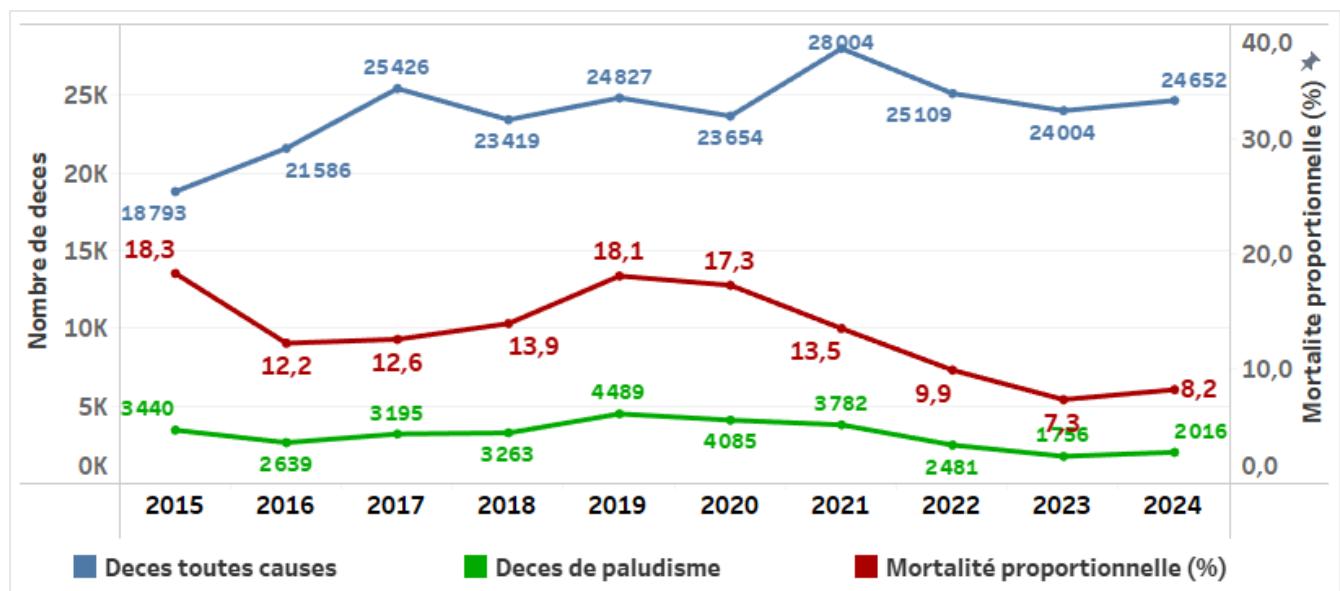


Figure 13 : évolution des décès et de la mortalité proportionnelle du paludisme

4.4.1. Mortalité du paludisme selon les groupes cibles

Le nombre de décès de suites de paludisme notifiés dans les formations sanitaires chez les enfants de moins de 5 ans est de 1370 correspondant à un taux de mortalité spécifique de 29,5 pour 100.000 habitants et une mortalité proportionnelle de 20,3%. Les régions ayant les mortalités proportionnelles les plus élevées sont l'Adamaoua (38,4%), le Nord (34,7%) et l'Extrême-Nord (28,1%).

En ce qui concerne la mortalité chez les plus de 5 ans, le nombre de décès de suites de paludisme notifiés dans les formations sanitaires chez les personnes de 5 ans et plus est de 589 correspondants à un taux de mortalité spécifique de 2,5 pour 100.000 habitants et une mortalité proportionnelle de 3,4 8 %. Les régions ayant les mortalités les plus élevées sont l'Adamaoua (18,9%), l'Extrême-Nord (22,9%) et le Nord (19,7%).

Le nombre de décès de suites de paludisme notifiés dans les formations sanitaires chez les femmes enceintes est 57 correspondant à un taux de mortalité spécifique de 5,2 pour 100.000 habitants et une mortalité proportionnelle de 7,7%. Les régions ayant les mortalités proportionnelles les plus élevées sont le Centre (17,6%), l'Extrême Nord (13%), le Nord (8,2%) et l'Adamaoua (8,1%).

Tableau 43 : Indicateurs de morbidité et de mortalité selon les groupes cibles

Groupes	Incidence (Pour 1000)	Morbidité proportionnelle	Proportion des cas	Décès pour 100 000	Mortalité proportionnelle	Proportion des décès
Moins de 5 ans	229,0	36,8%	35,9%	29,5	20,3%	68,0%
Plus de 5 ans	72,0	23,8%	57,7%	2,5	3,4%	29,2%
Femmes enceintes	173,8	21,2%	6,4%	5,2	7,7%	2,8%

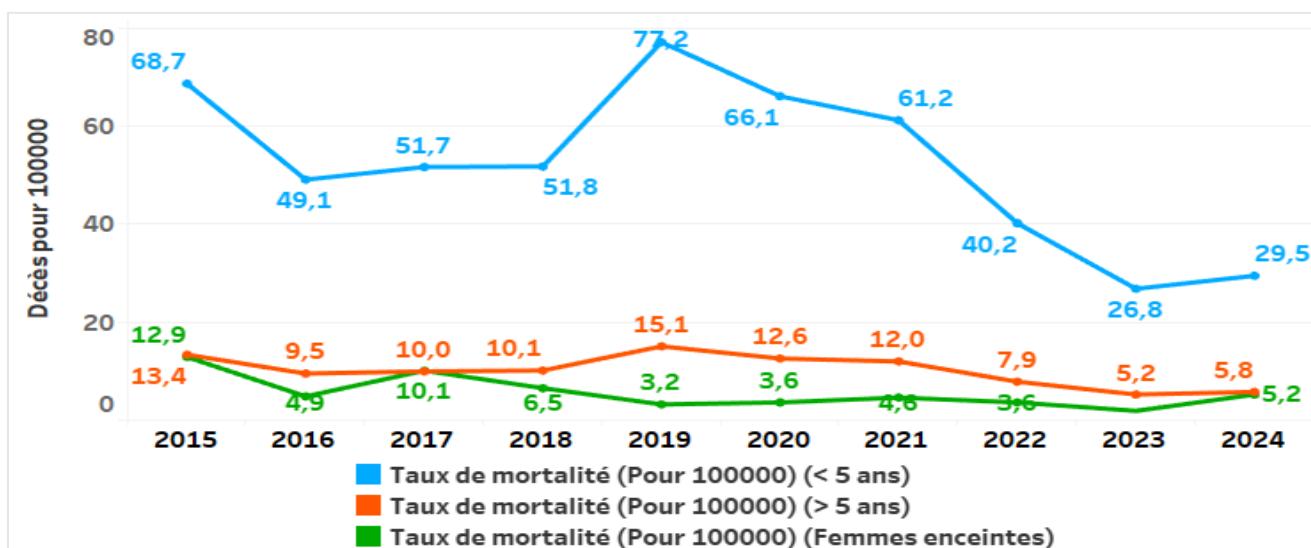


Figure 14 : Evolution du taux de mortalité pour 100 000 habitants par groupe cible

CHAPITRE 5 : ANALYSE DES INDICATEURS DE SUIVI DE LA COUVERTURE DES INTERVENTIONS

Concernant les indicateurs d'impact, la proportion des décès suite au paludisme en hospitalisation est de 8,2%, ce qui traduit une baisse de 56,14 points par rapport aux données de base de 2015 (18,7%). Pour ce qui est de l'incidence, le nombre de cas de paludisme confirmé pour 1000 habitants est de 100,5 ce qui représente une augmentation de 26,2% par rapport à sa situation de 2015 qui était de 79,6.

Pour ce qui est du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes, la couverture de la troisième dose est passée de 26% en 2014 à 45,8% en 2024, soit une augmentation relative de 76,2%.

Dans les régions de l'Extrême-Nord et du Nord qui mettent en œuvre la Chimioprévention du Paludisme Saisonnier (CPS), la réalisation est de 97,2%. Ce qui traduit une amélioration par rapport à celle de 2016 qui était de 86%.

Tableau 44 : Analyse des progrès dans la réalisation des cibles du PSNLP 2024-2028 au 31 décembre 2024

Indicateurs	Données de base			Cible	Réalisations	Evaluation des progrès		SOURCE
	Donnée	Année	Source			Progrès 2023 vs cible PSN 2024	Progrès 2024 vs données de base	
Indicateurs d'impact								
Taux de mortalité, toutes causes confondues (moins de 5 ans)	103	2014	MICS5	90	80	11	22,3	EDS 2018
Proportion des décès paludisme en hospitalisation	18,7%	2015	Rapport PNLP	10,3%	8,2%	-31	56,14	PNLP 2024
Nombre de décès paludisme en hospitalisation pour 100 000 habitants	15,5	2015	Rapport PNLP	8,5	6,8	20	56,12	PNLP 2024
Prévalence parasitaire chez les enfants âgés de 6 à 59 mois	30,0%	2011	EDS-MICS	15%	26,0%	-73	13,3	EDS 2022
Taux de positivité des tests diagnostiques de paludisme	56,9%	2015	Rapport PNLP	31,5%	63,60%	-102	-11,7	PNLP 2024
Nombre de cas de paludisme confirmés pour 1000 habitants	79,6	2015	Rapport PNLP	43,7	100,5	-129	-26,2	PNLP, 2024

Indicateurs	Données de base			Cible	Réalisatio ns	Evaluation des progrès		SOURCE
	Donnée	Année	Source			Progrès 2023 vs cible PSN 2024	Progrès 2024 vs données de base	
Nombre de cas de paludisme estimés pour 1000 habitants	250	2016	World Malaria Report	143	245	-71	2,0	WMR 2022
Indicateurs de résultats (effets)								
<i>Chimio prévention</i>								
% des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI3 durant leur dernière CPN	26,0%	2014	EDS-MICS	40%	45,8%	15	76,2	EIP 2021
Pourcentage d'enfants de 03 à 59 mois ayant reçu les 4 doses de CPS dans les zones ciblées	86,0%	2016		90%	97,2%	8,3	13,0	PNLP 2024
Pourcentage des femmes enceintes reçues en CPN ayant reçu 3 doses de SP dans les formations sanitaires	38,1%	2017	Rapport annuel PNLP	69%	51,8%	-24,9	35,9	PNLP 2024
Lutte antivectorielle								
Pourcentage de la population à risque dormant sous MILDA	58,0%	2016	EPC-MILDA	75%	53,9%	-28	-7,1	EDS 2018
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dormants sous MILDA la nuit précédente	63,2%	2016	EPC-MILDA	77%	57,6%	-25	-8,9	EIP 2022
Pourcentage des femmes enceintes dormant sous MILDA la nuit précédente.	65,5%	2016	EPC-MILDA	77%	62,8%	-18	-4,1	EIP 2022
Proportion de ménages disposant d'au moins une MILDA pour 2 personnes	48,0%	2016	EPC-MILDA	71%	48,5%	-32	1,0	EIP 2022
Proportion de personnes utilisant une MII dans les ménages disposant d'au moins une MII	68,0%	2016	EPC-MILDA	77%	68,5%	-11	0,7	EDS 2018
% femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans ayant bénéficié des MILDA en routine	60,8%	2017	Rapport annuel PNLP	86,90%	56,52%	-34,9	-7	Rapport annuel PNLP 2021

Indicateurs	Données de base			Cible	Réalisations	Evaluation des progrès		SOURCE
	Donnée	Année	Source			Progrès 2023 vs cible PSN 2024	Progrès 2024 vs données de base	
Surveillance épidémiologique								
Pourcentage des rapports complets de surveillance épidémiologique de routine transmis par les formations sanitaires et saisis dans les délais	52%	2015	Rapport Annuel PNLP	88%	78,70%	-10,5	51,3	PNLP 2024
Proportion des formations sanitaires ayant une concordance des données de surveillance $\geq 80\%$	23%	2017	HFA	48%	16,0%	-66	-28,9	MRDQA
% des Districts de Santé utilisant les informations issues de la surveillance pour guider l'action	ND			60%	35,0%	-42	ND	Rapports de supervision
Prise en charge du paludisme								
% d'enfants de moins de 5 ans avec une fièvre au cours des 15 derniers jours qui ont subi une piqûre au doigt ou au talon pour le diagnostic du paludisme	15,9%	2014	MICS5	66%	26,7%	-60	67,9	EIPC 2022
% des enfants de moins de cinq ans ayant bénéficié d'une confirmation biologique du Paludisme et qui ont reçu un traitement conformément à la politique nationale	15,1%	2014	MICS5	81%	45,2%	-44	199,3	EIPC 2022
Fonctionnement du SGIL, Gestion des intrants et Approvisionnement								
% des structures sanitaires sans rupture de stock en médicaments et produits antipaludiques à tout moment.	ND			20%	23,9%	20	ND	Rapport annuel PNLP 2022
Formation								
Proportion de personnels de santé formés	ND			60%	26,0%	-57	ND	Rapports de supervision

CHAPITRE 6 : GESTION DES FINANCEMENTS

6.1. Répartition du financement du PTA 2024 par pilier et par source de financement

Le Fonds Mondial et le President's Malaria Initiative (PMI) étaient les principaux bailleurs du PNLP avec totalisaient à eux seuls 85% des financements. On note une forte dépendance du financement extérieur des activités de lutte contre le paludisme ce qui pourrait affecter négativement la réalisation des activités de lutte contre le paludisme au Cameroun. D'autres partenaires interviennent également dans les différentes interventions telles que l'Etat au travers des Fonds de Contre Partie (FCP), ISA, OMS etc.

Le pilier 3 qui porte sur les principales politiques et stratégies de lutte contre le paludisme bénéficie de la plus grande répartition budgétaire.

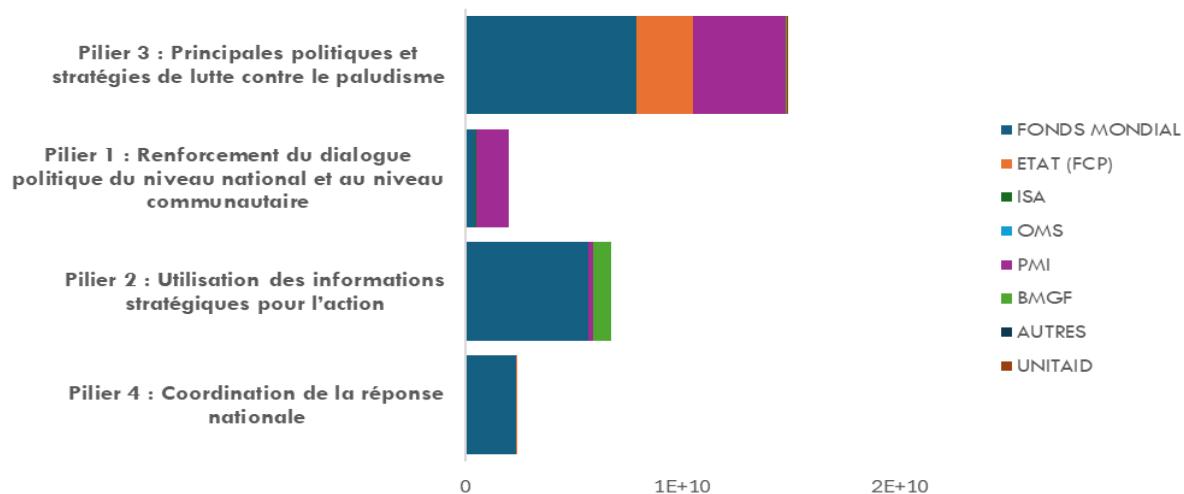


Figure 15 : Répartition du financement du PTA 2024 par pilier et par source de financement

6.2. Absorption financière par pilier et par activité

Tableau 45 : Taux d'absorption financière par intervention du PTA 2024

Intervention	Budget XAF	Dépenses pour	Écart budget - dépenses	Taux d'absorption
Moustiquaires imprégnées d'insecticide : campagne de masse: universelle	-	106 627 431	- 106 627 431	Not Budgeted
Moustiquaires imprégnées d'insecticide : distribution en routine en CPN	1 316 169 838	3 599 997	1 312 569 841	0%
Moustiquaires imprégnées d'insecticide : distribution en routine : PEV	740 345 534	-	740 345 534	0%
Surveillance entomologique	84 995 243	77 617 155	7 378 088	91%
Pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent (PID)	29 688 907	-	29 688 907	0%
Changement social et comportemental (Lutte antivectorielle)	5 334 960	3 358 323	1 976 637	63%
Gestion de cas dans le secteur privé	1 183 220 749	-	1 183 220 749	0%
Changement social et comportemental (Gestion de cas)	14 705 230	7 444 121	7 261 109	51%
Traitements dans les centres de santé	2 232 542 730	88 767 178	2 143 775 553	4%

Intervention	Budget XAF	Dépenses pour	Écart budget – dépenses	Taux d'absorption
Prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire (PEC-C)	1 144 206 100	5 057 743	1 139 148 357	0%
Traitement préventif intermittent (TPI) – Femmes enceintes	393 640 202	158 302 719	235 337 482	40%
Changement social et comportemental (Interventions de prévention spécifiques)	373 960 134	153 412 757	220 547 377	41%
Chimioprévention du paludisme durable	189 539 253	-	189 539 253	0%
Enquêtes	63 986 212	57 910 239	6 075 973	91%
Qualité des données	238 917 129	212 932 976	25 984 153	89%
Surveillance du VIH, de la TB et du paludisme	98 680 135	6 551 239	92 128 895	7%
Analyses, évaluations, examens et utilisation des données	70 801 524	50 543 140	20 258 384	71%
Rapportage des données de routine	582 284 989	293 233 507	289 051 481	50%
Gestion des subventions	1 934 122 133	1 482 767 158	451 354 975	77%
Coordination et gestion de programmes nationaux de lutte contre les maladies	480 434 524	273 026 949	207 407 575	57%
Renforcement des capacités et développement du leadership	167 072 709	186 117 343	- 19 044 634	111%
Recherche et plaidoyer dirigés par les communautés	66 648 245	11 610 373	55 037 871	17%
Participation, liens et coordination au sein des communautés	307 422 102	111 652 593	195 769 510	36%
SRPS / PP : rémunération et déploiement de personnel actuel ou nouveau (à l'exception des ASC)	3 055 608 000	2 091 458 284	964 149 716	68%
SRPS / PP : ASC – supervision formative intégrée	408 191 138	336 295 294	71 895 844	82%
SRPS / PP : ASC – contractualisation, rémunération et rétention en poste	148 885 215	96 220 063	52 665 152	65%
SRPS / PP : ASC – formation continue	711 363 588	569 365 422	141 998 166	80%
SRPS / PP : ASC – sélection, formation initiale et certification	166 822 251	158 093 469	8 728 782	95%
Systèmes d'information de la chaîne d'approvisionnement	30 691 978	14 990 638	15 701 340	49%
Capacité de planification et d'achat	96 380 000	44 974 701	51 405 299	47%
Soutien en matière de réglementation ou d'assurance qualité	1 738 200	-	1 738 200	0%
	16 338 398 948	6 601 930 811	9 736 468 137	40,41%

CHAPITRE 7 : PARTENARIATS ET COLLABORATION (ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE)

Le cadre de la lutte contre le paludisme adossé au PSNLP se situe dans la mise en œuvre des différentes subventions (GC7 et PMI) en cours (2024-2026), à travers l'implémentation des PTA à différents niveaux.

La cohérence des PTA des différents acteurs et partenaires au niveau périphériques est établie à travers : l'alignement des PTAB des partenaires sur le PSN, la complémentarité des interventions des partenaires niveau de couverture des actions du PSN et les recommandations éventuelles aux partenaires.

Au niveau périphérique, la lutte est traduite par la mise en œuvre des activités promotionnelles, de prévention, de prise en charge dans les FOSA et dans les communautés sous la coordination et la supervision des districts de santé.

L'offre de services (promotionnels, préventifs et curatifs) dans les FOSA, est fonction du plateau technique et encadrée par des guides nationaux. Au niveau communautaire, cette offre est faite dans le cadre des Interventions Sous Directives Communautaires (ISDC) par des ASC avec l'appui de différents partenaires, sous l'encadrement et la supervision directe des OSCD et des Aires de santé.

Tableau 46 : Cartographie des acteurs et partenaires de mise en œuvre

ACTEURS (S)	DOMAINE D'INTERVENTION	ZONE(S) D'INTERVENTION
FMSTP	Tous selon PSN	NA
OMS	Tous selon PSN	NA
UNICEF	Santé maternelle et mobilisation sociale	10 REGIONS
PLAN CMR- FMSTP	Intervention sous directives communautaires	08 REGIONS/ 10
REACH OUT	Intervention sous directives communautaires	02 REGIONS/ 10
PMI	Prise en charge des cas, Chimio prévention du Paludisme Saisonnier et Traitement préventif intermittent	NO / EN
PMI-VECTOR LINK / EVOLVE	Lutte antivectorielle/MILDA	EN/ NO/ SU /OU/ LT
PMI-BREAKTHROUGH ACTION	Communication pour le développement et SBCC	NO / EN
PMI Measure Malaria	Surveillance, suivi, évaluation	NO/EN
CHAI	Surveillance, suivi, évaluation	10 REGIONS
ISA	Communication pour le développement et SBCC	10 REGIONS
ACMS	Communication pour le développement et SBCC	05 REGIONS
INSTITUTS DE RECHERCHE (OCEAC, UY1 BTC, CRID...)	Recherche et appui dans les activités de recherche	10 REGIONS
GIZ, CARE, Expertise France	Assistance technique, appui à la mise en œuvre	
Sec privé (COTCO, GICAM, confessionnelle)	TOUS	10 REGIONS

La coordination de la multisectorialité est aussi une autre réponse à la lutte contre le paludisme comme le démontre le tableau ci-dessous.

Tableau 47 : Cartographie et domaines d'intervention des sectorielles impliquées dans la lutte contre le paludisme

Acteurs (s)	Domaine d'intervention
PRIMATURE	Coordination des actions des autres administrations Facilitation de la mobilisation des cofinancements Redevabilité des acteurs de mise en œuvre
MINEPAT	Planification des financements Identification des opportunités de financement (BM, BID...)
MINFI	Mobilisation des financements Exonération des taxes et droits sur les intrants
MINMAP	Passation des marchés selon les réglementations en vigueur et dans les délais
MINEDUB, MINESEC, MINPROFF, MINAS :	Education et mobilisation sociale
MINCOMM, MINPOSTEL	Communication
MINAT, MINDEVEL	Coordination des activités et Participation communautaire

CHAPITRE 8 : ANALYSE DES FORCES, FAIBLESSES, MENACES ET OPPORTUNITES

L'analyse FFOM de la mise en œuvre des activités a permis de ressortir :

Volet de la lutte contre le paludisme	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Prise en charge des cas	<ul style="list-style-type: none"> Révision du guide et des modules de PEC du paludisme Validation du guide du formateur et du manuel de l'apprenant pour la formation sur la PEC du paludisme Révision du guide de MEO des ISDC Recyclage et formation des ASCp Tenue des réunions de coordination et de supervisions des ISDC à tous les niveaux Prise en compte du budget de certaines activités communautaires dans le budget de C19RM Bonne collaboration avec les PTF dans la MEO des activités Amélioration de la qualité des soins à travers l'OTSS, les supervisions 	<ul style="list-style-type: none"> Ralentissement des activités de PEC du fait du recrutement du staff CDD du Fonds Mondial Ralentissement de la MEO des ISDC dans le NOSO du fait de la suspension du PTF Reach Out Respect insuffisant des directives nationales de diagnostic et traitement des cas de paludisme Insuffisance dans le fonctionnement du système d'assurance et de contrôle qualité interne et externe des examens microscopiques Insuffisance de prise en compte des nouvelles directives de PEC dans les curricula des écoles de formation initiales Faible appropriation des ISDC par les communautés et communes Retard dans le paiement de certains ASCp 	<ul style="list-style-type: none"> Existence du SR humanitaire dans certaines régions à risque qui appuie la PEC Recrutement d'un SR RSS pour accélérer la MEO des activités du RSS dans C19RM Appui des partenaires dans la mise en œuvre des stratégies et interventions Prise en main de la question de la gestion des intrants par la DPML-Minsante: transformation de la chaîne d'approvisionnement en cours La CSU a relancé l'implémentation de la politique de la gratuité 	<ul style="list-style-type: none"> Retard de la validation de la quantification des intrants pour l'année 2024. Insécurité dans certaines localités du pays ; L'allongement des délais de livraison des commandes passées Insuffisance du financement alloué par le budget de l'Etat au secteur de la Santé et à la lutte contre le paludisme Alignement insuffisant de certains partenaires aux directives et approches de mise en œuvre

Volet de la lutte contre le paludisme	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	<ul style="list-style-type: none"> ISCD et de routine, les missions d'inventaire • Forte implication des PF GAS dans la gestion des intrants • Tenue des réunions GAS DPML et PNLP • Augmentation de l'implication du secteur privé • Existence d'un GTT sur la PEC et la prévention des cas de paludisme • Disponibilité des POS/SOP et autres lignes directrices pour le diagnostic biologique du paludisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel insuffisamment formé • Faible utilisation et disponibilité insuffisante des documents normatifs • Fréquente rupture de stock • Rupture des outils de collecte • Inexistence du SGIL 		
Communication pour le changement social et comportemental	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'un PTA • Elaboration d'un cadre multisectoriel nationale de la lutte contre le paludisme • Forte mobilisation et engagement multisectoriel • Plan SBC du PSN élaboré ; • Diffusion de plus de 350 spots et microprogrammes dans les radios communautaires en langue nationales 	<ul style="list-style-type: none"> • La communication digitale toujours en attente des prestations pour lesquelles le processus de recrutement du prestataire est à chaque fois infructueux • Incompatibilité du fichier fournisseur à adosser les prestations de communication à travers les réseaux sociaux et digitaux ; • Lenteurs indéfinies dans les procédures des marchés publics ; • Faible exécution des activités de SBC liée aux procédures de contractualisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une Task force SBC centrale et régionale (Extrême-Nord et Nord) en faveur de la lutte contre le paludisme ; • Disponibilité des partenaires pour la mobilisation des ressources ; • Disponibilité d'un plan stratégique de plaidoyer pour la mobilisation des 	<ul style="list-style-type: none"> • Procédure de contractualisation interne hostiles • Retard enquête MBS sur les données socio comportementales couvrant les 10 régions méridionales du Cameroun ; • Manque de Coordination dans la mise en œuvre des activités

Volet de la lutte contre le paludisme	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	<ul style="list-style-type: none"> • Supports et outils de sensibilisation élaborés en attente des procédures de production et diffusion ; • Résultats de l'enquête Matchbox validés ; • Enquête MBS sur les déterminants comportementaux de la lutte contre le paludisme • Disponibilité des fonds pour la mise en œuvre des activités planifiées • Tenue régulière des réunions de coordination des sections. 	<ul style="list-style-type: none"> • Non observation des PTA transmis • Des activités transmis par certains partenaires engendrant faiblesses dans le suivi ; • Déficit de personnels qualifiés par rapport avec les missions de la SIMP ; • Les outils de communication à majorité non produits à cause du processus de recrutement du prestataire à chaque fois infructueux ; • La communication digitale toujours en attente des prestations pour lesquelles le processus de recrutement du prestataire est chaque fois infructueux 	<ul style="list-style-type: none"> • cibles et ressources additionnelles ; • La souplesse des procédures de contractualisation des prestataires chez certains partenaires SR offre une voie de sortie aux problèmes de SBC ; • Mise en place d'un cadre multisectoriel de la lutte contre le paludisme • Arrêté du PM/CG portant création, organisation et fonctionnement du comité interministériel chargé de la coordination et du suivi du dispositif multisectoriel de mise en œuvre des engagements du Cameroun en faveur de la lutte contre le paludisme • Appui des Partenaires Techniques et Financiers 	<ul style="list-style-type: none"> menées par certains partenaires ; • Arrêt (fin) du contrat avec Breakthrough Action avec comme conséquence la baisse de coordination du Groupe Les difficultés de recrutement des prestataires dans le domaine des

Volet de la lutte contre le paludisme	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Prevention	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe jeune, dynamique et proactive • Présence des instances de coordination (GTT, CNC) • Mise en œuvre des activités de chimioprévention (CPP, CPS, TP1g, TP1n, VAP) • Mise en œuvre des activités de lutte antivectorielle (MILDA de routine , CDM dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest • Appui apporté à la SASNIM 2024 	<ul style="list-style-type: none"> • Retard dans l'élaboration des contrats avec le PAM pour le stockage et le transport des MILDA • Campagne non tenue dans la région du Centre • Rupture quasi-constante des intrants d prévention • Non intégration de toutes les activités de la SPE dans l'outil de suivi du PTA 	<ul style="list-style-type: none"> • Appui multiforme des PTF • Existence des forum WhatsApp pour l'échange d'information • La digitalisation de la micro planification de la CPS via IASO offre déjà une base de données à exploiter pour la CDM MILDA 2025-2026 • 	<ul style="list-style-type: none"> • Livraison des MILDA FCP en retard • Tenue de la campagne pendant les saisons de pluies • Rupture en MILDA de routine dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord avec la suspension de l'USAID • Insécurité dans certaines zones du pays
Suivi, surveillance épidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des effectifs de personnel dédié au S&E, • Disponibilité du personnel qualifié, expérimenté et engagé ; • Bonne organisation du travail : définition claire des rôles et responsabilité au sein de l'équipe ; • Carte sanitaire à jour ; • Formulaires de RMA (FOSA, ASC mis à jour) ; • Bonne complétude des données (89,6%) ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisante réalisation du Plan de Travail (Insuffisant taux de réalisation physique des activités de la SSE (34%) • Insuffisante adéquation des outils de collecte des données utilisés sur le terrain ; • Faible concordance des données rapportées (Dhis2) avec leurs sources ; • Qualité insuffisante du remplissage des outils de collecte des données ; • Système de surveillance globalement faible au niveau FOSA ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Appui technique et financier des partenaires du PNLP à la SPSSE (CHAI, PMI Measure Malaria, CIS/MINSANTE) ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Conflit d'agenda avec perte de priorité à certaines activités inscrites au PTA 2024 de la SPSSE (RMP, PSNLP, GC7) ; • Instabilité de la connexion internet ; • Panne fréquente d'électricité au GTC PNLP.

Volet de la lutte contre le paludisme	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	<ul style="list-style-type: none"> • Tenue effective des réunions de RQD ; • Amélioration continue de la qualité des données de surveillance ; • Développement et utilisation des Tableaux de bord de suivi des tendances des indicateurs (interventions, surveillance) ; • Analyse et utilisation des données (Stratific) ; • Digitalisation des outils de suivi des interventions ; • Production des rapports périodiques (rapports de progrès) ; • Déploiement de la supervision à tous les niveaux ; • Amélioration des comportements de prestations de services. 	<ul style="list-style-type: none"> • Persistance du sur-rapportage des cas graves de paludisme ; • Retard/absence de production des rapports d'activités ; • Circulation de rumeurs dénonçant le manque de sérieux de certains superviseurs déployé sur le terrain ; • Lenteur dans les procédures de validation des FT ; • Lenteurs dans les procédures de passation des marchés ; • Vétusté du matériel informatique. 		
Formation et recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation de plusieurs équipes sur le terrain pour la mise en œuvre des enquêtes • Disponibilité du matériel de terrain 	<ul style="list-style-type: none"> • Non disponibilité du matériel pour la recherche 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribution effective des PTF • Coordination de toutes les activités de recherche menées • Collaboration avec les institutions partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence des études entomologiques dans les régions en crise

Volet de la lutte contre le paludisme	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration avec toutes les sections du Programme, les régions et les DS • Collaboration avec les institutions universitaires • La tenue des réunions de section 		(OCEAC, BTC, Centre Pasteur) et les institutions universitaires	
Gestion du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction dans la réponse aux sollicitations des contrôles et audits • La disponibilité d'un référentiel de performances des personnels (cadre de performances) ; • Utilisation de la TOMWEBPRO • La Disponibilité du Manuel des procédures administratives, financière et comptable ; • La Régularité dans le paiement des rémunérations du personnel ; • Bonne collaboration avec les autres sections, l'UCS et les GTRs ; • L'institution des réunions de coordination hebdomadaires et mensuelles ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de personnel d'appui au sein de l'unité • Sécurisation des archives pas totalement acquise (cas de vol de documents survenu en fin d'année par un vigile) • Mauvaise planification des activités • Non codification physique des immobilisations • Inexistence d'un planning de congé annuel • Retard/absence dans la transmission des rapports financiers et pièces justificatives • Défaillance notoire dans le dispositif du contrôle interne • Assurance maladie et flotte téléphonique non opérationnelles • Paiement tardif des primes aux personnels fonctionnaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Rattachement de l'unité Archives à la SAF • Obtention d'un petit espace au Centre de Documentation et des Archives du Ministère de la Santé Publique • La Migration à la TOMPRO WEB qui permet une consolidation en temps réel des comptabilités • Recrutement de nouveaux personnels • Formation et recyclage du personnel • La Présence de la tutelle technique du MINSANTE 	<ul style="list-style-type: none"> • Espace de stockage insuffisant • Insuffisance voire absence de ressources pour la réalisation des missions assignées à l'unité • La Situation débitrice du PNLP envers les Organismes de recouvrement des créances sociales et fiscales ; • Non correspondance du personnel affecté au profil du poste ; • Non certification des comptes du PNLP • Instabilité du réseau plombant le paiement des acteurs

Volet de la lutte contre le paludisme	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		<ul style="list-style-type: none"> • Inexistence des partenaires pour l'accompagnement des équipes pour l'amélioration de la qualité des données financières • Archivage minimal des documents ; • Absence d'un service courrier. • Entretien permanent des écrans de fumés 	<ul style="list-style-type: none"> • La Relation avec les autres sectoriels (CAA, MINEPAT, MINFI, CNPS. DGI etc.) • 	<ul style="list-style-type: none"> • Planification spontanée des activités sans tenir compte des délais logistiques • Surcharge de travail en période de forte activité (formations en cascade, campagne de masse...) • Déperdition du personnel qualifié • Risque de distraction des immobilisations • Fort taux de turn-over des personnels

CHAPITRE 9 : DEFIS RENCONTRES ET REPONSES APORTEES

La revue annuelle 2024 des activités réalisées par le Programme a permis d'adopter les recommandations proposées par les diverses structures de mise en œuvre afin de prendre en compte les leçons apprises ci-après :

Volet de la lutte contre le paludisme	Difficultés/leçons apprises	Réponses apportées
Lutte antivectorielle et chimio prévention	<ul style="list-style-type: none"> Le retard dans la finalisation des contrats de stockage et de transport des MILDA à entraîner des ruptures dans les FOSA Le paiement des acteurs en retard est dû à la faible remontée des pièces justificatives La traçabilité des MILDA a été insuffisante durant la dernière campagne Le retard dans la livraison des MILDA a entraîné un retard dans la MEO de la campagne L'absence d'enquêtes d'évaluation ne permet pas d'apprécier l'impact de l'intervention La fermeture de l'USAID constitue une menace pour l'acquisition et la livraison des MILDA de routine dans les régions du Nord et de l'extrême-Nord La mise en place d'un module entomologique dans le DHIS2 est indispensable une prise en compte des données entomologiques L'absence de financement ne permet pas aux DS et AS de procéder à des redéploiements des MILDA 	<ul style="list-style-type: none"> Prise en compte de la location des magasins au niveau régional pour le stockage des MILDA de routine Etablissement un contrat pour toute la subvention Insertion de la remontée des pièces justificatives dans les TDR des superviseurs de la campagne MILDA Digitalisation de toute la chaîne logistique Anticipation d'un délai d'au moins 2 mois pour le transport des MILDA jusqu'aux aires Anticiper une rencontre avec l'INS afin de discuter de la tenue d'une enquête post campagne Mener un plaidoyer auprès des autres partenaires pour l'appui de ces deux régions La CIS devra fournir un budget détaillé des activités nécessaires à la mise sur pieds de ce module Intégration de l'administration du TPIg aux FE dans la SASNIM contribue à l'amélioration des cibles attendues; Tenue des groupes techniques de travail permettant l'évaluation dynamique des performances de la CPP ; Tenue des réunions de coordination mensuelle du DS avec les AS qui est une opportunité pour discuter des interventions de prévention du paludisme et améliorer la qualité des données des FOSA ; Réalisation des formations avec les intrants (médicaments et outils de gestion)

Volet de la lutte contre le paludisme	Difficultés/leçons apprises	Réponses apportées
		pour permettre aux acteurs de mieux s'en approprier
Prise en charge des cas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activité de pharmacovigilance peine à être mise en œuvre ▪ Difficulté de poursuivre des études sur la résistance aux antipaludiques ▪ Poursuite des études d'efficacité thérapeutique pour certains antipaludiques ▪ Le turn over du personnel des FOSA est assez élevé et le personnel formé est insuffisant ▪ Activité de contrôle des lots d'intrants à l'arrivée n'a pas toujours pu être menée ▪ Non maîtrise de la technique du diagnostic biologique du paludisme par certains prestataires ▪ Le niveau actuel de microscopie ne permet pas de surveiller la présence des autres espèces plasmodiales circulantes au Cameroun 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nécessité de renforcer de prendre en compte les aspects de pharmacovigilance cette intervention et tout particulièrement avec la mise en œuvre de nouvelles interventions telles que la CPP ou TPI et la vaccination ▪ Développer un plan de mitigation des résistances aux ACT ; le valider et le disséminer ▪ Développer des aides visuels et des SOP sur la tarification des protocoles de PEC du paludisme pour rendre accessible l'information à tous ▪ Renforcer les activités de LANACOME pour lui permettre de jouer son rôle (accréditation nationale) ▪ Prévoir le recyclage régulier des techniciens de laboratoire ▪ Renforcer la qualité de la microscopie et mettre à disposition des TDR, PF
Formation Recherche opérationnelle et	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de données entomologique ne permet pas une bonne planification des stratégies de gestion de la résistance ▪ Absence du matériel pour la surveillance entomologique ▪ Données de surveillance entomologiques sont importantes dans la prise de décision en ce qui concerne les outils de lutte antivectorielle 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensification de la surveillance entomologique dans les sites sentinelles peu ou pas couverts • Exploration des opportunités d'acquisition à travers les centres de recherche • Mener un plaidoyer pour mobiliser davantage de financements afin de couvrir tous les 35 sites sentinelles
Communication institutionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Engagement de plus en plus croissant des sectoriels à la mise en œuvre des activités de la lutte contre le paludisme ▪ Faible engagement des sectoriels à la mise en œuvre des activités de la lutte contre le paludisme ▪ L'opérationnalisation des acquis de la mise en œuvre du dispositif multisectoriel à travers la tenue des réunions du Comité 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la planification des actions de plaidoyer institutionnel nécessaire à la mobilisation des ressources additionnelle • Amélioration de la formation des équipes focales à l'élaboration des PTA et aux activités de promotion des services et produits (messages et supports, causeries éducatives etc.)

Volet de la lutte contre le paludisme	Difficultés/leçons apprises	Réponses apportées
	<p>interministériel de coordination et de suivi du dispositif multisectoriel de mise en œuvre des engagements du Cameroun sur le paludisme Les groupements patronaux trainent le pas dans la lutte contre le paludisme</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La mise en place du comité interministériel reste un acquis à préserver à travers l'opérationnalisation de ses missions ▪ Absence de financement pour l'enrôlement des autres segments de la société civile à la mise en œuvre des activités ▪ Absence de financement des activités à mener par les acteurs des Tasks force de la société civile 	
Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le retard dans la mise en œuvre de la subvention ▪ La lourdeur dans le processus d'attribution des marchés ce qui ralenti la production et la diffusion des supports à temps ▪ Intégration des professionnels de la communication qui ne font pas partie du système de santé dans les ateliers pour éviter les procédures de contractualisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Attribution des productions et des diffusions des supports de communication aux organisations dont les procédures de contractualisation sont allégées à l'exemple des sous-bénéficiaires ou des Fonds Régionaux de Promotion de la Santé
Gestion Programme du	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retard dans la mise en œuvre des activités ▪ Retard dans le paiement des acteurs dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest ▪ Insuffisance de l'espace ▪ Recherche des documents dans le vrac d'archives anciennes de plusieurs années pour des besoins d'audit et de contrôles ▪ La non transmission des rapports financiers et des pièces justificatives ne permet pas de faire des analyses et des feed back dans les délais 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un plan d'accélération • Descente express du personnel financier et comptable sur le terrain et Mise en place d'une équipe spéciale • Sollicitation d'un espace auprès du Centre de Documentation et des Archives du Ministère • Recrutement d'une main d'œuvre externe en appui à la recherche des pièces sollicitées • Mise en place d'un dispositif solide du contrôle interne (recruter les contrôleurs internes)

Volet de la lutte contre le paludisme	Difficultés/leçons apprises	Réponses apportées
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le patrimoine des immobilisations n'est pas maîtrisé ▪ Surcharge de travail au sein des équipes financières ▪ La non séparation des tâches pourrait entraîner les conflits d'intérêt qui sont les signes précurseurs de la fraude effet collusoire des actions ▪ Retard dans le processus de recrutement à plomber l'absorption et le paiement des acteurs ▪ Les personnes désignées par les DS ne sont pas systématiquement ceux qui saisissent ▪ Transmission tardive et incomplète des liasses justificatives de paiement ▪ Perte des Fiches Techniques des activités régionales et documents administratifs dans le circuit au GTC ▪ Non-respect des missions décrites dans les fiches de postes ▪ Relâchement dans la discipline du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Codification et estampillage des immobilisations • Recrutement des assistants comptables au sein des GTR et redéfinir les tâches des CUC GTC avec des livrables attendus • Audition de tous les domaines du programme • Paramétrage du DHIS 2 en intégrant les noms de ceux qui saisissent effectivement les données • Centralisation des FT et Documents administratifs au Secrétariat du SP pour Scan et transmission aux destinataires • Transmission des états et liasses de paiement 02 jours avant la fin de l'activité • Application scrupuleuse des missions inscrites dans les fiches de postes • Respect scrupuleux du code de conduite et du règlement intérieur du programme

CHAPITRE 10 : PERSPECTIVES

Il est prévu pour la deuxième année de mise en œuvre du PSNLP 2024-2028 financé par l'Etat et ses partenaires les perspectives suivantes :

Coordination

1. L'organisation de toutes les campagnes prévues (phase 1 de la CDM 2025-2026, CPS)
2. Mettre en œuvre des Formations thématiques (assurance qualité du diagnostic, utilisation de l'entrepôt de données, archivage, l'outil de passation de commande, fraude, loi de finances)
3. Mener des enquêtes et études prévues dans le cadre de la subvention (efficacité thérapeutique, sensibilité des vecteurs aux insecticides, transmission du paludisme par les vecteurs, EDS,
4. Formation à différents niveaux via la plateforme elearning
5. Etablir un cadre de collaboration avec les institutions de recherche (Universités, instituts...)

Gestion du programme

6. Mettre en œuvre les recommandations de la feuille de route issue de la conférence ministérielle des 11 Etats Africains High Burden High Impact (HBHI) tenue à Yaoundé en Mars 2024
7. Recrutement de nouveau personnel selon les compétences
8. Comptabiliser toutes les dépenses rattachées à chaque exercice (bonne planification des activités)

Prévention

9. Tenir deux réunions du Vector Comitee
10. Ajouter d'autres plates-formes afin d'atteindre les enfants surtout à la deuxième année où les taux de couverture en CPP sont les plus faibles
11. Mener une enquête sur les comportements des ménages afin d'expliquer la faible couverture en CPP à la deuxième année de vie
12. Elargir les groupes d'administration de la CPP au-delà de 2ans en tenant compte du risque élevé de paludisme grave au sein de ces populations
13. Elaborer un plan de perenisation issue des acquis du projet plus
14. Mettre en œuvre le TPIg communautaire
15. Améliorer la couverture de la VAP au travers de la CCSC et autres
16. Étendre la VAP à l'ensemble des DS en accord avec le PEV

Surveillance, Suivi évaluation

17. Effectivité de la mise en œuvre de la surveillance sentinelles (validation des outils, supervision pour la mise à jour des sites, formation des acteurs centraux et régionaux)
18. Implémentation de l'utilisation en phase pilote des nouveaux registres harmonisés
19. Formation des acteurs et dissémination du RMAc
20. Facilitation de l'élaboration des rapports de progrès semestriels

21. Mener des supervisions des acteurs à tous les niveaux

Prise en charge

22. Dissémination du guide de prise en charge des cas de paludisme
23. Formation des formateurs (Centraux et régionaux) pour la formation des prestataires sur les nouvelles directives de lutte contre le paludisme à Yaoundé
24. Organiser des sessions de briefing des personnels de santé en fin de formation (EM6, infirmiers, paramédicaux) sur les directives nationales de PEC
25. Analyse des échantillons de lames et cassettes de TDR pour l'assurance qualité du diagnostic
26. Quantification et achat des médicaments de 2026 ;
27. Mettre en œuvre de la phase pilote de la commande en ligne des intrants dans 600 FOSA réparties dans 30 districts et 6 régions

CHAPITRE 11 : CONCLUSION

L'année 2024 marque la première année de mise en œuvre du Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme (PSNLP 2024-2028), le PTA 2024 avait 1702 tâches regroupées autour de 16 stratégies épousant les quatre (04) piliers HBHI du PSNLP. Le Budget prévisionnel des activités du PTA 2024 était estimé à 25,9 milliards de FCFA, réparti entre les partenaires techniques et financiers comme suit : Fonds Mondial (63%), PMI (23%), Etat (10%), BMGF (3%) et autres (1%). Les principaux acteurs de mise en œuvre étaient constitués de PNLP/MINSANTE, PLAN CAMEROUN, REACH OUT, CHAI/BLUESQUARE, Sous Bénéficiaires de la Subvention PMI/USAID (ACMS, JHPIEGO, EVOLVE, GHSC-PSM). Au terme de l'année 2024, le taux de réalisation des tâches inscrites au PTA est de 54,6%. Le pilier 4 (Coordination de la réponse nationale) est celui où nous avons eu le meilleur taux de réalisation avec un taux de 60%. Concernant les structures de mise en œuvre, le Sous-récipiendaire humanitaire a montré les meilleures performances avec 94,8% de réalisation malgré la suspension de ses activités en fin d'année 2024.

En 2024, la lutte contre le paludisme au Cameroun a été marqué par un événement majeur : Du 06 au 08 mars a été tenue la réunion de haut niveau impliquant 11 ministres de la santé des pays africains à lourds fardeau du paludisme (HBHI). La réunion a été clôturée par "la déclaration de Yaoundé". La déclaration instruit aux 11 pays à haut fardeau épidémiologique de s'engager à mettre en œuvre des mesures fortes en vue de la réduction du fardeau de la maladie en Afrique.

Les principaux résultats acquis dans la mise en œuvre des activités basées sur les interventions majeures présentent des tendances suivantes :

Dans le cadre de la prévention, 63,9% (468 515) des femmes enceintes vues en CPN1 ont reçu une MILDA et 50% (417 856) d'enfants de 0 à 23 mois ayant reçu le RR1 ont également bénéficié d'une MILDA lors de la vaccination.

Par ailleurs, 52% (272 891) enfants ont reçu la troisième dose de CPP et 97,2% (2 054 266) d'enfants de moins de 5 ans ont bénéficié d'un traitement préventif à tous les cycles de la CPS dans les régions du Nord et Extrême-Nord. La couverture vaccinale au VAP a été de 67,6% (167710 enfants vaccinés) pour le VAP1 et 38,5% (95415 enfants vaccinés) pour le VAP3 avec un taux d'abandon de 43%.

Au cours de l'année, 95,6% % des 4 986 055 cas suspects de paludisme ont été testés. Le paludisme a constitué 26,9% des consultations toutes maladies confondues. 2 964 132 cas confirmés de paludisme ont été enregistrés parmi lesquels 35% de cas graves.

89,3% des cas simples confirmés et 97,7% des cas graves confirmés ont été traités respectivement par les ACT et les injectables recommandés.

Notons également que 66,7% des 1 064 219 de cas de paludisme confirmés chez les moins de 5 ans ont été traités gratuitement.

La disponibilité des intrants du paludisme montre que 70,4% des FOSA disposent d'au moins une présentation d'ACT de première ligne alors que 50,4% ont les 4 présentations. Les injectables se retrouvaient dans 69% des FOSA alors 51,7% avaient l'artésunate en stock. Les taux de FOSA disposant des TDR, de la SP (femmes enceintes) et des MILDA (femmes enceintes) étaient respectivement de 68%, 58,1% et 41,6%. La SP et les MILDA des nourrissons étaient disponibles dans 23,9% et 26,4% respectivement.

En ce qui concerne les indicateurs de surveillance, malgré un bon taux de complétude des rapports des FOSA de 98%, la transmission de ces rapports ne s'est pas faite à temps avec une promptitude de 78,7%. on note une diminution du fardeau du paludisme avec une morbidité proportionnelle de 26,9% et l'incidence de 100,5 pour 1000 habitants.

Nous notons qu'au cours de l'année 2024 le nombre de décès liés au paludisme est de 2016 pour un taux de mortalité de 6,8 pour 100.000 habitants avec une mortalité proportionnelle de 8,2%.

Enfin, les activités de communication en faveur de la lutte contre le paludisme ont été largement mise en œuvre en 2024. Certaines activités, notamment la conception et production des spots TV sensible au genre en français et en anglais par thématique (prévention, prise en charge), la conception et production des spots pour les radios urbaines et la production des affiches PEC dans les FOSA n'ont pas été réalisées à cause des lenteurs dans la mise en œuvre des procédures de mobilisation des prestataires dans la production et la diffusion des supports de communication.

Référence bibliographique

1. Synthèse des données de surveillance du PNLP en 2024
2. World malaria report 2024: addressing inequity in the global malaria response. Geneva:World Health Organization; 2024.