



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME  
P.N.L.P.



# Plan stratégique national de lutte contre le paludisme

2016–2020

# Plan strategique national de lutte contre le paludisme



U.S. President's Malaria Initiative



# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	iii
AVANT-PROPOS.....	v
REMERCIEMENTS .....	vii
RESUME ORGANIGRAMME PNLP.....	viii
INTRODUCTION .....	x
<b>I. PROFIL DU PAYS .....</b>	<b>1</b>
I.1 Situation socio-politique .....	1
I.2. Données démographiques.....	2
I.3. Ecosystème, environnement et climat.....	4
I.4. Situation socio-économique.....	4
I.5. Analyse du système de santé.....	6
<b>II. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME.....</b>	<b>9</b>
II.1. Perspective historique du problème du paludisme .....	9
II.2. Épidémiologie.....	11
II.3. Revue du plan stratégique de lutte contre le paludisme 2013-2015.....	17
<b>III. CADRE STRATEGIQUE .....</b>	<b>23</b>
III.1. Vision. ....	23
III.2. Mission et principes directeurs .....	23
III.3. Orientations stratégiques et priorités politiques de la RDC.....	23
III.4. But et objectifs.....	24
III.5. Stratégies et activités clés.....	24
<b>IV. CADRE DE MISE EN OEUVRE : À REMPLACER PAR LE PLAN EN EXCEL VALIDE A NAIROBI .....</b>	<b>33</b>
IV.1. Plan de mise en oeuvre .....	33
IV.2. Modalités d'exécution .....	45
IV.3. Budget et cadre de financement.....	48
<b>V. CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION.....</b>	<b>51</b>
VI.1. Cadre de performance.....	51
VI.2. Système de collecte et de gestion des données.....	55
VI.3. Mécanismes de coordination du suivi et évaluation.....	57
<b>VII. ANNEXES .....</b>	<b>58</b>
Annexe 1 : Matrice d'indicateurs.....	58

# LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

## A. LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition de la population de la RDC par province .....	3
Tableau II : Indicateurs socio-économiques de la RDC entre 2002 et 2014 .....	4
Tableau III : Principales interventions de lutte contre le paludisme appliquées en RDC .....	10
Tableau IV : Évolution des indicateurs de performance du PNLP selon les enquêtes nationales de 2007, 2010 et 2013–14.....	11
Tableau V : Mortalité corrigée de <i>A. gambiae</i> après 24 heures sur test de sensibilité de l'OMS dans les sites sentinelles de 2013 à 2015 .....	13
Tableau VII : Résultats de la revue des performances du PNLP (RPP MAL-RDC-2015).....	18
Tableau VIII : Matrice d'analyse FFMO et recommandations de la revue des performances du PNLP (RPP MAL-RDC-2015) .....	21
Tableau IX : Stratégies et activités clés pour la période 2016–2020 .....	25
Tableau X : Plan de mise en œuvre pluriannuel 2016-2020.Activités .....	33
Tableau XI : Plan de gestion des risques éventuels et mesures d'atténuation lors de la mise en œuvre du PSN 2016–2020 .....	47
Tableau XII : Budget synthèse du PSN 2016–2020 .....	49
Tableau XIII : Résumé du budget par catégorie de coûts.....	49
Tableau XIV : Synthèse de l'analyse des écarts programmatiques .....	50
Tableau XV : Cadre de performance du PSN de lutte contre le paludisme 2016–2020 .....	52

## B. LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte administrative de la République Démocratique du Congo .....	1
Figure 2: Régions affectées par les urgences complexes en RDC en 2015 .....	5
Figure 3 : Problématique du système de santé en RDC.....	7
Figure n°4 : Taux d'incidence du paludisme en RDC de 2010 à 2014.....	9
Figure 6 : Évolution de la mortalité proportionnelle du paludisme en RDC, 2010–2014.....	9
Figure n°5 : Evolution de la morbidité proportionnelle du Paludisme en RDC de 2010 à 2014 .....	9
Figure 7 : Taux de mortalité infanto-juvénile en RDC, 2007–2014.....	9
Figure 8 : Répartition des vecteurs dans les 26 DPS .....	12
Figure 9 : Stratification du risque du paludisme en RDC.....	14
Tableau VI : Répartition de la population par strate et par type d'interventions .....	15
Figure 10 : Stratification selon le taux de prévalence parasitaire en 2014.....	16
Figure 11.A : Répartition de la population, Figure 11.B : Répartition des cas de paludisme simples en 2013 en fonction des anciennes provinces (Prévalence) ; Figure 11.C : Répartition des cas de paludisme simple (Taux de prévalence) en fonction des anciennes provinces en 2013. ....	16
Figure 12. Répartition des décès attribués au paludisme en 2013 par province chez les $\geq 5$ ans (A), $< 5$ ans (B) et femmes enceintes (C) .....	17
Figure 13: Modèle logique de suivi et d'évaluation du PNLP.....	51
Figure 14 : Circuit de l'information au niveau du système de santé de la RDC.....	55

## LISTE DES ABREVIATIONS

AIM	Action and investment to defeat Malaria
AL	Artémeter-Luméfantine
ALMA	Africain Leaders Malaria Alliance
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
AMS	African Malaria Strategy
AS	Aire de Santé
ASAQ	Artésunate-Amodiaquine
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
BM	Banque Mondiale
CAG	Cellule d'Appui à la Gestion
CARN	Central Africa Roll back malaria Network
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CEEAC	Communauté Economique des Etats de l'Afrique Centrale
CCT	Comité de Coordination Technique
CDF	Congo Democratic Franc
CDR	Centrale de Distribution Régionale
CNRSC	Coordination Nationale du Renforcement du Système Communautaire
CODIR	Comité de Direction
COGE	Comité de Gestion
CPN	Consultations PréNatales
CPS	Consultations PréScolaires
CS	Centre de Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CTA	Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine
CTLM	Commission Technique de Lutte contre la Maladie
DAF	Division Administrative et Financière
DDT	DichloroDiphénylTrichloroéthane
DFID	Department for International Development
DHIS2	District Health Information System
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DPM	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Plantes Médicinales
DPS	Division Provinciale de la Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EUV	End Use Verification (survey)
FEDECAME	Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
FMI	Fonds Monétaire International
FRP	Faire Reculer le Paludisme
GAS	Gestion des achats et des stocks
GIBS	Groupe Inter Bailleurs du secteur de la santé
HGR	Hôpital Général de Référence
IDH	Indice de Développement Humain
IEC	Information, Education et Communication
JMP	Journée Mondiale du Paludisme
LFA	Local Fund Agent
MEG	Médicament essentiels et Génériques
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
MILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action

MIS	Malaria Indicators Survey
OAC	Organisation à Assise Communautaire
ODD	Objectifs du Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAH	Plan d'Action Humanitaire
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PEC	Prise en Charge des Cas
PIB	Produit Intérieur Brut
PID	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMI	U.S. President's Malaria Initiative
PNAM	Programme National d'approvisionnement en Médicaments Essentiels
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PR	Principal Recipient
PSN	Plan Stratégique National
PTF	Partenaires Techniques et Financier
PUDR	Progress Update and Disbursement Request
RBM	Roll Back Malaria
RDC	République Démocratique du Congo
RDQA	Routine Data Quality Assessment
RECO	Relais Communautaire
RNB	Revenu National Brut
RPP	Revue du Programme Paludisme
SADEC	Southern African Development Community
SIGL	Système Informatique en Gestion Logistique
SIS	Système d'Information Sanitaire
SNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
SPP	Soins aux Plus Pauvres
SR	Sub Recipient
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSC	Sites des soins communautaires
SSP	Soins de Santé Primaires
SSR	Sub-sub-recipient
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif et Intermittent
UA	Union Africaine
UNICEF	United Nations Children's Emergency Fund.
USAID	United States Agency for International Development
USD	United States Dollar
ZS	Zone de Santé

## AVANT-PROPOS

La RDC vient de se prêter pour la deuxième fois à l'exercice de la Revue des Performances de son Programme (RPP) de lutte contre le paludisme au cours de l'année 2015. Aux termes de cette RPP, il est apparu que notre pays a réalisé des progrès appréciables dans la lutte contre le paludisme, particulièrement dans le domaine de la prévention à travers la promotion de l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'action (MILD) ainsi que l'extension de la couverture des interventions de base couvrant toutes les Aires de Santé (AS). Ces efforts ont eu un impact positif sur la santé en contribuant au tiers de la réduction de la mortalité infantile qui est passée de 92 pour 1000 en 2010 à 58 pour 1000 en 2014.

Il convient cependant de relever qu'au-delà des forces et des opportunités ayant contribué à l'atteinte de ces résultats significatifs, il subsiste des faiblesses et des menaces identifiées qui ont fait l'objet des recommandations à prendre en compte dans le développement des actions pour les cinq prochaines années.

Cette évaluation a été réalisée dans un contexte où la communauté internationale a établi de nouveaux Objectifs pour le Développement Durable (ODD) à l'horizon 2030, ainsi que des orientations stratégiques globales pour la lutte contre le paludisme visant l'accélération des interventions pour l'élimination de cette endémie.

Au niveau africain, les Chefs d'Etat et des Gouvernements avaient levé une option claire visant à éliminer le paludisme à l'horizon 2030 au cours du Sommet d'Abuja de 2013. Cela a permis à l'Union Africaine d'aligner ces recommandations stratégiques globales en matière de lutte antipaludique sur les ambitions louables des dirigeants africains.

Au même moment, la RDC élabore un nouveau Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 visant une couverture universelle de la population en soins de santé de qualité, avec un accent sur l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Ayant suivi de près l'élaboration du présent Plan Stratégique National 2016-2020 (PSN), je suis satisfait de la finalisation de ce document qui prend en compte aussi bien les orientations stratégiques globales que les ambitions africaines et qui s'aligne sur le PNDS 2016-2020.

L'atteinte des objectifs que se fixe le PSN 2016-2020 passe aussi par la responsabilisation des entités provinciales quant à la planification et à la gestion des actions entreprises en matière de développement. Cela constitue une opportunité intéressante de mobilisation des ressources pour appuyer la lutte contre le paludisme dans toutes les provinces.

C'est pourquoi je félicite toutes les parties prenantes qui ont nourri le processus largement participatif qui a caractérisé l'élaboration de ce Plan, en particulier l'engagement des provinces au travers des ateliers de consultation dans les 26 provinces du pays et la participation des plus hauts responsables provinciaux du secteur de la santé.

Les Gouvernements Provinciaux sont donc invités à contribuer et à déclarer la hauteur des financements qu'ils alloueront à la lutte contre le paludisme dans leurs entités respectives.

L'aboutissement de ce PSN 2016-2020 est tributaire de l'appropriation de la lutte à tous les niveaux et par toutes les parties concernées par les questions de Santé.

J'exhorte la direction du PNLP à veiller à ce que les stratégies et les interventions retenues dans ce plan soient strictement mises en œuvre. La conjonction du leadership de la direction du PNLP et la bonne

mise à disposition des ressources nécessaires conditionneront durablement l'atteinte des objectifs du programme.

J'invite chacun de vous à coopérer pour faciliter la mise en œuvre de ce PSN et vous dis grand merci.

Ministre de la Santé Publique

**Dr Félix KABANGE NUMBI MUKWAMPA**

## REMERCIEMENTS

L'écriture du Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme pour la période 2016-2020 s'inscrit dans le contexte des Objectifs du Développement Durable et de l'élimination du paludisme à l'horizon 2030, conformément aux orientations de la Stratégie Technique Mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 et de la Stratégie Africaine de Lutte contre le Paludisme (AMS).

Son aboutissement, fruit d'un large consensus national, a bénéficié de l'apport, des différents Ministères du gouvernement de la République Démocratique du Congo, des partenaires au développement, du secteur privé/entreprises, des organisations de la société civile, religieuses, professionnelles et autres acteurs impliqués dans la lutte antipaludique. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Ce plan a également bénéficié pour son élaboration des contributions des experts internationaux de l'OMS et RBM à qui nous exprimons notre gratitude.

Outre les orientations internationales, les éléments essentiels de ce plan sont puisés dans les recommandations de la Revue de Performance du Programme 2015 initiée par Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique et un suivi régulier assuré par Monsieur le Secrétaire Général à la Santé Publique à toutes les étapes de sa mise en œuvre. La Direction du Programme tient à exprimer sa profonde gratitude à Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique et à travers lui, à toute les composantes du Ministère de la Santé Publique qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Nos remerciements s'adressent aussi aux autorités politico-administratives de chaque province et les Chefs des Divisions Provinciales de la Santé pour leur contribution.

Nous ne pouvons terminer ce propos sans remercier chaleureusement les partenaires techniques et financiers de la RDC dont les contributions multiformes ont permis la tenue de la Revue des Performances et ainsi de recueillir les orientations pour ce Plan Stratégique National. Ces remerciements s'adressent particulièrement à l'OMS, à l'UNICEF, au Fonds mondial, au Département britannique pour le Développement (DfID), et à Initiative du Président contre le paludisme (PMI), par l'intermédiaire de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre de l'Accord coopératif MEASURE Evaluation.

Ce travail n'aurait jamais abouti sans l'assiduité et les sacrifices consentis par le groupe restreint de relecture hebdomadaire des versions préliminaires successives afin d'intégrer de la manière la plus équilibrée les diverses contributions en veillant à ne pas s'écarter de l'esprit de tous les documents majeurs de référence et des attentes des parties prenantes.

Que toutes les institutions ou personnes ressources qui n'ont pas été nommément citées trouvent ici l'expression de notre estime et parfaite considération.

Directeur du Programme National de Lutte contre le Paludisme

**Professeur Dr. Joris LOSIMBA LIKWELA**

## RESUME

Le paludisme reste un problème majeur de santé publique en RDC. Il reste en tête des causes de consultation, d'hospitalisation et de décès. Dans l'analyse situationnelle contenue dans le PNDS 2011-2015, le paludisme est responsable, avec les infections respiratoires aiguës, la diarrhée et les affections néonatales, de 77% des décès chez les enfants de moins de 5 ans en RDC.

Cependant, des progrès remarquables entre 2010 et 2014 ont été enregistrés en rapport avec la réduction de la morbidité palustre (10%) et la mortalité infantile a baissé de 37%, passant de 92‰ en 2010 à 58‰ en 2014, dont 33% liés à la prévention du paludisme.

Ainsi, depuis février 2015, le Gouvernement de la RDC et ses partenaires ont entrepris de réaliser une Revue des Performances du Programme National de Lutte contre le Paludisme à travers l'évaluation de son Plan Stratégique National 2013-2015 dont les résultats ont constitué une base pour l'élaboration du nouveau plan stratégique national 2016-2020.

Ce plan stratégique est également aligné sur les documents de politique et de stratégies nationales et internationales tels que : (i) le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020, dont il assure la déclinaison de la lutte contre le paludisme en soutien au pilier « prestation »; (ii) la Stratégie Technique Mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030; (iii) Action et investissement pour vaincre le paludisme 2016-2030 et (iv) la Stratégie Africaine de Lutte contre le Paludisme (AMS).

Dans le but de contribuer à l'élimination du paludisme en République Démocratique du Congo, le PSN vise l'amélioration de l'état de santé de la population par la réduction du fardeau humain et socio-économique dû au paludisme.

L'objectif général du PSN 2016-2020 est de réduire de 40%, par rapport à 2015, les taux de morbidité et de mortalité liés au paludisme.

Les objectifs stratégiques sont de :

- protéger au moins 80% des personnes exposées au risque de paludisme par les mesures préventives d'ici 2020
- dépister au moins 80% des cas de fièvre suspects de paludisme et traiter 100% des personnes testées positives selon les directives nationales d'ici 2020
- renforcer le système de surveillance, de suivi et évaluation d'ici 2020
- amener au moins 75% de la population exposée à connaître les modes de transmission, de prévention et de prise en charge du paludisme d'ici 2020
- renforcer la gestion du programme d'ici 2020.

Les principales stratégies et activités pour atteindre ces objectifs tournent autour de :

- la lutte anti-vectorielle avec la distribution des MILDA en campagne et en routine, la pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides rémanents et la promotion de l'assainissement
- la protection des groupes vulnérables (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans) avec la chimiothérapie préventive
- le dépistage des cas de fièvre suspects de paludisme et le traitement systématique de tous les cas de paludisme confirmés selon les directives nationales

- le renforcement de la surveillance épidémiologique et du suivi-évaluation
- la communication pour le changement de comportement
- le renforcement de la gestion du programme.

Le budget total du PSN 2016-2020 s'élève à 1520554318 dollars US, soit un coût total par habitant de 16,06 US\$ sur cinq ans.

## INTRODUCTION

Le paludisme est une maladie parasitaire causée par un parasite du genre Plasmodium et transmise par la piqûre d'un moustique femelle, du genre Anophèles. En Afrique, il existe quatre espèces différentes de Plasmodium qui causent le paludisme chez l'homme : Plasmodium falciparum, P. vivax, P. malariae et P. ovale. Parmi elles, le P. falciparum est la plus dangereuse et cause le plus grand nombre de décès.

Entre 2000 et 2015, la forte intensification des interventions de lutte contre le paludisme a contribué à faire reculer de 60% les taux de mortalité imputable au paludisme au niveau mondial, évitant ainsi, selon les estimations, 6,2 millions de décès (WHO, Malaria fact sheet 94, 2015). Dans la Région africaine de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ce taux a baissé de 66% (AMS 2016-2030). Dans la même période, l'incidence mondiale du paludisme a reculé de 37% (WHO, Malaria fact sheet 94, 2015). Il a été noté que 55 des 106 pays où le paludisme était transmis en 2000, sont en passe d'atteindre l'objectif consistant à réduire l'incidence du paludisme de 75 % à l'échéance 2015, fixée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2005 dans le cadre de la résolution WHA58.2 sur la lutte contre le paludisme (WHO-WMR 2014).

En dépit de ces progrès, la maladie reste endémique dans les six régions de l'OMS avec 198 millions de cas de paludisme et 438 000 décès estimés en 2014 (World Malaria Report 2015). Le paludisme cause les pertes les plus lourdes dans la région africaine, où surviennent, selon les estimations, 89% des cas de paludisme et 91% du total des décès liés à la maladie. Environ 40% de la mortalité imputable au paludisme dans le monde est concentrée dans deux pays, le Nigéria et la République Démocratique du Congo (RDC) (WHO-WMR 2014).

En effet, le paludisme reste un problème majeur de santé publique en RDC. Il demeure en tête des causes de consultation, d'hospitalisation et de décès. La RDC paie encore un lourd tribut dû au paludisme. Chaque heure, quelque part en RDC, « au moins 3 familles sont endeuillées à cause du paludisme et plus de deux enfants perdent la vie à cause de cette maladie » (RPP MAL-RDC-2015). Il a été noté que la prise en charge d'un cas de paludisme simple était estimée à environ 10\$ US (Shepard DS et al., 1991) et celle d'un cas de paludisme grave à environ 198,3 \$US (Ilunga et al., 2014). Étant donné que le nombre moyen de cas enregistrés par les services de santé en RDC étaient d'environ de 10 millions dont 1 million de cas graves, entre 2012 et 2014, « si aucune subvention n'est assurée, les ménages dépenseraient annuellement respectivement 90 millions de dollars pour la prise en charge des cas de paludisme simples et 198,3 millions de dollars américains pour la prise en charge des cas graves » (RPP MAL-RDC-2015).

Cependant, en RDC, des progrès remarquables ont été enregistrés en rapport avec la réduction de la morbidité palustre et de la mortalité infantile. La morbidité proportionnelle chez l'enfant de moins de 5 ans est passée de 41% en 2010 à 37% en 2014 soit une réduction de 10%. La mortalité infantile a baissé de 37% passant de 92‰ en 2010 à 58‰ en 2014 dont 33% liés à la prévention du paludisme (RPP MAL-RDC-2015).

Dans l'analyse situationnelle contenue dans le PNDS 2011-2015, le paludisme est responsable, avec les infections respiratoires aigües, la diarrhée et les affections néonatales, de 77% des décès chez les enfants de moins de 5 ans en RDC. C'est ainsi que dans son pilier « prestation des soins et services », le PNDS 2016-2020 réserve une place de choix à l'extension de l'offre de soins intégrant les interventions prioritaires qui incluent le paludisme afin de garantir une couverture sanitaire universelle à l'ensemble de la population du pays.

Pour ce faire, depuis février 2015, le Gouvernement de la RDC et ses partenaires se sont engagés à réaliser la Revue des Performances du Programme National de Lutte contre le Paludisme (RPP-MAL-

RDC-2015) à travers l'évaluation de son Plan Stratégique National 2013-2015 dont les résultats ont constitué une base pour l'élaboration du nouveau plan stratégique national 2016-2020.

Ainsi, ce nouveau Plan Stratégique est basé sur les données factuelles générées par la RPP et est aligné sur les documents politiques et stratégiques nationaux et internationaux, tels que : (i) le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020, dont il assure la déclinaison de la lutte contre le paludisme en soutien au pilier « prestation »; (ii) la Stratégie Technique Mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030, qui donne aux pays et aux partenaires de développement des orientations techniques complètes pour les 15 prochaines années, tout en soulignant l'importance d'amplifier l'action contre le paludisme et de tendre vers son élimination ; (iii) Action et investissement pour vaincre le Paludisme 2016-2030 et (iv) de la Stratégie Africaine de Lutte contre le Paludisme (AMS) qui insiste sur l'urgence du renforcement des investissements pour éliminer le paludisme en Afrique.



Ce nouveau découpage devrait permettre une décentralisation et une déconcentration du pouvoir vers les provinces pour une plus grande autonomie de gestion. Chaque province dispose d'un Gouvernement et d'une Assemblée. La Constitution de la République, en ces articles 201 à 206, définit les limites de compétences entre le pouvoir central et les provinces.

A titre indicatif, la législation médicale et l'art de guérir relèvent de la compétence exclusive du pouvoir central (Article 202, alinéa 36.h) ; l'engagement du personnel médical de commandement (Article 203, alinéa 10), la prévention des épidémies et épizooties dangereuses pour la collectivité (Article 203, alinéa 17) relèvent de la compétence concurrente du pouvoir central et des provinces ; l'organisation et la promotion des soins de santé primaires relèvent de la compétence exclusive des provinces (Article 204, alinéa 18).

Conformément à ces dispositions constitutionnelles, l'élaboration des normes et directives de lutte contre le paludisme relève de la compétence exclusive du niveau central. L'affectation des ressources humaines de commandement et la prévention des épidémies relèvent de la compétence concurrente du niveau central et des provinces, tandis que l'organisation et la promotion des soins de santé primaires, qui incluent l'offre des services de lutte contre le paludisme, relèvent de la compétence exclusive des provinces.

Dans le Programme d'Action du Gouvernement 2012-2016, l'amélioration de l'état de santé des populations constitue à la fois un objectif économique et social et un objectif de développement et de réduction de la pauvreté. Les objectifs spécifiques du programme dans ce secteur visent prioritairement à lutter contre la persistance de certaines pandémies, notamment le paludisme (Primature, 2012).

Malgré la persistance de quelques poches d'insécurité à l'Est du pays et les mouvements migratoires des pays limitrophes affectés par l'instabilité politique, le rapport national sur le développement humain 2014 du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) indique que les perspectives de développement humain sont réelles en RDC. Ceci grâce, entre autres, au retour à une paix qui constitue un cadre politique favorisant la reconstruction de la nation, son émergence et son développement humain (PNUD 2015).

## **I.2. Données démographiques**

La République Démocratique du Congo est le pays le plus vaste et le plus peuplé d'Afrique centrale. Lors du recensement scientifique de 1984, sa population était chiffrée à 30 731 000 habitants. En 2015, elle est estimée à 85 026 000 habitants selon l'enquête 1-2-3 de 2012. La population est inégalement répartie entre le milieu urbain (38,4 %) et le milieu rural (61,6%). La densité moyenne de la population est de 36 habitants au km<sup>2</sup>. Il faut cependant noter que la ville province de Kinshasa a une très forte densité, avec 1 161 habitants au km<sup>2</sup>. Cette situation découle de la concentration des infrastructures économiques, scolaires, universitaires et sanitaires, ainsi que des institutions administratives et politiques, mais est également la conséquence de l'exode rural lié aux conflits armés et à la dégradation des conditions de vie en milieu rural. Selon l'EDS-RDC II 2013-2014, le rapport de masculinité s'établit à 93 hommes pour 100 femmes et traduit donc une sous-représentation des hommes par rapport aux femmes dans la population totale. En outre, cette sous-représentation est légèrement plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural (91 hommes pour 100 femmes en urbain contre 94 hommes pour 100 femmes en rura).

**Tableau I : Répartition de la population de la RDC par province**

N°	Div.Prov.Santé	Population PND5 2016	Population PND5 2017	Population PND5 2018	Population PND5 2019	Population PND5 2020	Bailleurs
1	KWILU	4,492,342	4,626,427	4,760,594	4,898,651	5,040,712	FM
2	MAÏ NDOMBE	1,157,176	1,191,715	1,226,275	1,261,837	1,298,430	FM
3	KWANGO	2,246,023	2,313,061	2,380,140	2,449,164	2,520,190	FM
4	KONGO CENTRAL	3,520,987	3,626,080	3,731,236	3,839,442	3,950,786	FM
5	SUD UBANGI	2,652,302	2,731,467	2,810,679	2,892,189	2,976,063	FM
6	NORD UBANGI	1,318,465	1,357,818	1,397,195	1,437,713	1,479,407	FM
7	TSHUAPA	1,856,818	1,912,239	1,967,694	2,024,758	2,083,475	FM
8	MONGALA	2,328,353	2,397,849	2,467,386	2,538,941	2,612,570	FM
9	EQUATEUR	2,194,806	2,260,315	2,325,864	2,393,314	2,462,721	FM
10	KASAÏ CENTRAL	4,238,403	4,364,909	4,491,491	4,621,745	4,755,775	PMI
11	KASAÏ	4,101,210	4,223,621	4,346,106	4,472,143	4,601,835	DFID
12	KASAÏ ORIENTAL	4,455,703	4,588,695	4,721,767	4,858,698	4,999,600	PMI
13	LOMAMI	3,413,042	3,514,913	3,616,846	3,721,734	3,829,665	PMI
14	SANKURU	1,750,580	1,802,830	1,855,112	1,908,911	1,964,269	PMI
15	TANGANYIKA	2,677,210	2,757,118	2,837,074	2,919,349	3,004,011	PMI
16	HAUT KATANGA	4,412,826	4,544,538	4,676,330	4,811,943	4,951,489	PMI
17	HAUT LOMAMI	3,384,181	3,485,191	3,586,261	3,690,263	3,797,280	PMI
18	LUALABA	2,007,536	2,067,456	2,127,412	2,189,107	2,252,591	PMI
19	KINSHASA	8,188,981	8,433,402	8,677,971	8,929,632	9,188,591	FM
20	MANIEMA	2,271,676	2,339,480	2,407,325	2,477,138	2,548,975	FM
21	NORD KIVU	7,350,879	7,570,285	7,789,823	8,015,728	8,248,184	FM
22	ITURI	4,993,191	5,142,225	5,291,350	5,444,799	5,602,698	FM
23	TSHOPO	2,816,229	2,900,286	2,984,395	3,070,942	3,160,000	FM
24	BAS UELE	1,124,684	1,158,254	1,191,843	1,226,406	1,261,972	FM
25	HAUT UELE	1,622,694	1,671,127	1,719,590	1,769,458	1,820,772	FM
26	SUD KIVU	6,120,670	6,303,357	6,486,154	6,674,252	6,867,806	PMI
RDC		86,696,970	89,284,658	91,873,913	94,538,256	97,279,866	

(Sources PEV)

Les enfants de moins de 5 ans (19,9% de la population<sup>2</sup>) et les femmes enceintes (4% de la population<sup>3</sup>) constituent les principales cibles des interventions de lutte contre le paludisme. Les populations déplacées, les réfugiés, les hommes en uniforme, et certains groupes de populations isolées (pygmée par exemple) constituent des groupes à risque qui n'ont pas fait l'objet d'une attention particulière par le passé. Des interventions spécifiques seront adressées à ces groupes spécifiques dans le cadre de ce plan stratégique.

La taille moyenne des ménages est de 5,3 personnes pour l'ensemble du pays (5,7 en milieu urbain et 5,1 en milieu rural)<sup>2</sup>. Cette taille moyenne sert de base de quantification des besoins pour la mise en œuvre des campagnes de masse.

<sup>2</sup> EDS II RDC 2013-14

<sup>3</sup> SNIS

### I.3. Ecosystème, environnement et climat

La RDC est située à cheval sur l'Equateur, entre 5° latitude Nord et 13° latitude Sud. Le pays connaît un climat équatorial chaud et humide au centre, et tropical au nord et au sud. La moitié du territoire, correspondant à la cuvette centrale, est recouverte de forêts. L'autre moitié, proche des tropiques, est dominée par les savanes (plateaux et hauts plateaux).

Les climats et la végétation déterminent quatre zones distinctes : une zone de type équatorial dans la cuvette centrale avec des températures et une pluviométrie élevées (entre 23° et 26° et 1 765 mm de précipitations à Kisangani, plus de 2 000 mm dans la basse vallée de la Tshuapa) et une forêt dense ; deux zones de type tropical favorable à la savane arborée de part et d'autre des 4èmes parallèles Nord et Sud (entre 22° et 27° et 1 415 mm à Kinshasa) ; une zone en altitude, moins chaude et moins arrosée, vers l'Est et le Sud-Est (entre 16° et 22° et 1 200 mm à Lubumbashi). Les zones équatoriale et tropicale, chaudes avec une pluviométrie importante, favorisent le développement du moustique anophèle, vecteur du paludisme et de l'agent pathogène, le Plasmodium. Dans la zone de haute altitude, les basses températures et la faible pluviométrie entraînent une courte période de transmission avec des risques de flambées épidémiques.

### I.4. Situation socio-économique

En 2013, le taux de croissance a été de 8,5%. Ce taux est le plus élevé depuis 1970. Quant à l'inflation, elle a été maintenue à 1,03%. Ce taux est le plus bas que le pays ait connu depuis l'indépendance. Le taux de change moyen est demeuré stable autour de 923 Francs Congolais pour un dollar américain, et ce, depuis près de quatre ans (Rapport national OMD 2012).

Le tableau ci-dessous présente quelques indicateurs socio-économiques de la RDC.

**Tableau II : Indicateurs socio-économiques de la RDC entre 2002 et 2014**

Indice de développement humain (IDH)*	Espérance de vie à la naissance*	Durée moyenne de scolarisation*	Durée attendue de scolarisation*	Revenu national brut (RNB) par habitant*	Produit intérieur brut par hab. (PIB)	% de population vivant sous le seuil de pauvreté	Mortalité maternelle**	Mortalité infantile-juvénile**
Année 2013	Année 2013	Année 2012	Année 2012	Année 2013	Année 2014	Années 2002-12	Années 2013-14	Années 2013-14
0,338	50,0	3,1	9,7	444	440\$	71,3	846 pour 100000	104 pour 1000

\* Rapport sur le développement humain 2014 : Pérenniser le progrès humain, réduire les vulnérabilités et renforcer la résilience. \*\* EDS II.

Malgré cette amélioration macro-économique (taux de croissance à 8,5%), la majorité de la population vit sous le seuil de la pauvreté. Ceci constitue un obstacle à l'accessibilité financière aux soins de santé qui sont supportés dans la majeure partie par les communautés. Il en résulte des indicateurs de mortalité traduisant un mauvais état de santé de la population.

L'EDS 2013 relève que, bien que la grande majorité des femmes et des hommes de 15-49 ans soient instruits, il subsiste une frange non négligeable de la population sans instruction avec des fluctuations importantes selon les provinces : s'agissant du taux d'alphabétisation, pour les femmes, il varie de 32,2 % dans la province du Tanganyika à 93,3 % dans la ville province de Kinshasa ; pour les hommes, il se situe entre 68,8% dans la province de l'Ituri à 97,5 % dans la ville province de Kinshasa.

Un peu plus de sept femmes sur dix et de huit hommes sur dix ont exercé une activité économique au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête ; parmi eux, un peu plus de la moitié travaillaient dans l'agriculture (58 % de femmes et 51 % d'hommes).

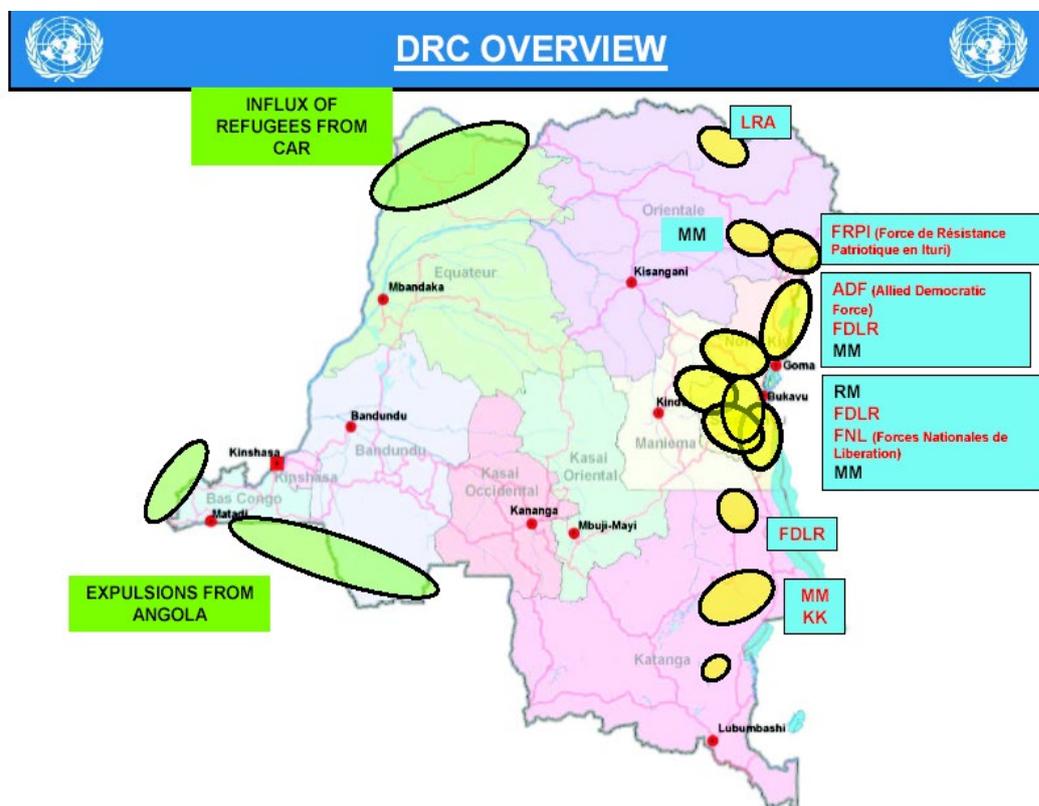
Ces facteurs sont importants à prendre en compte dans la lutte contre le paludisme.

Il faut cependant, noter que l'accroissement de la desserte en réseaux cellulaires et radios communautaires constitue une opportunité de promotion de messages et de pratiques favorables à la santé en général, et à la lutte contre le paludisme en particulier.

Certaines pratiques sociales et culturelles ont une incidence sur la morbidité et la mortalité palustre, notamment : la fréquentation tardive de la CPN qui impacte négativement le TPI ; l'automédication, le recours aux médecines parallèles de qualité douteuse, y compris certaines pratiques religieuses et ancestrales qui retardent l'accès aux soins ; la pratique d'agriculture saisonnière avec déplacement familial vers des campements précaires exposant aux piqûres de moustiques ; la présence des étangs piscicoles ; la fabrication artisanale de briques cuites et l'extraction minière artisanale qui concourent à la pullulation de gîtes larvaires, etc.

En outre, d'importants déplacements de population pour des raisons économiques, sécuritaires ou de conflits fonciers exposent une frange de la population à une vulnérabilité accrue au paludisme.

**Figure 2 : Régions affectées par les urgences complexes en RDC en 2015**



Source: PAH 2015

Selon le PAH 2015, en 2016, 5,3 millions de personnes seront affectées par les conflits et 1,8 millions seront des déplacés internes. Par ailleurs, le nombre de réfugiés est en hausse. Ces réfugiés proviennent de la RCA (99 359 au 31 juillet 2015 dans les ex-provinces orientale et de l'Équateur), du Burundi (14 322 dont 13 396 au Sud Kivu). On comptait au 31 décembre 2014 plus de 88 500 expulsés de l'Angola

vers 4 provinces de la RDC, 35.199 expulsés supplémentaires dénombrés au 29 juin 2015 au Kasai Occidental et 17.223 dénombrés au 27 juillet 2015 au Kongo Central.

## **I.5. Analyse du système de santé**

### **I.5.1. Structure organisationnelle du système de santé**

Le système sanitaire de la République Démocratique du Congo est structuré en 3 niveaux, à savoir : le niveau central, le niveau intermédiaire ou provincial et le niveau périphérique ou zone de santé. Le niveau central a une responsabilité normative, de régulation et de prestation de soins tertiaires. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil, le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre en provinces.

Le niveau intermédiaire compte 26 Divisions Provinciales de Santé. Ce niveau assure un rôle d'encadrement technique, de suivi et de traduction des directives, des stratégies et des politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre au niveau des Zones de Santé (ZS). Il a aussi pour mission d'offrir à travers l'Hôpital Provincial, les soins de santé de référence secondaire.

Le niveau périphérique comprend théoriquement 516 ZS avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8504 aires de santé (AS) planifiées dont 8266 disposent d'un Centre de Santé. Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires. Une ZS est un espace géographiquement limité et couvrant une population théorique de 100 000 à 150 000 habitants avec un hôpital général de référence (HGR) et assurant un paquet complémentaire d'activités (PCA)<sup>4</sup>. Elle est elle-même divisée en aires de santé (AS) qui, à travers un centre de santé (CS), couvrent environ 5 000 à 10 000 habitants en leur offrant un paquet minimum d'activités (PMA). La ZS est gérée par une équipe cadre de zone de santé (ECZ), elle-même dirigée par un médecin chef de zone (MCZ). L'ECZ assure le pilotage du développement de la ZS en tant que système intégré offrant des soins de santé de qualité, globaux, continus et intégrés. L'AS, couverte par le CS, est le lieu de déconcentration des services des soins de l'hôpital ayant pour but de rapprocher les soins des communautés.

### **I.5.2. La participation communautaire**

Les organisations à assise communautaire jouent un rôle important dans les activités de masse (Campagne de distribution des MILDA) et de routine, ainsi que dans la sensibilisation à travers des visites à domicile en vue d'accroître l'utilisation des services offerts et l'adoption des comportements sains. En outre, les sites de soins communautaires permettent d'améliorer la couverture de services en faveur des communautés d'accès difficiles aux FOSA. Un effort de renforcement de la coordination des organisations à assise communautaire et autres organisations de la société civile a été initié à travers une structure de coordination les regroupant au sein d'une fédération au niveau central dénommée « Coordination Nationale du Renforcement du Système Communautaire (CNRSC) ». Dans le cadre du nouveau plan stratégique, il conviendra de renforcer le partenariat public-privé mais aussi l'implication des Organisations à Assise Communautaire à tous les niveaux du système communautaire, notamment dans la planification, la mise en œuvre et le suivi et l'évaluation des interventions sanitaires.

Outre la participation communautaire, il convient de mentionner « l'approche village ». Les principaux goulets d'étranglements qui concernaient l'offre et la demande de soins auprès des populations vulnérables ont été adressés à travers l'approche des soins aux plus pauvres (SPP ou approche village).

---

<sup>4</sup> Dans les régions enclavées et isolées dans une ZS, le concept de Centre de Référence Médicalisé a été adopté

D'autre part, dans la mesure où le pays va s'engager sur la voie de l'élimination du paludisme, la redevabilité du suivi communautaire, la bonne gouvernance et le respect des engagements sont déterminants pour atteindre cet objectif louable. D'où la nécessité d'intégrer la communauté dans le contexte de cette dernière.

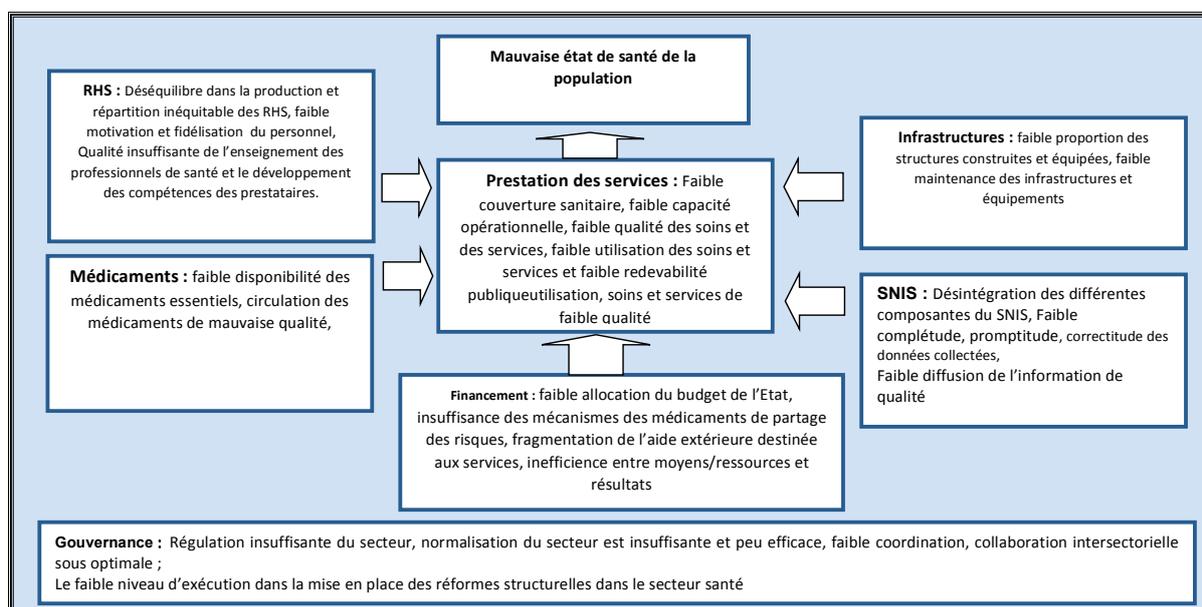
### 1.5.3. Le secteur privé

Il convient de distinguer le secteur privé lucratif du secteur privé non lucratif. Dans ce dernier, la plupart des FOSA sont intégrées au système de santé décrit plus haut (services de santé des organisations non gouvernementales et confessionnelles). Elles ont les mêmes obligations de prestations et de rapportage que celles du secteur public.

Cependant, environ la moitié de la population a recours au secteur privé lucratif (structures sanitaires privées lucratives et officines formelles et informelles), principalement dans les villes (Littrell M et al., 2011), alors que ce dernier ne bénéficie pas du paquet d'interventions recommandé par le PNLP, ni ne rapporte leurs données à travers le SNIS. Il y a peu de coordination entre les deux secteurs. De plus, les directives n'y sont pas toujours appliquées et le suivi est inexistant. Ceci a pour conséquence une faible mise en œuvre de la politique nationale dans le secteur privé. À ceci s'ajoute le coût élevé des intrants et des services. Le secteur privé englobe aussi de nombreux autres acteurs, notamment ceux de la chaîne d'approvisionnement en intrants (fabricants, importateurs, grossistes, etc.).

Dans le cadre du nouveau plan stratégique, il conviendra de renforcer le partenariat public-privé afin

**Figure 3 : Problématique du système de santé en RDC**



d'améliorer le respect par le secteur privé des exigences de la politique nationale (Muhindo Mavoko & al., 2015).

### 1.5.4. Problématique du système de santé

L'évaluation du PNDS 2011–2015 a relevé que la situation de la santé de la population congolaise restait précaire malgré les avancées observées ces dernières années. Les principales faiblesses identifiées en fonction des six piliers du PNDS sont résumées dans le graphique ci-dessous.

Pour faire face à cette situation, le PNDS 2016–2020 poursuit la mise en œuvre de la SRSS centrée sur le développement des zones de santé pour garantir la disponibilité des services et soins de santé et leur meilleure accessibilité et utilisation par la population. Des actions qui demeurent encore très pertinentes aux différents niveaux du système de santé, au regard des défis persistants dans le secteur, vont être mises en œuvre. En outre, les engagements nationaux et internationaux du pays, notamment l'Objectif de Développement Durable 3 (ODD 3) se rapportant à la santé, et plus spécifiquement le sous-objectif 8 relatif à la CSU pour une meilleure mobilisation et rationalisation de l'allocation des ressources, guideront l'action du secteur au cours des cinq prochaines années.

Deux axes stratégiques vont être mis en œuvre dans le cadre de ce PNDS. Il s'agit de (i) l'amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'utilisation des services et soins de santé de qualité, l'amélioration de l'appui pour la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation accrues des services et soins de santé de qualité et (ii) du renforcement de la gouvernance et du pilotage du secteur.

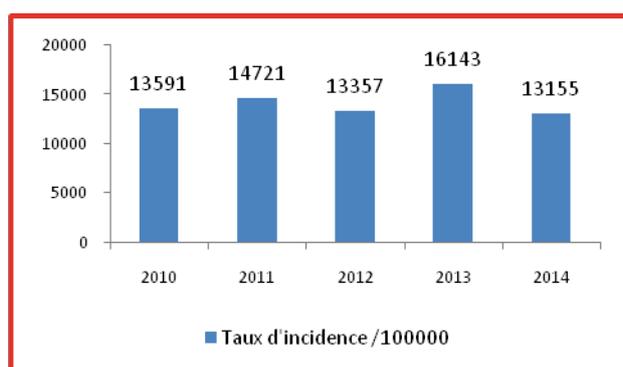
## II. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME

### II.1. Perspective historique du problème du paludisme

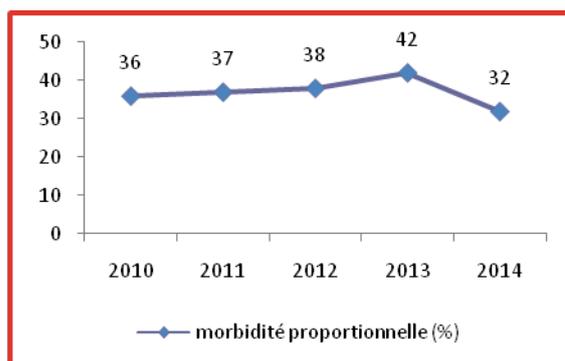
En RDC, le paludisme est à l'état endémique. Il se transmet durant toute l'année et on note des recrudescences saisonnières à certains endroits.

Le taux d'incidence annuelle a évolué en dents de scie de 2010 à 2014 entre 13 591 et 16 143 pour 100 000 habitants, avec des flambées épidémiques notées en 2013 (Figure 4). Le taux de morbidité proportionnelle a par ailleurs faiblement baissé de 2010-2014, passant de 36% à 32% (Figure 5) (Source PNLP 2015).

**Figure n°4 : Taux d'incidence du paludisme en RDC de 2010 à 2014**

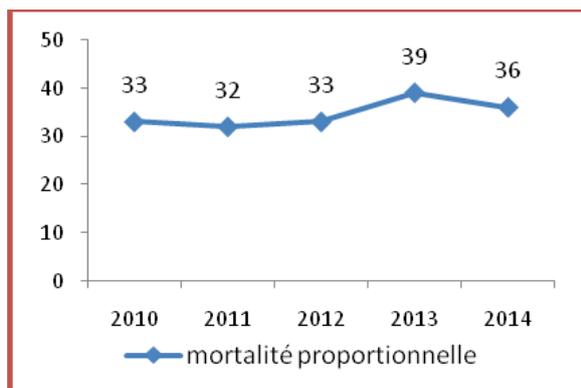


**Figure n°5 : Evolution de la morbidité proportionnelle du Paludisme en RDC de 2010 à 2014**

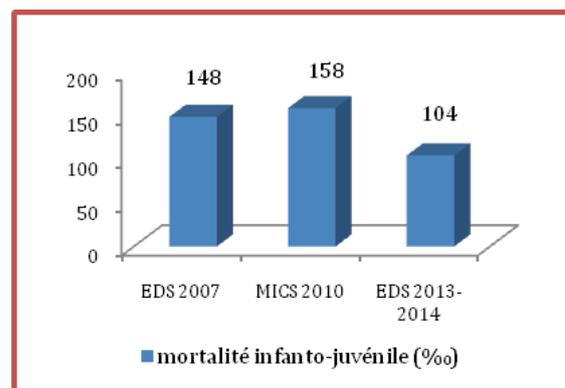


En 2014, les décès dus au paludisme ont représenté 36% de l'ensemble des décès toutes causes confondues, contre 39% en 2013. Il faut noter que cette proportion reste élevée par rapport à la période de 2010 à 2012 (figure 6). Pendant la même période, la mortalité infanto-juvénile est passée de 158‰ en 2010 à 104‰ en 2014 (figure 7, EDS 2007, MICS 2010, EDS II 2013-2014), soit une réduction de 34% dont le tiers serait dû à la prévention du paludisme (Analyse secondaire EDS II 2013-2014).

**Figure 6 : Évolution de la mortalité proportionnelle du paludisme en RDC, 2010-2014**



**Figure 7 : Taux de mortalité infanto-juvénile en RDC, 2007-2014**



Face à cette endémie, après 2005, les pays ont été encouragés par l’OMS/RBM, à élaborer leurs plans stratégiques de deuxième génération avec comme objectif de mettre à l’échelle les interventions de prévention (MILDA, TPI, etc.) et de prise en charge (TDR et CTA) pour couvrir toutes les populations à risque de paludisme afin d’assurer un impact sur la morbidité et la mortalité.

Ainsi, dans le dernier PSN de lutte contre le paludisme 2013-2015, le PNLP a opté pour la couverture universelle des principales interventions de lutte contre le paludisme (Tableau III).

**Tableau III : Principales interventions de lutte contre le paludisme appliquées en RDC**

Domaines	Interventions	Cibles
<b>Prévention</b>	Distribution des MILDA en campagne de masse	Toute la population
	Distribution de MILDA en routine	Femmes enceintes et enfant < 1 an
	TPI chez la femme enceinte	Femmes enceintes
	Pulvérisation intra-domiciliaire	Zone de santé de Tenke Fungurume (Lualaba) et de Salamabila (Maniema)
<b>Prise en charge</b>	Diagnostic avec TDR	Formations sanitaires périphériques sans laboratoire et niveau communautaire
	Diagnostic microscopique (GE/FS)	Formations sanitaires avec laboratoire
	Traitement avec combinaison thérapeutique à base d’Artémisinine	Tous les cas de paludisme simples confirmés au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire
	Artésunate rectal pré-référence	Cas de paludisme graves au niveau AS (CS et SSC)
	Traitement avec Artésunate injectable, Artémether ou Quinine en perfusion	Cas de paludisme graves au niveau de référence
<b>Interventions transversales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IEC/CCC</li> <li>• Surveillance épidémiologique</li> <li>• Gestion des épidémies</li> <li>• Pharmacovigilance</li> <li>• Suivi de l’efficacité des antipaludiques</li> <li>• Suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides</li> <li>• Contrôle et assurance qualité de la microscopie</li> <li>• Contrôle et assurance qualité des TDR</li> <li>• Supervision, Suivi et évaluation.</li> </ul>	
<b>Interventions de soutien</b>	Gestion des approvisionnements et des stocks Renforcement de la gestion du PNLP Mobilisation des ressources.	

Les principaux indicateurs de performance du PNLP de 2007 à 2014, selon les enquêtes nationales, sont représentés dans le Tableau IV ci-dessous.

**Tableau IV : Évolution des indicateurs de performance du PNLP selon les enquêtes nationales de 2007, 2010 et 2013–14**

INDICATEURS	EDS 2007 (%)	MICS 2010 % (%)	EDS 2013-14 (%)
% des ménages possédant au moins une MIILDA	9	51	70
% d'enfants de moins de 5 ans qui utilisent la MIILDA	6	38	56
% des femmes enceintes qui utilisent la MIILDA	7	43	60
% des femmes enceintes qui ont bénéficié de 2 doses de SP TPI	5	21	14
% enfants < 5 ans avec une fièvre les 2 semaines précédant l'enquête ayant eu un prélèvement au doigt ou au talon pour le test de paludisme.	ND	17	19
% enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines précédant l'enquête mis sous antipaludique	30	39	29
% enfants < 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines précédant l'enquête mis sous antipaludique qui ont reçu une CTA.	ND	1,6	6
% enfants de moins de 5 ans avec fièvre	31	27	30
% d'enfants testés positifs à la GE	ND	ND	23

*NB : En vert, les indicateurs qui ont progressé positivement ; en jaune, les indicateurs qui ont stagné ; en rouge, les indicateurs qui ont régressé.*

Ces indicateurs montrent globalement d'importants progrès dans les activités de prévention, en particulier pour l'utilisation des MIILDA qui est une intervention à forte composante communautaire. Cela a eu un impact sur la mortalité infanto-juvénile, tel qu'indiqué plus haut. Par contre, les résultats des interventions basées sur l'offre de soins dans les FOSA sont mitigés.

## II.2. Épidémiologie

### II.2.1. Parasites du paludisme

Trois espèces plasmodiales parmi les cinq reconnues mondialement sont fréquemment rencontrées en RDC, *Plasmodium falciparum*, espèce responsable des formes graves du paludisme et qui demeure l'espèce la plus fréquente (*P. falciparum* mono-infection à 90,4 % ou en coïnfection avec *P. malariae* à 4,9 % ou *P. ovale* à 0,6 %<sup>5</sup>). Les deux autres espèces, *Plasmodium malariae* et *Plasmodium ovale* se retrouvent soit séparément (1,2 % et 0,1 % respectivement) ou en coïnfection avec *Plasmodium falciparum*. Certaines publications ont évoqué la présence du *Plasmodium vivax* en RDC<sup>6</sup>.

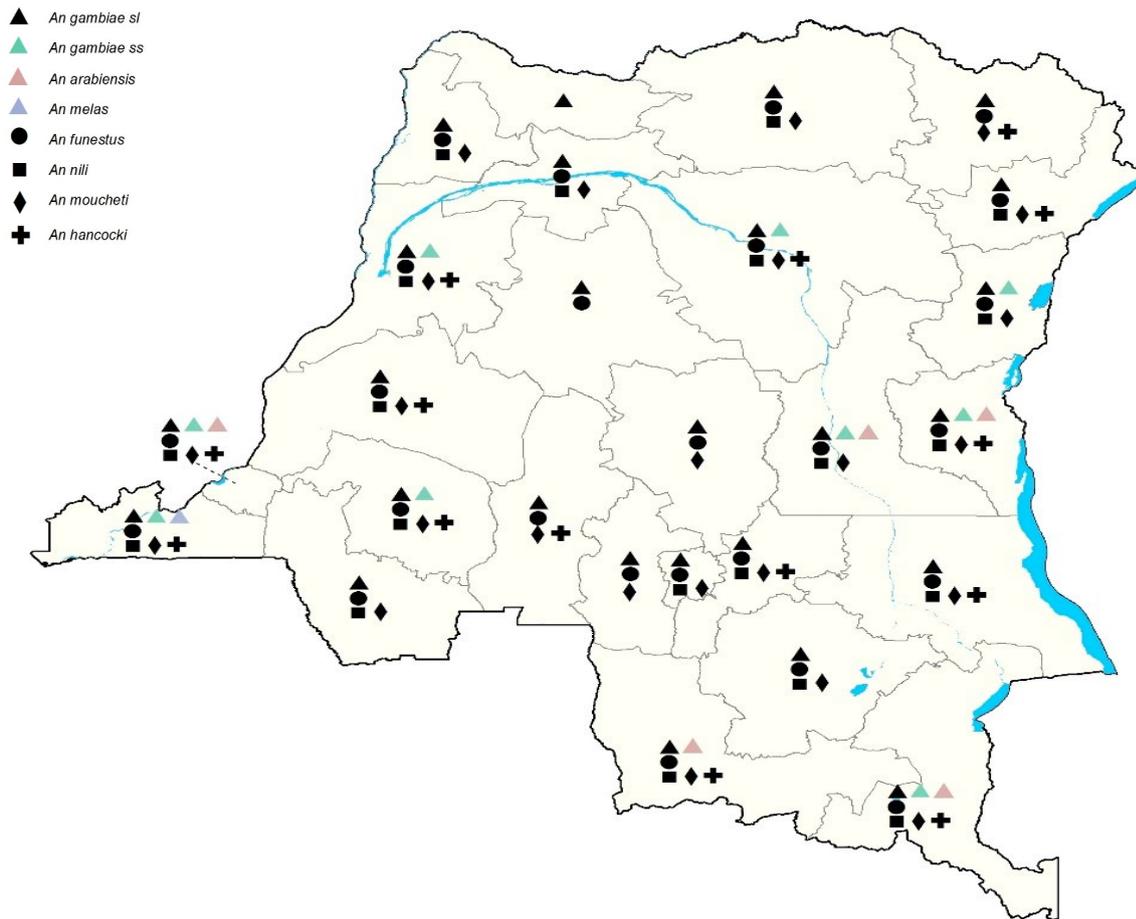
La dernière étude d'efficacité thérapeutique des CTA réalisée d'octobre 2012 à août 2013 a montré un taux de réponse clinique et en parasitologie adéquat après correction par PCR allant de 95 % à 100 % pour l'AL et de 98 % à 100 % pour l'ASAQ.

<sup>5</sup> Taylor S et al, DRC Malaria Molecular Epidemiology, 2011.

<sup>6</sup> Dans les régions enclavées et isolées dans une ZS, le concept de Centre de Référence Médicalisé a été adopté

## II.2.2. Vecteurs du paludisme

Figure 8 : Répartition des vecteurs dans les 26 DPS



La Figure 7 présente succinctement les vecteurs majeurs et secondaires en fonction des 26 DPS. La présence du complexe *An. gambiae* (*Anopheles gambiae* sensu lato) et les membres du groupe *An. funestus* sont ubiquitaires sur l'ensemble des DPS. Au sein du complexe *An. gambiae*, la présence d'*An. melas* n'a été relevée qu'à Banana au Kongo central. La présence d'*An. arabiensis* a été rapportée dans l'Est, dans le Sud et à Kinshasa.

Les vecteurs secondaires du groupe *An. nili*, le groupe *An. Moucheti*, *An. paludis* et *An. hancocki* ont été décrits dans de nombreuses DPS du pays.<sup>7</sup>

La surveillance de la sensibilité des vecteurs aux insecticides dans les sept sites sentinelles de 2013 à 2015 n'a montré aucune résistance aux carbamates et aux organophosphorés. Celle-ci a été observée vis-à-vis du DDT sur l'ensemble du pays alors qu'elle a été faible avec la deltaméthrine<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> PNLP, et al (2015). An epidemiological profile of malaria in the Democratic Republic of Congo: Version 2.0.

<sup>8</sup> Watsenga F et al, Insecticide resistance of *Anopheles gambiae* s.l. in sentinel sites in the Democratic Republic of Congo, 2013-2015. ASTMH 2015.

**Tableau V : Mortalité corrigée de *A. gambiae* après 24 heures sur test de sensibilité de l'OMS dans les sites sentinelles de 2013 à 2015**

2013		Fenitrothion (1%)	Bendiocarb (1%)	Deltamethrin (0.05%)	Permethrin (0.75%)	DDT 4%
	Lodja	100 (100)	100 (100)	96 (100)	49 (100)	n/a
	Kapolowe	100 (100)	100 (100)	95 (100)	31 (100)	n/a
	Kabondo	100 (100)	100 (100)	100 (100)	27 (100)	n/a
	Tshikaji	100 (100)	100 (100)	92 (100)	45 (100)	n/a
2014		Pirimiphos methyl (0.1%)	Bendiocarb (1%)	Deltamethrin (0.05%)	Permethrin 0.75%	DDT 4%
	Lodja	100 (100)	100 (100)	98 (100)	n/a	13 (100)
	Kapolowe	100 (80)	100 (80)	99 (80)	n/a	45 (80)
	Kabondo	100 (100)	100 (100)	99 (100)	n/a	17 (100)
	Tshikaji	100 (100)	100 (100)	98 (100)	n/a	13 (100)
	Kingasani	100 (100)	100 (100)	99 (100)	n/a	17 (100)
	Mikalayi	100 (100)	100 (100)	99 (100)	n/a	42 (100)
	Fungurume	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
2015		Pirimiphos methyl (0.1%)	Bendiocarb (1%)	Deltamethrin (0.05%)	Permethrin 0.75%	DDT 4%
	Lodja	100 (100)	100 (100)	100 (100)	68 (100)	8
	Kapolowe	100 (80)	100 (80)	100 (80)	53 (80)	37 (80)
	Kabondo	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
	Kalemie	100 (100)	100 (100)	100 (100)	55 (100)	33 (100)
	Katana	100 (100)	100 (100)	98 (100)	92 (100)	n/a
	Kingasani	100 (80)	100 (80)	97 (80)	91 (100)	8 (80)
	Mikalayi	100 (100)	100 (100)	100 (100)	30 (100)	15 (100)

### II.2.3. Dynamique de la transmission du paludisme et niveau d'endémicité

En RDC, la stratification **épidémiologique du paludisme**, (c'est-à-dire la répartition en zones géographiques où les conditions de transmission, la stabilité de la maladie, la prévalence parasitaire et l'incidence des cas cliniques sont similaires) reste peu détaillée et nécessite une mise à jour pour permettre une meilleure connaissance des facteurs et des zones à risque.

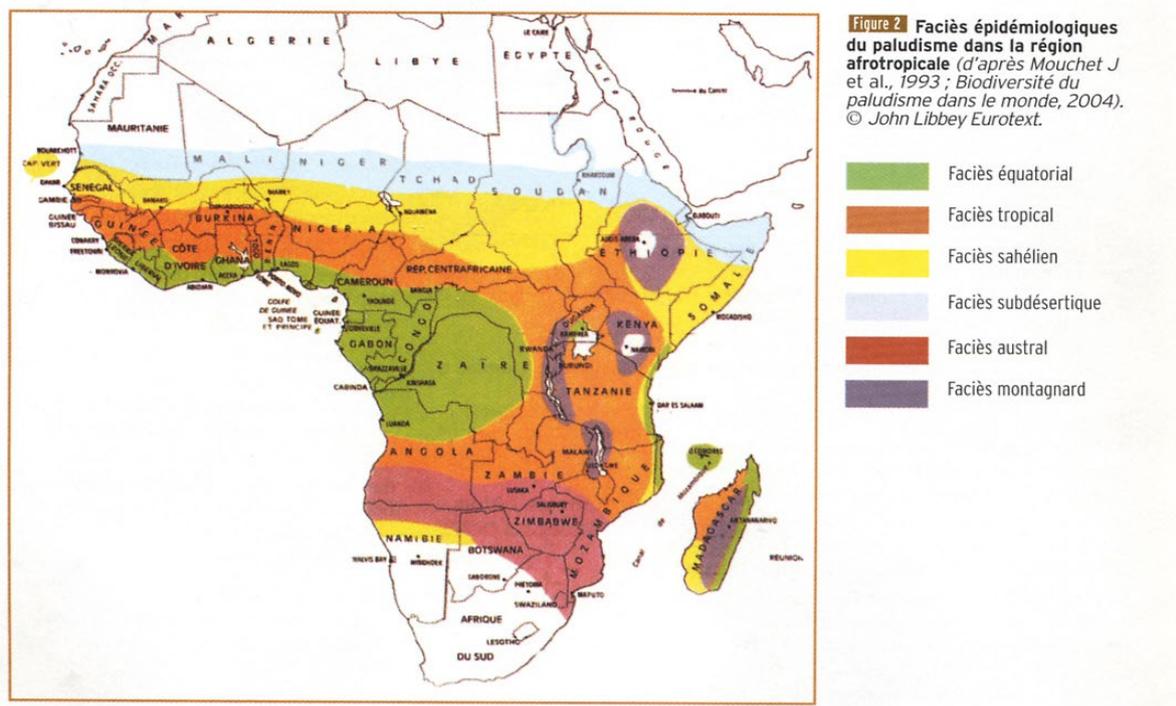
Néanmoins, on peut diviser le pays en 3 faciès épidémiologiques (Figure n°9):

- **Le faciès équatorial** (forêts et savanes) où la transmission est intense et permanente pouvant atteindre jusqu'à 1 000 piqûres infectantes par personne et par an. Ceci permet une acquisition précoce de la prémunition. De plus, 30% à 50 % des fièvres des enfants de moins de cinq ans sont attribuées au paludisme et on observe le plus grand nombre de formes graves du paludisme dans cette tranche d'âge.
- **Le faciès tropical** (zones humides) : la transmission est à recrudescence saisonnière longue, la saison des pluies durant de 5 à 8 mois, (60 à 400 piqûres infectées par personne et par an). La prémunition

apparaît plus tardivement, vers l'âge de 10 ans. La morbidité est plus importante en saison des pluies; les formes graves du paludisme sont décrites jusqu'à un âge plus avancé.

- **Le faciès montagnard** (zones entre 1 000 et 1 500 mètres d'altitude) représente la Strate IV de l'OMS. Dans ces zones, la période de transmission est très courte avec parfois des années sans transmission. La prémunition est difficile à acquérir, et est souvent absente. Les formes graves du paludisme s'observent dans toutes les tranches d'âge et le paludisme s'exprime sous forme épidémique ou sous forme de recrudescences aiguës annuelles.

**Figure 9 : Stratification du risque du paludisme en RDC**



#### II.2.4. Stratification et cartographie du paludisme

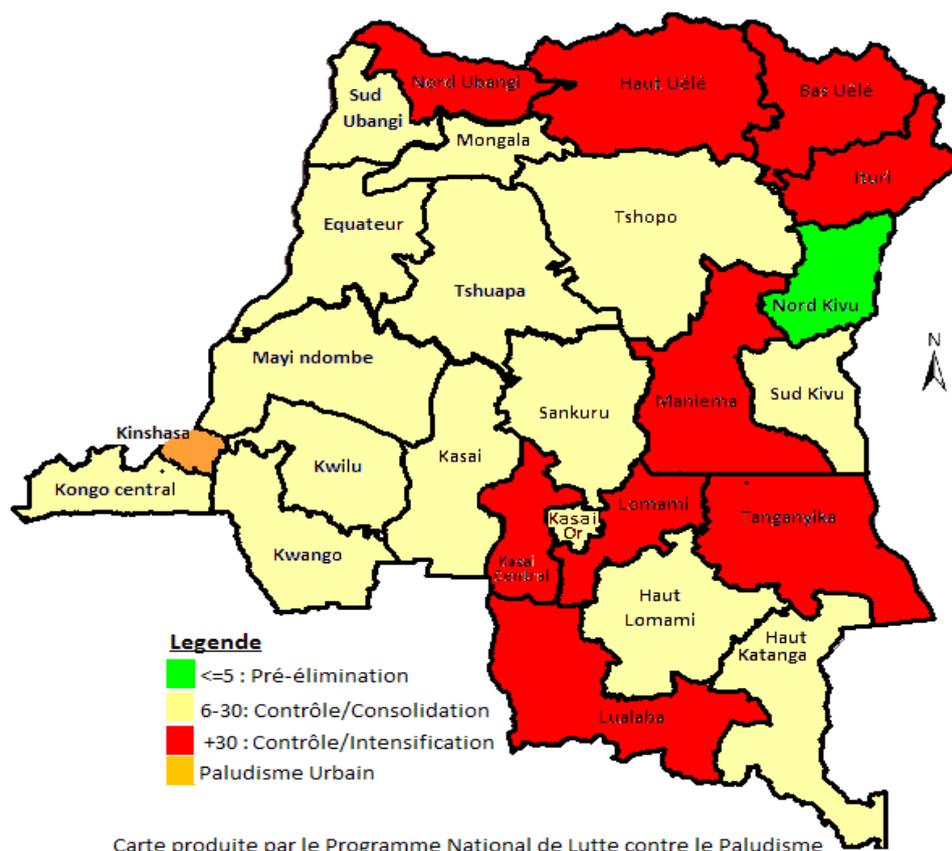
Sur le plan de la charge parasitaire, selon l'EDS 2013–14, le taux de prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans est de 23 %. De plus, selon les études sur la cartographie du paludisme menées en 2014, la stratification actuelle du paludisme est résumée dans le tableau VI.

**Tableau VI : Répartition de la population par strate et par type d'interventions**

Strates	Taux de Prévalence parasitaire	Principal déterminant	Autres déterminants	Nombre de DPS	Population N (%)	Types d'intervention
I	≤5%	Faciès montagnard	Niveau intermédiaire avec leadership fort, zone d'urgence avec importants appuis PTF	1	7.754.196 (8%)	Pré-élimination
II.a	6-30%	Faciès équatorial et tropical	Forêt équatoriale ombrageuse peu favorable au vecteur, Haut-plateau.	15	50.944.095 (55%)	Contrôle (Consolidation)
II.b	8,1%	Contexte urbain	Urbanisation, inégale répartition de l'offre des services, faciès tropical.	1	8.790.386 (10%)	Contrôle (Consolidation)
III	> 30%	Faciès tropical	Savane ensoleillée favorable au vecteur, Système de santé faible (Maniema)	9	25.340.952 (27%)	Contrôle (Intensification)

- La Strate I où vit 8 % de la population dans des zones hypo-endémiques caractérisée par un taux de prévalence parasitaire inférieur ou égal à 5 %. Cette zone est représentée par le Nord Kivu.
- La Strate II.a où 55 % de la population vit dans des zones méso-endémiques, avec un taux de prévalence parasitaire compris entre 6 % et 30 %, et est répartie dans 15 provinces : Kwango, Kwilu, Sud Kivu, Mongala, Sud Ubangi, Mai Ndombe, Équateur, Tshuapa, Kongo Central, Tshopo, Haut Katanga, Haut Lomami, Kasai, Kasai Orientale et Sankuru .
- La Strate II.b est représentée par Kinshasa, avec une population de 10 % où le taux de prévalence parasitaire est autour de 8,1 % avec des variations du centre-ville à la périphérie.
- La Strate III où 27 % de la population vit dans des zones hyper-endémiques avec un taux de prévalence parasitaire entre 31 % et 55 % et est répartie dans 9 provinces : Nord Ubangu, Bas Uélé, Haut Uélé, Ituri, Maniema, Lualaba, Kasai Central, Tanganyika et Lomami.

Figure 10 : Stratification selon le taux de prévalence parasitaire en 2014

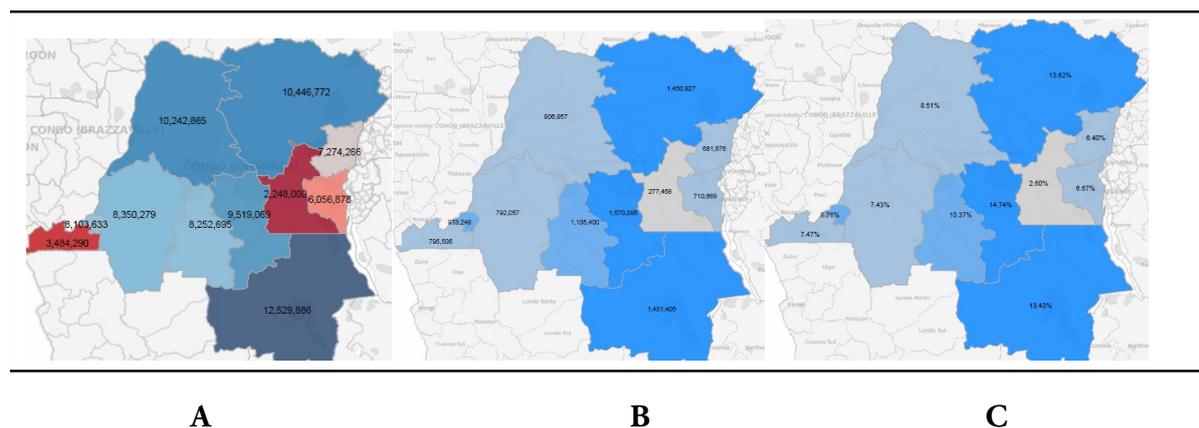


Dans le cadre de l'élaboration du nouveau plan stratégique, sur la base de cette nouvelle stratification en fonction de la prévalence parasitaire, les interventions de lutte contre le paludisme, selon le schéma mondial de lutte contre le paludisme (OMS, 2010), distingueront la zone de pré-élimination, dans le Nord Kivu (strate I) et les autres zones de contrôle dans les autres strates.

### II.2.5. Morbidité et mortalité liées au paludisme en RDC

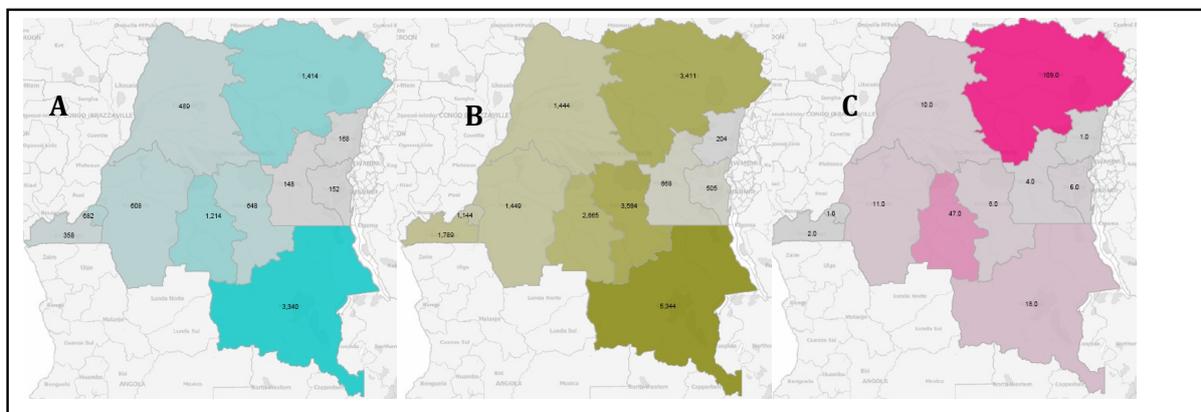
Sur le plan de la morbidité et la mortalité, la Figure 10 montre la répartition de la charge de la morbidité et la Figure 11 celle de la mortalité par province et mensuellement en 2013.

Figure 11.A : Répartition de la population, Figure 11.B : Répartition des cas de paludisme simples en 2013 en fonction des anciennes provinces (Prévalence) ; Figure 11.C : Répartition des cas de paludisme simple (Taux de prévalence) en fonction des anciennes provinces en 2013.



Les provinces les plus peuplées sont aussi celles qui ont rapporté le plus de cas de paludisme. En 2013, 4 provinces ont rapporté plus de la moitié des cas enregistrés à travers le pays : la province du Katanga (13,4 %), la province Orientale (13,6 %), la province du Kasai Oriental (14,7 %), la province du Kasai Occidental (10,4%). C'est aussi celles qui ont rapporté le plus des flambées de cas de fièvres présumées palustres dont certaines se sont confirmées après investigation surtout au dernier trimestre de l'année, notamment le Kasai Occidental.

**Figure 12 : Répartition des décès attribués au paludisme en 2013 par province chez les  $\geq 5$  ans (A),  $< 5$  ans (B) et femmes enceintes (C)**



On constate sur les figures 13.A, B et C, que, comme pour la morbidité, les anciennes provinces du Katanga, Orientale et les deux Kasai ont été les plus affectées sur le plan de la mortalité.

### II.3. Revue du plan stratégique de lutte contre le paludisme 2013–2015

La revue des performances du Programme National de Lutte contre le Paludisme par rapport au Plan Stratégique National 2013–2015, réalisée en septembre 2015 (RPP MAL-RDC-2015), a relevé les principaux résultats dans le Tableau VII ci-dessous.

**Tableau VII : Résultats de la revue des performances du PNLP (RPP MAL-RDC-2015)**

Objectifs	Indicateurs	Cibles globales 2015	Valeurs de base (année) = A	Cibles pays 2014* =B	Valeurs 2014 = C	Performance *(C x100/B) et ¥ (C-A/B-A)
<b>But : Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de la RDC par la réduction du fardeau humain et socio- économique dû au paludisme</b>	Taux de mortalité, toutes causes confondues, chez les enfants < 5 ans	NA	158‰	95‰	104‰ (EDS 2013-14)	86%¥
<b>OG : Réduire de 50% la mortalité spécifique due au paludisme dans les formations sanitaires d'ici fin 2015 à partir des données de 2010</b>	% de décès attribués au paludisme dans les formations sanitaires	NA	33% (2010, Rapport PNLP)	24%	36% (2014, Rapport PNLP)	-33%¥
<b>OG : Réduire la morbidité liée au paludisme de 25% d'ici fin 2015 à partir des données de 2010</b>	% de cas de paludisme parmi les NC dans les FOSA chez les <5ans	75%	41% (2010, Rapport PNLP)	33%	37% (2014, Rapport PNLP)	50%¥
<b>OS1 : Amener au moins 80 % des personnes à risque de paludisme à dormir sous la MILDA</b>	% d'enfants < de 5 ans qui dorment sous MILDA	≥80%	38% (MICS 2010)	60%	56% (EDS 2013-14)	93%*
<b>OS2 : Pulvériser au moins 80 % des maisons dans les aires d'intervention avec des insecticides à effet rémanent</b>	% de ménages ayant reçu une PID pendant les 12 mois précédents	≥80%	ND	70%	98% (Rapport PNLP)	140%*
<b>OS3 : Administrer à au moins 80 % des femmes enceintes le TPI conformément aux directives nationales.</b>	% des femmes enceintes qui ont bénéficié de deux doses de SP/TPI	≥80%	21% (MICS 2010)	60%	14% (EDS 2013-14)	23%*
<b>OS4 : Administrer à au moins 80 % des nourrissons un TPI dans les zones d'intervention.</b>	% des nourrissons qui ont bénéficié d'un TPI dans les zones d'intervention	≥80%	ND	40%	NA	NA

Objectifs	Indicateurs	Cibles globales 2015	Valeurs de base (année) = A	Cibles pays 2014* =B	Valeurs 2014 = C	Performance *(C x100/B) et ¥ (C-A/B-A)
<b>OS5 : Confirmer au moins 80 % des cas suspects de paludisme vus dans les FOSA intégrées et dans la communauté par la GE ou le TDR</b>	% d'enfants < 5 ans avec fièvre qui ont subi une piqûre au doigt ou au talon pour tester le paludisme.	100%	17% (MICS 2010)	50%	19% (EDS 2013-14)	38%*
<b>OS6 : Traiter tous les cas conformément aux directives nationales à tous les échelons de la pyramide sanitaire, y compris dans la communauté</b>	% enfants < 5 ans avec fièvre et qui ont reçu une CTA	100%	1,6% (MICS 2010)	25%	6% (EDS 2013-14)	24%*
<b>OS7 : Maîtriser au moins 80% des épidémies dues au paludisme conformément aux directives nationales</b>	% d'épidémies de paludisme ayant fait l'objet de détection précoce et de riposte dans les 15 jours	100%	25% (2012, PNLP)	60%	30% (Rapport PNLP)	50%*
<b>OS8 : Décaisser 100% des fonds alloués au PNLP dans le budget de la santé</b>	% de fonds décaissés	NA	ND	100%	275%* (Rapport PNLP)	NA
<b>OS9 : Amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme</b>	% de chef de ménages qui sont capables de reconnaître au moins deux moyens de prévention	NA	ND	70%	65% (EDS 2013-14) NB : Ayant cité la MILDA	93%*
	% de mères et personnes ayant la garde d'enfants qui sont capables de reconnaître au moins deux signes de danger chez un enfant fébrile	NA	ND	70%	14% (EDS 2013-14) NB : Ayant cité les convulsions comme signe de paludisme.	20%*

Objectifs	Indicateurs	Cibles globales 2015	Valeurs de base (année) = A	Cibles pays 2014* =B	Valeurs 2014 = C	Performance *(C x100/B) et ¥ (C-A/B-A)
<b>OS10 : Rendre disponible de façon permanente les médicaments et autres produits antipaludiques dans au moins 80% des structures sanitaires intégrées</b>	% de FOSA sans ruptures de stocks de plus d'une semaine dans les trois derniers mois	100%	64% (2012, PNLP)	75%	61 % (EUV sept 2014)	87%
<b>OS11 : Réaliser au moins 80% des sujets de recherches opérationnelles planifiés</b>	% de sujets de recherche réalisés	NA	ND	70%	74% (Rapport PNLP)	106%*
<b>OS12 : Amener au moins 95% des ZS à transmettre régulièrement les données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme</b>	Taux de complétude des rapports d'activités sur le PNLP	100%	87% (2012, PNLP)	93%	82% (Rapport PNLP)	88%*

Ces cibles seront réévaluées au 1er trimestre 2016 au moyen de l'enquête EIP. Vert : performance  $\geq$  80%, jaune :  $\geq$  50% et rouge :  $\leq$  50%

Les forces et opportunités qui ont constitué les facteurs de succès, ainsi que les faiblesses et les menaces qui ont constitué des obstacles, ont été passés en revue afin de formuler les recommandations pour le présent PSN (Tableau VIII).

**Tableau VIII : Matrice d'analyse FFMO et recommandations de la revue des performances du PNLP (RPP MAL-RDC-2015)**

ANALYSE FFMO	
Facteurs internes	Facteurs externes
<b>Forces</b>	<b>Opportunités</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stratification de la maladie (prévalence parasitaire, endémicité) disponible par DPS avec cartographie partielle des vecteurs et leur sensibilité aux insecticides &amp; distribution des espèces (2007)</li> <li>2. Directives sur la prévention et la prise en charge du paludisme disponible et à jour</li> <li>3. Existence d'une plateforme des partenaires coordonnée par le PNLP</li> <li>4. Gratuité des intrants pour améliorer l'accessibilité financière aux services</li> <li>5. Initiation d'actions en faveur du secteur privé (Élaboration de stratégies, planification conjointe, renforcement des capacités)</li> <li>6. Mise en œuvre partielle des recommandations de la RPP MAL-RDC-2012, y compris l'audit organisationnel du programme</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le PNLP a bénéficié d'un engagement politique au plus haut niveau avec l'inscription du paludisme dans la nomenclature du Budget national</li> <li>2. Augmentation substantielle du budget de l'État dans le financement des activités de lutte contre le paludisme de 2011-2014 à travers le Fonds de contrepartie</li> <li>3. Augmentation considérable du nombre de ZS bénéficiant de l'appui pour la LAP essentiellement par appuis extérieurs (271 en 2011 et 516 en 2015)</li> <li>4. La prise en charge des déplacés et des réfugiés essentiellement par les ONG humanitaires</li> </ol>
<b>Faiblesses</b>	<b>Menaces</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Absence de plan de plaidoyer, données partielles ou anciennes sur le fardeau socio-économique</li> <li>2. Absence d'un plan de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides</li> <li>3. Absence de pérennisation de la distribution de MILDA en routine</li> <li>4. Faible capacité en entomologie et lutte anti-vectorielle</li> <li>5. Faible application des directives nationales de prise en charge</li> <li>6. Ruptures fréquentes et prolongées de stocks d'antipaludiques</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Financement très dépendant des PTF</li> <li>2. Faible collaboration multisectorielle</li> <li>3. Faible accès des ménages aux services dans les formations sanitaires</li> <li>4. ONG humanitaires faiblement alignées sur les politiques sanitaires du pays</li> </ol>
<b>Recommandations</b>	
<p><b>Axe stratégique 1 : Prévention</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Élaborer un plan de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides</li> <li>2. Plaidoyer auprès des autorités en faveur de la distribution en routine et l'intensification et l'élargissement des interventions de préventions en impliquant de façon plus active d'autres ministères tels que l'Environnement, l'Éducation, etc.</li> <li>3. Renforcer les capacités des agents en entomologie et lutte anti-vectorielle</li> </ol>	

**Axe stratégique 2 : Prise en charge**

4. Intensifier la prise en charge du paludisme dans le secteur public et privé par : la diffusion des normes, la disponibilité des intrants et le renforcement du plateau technique
5. Renforcer le SNAME par le renforcement des capacités sur la gestion des intrants, la fonctionnalité du SIGL et des cadres de concertation au niveau intermédiaire et central
6. Renforcer la synergie au sein du système de santé entre le secteur public, le secteur privé et la dynamique communautaire

**Axe stratégique 3 : IEC/CCC, Mobilisation Sociale et Plaidoyer**

7. Mener un plaidoyer pour une implication conséquente de l'État, notamment dans le financement direct >5% de contrepartie, l'interdiction de molécules non recommandés par le PNLP, l'allègement/suppression de taxes
8. Renforcer l'axe communicationnel qui implique la mobilisation des ressources, l'information des acteurs et des bénéficiaires afin qu'ils changent de comportement et s'approprient tous les aspects de la lutte contre le paludisme
9. Actualiser les données sur l'impact socio-économique du paludisme pour élaborer un bon plan de plaidoyer en faveur de la lutte contre le paludisme

**Axe stratégique 4 : Surveillance épidémiologique - suivi, et évaluation, recherche**

10. Actualiser régulièrement les données sur la stratification du paludisme, y compris la recherche active du P. vivax et le niveau de résistance des vecteurs et des parasites
11. Accélérer la modernisation du SNIS et développer un système national de surveillance en temps réel

**Axe stratégique 5 : Gouvernance, gestion de programme**

12. Faire un plaidoyer pour l'endossement des résultats de l'audit organisationnel du PNLP afin de le doter de ressources adéquates, y compris pour le maintien transitoire des services provinciaux pendant le prochain cycle stratégique sectoriel afin de renforcer la lutte dans toutes les provinces dans la perspective d'accélération de l'élimination (orientation plan global pour l'après 2015)
13. Renforcer la fonctionnalité des cadres de collaboration multisectorielle
14. Renforcer la dynamique communautaire
15. Renforcer la collaboration avec les humanitaires pour obtenir leur alignement aux directives nationales

## III. CADRE STRATEGIQUE

### III.1. Vision

La vision du PSN est de faire de la RDC un « pays sans paludisme ».

### III.2. Mission et principes directeurs

La mission du PNLP est d'élaborer et de faire appliquer des stratégies garantissant l'accès universel aux interventions les plus efficaces de lutte contre le paludisme à tous les habitants de la RDC à un coût abordable, et de contribuer ainsi à la réduction des pertes socio-économiques attribuables à cette endémie.

Le PNLP est appelé à accroître ses efforts vers l'atteinte de ces objectifs en se basant sur les principes directeurs suivants :

- le leadership avec la capacité de fédérer et de mobiliser les énergies de tout un chacun autour de la lutte contre le paludisme
- le partenariat coordonné et inclusif à travers une association active de différents intervenants qui se sont accordés, malgré leurs différences, à réaliser des objectifs communs à la lutte
- la bonne gouvernance d'une part, qui consiste à rendre plus efficace l'action publique de façon transparente et respectueuse, et d'autre part, la redevabilité qui consiste à rendre compte aux parties intéressées
- la mise en œuvre basée sur des données factuelles et des résultats probants
- l'équité dans la mise en œuvre des interventions visant un accès effectif aux services de santé, surtout pour les populations vulnérables et les plus marginalisées
- la participation des communautés à travers un engagement fort pour une appropriation de la lutte contre le paludisme et aussi l'implication du secteur privé pour un partenariat gagnant
- la collaboration multisectorielle pour accélérer les progrès attendus
- l'innovation dans le développement des nouveaux outils de mise en œuvre
- l'appui de la recherche pour maximiser la progression vers l'élimination du paludisme.

### III.3. Orientations stratégiques et priorités politiques de la RDC

La RDC a souscrit à la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016–2030, à l'AIM 2016–2030, ainsi qu'à l'AMS pour éliminer le paludisme d'ici 2030. Pour ce faire, les principales orientations stratégiques et priorités politiques dans les cinq années à venir, dans le cadre de ce PSN 2016–2020 viseront à amplifier l'action contre le paludisme et à tendre vers l'élimination de la maladie.

Ceci en renforçant l'investissement pour toutes les interventions de lutte contre le paludisme particulièrement, les mesures de prévention, la disponibilité des tests de diagnostic et des traitements, la surveillance épidémiologique, mais aussi en mettant à profit l'innovation et le développement de la recherche, le suivi de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques et la mise en place d'un plan de gestion de la résistance aux insecticides.

En outre, la RDC devra renforcer son système de santé à travers son PNDS 2016–2020 qui poursuit la mise en œuvre de la SRSS centrée sur le développement des zones de santé pour garantir la disponibilité des services et soins de santé, ainsi que leur meilleure accessibilité et utilisation par la population. À travers le pilier « Médicament », le secteur s’engage entre autres à combattre la circulation des médicaments de qualité douteuse ou contrefaits.

Ainsi, avec ces investissements stratégiques à fort impact, le PSN 2016–2020 contribuera à améliorer sensiblement la santé des populations, à réduire la pauvreté, à accroître l’équité et à contribuer au développement global de la RDC.

### **III.4. But et objectifs**

Dans le but de contribuer à l’élimination du paludisme en République Démocratique du Congo, le PSN vise l’amélioration de l’état de santé de la population par la réduction du fardeau humain et socio-économique dû au paludisme.

L’objectif général du PSN 2016–2020 est de réduire de 40% par rapport à 2015 les taux de morbidité et de mortalité liés au paludisme.

Les objectifs stratégiques sont de :

- protéger au moins 80 % des personnes exposées au risque de paludisme par les mesures préventives d’ici 2020
- dépister au moins 80 % des cas de fièvre suspects de paludisme et traiter 100 % des personnes testées positives selon les directives nationales d’ici 2020
- renforcer le système de surveillance, de suivi et d’évaluation d’ici 2020
- amener au moins 75 % de la population exposée à connaître les modes de transmission, de prévention et de prise en charge du paludisme d’ici 2020
- renforcer la gestion du programme d’ici 2020.

### **III.5. Stratégies et activités clés**

Conformément aux orientations de l’OMS en 2015, les interventions développées dans ce PSN tiennent compte de la stratification de la maladie, telle que décrite dans la section 3.2.4 de ce document. Les stratégies et activités seront donc mises en œuvre en fonction du contexte propre à chaque DPS et à chaque ZS.

**Tableau IX : Stratégies et activités clés pour la période 2016–2020**

Activités	STRATES			
	I	II.a	II.b	III
<b>OS1 : protéger au moins 80 % des personnes exposées au risque de paludisme par les mesures préventives d'ici 2020</b>				
Stratégie 1.1 : Lutte anti-vectorielle				
1.1.1. Assurer la distribution de masse de MILDA	X	X	X	X
1.1.2. Assurer la distribution de routine de MILDA à travers la CPN et la CPS	X	X	X	X
1.1.3. Assurer la distribution continue à travers les écoles et les OAC				X
1.1.4. Assurer la pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides à effet rémanent	X		X	
1.1.5. Assurer l'imprégnation des uniformes et tentes (corps habillés, réfugiés et déplacés)	X	X	X	X
1.1.6. Assurer la sécurisation des intrants et des personnes lors des campagnes de distribution de masse de MILDA par le service de santé de la police	X	X	X	X
Stratégie 1.2 : Chimio-prévention				
1.2.1. Assurer la dispensation du TPI chez la femme enceinte	X	X	X	X
<b>OS 2 : Tester au moins 80 % des cas suspects de paludisme et traiter 100% des personnes testées positives selon les directives nationales</b>				
Stratégie 2.1 : Confirmation biologique des cas suspects de paludisme				
2.1.1. Assurer la réalisation des TDR pour la confirmation des cas suspects reçus en consultation externe	X	X	X	X
2.1.2. Assurer la réalisation de la GE/FM pour la confirmation des cas graves et des échecs thérapeutiques	X	X	X	X
2.1.3. Organiser un système d'assurance qualité du diagnostic	X	X	X	X
2.1.4. Assurer le contrôle de qualité des TDR dans les établissements de stockage (FOSA, BCZ, CDR, Entrepôts)	X	X	X	X
2.1.5. Assurer la réalisation des TDR dans les pharmacies ouvertes au public avant d'offrir un antipaludique	X	X	X	X
Stratégie 2.2: Traitement des cas confirmés de paludisme				
2.2.1. Assurer le traitement des cas confirmés de paludisme simple conformément aux directives nationales au niveau des FOSA publiques et privées	X	X	X	X
2.2.2. Assurer le traitement pré-référence des cas confirmés de paludisme grave conformément aux directives nationales des FOSA publiques et privées	X	X		X
2.2.3. Assurer le traitement des cas confirmés de paludisme grave conformément aux directives nationales des FOSA publiques et privées	X	X	X	X
2.2.4. Rendre disponible les produits sanguins pour la prise en charge des formes anémiques du paludisme grave	X	X	X	X
2.2.5. Assurer le traitement des cas confirmés de paludisme conformément aux directives nationales au niveau communautaire	X	X	X	X
2.2.6. Organiser des campagnes de traitement de masse	X			
2.2.7. Assurer la pharmacovigilance des antipaludiques	X	X	X	X
OS 3 : Surveillance épidémiologique				
Stratégie 3.1: Renforcement SNIS-SS				
3.1.1. Assurer la notification mensuelle des données de lutte contre le paludisme des FOSA publiques et privées au moyen d'une base de données reliée au DHIS2	X	X	X	X

3.1.2. Assurer la notification mensuelle des données de lutte contre le paludisme communautaires	X	X	X	X
3.1.3. Organiser un système d'assurance-qualité des données	X	X	X	X
3.1.4. Assurer la coordination du suivi-évaluation des activités de lutte contre le paludisme	X	X	X	X
3.1.5. Réaliser les revues des performances du programme	X	X	X	X
3.1.6. Organiser un atelier d'élaboration d'un guide opérationnel de suivi et évaluation	X	X	X	X
<b>Stratégie 3.2: Renforcement de la surveillance et riposte (SIMR)</b>				
3.2.1. Assurer l'analyse des données de notification hebdomadaire passive pour la préparation des ripostes	X	X	X	X
3.2.2. Organiser la riposte aux flambées épidémiques	X	X	X	X
3.2.3. Organiser un système de surveillance active et une riposte	X			
3.2.4. Mettre à contribution les services de santé de la Police Nation et des Forces Armées Congolaises pour le déploiement des unités mobiles d'urgence	X	X	X	X
<b>Stratégie 3.3: Renforcement de la surveillance sentinelle</b>				
3.3.1. Organiser un système de collecte des données de surveillance sentinelle intégré au DHIS2	X	X	X	X
3.3.2. Assurer la notification mensuelle des données hospitalières de lutte surveillance sentinelle	X	X	X	X
3.3.3. Assurer le suivi annuel des données communautaires	X	X	X	X
3.3.4. Assurer le suivi de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques	X	X	X	X
3.3.5. Assurer la surveillance entomologique et le suivi de la sensibilité des vecteurs aux insecticides	X	X	X	X
3.3.6. Assurer le suivi de la qualité des antipaludiques circulant	X	X	X	X
<b>Stratégie 3.4: Recherche opérationnelle</b>				
3.4.1. Réaliser les enquêtes sur les indicateurs du paludisme	X	X	X	X
3.4.2. Réaliser les EDS/MICS	X	X	X	X
3.4.3. Réaliser les enquêtes "EUV"	X	X	X	X
3.4.4. Organiser les évaluations pré et post- campagne	X	X	X	X
3.4.5. Assurer le traitement des gîtes larvaires	X	X	X	X
3.4.6. Assurer la dispensation du TPI chez le nourrisson	X	X	X	X
3.4.7. Organiser des campagnes de chimioprévention saisonnière chez < 5 ans	X	X	X	X
3.4.8. Réaliser les recherches thématiques	X	X	X	X
<b>OS 4 : Amener au moins 75 % de la population exposée à connaître les modes de transmission, de prévention et de prise en charge du paludisme</b>				
<b>Stratégie 4.1: Communication pour le changement de comportement (Communication inter personnelle et médias de masse)</b>				
4.1.1. Assurer la formation des RECO à l'utilisation des cartes conseil/paludisme	X	X	X	X
4.1.2. Assurer l'organisation des causeries éducatives dans les FOSA et les lieux publics	X	X	X	X
4.1.3. Assurer l'organisation des visites à domicile	X	X	X	X
4.1.4. Assurer l'organisation des séances de sensibilisation à travers les réseaux organisés (Confessions religieuses, écoles, ...)	X	X	X	X
4.1.5. Assurer la diffusion des messages à travers les médias	X	X	X	X
4.1.6. Produire/Reproduire des matériels et supports éducatifs imprimés	X	X	X	X
4.1.7. Produire/Reproduire des matériels et supports éducatifs audio-visuels	X	X	X	
4.1.8. Promouvoir l'assainissement péri-domiciliaire et intra-domiciliaire	X	X	X	X

<b>Stratégie 4.2 : Mobilisation sociale</b>				
4.2.1. Assurer la communication (matinées d'information, conférences-débats, ...) avec des groupes spécifiques (hommes en uniforme, malentendants, étudiants, population autochtone...)	X	X	X	X
4.2.2. Assurer la communication/Mobilisation (Avant, pendant et après) en faveur des campagnes de distribution des MILDA à tous les niveaux	X	X	X	X
4.2.3. Organiser la célébration de la Journée mondiale de la lutte contre le paludisme (JMP)	X	X	X	X
4.2.4. Publier trimestriellement le magazine PNLP-INFO	x	x	X	X
4.2.5. Organiser les manifestations culturelles et sportives en faveur de la promotion de la lutte contre le paludisme	x	x	X	X
4.2.6. Organiser les journées scientifiques sur le paludisme en collaboration avec le comité scientifique de lutte contre le paludisme	x	x	X	X
<b>Stratégie 4.3. Plaidoyer</b>				
4.3.1. Produire/actualiser le plan de plaidoyer	X	X	X	X
4.3.2. Organiser des réunions (activités) de plaidoyer avec les décideurs à tous les niveaux	X	X	X	X
<b>OS 5 : Renforcer la gestion programmatique</b>				
<b>Stratégie 5.1 : Renforcement des capacités institutionnelles et techniques du programme</b>				
5.1.1. Assurer la mise en place de 15 services provinciaux additionnels pour 26 DPS	X	X	X	X
5.1.2. Assurer le renforcement des capacités du personnel du PNLP sur la gestion du Programme de lutte contre le paludisme	X	X	X	X
5.1.3. Organiser le cours annuel de paludologie	X	X	X	X
5.1.4. Finaliser les travaux de construction du siège du PNLP et son équipement	X	X	X	X
5.1.5. Doter le PNLP (Niveau central et provincial) en frais de fonctionnement	X	X	X	X
5.1.6. Assurer la maintenance des matériels et équipements de la coordination nationale	X	X	X	X
5.1.7. Réhabiliter et équiper les bureaux des coordinations provinciales	X	X	X	X
5.1.8. Assurer la maintenance des matériels et équipements des services provinciaux et antennes	X	X	X	X
5.1.9. Assurer les primes de performance aux agents à tous les niveaux de la lutte contre le paludisme	X	X	X	X
5.1.10. Faire un plaidoyer pour l'endossement et l'application des recommandations de l'audit institutionnel	X	X	X	X
5.1.11. Organiser les missions d'études et d'échanges d'expériences domestiques et internationales	X	X	X	X
5.1.12. Assurer une assistance technique pour le PNLP	X	X	X	X
5.1.13. Créer le site web pour le PNLP et assurer sa maintenance	X	X	X	X
<b>Stratégie 5.2: Mobilisation des ressources</b>				
5.2.1. Vulgariser le PSN 2016–2020	X	X	X	X
5.2.2. Élaborer un business plan pour la mobilisation des ressources	X	X	X	X
5.2.3. Plaider pour accroître le budget national et celui des entités décentralisées alloués à la lutte contre le paludisme	X	X	X	X
5.2.4. Mettre en place un comité de lobbying pour la mobilisation des fonds	X	X	X	X
5.2.5. Plaider pour la fabrication locale de la MILDA	X	X	X	X
<b>Stratégie 5.3: Coordination</b>				
5.3.1. Assurer le fonctionnement de la task force FRP au niveau central et provincial	X	X	X	X
5.3.2. Renforcer les cadres de concertation intra et intersectorielle	X	X	X	X

5.3.3. Renforcer la coordination interne du programme (CODIR, COGE, réunions hebdomadaires des divisions et services provinciaux, suivi programmatique des services provinciaux)	X	X	X	X
5.3.4. Renforcer la coordination/suivi de la mise en œuvre avec les PTF (réunions hebdomadaires avec les PTF, réunions mensuelles de coordination des campagnes MILDA, suivi programmatique des PR/FM-PMEO/PMI-PMEO/DFID)	X	X	X	X
Stratégie 5.4: Amélioration de la gestion des achats et des stocks				
5.4.1. Organiser les réunions trimestrielles du groupe de travail «GAS»	X	X	X	X
5.4.2. Rendre disponible les intrants de qualité dans toutes les structures sanitaires, y compris secteur privé	X	X	X	X
5.4.3. Assurer la formation sur la gestion des médicaments et intrants antipaludiques	X	X	X	X
5.4.4. Accélérer la mise en place et le fonctionnement d'un SIGL basé sur les SMS	X	X	X	X
5.4.5. Plaider pour l'émission d'une note de l'autorité demandant à la DPM d'obtenir l'avis consultatif des services spécialisés (le PNLP pour les commodités antipaludiques) dans le processus d'attribution des AMM	X	X	X	X
5.4.6. Mettre en place des mécanismes de sécurisation des médicaments et intrants	X	X	X	X

### III.5.1. Objectif stratégique 1 : Protéger au moins 80 % des personnes exposées au risque de paludisme par les mesures préventives d'ici 2020

#### III.5.1.1. Lutte anti-vectorielle

L'utilisation de la MILDA est une stratégie majeure de lutte contre le paludisme en RDC. La MILDA sera distribuée au moyen de campagnes de masse à travers tout le pays afin d'assurer un accroissement rapide de sa disponibilité pour une couverture universelle et un impact quantifiable. Les études réalisées à travers le pays ont montré une déperdition rapide de la couverture pendant les mois qui suivent les campagnes. Consécutivement à la durabilité et à la qualité de la MILDA réduites en une année, l'idéal serait que la distribution des MILDA se fasse chaque année. Mais devant les contraintes budgétaires et logistiques, un renouvellement de ces outils tous les deux ans peut être recommandé. Cette distribution continue maintiendrait la couverture effective à un haut niveau. En plus de la distribution à travers la CPN et la CPS jusqu'ici appliquée, le pays a levé l'option d'étendre la distribution à travers les écoles et les OAC. La distribution dans le secteur privé est également envisagée pour appuyer une distribution par marketing social.

Dans le cadre du déploiement et de la distribution des MILDA, le service de santé de la Police sera mis à contribution pour assurer la sécurisation des biens et des personnes.

La pulvérisation intra-domiciliaire est une intervention clé dans la lutte contre le paludisme et offre une opportunité d'utilisation de plusieurs familles d'insecticides. En vue de maintenir une expertise locale dans la mise en œuvre de cette intervention, une expérience pilote est menée par le pays avec l'appui des sociétés minières (mining) dans deux zones de santé (Fungurume et Salamabila) et elle sera maintenue. Ainsi, elle pourra être mise en contribution dans un cadre plus global à travers le plan de gestion de la résistance aux insecticides qui sera développé. Cette intervention est envisagée pour remplacer progressivement la MILDA dans la strate III à forte saisonnalité et la strate II.b où le paludisme est essentiellement urbain.

La promotion de l'assainissement est une intervention qui sera réalisée à travers une collaboration intra sectorielle, avec la Direction chargée de l'Hygiène et le Programme « Ecoles et Villages assainis », et une collaboration intersectorielle avec le Ministère de l'Environnement et le Ministère Urbanisme et Habitat.

La lutte anti-vectorielle sera renforcée par la gestion des gîtes larvaires dans la strate I au moyen d'un projet pilote dont les résultats détermineront les modalités de l'extension.

### III.5.1.2. Chimio-prévention

Le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte sera poursuivi lors des CPN. Au vu des faibles couvertures actuelles de cette intervention, des stratégies alternatives extrahospitalières seront envisagées.

Le TPI chez le nourrisson (strates II.a, II.b et III) et la chimio-prévention saisonnière (Strate I) sont envisagés et feront l'objet d'études de faisabilité avant leur mise à échelle.

## III.5.2. Objectif stratégique 2 : Tester au moins 80 % des cas suspects de paludisme et traiter 100 % des personnes testées positives selon les directives nationales

### III.5.2.1. Tests de diagnostic

Tous les cas de fièvre suspects de paludisme reçus à tous les niveaux feront l'objet d'un test de confirmation au moyen d'un test de diagnostic rapide. La microscopie sera réservée à la confirmation des échecs thérapeutiques et des cas graves. L'extension de la couverture du diagnostic au secteur privé est une orientation majeure pour améliorer la qualité de la prise en charge.

En vue de garantir la qualité du diagnostic, le système d'assurance-qualité est en cours de développement et sera poursuivi.

### III.5.2.2. Traitement des cas

Tous les cas confirmés positifs seront placés sous antipaludique conformément aux directives nationales à travers toute la pyramide sanitaire, aussi bien dans le secteur public, privé que communautaire.

Pour la prise en charge des cas de paludisme simples, le pays a levé l'option d'une première ligne multiple au moyen de deux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA). Actuellement, conformément aux résultats des tests d'efficacité thérapeutique, l'Artésunate-Amodiaquine et l'Arteméther-Luméfantine sont retenus. Si le traitement à base d'une CTA est administré et abouti à un échec thérapeutique ou à une intolérance, le patient est placé sous l'autre CTA. En cas d'échec thérapeutique confirmé (GE/FM) avec les deux CTA de première ligne, le patient devra être placé sous bithérapie à base de quinine per os associée à la clindamycine ou à la doxycycline.

Les cas de paludisme graves reçus au niveau communautaire et dans les FOSA de 1<sup>er</sup> échelon font l'objet d'un traitement pré-référence avec l'artésunate en suppositoire. Au niveau des FOSA de référence, les cas graves sont placés soit sous artésunate I.V, soit sous quinine en perfusion.

Le traitement de masse sera évalué pour la strate I (faible transmission) dans les zones de santé qui réuniront les conditions d'application. En cas d'épidémie et dans les situations d'urgence complexes, cette intervention sera mise en œuvre avec la participation des services de santé de l'Armée et de la Police.

L'assurance-qualité des médicaments et d'autres produits antipaludiques sera développée à travers tout le cycle logistique. De plus, la pharmacovigilance initiée depuis quelques années sera renforcée.

### **III.5.3. Objectif stratégique 3 : Surveillance épidémiologique**

La surveillance sera renforcée afin de générer des données de qualité pour la prise de décisions basées sur des données probantes. Pour ce faire, plusieurs approches complémentaires sont développées : la surveillance de routine intégrée à périodicité mensuelle à travers le SNIS-SSP, la surveillance hebdomadaire des maladies à potentiel épidémique pour la préparation à la riposte et la surveillance sentinelle spécifique au paludisme. De plus, des enquêtes et des études ponctuelles seront réalisées pour répondre à des besoins d'informations particuliers.

#### **III.5.3.1. Renforcement du SNIS - Soins de santé primaires**

Les données liées à la lutte contre le paludisme produites au niveau des FOSA seront gérées conformément au nouveau cadre normatif du SNIS avec son logiciel DHIS2. Un accent sera mis sur l'amélioration de la qualité des données au moyen du renforcement des capacités des acteurs, des audits périodiques, des réunions d'analyse et de feedback interactifs. Pour une gestion efficace de la gestion des données, la coordination avec les différents acteurs sera renforcée.

#### **III.5.3.2. Renforcement de la surveillance intégrée des maladies et riposte**

Le MSP organise une surveillance hebdomadaire des maladies à potentiel épidémique pour la préparation à la riposte aux flambées épidémiques. Elle est pilotée par la Direction de la lutte contre la maladie. Dans le cadre de ce PSN, cette surveillance sera renforcée avec une analyse plus régulière des notifications hebdomadaires et la riposte adéquate aux épidémies éventuelles.

A ce titre, la Croix Rouge et les services de santé des Forces Armées Congolaises et de la Police Nationale seront mis à contribution pour le déploiement rapide des unités d'urgence.

#### **III.5.3.3. Renforcement de la surveillance sentinelle.**

Considérant que les données issues du système de collecte de routine ne rapportent que des données hospitalières qui ne traduisent pas la situation de la population générale, le PNLP s'appuie sur un réseau de sites sentinelles permettant de fournir rapidement des données de qualité qui renseignent sur les tendances de certains indicateurs à partir d'informations complémentaires spécifiques qui ne sont recueillis ni par les systèmes de routine ni par les principales enquêtes. Dans le cadre de ce PSN, leur nombre passera de 11 à 26 afin de couvrir l'ensemble des provinces du pays.

#### **III.5.3.4. Recherche opérationnelle**

Le PNLP s'appuie sur des données d'enquêtes pour obtenir un complément d'information nécessaire à une prise de décisions rationnelles. Il s'agit essentiellement des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), des Enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS) et les enquêtes sur les indicateurs du paludisme (MIS). En outre, des enquêtes et études ponctuelles seront réalisées en collaboration étroite avec les institutions de recherche locales, sous régionales et internationales pour répondre à des besoins d'informations particuliers.

### **III.5.4. Objectifs stratégique 4 : Amener au moins 75 % de la population exposée à connaître les modes de transmission, la prévention et la prise en charge du paludisme**

Le PNLP développe une approche transversale de communication et de promotion de la lutte contre le paludisme en soutien à toutes les interventions mises en œuvre par le Programme. Un plan de communication plus détaillé sera développé pour décrire les activités de communication et de promotion de la lutte.

### **III.5.4.1. Communication pour le changement des comportements**

Des activités combinées de communication, aussi bien interpersonnelle que de masse, seront renforcées et orientées par des diagnostics et des actions contextuelles. Elles seront mises en œuvre en collaboration avec le Programme National de Communication pour la Santé, le Programme National de Santé Scolaire, les organes de presse, les organisations à assise communautaire, etc.

### **III.5.4.2. Mobilisation sociale**

Une sensibilisation intensive sera développée envers les différentes composantes de la société civile congolaise pour obtenir une appropriation de la lutte par la communauté.

### **III.5.4.3. Plaidoyer**

Un plaidoyer accru s'adressera aux leaders communautaires et aux décideurs politiques, ainsi qu'au secteur privé en vue d'obtenir leur soutien maximal pour maintenir le paludisme en tête de leurs préoccupations.

C'est dans ce sens que le PNLP a pris une orientation très largement consultative depuis la planification jusqu'à la mise en œuvre et au suivi et évaluation des interventions de lutte contre le paludisme. Un plan de plaidoyer sera développé pour accompagner ces actions.

## **III.5.5. Objectif stratégique 5 : Renforcer la gestion programmatique**

### **III.5.5.1. Renforcement des capacités institutionnelles et techniques du Programme**

Dans le cadre de la décentralisation et du contexte de mise en place de nouvelles provinces, le PNLP se dotera d'équipes déconcentrées pour assurer un appui de proximité aux DPS.

Les recommandations de l'audit organisationnel du Programme permettront le repositionnement des ressources humaines en fonction de leurs profils de compétences et l'ensemble du staff bénéficiera d'un renforcement des capacités pour gérer aussi bien la consolidation du programme que la réorientation stratégique liée à la stratification de la maladie.

Il sera mis en place un cadre de travail compatible avec des conditions de productivité optimale tant au niveau central qu'au niveau provincial.

### **III.5.5.2. Mobilisation des ressources**

Vu le plafonnement des ressources au niveau global, les efforts de mobilisation des ressources porteront, en plus des partenaires extérieurs, essentiellement sur les ressources internes aussi bien du Gouvernement de la République que des entreprises et autres mécanismes innovants, tels que les collectes de fonds auprès de divers réseaux organisés, etc. Un business plan sera développé pour aider et guider la mobilisation des ressources.

### **III.5.5.3. Coordination**

Le PNLP s'aligne aux mécanismes sectoriels de coordination des actions de santé à travers le CNP-SS et ses différentes commissions en particulier le Comité de Coordination Technique (CCT) et la Commission Technique de Lutte contre la Maladie (CTLM). Par ailleurs, le renforcement de la coordination interne du Programme sera accentué à travers des réunions régulières des comités directeur et de gestion, ainsi que les réunions de la task force « Faire Reculer le Paludisme » et ses différents groupes thématiques.

#### **III.5.5.4. Amélioration gestion des achats et des stocks**

Des mécanismes sectoriels d'acquisition et de distribution des MEG existent et sont en train d'être reformés. Le groupe de travail GAS de la task force FRP prépare les contributions du Programme au cadre intégré de gestion des médicaments susmentionné. Un plan GAS pour les produits antipaludiques sera développé et mise en œuvre en étroite collaboration avec les PTF afin de garantir une bonne lisibilité des approvisionnements à travers le pays.

## IV. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

### IV.1. Plan de mise en œuvre

Tableau X. Plan de mise en œuvre pluriannuel 2016-2020. Activités	Hypothèses des coûts	Coût unitaire	Coût total	Coûts annuels					Disponible FM	Disponible PMI	Disponible DFID	Disponible Gouvernement	Disponible/Autre	Total disponible	Source de financement disponible	Gap total
				Années												
				2016	2017	2018	2019	2020								
<b>OBJECTIF STRATEGIQUE 1 : Protéger au moins 80% des personnes exposées au risque de paludisme par les mesures préventives d'ici 2020</b>																
Stratégie 1.1 : Lutte anti vectorielle			\$871,667,051.18	\$99,475,621.14	\$149,978,805.82	\$231,703,675.39	\$175,693,826.43	\$214,815,122.41						\$0.00		\$0.00
1.1.1 Assurer la distribution de masse de MILDA	6,48\$ par MILD (coût historique ASF/PSI moins coût lié à la communication)	\$6.07	\$519,537,193.09	\$78,249,602.53	\$92,653,859.69	\$161,882,903.36	\$85,505,452.05	\$101,245,375.47	\$78,445,648.00	\$62,272,842.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	196,803,807	FM, PMI	\$322,733,386.56
1.1.2. Assurer la distribution de routine de MILDA à travers la CPN et la CPS	(CIF+Transport jusqu'à ZS)/MILD	\$3.85	\$166,853,514.49	\$20,566,450.12	\$35,018,784.73	\$36,034,329.32	\$37,079,324.94	\$38,154,625.38	\$23,614,388.00	\$39,000,000.00	\$2,626,754.00	\$0.00	\$0.00	\$28,215,813.75	FM, PMI, DFID	\$138,637,700.74
1.1.3 Assurer la distribution continue à travers les écoles et les OAC	(CIF+Transport jusqu'à ZS)/MILD	\$3.85	\$54,198,243.69	\$0.00	\$12,974,193.15	\$13,350,444.69	\$13,737,607.61	\$14,135,998.24	\$0.00	\$0.00	\$1,465,001.79	\$0.00	\$0.00	\$1,465,001.79	DFID	\$52,733,241.90
1.1.4. Assurer la pulvérisation Intra domiciliaire d'insecticides à effet rémanent	3,22\$ par ménage à pulvériser	\$3.22	\$129,278,099.92	\$659,568.49	\$8,431,968.26	\$20,435,998.02	\$38,471,441.83	\$61,279,123.32	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$583,776.34	\$583,776.34		\$128,694,323.58
1.1.5. Assurer l'imprégnation des uniformes et tentes (Corps habillés, Réfugiés et Déplacés)	3\$ par pièce à imprégner	\$3.00	\$1,800,000.00	\$0.00	\$900,000.00	\$0.00	\$900,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$0.00
Stratégie 1.2 : Chimio prévention			\$11,204,546.24	\$1,541,162.98	\$1,627,047.79	\$3,881,595.31	\$2,022,957.40	\$2,131,782.76						\$865,590,660.00		-\$854,386,113.76
1.2.1. Assurer la dispensation du TPI chez la femme enceinte	0,07\$ par dose rendu ZS+100\$/pers./v./Tj	\$0.07	\$9,140,546.24	\$1,541,162.98	\$1,627,047.79	\$1,817,595.31	\$2,022,957.40	\$2,131,782.76	\$1,548.75	\$2,625,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$865,590,660.00	FM, PMI	-\$856,450,113.76
	Formation(6 pers./ZS*5j) pour 516 ZS	\$100.00	\$2,064,000.00	\$0.00	\$0.00	\$2,064,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$2,100,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$2,100,000.00	PMI	-\$36,000.00
<b>OBJECTIF SPECIFIQUE 2 : Tester au moins 80% des cas suspects de paludisme et traiter 100% des personnes testées positives selon les directives nationales</b>																
Stratégie 2.1 : Confirmation biologique des cas			112,846,218	16,308,344	23,376,326	22,162,080	24,509,202	26,490,266						\$67,458,783.48		\$45,387,434.05
2.1.1. Assurer la réalisation des TDR pour la confirmation des cas suspects reçus en consultation externe	0,4072\$/TDR(CIF + transport ZS)	\$0.36	\$88,700,878.37	\$12,280,340.23	\$18,890,873.45	\$16,848,260.37	\$19,123,841.90	\$21,557,562.41	\$13,364,402.00	\$34,800,000.00	\$2,196,352.30	\$0.00	\$5,545,562.80	\$55,906,317.10	FM, PMI, DFID, DEFEAT MALARIA, OMS RACE, SECOURS CATHOLIQUE	\$32,794,561.27

2.1.2. Assurer la réalisation de la GE/FM pour la confirmation des cas graves et des échecs thérapeutiques	0,294S/GE(0,098 S/lame+0,162S/reactifs+0,026S/lancettes+al-cool+gants+0,008S/ouat)	\$0.29	\$7,223,435.24	\$901,134.31	\$1,028,057.12	\$1,571,554.28	\$1,761,515.90	\$1,961,173.62	\$2,497,467.66	\$375,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$2,872,467.66	FM,PMI	\$4,350,967.58
	Approvisionnement en microscopes des structures de référence(1548 structures de référence pour 516 ZS)	\$1,200.00	\$1,857,600.00	\$619,200.00	\$619,200.00	\$619,200.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$375,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$375,000.00	PMI	\$1,482,600.00
	Formation(6 pers/ ZS* 5j) pour 516 ZS	\$100.00	\$1,548,000.00	\$0.00	\$0.00	\$774,000.00	\$774,000.00	\$0.00	\$0.00	\$3,750,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$3,750,000.00	PMI	\$2,202,000.00
	Formation(2 session/an de 25 pers/session *26 DPS	\$100.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$0.00
2.1.3. Organiser un système d'assurance qualité du diagnostic	Formation en AQ (3 TL/ ZS//5j)	\$100.00	\$1,548,000.00	\$387,000.00	\$387,000.00	\$0.00	\$387,000.00	\$387,000.00	\$0.00	\$500,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$500,000.00	PMI	\$1,048,000.00
	Supervision AQ niveau central=2060* 26/ semestre	\$2,060.00	\$535,600.00	\$107,120.00	\$107,120.00	\$107,120.00	\$107,120.00	\$107,120.00	\$258,839.46	\$625,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$883,839.46	FM,PMI	\$348,239.46
	Supervision niveau provincial=1351* 258/ trim	\$1,351.00	\$6,971,160.00	\$1,394,232.00	\$1,394,232.00	\$1,394,232.00	\$1,394,232.00	\$1,394,232.00	\$1,166,704.00	\$500,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$1,666,704.00	FM,PMI	\$5,304,456.00
	AQ lames preselection-nées=2650/ semestre )	\$2,650.00	\$26,500.00	\$5,300.00	\$5,300.00	\$5,300.00	\$5,300.00	\$5,300.00	\$0.00	\$875,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$875,000.00	PMI	\$848,500.00
2.1.4. Assurer la réalisation des TDR dans les pharmacies ouvertes au public avant d'offrir un antipaludique.	0,407ZS/TDR (CF + transport ZS)	\$0.36	\$4,435,043.92	\$614,017.01	\$944,543.67	\$842,413.02	\$956,192.10	\$1,077,878.12	\$0.00	\$0.00	\$629,455.26	\$0.00	\$0.00	\$629,455.26	DFID	\$3,805,588.66
Strategies 2.2: Traitement des cas confirmés			\$389,077,119.20	\$57,174,827.15	\$76,804,906.32	\$75,958,594.72	\$92,448,014.22	\$86,690,776.79						\$0.00		\$0.00

2.2.1. Assurer le traitement des cas confirmés de paludisme simple au niveau des FOSA publiques et privées conformément aux directives nationales.	approvisionnement en intrants (ACT) dans le secteur public	\$0.45	\$65,770,311.91	\$10,456,893.20	\$13,828,354.68	\$13,828,354.68	\$13,828,354.68	\$13,828,354.68	\$10,127,656.79	\$28,950,000.00	\$227,973.06	\$0.00	\$357,760.00	\$39,663,389.85	FM,PMI,DFID,OMS RACE,SECOURS CATHOLIQUE	\$26,106,922.06	
	approvisionnement en intrants (ACT) dans le secteur privé	\$0.45	\$4,002,702.76	\$629,933.33	\$843,192.36	\$843,192.36	\$843,192.36	\$843,192.36	\$610,099.81	\$0.00	\$19,457,165.56	\$0.00	\$0.00	\$20,067,265.37	FM,DEFEAT MALARIA	-\$16,064,562.61	
	Formation des ECZS(5 personnes/ZS) et structures de référence(5personnes*3 FOSA y compris les privées) avec coût unitaire de 100\$ par personne formée (20 personnes/ZS x 7 jours x 516 ZS = 72240)	\$100.00	\$14,448,000.00	\$0.00	\$7,224,000.00	\$0.00	\$7,224,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00			\$14,448,000.00
	Formation des prestataires avec coût unitaire de 100\$ par personne formée (25 personnes par ZS dont 16 publiques et 9 privées x 5 jours x 516 ZS = 51600)	\$100.00	\$12,900,000.00	\$0.00	\$6,450,000.00	\$0.00	\$6,450,000.00	\$0.00	\$0.00	\$5,500,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$5,500,000.00	PMI	\$7,400,000.00	
2.2.2. Assurer le traitement pré référence des cas confirmés de paludisme grave dans les FOSA publiques et privées conformément aux directives nationales	approvisionnement artesunate en suppo ( CIF+ transport rendu BCZS)	\$0.42	\$4,934,666.38	\$505,087.68	\$720,285.22	\$1,101,074.35	\$1,234,166.71	\$1,374,052.43	\$392,232.67	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	FM,PMI,DFID	\$0.00	
2.2.3. Assurer le traitement des cas confirmés de paludisme grave dans les FOSA publiques et privées conformément aux directives nationales.	approvisionnement artesunate en inj ( CIF+ transport rendu BCZS)	\$2.20	\$147,958,593.25	\$18,458,055.04	\$21,057,832.00	\$32,190,357.12	\$36,081,366.60	\$40,170,982.50	\$11,013,676.13	\$4,433,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	FM,PMI,DFID	\$0.00	
	Approvisionnement quinine comp, ( CIF+ transport rendu BCZS)	\$84.00	\$20,254,983.68	\$2,528,825.89	\$2,885,005.52	\$4,410,205.10	\$4,938,350.30	\$5,492,596.87	\$0.00	\$1,750,640.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	FM,PMI,DFID	\$0.00	
2.2.4. Rendre disponible les produits sanguins pour la prise en charge des formes anémiques du paludisme grave.	Besoin en sang , besoin en campagne et besoin en Kit	\$16.00	\$74,172,466.40	\$13,998,680.64	\$14,404,642.40	\$14,822,376.96	\$15,252,225.92	\$15,694,540.48	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$74,172,466.40	

2.2.5. Assurer le traitement des cas confirmés de paludisme conformément aux directives nationales au niveau communautaire	Approvisionnement en intrants (ACT)	\$0.45	\$10,281,040.51	\$1,511,839.98	\$2,192,300.13	\$2,192,300.13	\$2,192,300.13	\$2,192,300.13	\$1,464,239.54	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$1,464,239.54	FM	\$8,816,800.97
	Formation des RECOSTITES 3 jours	\$100.00	\$3,130,200.00	\$1,043,400.00	\$0.00	\$1,043,400.00	\$0.00	\$1,043,400.00	\$168,357.19	\$5,000,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$5,168,357.19	FM,PMI	\$2,038,157.19
	Formation des prestataires des officines privées 3 jours(5 officines/ZS)	\$100.00	\$1,548,000.00	\$0.00	\$774,000.00	\$0.00	\$0.00	\$774,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$1,548,000.00
	Suivi post formation(- Coaching de DPS par le niveau central)	\$2,025.00	\$263,250.00	\$52,650.00	\$52,650.00	\$52,650.00	\$52,650.00	\$52,650.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$263,250.00
	Suivi post formation (Coaching de ECZS par les DPS)	\$1,049.00	\$2,706,420.00	\$541,284.00	\$541,284.00	\$541,284.00	\$541,284.00	\$541,284.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$2,706,420.00
	Suivi post formation des ECZS vers les SSC	\$712.00	\$5,354,240.00	\$1,070,848.00	\$1,070,848.00	\$1,070,848.00	\$1,070,848.00	\$1,070,848.00	\$266,934.82	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$266,934.82	FM	\$5,087,305.18
2.2.6. Organiser les réunions trimestrielles du groupe de travail "PEC" (Equipe PEC central avec tous les PTF PEC une fois par trimestre)	Une Réunion /trimestre (20 personnes par réunion x 2 jrs x 25\$/pers/ir de pause café x 3\$/pers/ir de pause café	\$1,820.00	\$36,400.00	\$7,280.00	\$7,280.00	\$7,280.00	\$7,280.00	\$7,280.00	\$0.00	\$22,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$22,000.00	CARE MALARIA	\$14,400.00
2.2.7. Organiser des campagnes de traitement de masse en cas d'épidémie	Phase initiale riposte épidémie (approvisionnement en intrants(CIA, TDR, artemether inj et quinine inj) + communication)	\$1.51	\$6,309,202.71	\$1,190,745.27	\$1,225,276.89	\$1,260,809.91	\$1,297,373.40	\$1,334,997.23	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$6,309,202.71
	Urgence complexe(-camps réfugiés; pop déplacés-8900000)	\$0.69	\$4,459,380.60	\$891,876.12	\$891,876.12	\$891,876.12	\$891,876.12	\$891,876.12	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$4,459,380.60
2.2.8. Assurer la pharmacovigilance des antipaludiques	Elaboration politique nationale et PSN, implantation centre régional, formation et supervision, approvisionnement en outils		\$10,547,261.00	\$4,287,428.00	\$2,636,079.00	\$1,702,586.00	\$542,746.00	\$1,378,422.00	\$217,190.00	\$2,500,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$2,717,190.00	FM,PMI	\$7,830,071.00
OBJECTIF STRATEGIQUE 3 : Surveillance épidémiologique																\$0.00
Stratégie 3.1: Renforcement SNIS-SS			\$31,024,143.16	\$6,504,884.63	\$5,979,814.63	\$6,179,814.63	\$5,979,814.63	\$6,379,814.63						\$8,473,469.40		\$22,550,673.75

3.1.1. Assurer la notification mensuelle des données de lutte contre le paludisme au moyen d'une base de données reliée au DHIS2	Formation Data manager dans les 15 nouvelles coordinations provinciales paludisme pendant 7 jours à Kinshasa	\$5,381.00	\$80,715.00	\$80,715.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$218,666.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$218,666.00	PMI	\$137,951.00
	Connexion Internet pour les 26 coordinations du pays	\$600.00	\$78,000.00	\$15,600.00	\$15,600.00	\$15,600.00	\$15,600.00	\$15,600.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$78,000.00
	Formation 119 membres ECZS + 1364 Prestataires(DSNIS)	\$294.58	\$436,855.00	\$436,855.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$1,301,269.00	\$236,400.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$1,537,669.00	FM,PMI	\$1,100,814.00
	Outils de collecte/ZS	\$4,951.88	\$12,775,843.16	\$2,555,168.63	\$2,555,168.63	\$2,555,168.63	\$2,555,168.63	\$2,555,168.63	\$1,209,949.40	\$200,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$1,409,949.40	FM,PMI	\$11,365,893.75
	réunion mensuelle de validation au niveau périphérique(175S/ZS) +connexion internet(50S/mois)	\$225.00	\$6,966,000.00	\$1,393,200.00	\$1,393,200.00	\$1,393,200.00	\$1,393,200.00	\$1,393,200.00	\$1,713,600.00	\$200,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$1,913,600.00	FM,PMI	\$5,052,400.00
3.1.2. Assurer la notification mensuelle des données de lutte contre le paludisme communautaire	Réunion mensuelle de validation au niveau AS	\$10.00	\$6,192,000.00	\$1,238,400.00	\$1,238,400.00	\$1,238,400.00	\$1,238,400.00	\$1,238,400.00	\$1,176,459.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$1,176,459.00	FM	\$5,015,541.00
3.1.3. Organiser un système d'assurance-qualité des données	Missions d'audits de qualité	\$1,049.00	\$2,706,420.00	\$541,284.00	\$541,284.00	\$541,284.00	\$541,284.00	\$541,284.00	\$0.00	\$150,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$150,000.00	PMI	\$2,556,420.00
	Mission de supervision	\$2,025.00	\$526,500.00	\$105,300.00	\$105,300.00	\$105,300.00	\$105,300.00	\$105,300.00	\$1,006,504.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$1,006,504.00	FM	\$480,004.00
	Réunion d'analyse des données	\$62,431.00	\$624,310.00	\$124,862.00	\$124,862.00	\$124,862.00	\$124,862.00	\$124,862.00	\$963,122.00	\$60,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$1,023,122.00	FM,PMI	\$398,812.00
3.1.4. Assurer la coordination du suivi-évaluation des activités de lutte contre le paludisme	Réunion /trimestre	\$1,500.00	\$30,000.00	\$6,000.00	\$6,000.00	\$6,000.00	\$6,000.00	\$6,000.00	\$0.00	\$30,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$30,000.00	PMI	\$0.00
3.1.5. Réaliser la revue des performances du programme (RPP)	Revue à mi parcours et à terme du PSN	\$400,000.00	\$600,000.00	\$0.00	\$0.00	\$200,000.00	\$0.00	\$400,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$600,000.00
3.1.6 Organiser un atelier d'élaboration d'un guide opérationnel de suivi et évaluation	Atelier de cinq jour	\$7,500.00	\$7,500.00	\$7,500.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$7,500.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$7,500.00	PMI	\$0.00
<b>Stratégie 3.2: Renforcement de la surveillance et riposte (SIMR)</b>			<b>\$8,021,608.28</b>	<b>\$1,546,192.00</b>	<b>\$1,965,840.28</b>	<b>\$1,503,192.00</b>	<b>\$1,503,192.00</b>	<b>\$1,503,192.00</b>						<b>\$862,576.56</b>		<b>\$7,159,031.72</b>
3.2.1. Assurer l'analyse des données de Notification hebdomadaire passive pour la préparation des ripostes	formation SIMR(100S/pers) + 516 ZS ciblées, 16 aires de santé en moyenne par ZS	\$100.00	\$345,600.00	\$345,600.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$719,078.40	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$719,078.40	FM	\$373,478.40
	Outils de collecte et fiches de définition des cas standard (1S/outils) 516 ZS ciblées, 16 aires de santé en moyenne par ZS	\$1.00	\$4,293,120.00	\$858,624.00	\$858,624.00	\$858,624.00	\$858,624.00	\$858,624.00	\$4,164.16	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$4,164.16	FM	\$4,288,955.84
3.2.2. Organiser la riposte aux flambées épidémiques	mission d'investigation	\$69,667.00	\$1,393,340.00	\$278,668.00	\$278,668.00	\$278,668.00	\$278,668.00	\$278,668.00	\$139,334.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$139,334.00	FM	\$1,254,006.00
3.2.3. Organiser un système de surveillance active et riposte.	formation, équipement, outils de collecte, RH		\$1,673,048.28	\$0.00	\$765,248.28	\$302,600.00	\$302,600.00	\$302,600.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$1,673,048.28

3.2.4 Mettre à contribution les services de santé de la Police et des forces Armées Congolaise pour le déploiement des unités mobiles d'urgence	Equipe de 10 elements	\$21,100.00	\$316,500.00	\$63,300.00	\$63,300.00	\$63,300.00	\$63,300.00	\$63,300.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$316,500.00
Stratégie 3.3: Renforcement de la surveillance sentinelle			\$8,682,287.00	\$1,773,722.40	\$1,465,759.90	\$1,988,522.40	\$1,465,759.90	\$1,988,522.40						\$1,175,000.00	\$7,507,287.00
3.3.1. Organiser un système de collecte des données de surveillance sentinelle intégré au DHIS2	Reproduction des outils (Structures *4 trimestre *26SS*1S)	\$100.00	\$13,000.00	\$2,600.00	\$2,600.00	\$2,600.00	\$2,600.00	\$2,600.00	\$0.00	\$0.00	\$5,000.00	\$0.00	\$0.00	\$5,000.00	DFID \$8,000.00
	kit informatique = Ordinateur et accessoires (1200S/kit *26SS) *26, tablettes (500S *26SS *4structures de santé); modem (50S/modem *26SS), crédit pour modem 50S et crédit pour tablette (20S *12mois *26 SS)	\$4,260.00	\$213,000.00	\$110,760.00	\$25,560.00	\$25,560.00	\$25,560.00	\$25,560.00	\$0.00	\$0.00	\$50,000.00	\$0.00	\$0.00	\$50,000.00	DFID \$163,000.00
	Prime de surveillance (MCZ=100S *12 mois *26ZS, IS=80S *12mois *26SS, IT=30S *12 *4structures *26SS)	\$3,600.00	\$468,000.00	\$93,600.00	\$93,600.00	\$93,600.00	\$93,600.00	\$93,600.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$468,000.00
3.3.2. Assurer la validation périodique des données de surveillance sentinelle	réunion trimestrielle conjointe Coordination provinciale-ECZS-COSA (500S/Réunion/trimestre *4 trimestres *26SS*2Jrs)	\$26,000.00	\$520,000.00	\$104,000.00	\$104,000.00	\$104,000.00	\$104,000.00	\$104,000.00	\$0.00	\$0.00	\$20,000.00	\$0.00	\$0.00	\$20,000.00	DFID \$500,000.00
	Réunion validation semestrielle centrale (50000S/réunion *2 réunions)	\$50,000.00	\$500,000.00	\$100,000.00	\$100,000.00	\$100,000.00	\$100,000.00	\$100,000.00	\$0.00	\$0.00	\$200,000.00	\$0.00	\$0.00	\$200,000.00	DFID \$300,000.00
3.3.3. Assurer le suivi annuel des données communautaires	mini enquête 25000/site * 26 SS. La première année, l'enquête prend en compte les 14 sites sentinelles telle que alimenté par la stratification actuelle	\$25,000.00	\$2,950,000.00	\$350,000.00	\$650,000.00	\$650,000.00	\$650,000.00	\$650,000.00	\$0.00	\$0.00	\$150,000.00	\$0.00	\$0.00	\$150,000.00	DFID \$2,800,000.00
3.3.4. Assurer le suivi de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques	69914,4\$/site + coordination et frais connexe = 17212,6833\$ (Coût historique des études d'efficacité thérapeutique	\$87,127.08	\$1,568,287.50	\$522,762.50	\$0.00	\$522,762.50	\$0.00	\$522,762.50	\$0.00	\$0.00	\$150,000.00	\$0.00	\$0.00	\$150,000.00	DFID \$1,418,287.50

3.3.5. Assurer la surveillance entomologique et le suivi de la sensibilité des vecteurs aux insecticides	30000\$/site*13 sites alimentant les strates du pays + coordination et frais connexe = 7692,3\$	\$37,692.30	\$2,449,999.50	\$489,999.90	\$489,999.90	\$489,999.90	\$489,999.90	\$489,999.90	\$0.00	\$500,000.00	\$100,000.00	\$0.00	\$0.00	\$600,000.00	PM,DFID	\$1,849,999.50
3.3.6. Assurer le suivi de la qualité des antipaludiques circulant	mini enquête/ site (besoin couvert par enquête communautaire)	PM	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$0.00
Stratégie 3.4: Recherche opérationnelle			\$25,510,938.00	\$8,470,768.00	\$3,466,170.00	\$8,958,000.00	\$4,058,000.00	\$558,000.00						\$1,325,590.80		\$24,185,347.20
3.4.1. Enquêtes Socio-démographiques	Enquête des ménages		\$15,765,598.00	\$3,713,598.00	\$2,078,000.00	\$8,858,000.00	\$558,000.00	\$558,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$15,765,598.00
3.4.2. Enquêtes épidémiologiques	Enquêtes ménages + structures de santé		\$9,486,340.00	\$4,498,170.00	\$1,388,170.00	\$100,000.00	\$3,500,000.00	\$0.00	\$603,646.40	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$603,646.40	FM	\$8,882,693.60
3.4.3. Enquête sanitaires	Enquête sanitaire		\$259,000.00	\$259,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$721,944.41	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$721,944.41	FM	\$462,944.41
OBJECTIF STRATEGIQUE 4 : Amener au moins 75% de la population exposée à connaître les modes de transmission, la prévention et la prise en charge du paludisme																\$0.00
Stratégie 4.1: Communication pour le changement de comportement (Communication inter personnelle et Médias des masses)			\$19,549,507.12	\$6,467,022.79	\$5,624,795.75	\$2,743,811.52	\$1,952,077.16	\$2,761,799.90						\$9,858,249.04		\$9,691,258.08
4.1.1. Assurer la formation des RECO sur l'utilisation des cartes conseil/paludisme	formation de 2 jours Reco (10/AS)	\$90.00	\$7,430,400.00	\$3,715,200.00	\$3,715,200.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$7,430,400.00
4.1.2. Assurer l'organisation des causeries éducatives dans les FOSA et les lieux publics	séance de causerie lieux publics (marché, gare, port...) et FOSA/ZS/an. 700\$/ZS/an	\$700.00	\$1,806,000.00	\$361,200.00	\$361,200.00	\$361,200.00	\$361,200.00	\$361,200.00	\$616,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$616,000.00	FM	\$1,190,000.00
4.1.3. Assurer l'organisation des visites à domicile	visites RECO vers domicile ménage/AS/4 par mois	\$100.00	\$4,128,000.00	\$825,600.00	\$825,600.00	\$825,600.00	\$825,600.00	\$825,600.00	\$295,680.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$295,680.00	FM	\$3,832,320.00
4.1.4. Assurer l'organisation des séances de sensibilisation à travers les réseaux organisés (Confessions religieuses, écoles, ...)	séance de sensibilisation (Confessions religieuses, écoles, .....), location salle = 2\$ + remboursement transport = 5\$ x 20 pers + cocktail = 5\$ x 20 pers/ZS/an	\$225.00	\$580,500.00	\$116,100.00	\$116,100.00	\$116,100.00	\$116,100.00	\$116,100.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$580,500.00
4.1.5. Assurer la diffusion des messages à travers les médias	diffusion cinq chaînes radio et cinq chaînes télévision/ZS/trimestre	\$150.00	\$1,548,000.00	\$309,600.00	\$309,600.00	\$309,600.00	\$309,600.00	\$309,600.00	\$2,485,355.44	\$6,375,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$8,860,355.44	FM,PMI	\$7,312,355.44
4.1.6. Produire/Reproduire des matériels et supports éducatifs imprimés	carte conseil/RECO et aides mémoire/FOSA/ (10 RECO*16 AS/ZS)	\$10.00	\$2,476,800.00	\$825,600.00	\$0.00	\$825,600.00	\$0.00	\$825,600.00	\$86,213.60	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$86,213.60	FM	\$2,390,586.40
4.1.7. Produire/Reproduire des matériels et supports éducatifs audio-visuels	spot (forfait)	\$25,000.00	\$50,000.00	\$25,000.00	\$0.00	\$0.00	\$25,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$50,000.00

4.1.8.Promouvoir l'assainissement péri et intra domiciliaire	Population générale x 30% de la population ciblée x Cout unitaire de sensibilisation sachant que c'est une thématique incluse dans les sensibilisations suppara	\$0.01	\$1,529,807.12	\$288,722.79	\$297,095.75	\$305,711.52	\$314,577.16	\$323,699.90	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$1,529,807.12
Stratégie 4.2 : Mobilisation sociale			\$13,276,001.27	\$2,382,978.37	\$2,690,538.37	\$2,690,538.37	\$2,602,392.29	\$2,909,553.87						\$263,200.00	\$13,012,801.27
4.2.1. Assurer la communication (Matinées d'information, conférences-débats, ...) avec des groupes spécifique (Hommes en uniforme, malentendants, étudiants, population autochtone...)	matinée de sensibilisation au niveau provincial (1000S x 2 séances par an par DPS x 26 DPS)	\$1,000.00	\$260,000.00	\$52,000.00	\$52,000.00	\$52,000.00	\$52,000.00	\$52,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$260,000.00
	matinée de sensibilisation au niveau national (1000S x 20 séances par an)	\$1,000.00	\$100,000.00	\$20,000.00	\$20,000.00	\$20,000.00	\$20,000.00	\$20,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$100,000.00
4.2.2. Assurer la communication/ Mobilisation (Avant, pendant et après) en faveur de campagne de distribution des MILDA à tous les niveaux	communication sur campagne MILD (Cout de communication par MILDA = 0,11S x Nombre de MILDA à distribuer chaque année)	\$0.11	\$11,633,001.27	\$2,054,378.37	\$2,361,938.37	\$2,361,938.37	\$2,273,792.29	\$2,580,953.87	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$11,633,001.27
4.2.3. Organiser la célébration de la journée Mondiale de la lutte contre le paludisme (JMP)	coût historique des celebrations au niveau national (20000S) et provinciale (4100S / province)	\$126,600.00	\$633,000.00	\$126,600.00	\$126,600.00	\$126,600.00	\$126,600.00	\$126,600.00	\$243,200.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$243,200.00	FM \$389,800.00
4.2.4. Publier trimestriellement le magazine PNLPI-INFO	infographie, designer,publication / trimestre (Cout d'une publication semestriel est de 10000S x 2 semestres)	\$10,000.00	\$100,000.00	\$20,000.00	\$20,000.00	\$20,000.00	\$20,000.00	\$20,000.00	\$20,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$20,000.00	FM \$80,000.00
4.2.5. organiser les manifestations culturelles et sportives en faveur de la promotion de la lutte contre le paludisme	logistique,prestation des services (Forfait)	\$10,000.00	\$50,000.00	\$10,000.00	\$10,000.00	\$10,000.00	\$10,000.00	\$10,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$50,000.00
4.2.6. Organiser la journée scientifique sur le paludisme en collaboration avec le comité scientifique de lutte contre le paludisme	logistique,prestation des services (Forfait)	\$100,000.00	\$500,000.00	\$100,000.00	\$100,000.00	\$100,000.00	\$100,000.00	\$100,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$500,000.00
Stratégie 4.3. Plaidoyer			\$168,300.00	\$48,300.00	\$30,000.00	\$30,000.00	\$30,000.00	\$30,000.00						\$250,000.00	\$81,700.00
4.3.1. Produire /Actualiser le plan de plaidoyer	Atelier en dehors de Kinshasa (transport, perdiem, location salle, per diem participants locaux, pause café, personnel d'appoint)	\$18,300.00	\$18,300.00	\$18,300.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$250,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$250,000.00	PMI \$231,700.00

4.3.2. Organiser des réunions (activités) de plaidoyer avec les décideurs à tous les niveaux	1 réunions de plaidoyer/mobilisation des ressources (confession religieuse, décideurs / Province par province x 26 provinces par an)	\$1,000.00	\$130,000.00	\$26,000.00	\$26,000.00	\$26,000.00	\$26,000.00	\$26,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$130,000.00
	4 réunions de plaidoyer/mobilisation des ressources au niveau national (confession religieuse, décideurs / Province)	\$1,000.00	\$20,000.00	\$4,000.00	\$4,000.00	\$4,000.00	\$4,000.00	\$4,000.00	\$4,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$20,000.00
<b>OBJECTIF STRATEGIQUE 5 : Renforcer la gestion de Programme</b>															\$0.00
Stratégie 5.1 : Renforcement des capacités institutionnelles et techniques du Programme			19,179,648	4,076,719	4,599,053	3,596,103	3,307,970	3,599,803						\$1,363,855.32	\$17,815,792.73
5.1.1. Assurer la mise en place 15 Services provinciaux additionnels pour (26 DPS)	RRH(primes: MCP*1000+3(AG,IS et DATA)*450+1(chauffage) par service provincial*15 par mois-DATA)*450+1(chauffage) par service provincial*15 par mois	\$2,530.00	\$2,049,300.00	\$227,700.00	\$455,400.00	\$455,400.00	\$455,400.00	\$455,400.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$2,049,300.00
	frais de fonctionnement(produits d'entretien,materiels et fourniture des bureaux, carburant, internet, communication) =7000 par trimestre(cout historique) fonctionnement(produits d'entretien,materiels et fourniture des bureaux, carburant, internet, communication) =7000 par trimestre(cout historique)	\$7,000.00	\$1,890,000.00	\$210,000.00	\$420,000.00	\$420,000.00	\$420,000.00	\$420,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$1,890,000.00
	infrastructure(rehabilitation 30000 par service provincial: cout historiquement	\$30,000.00	\$450,000.00	\$0.00	\$450,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$450,000.00
	materiel roulant(1 vehicule)	\$60,000.00	\$900,000.00	\$0.00	\$900,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$900,000.00
	2 moto 5000*2	\$10,000.00	\$150,000.00	\$0.00	\$0.00	\$150,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$150,000.00
	equipement (materiels informatiques,équipements des bureaux)	\$8,101.00	\$121,515.00	\$121,515.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$121,515.00

5.1.2. Assurer le renforcement des capacités du personnel du PNLP sur la gestion du Programme de lutte contre le paludisme.	formation courte durée/SP cout historique	\$10,000.00	\$380,000.00	\$30,000.00	\$50,000.00	\$100,000.00	\$100,000.00	\$100,000.00	\$0.00	\$200,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$200,000.00	PMI	\$180,000.00
	formation staff en management de la lutte contre le paludisme cout historique	\$2,000.00	\$120,000.00	\$120,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$120,000.00
	autres formations	\$50,000.00	\$50,000.00	\$50,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$50,000.00
5.1.3. Organiser le cours national de paludologie	formation 6000 par apprenant(hoborraire des formateur, restauration, logement, fourniture du bureau, * 30 pers )	\$6,000.00	\$900,000.00	\$180,000.00	\$180,000.00	\$180,000.00	\$180,000.00	\$180,000.00	\$279,140.04	\$200,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$479,140.04	FM,PMI	\$420,859.96
5.1.4. Finaliser les travaux de construction du siège du PNLP et son équipement.	contruction et équipement	\$667,399.00	\$667,399.00	\$667,399.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$667,399.00
5.1.5. Doter le PNLP (Niveau central et provincial) en frais de fonctionnement	frais de fonctionnement(produits d'entretient,materiels et fourniture des bureaux, carburant, internet, communication) niveau central	\$16,979.38	\$339,587.60	\$67,917.52	\$67,917.52	\$67,917.52	\$67,917.52	\$67,917.52	\$135,835.04	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$135,835.04	FM	\$203,752.56
	frais de fonctionnement(produits d'entretient,materiels et fourniture des bureaux, carburant, internet, communication) niveau provincial	\$3,146.27	\$1,447,285.45	\$138,436.00	\$327,212.36	\$327,212.36	\$327,212.36	\$327,212.36	\$761,398.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$761,398.00	FM	\$685,887.45
	centrale telephonique interne au niveau central	\$4,900.00	\$4,900.00	\$4,900.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$4,900.00
	Telephone portable des services	\$100.00	\$38,000.00	\$19,000.00	\$0.00	\$0.00	\$19,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$38,000.00
5.1.6. Assurer la maintenance des matériels et équipements de la coordination nationale	frais de maintenance(vehicule=800\$, site web =600,motos=1920\$,kit info=1500\$)	\$9,750.00	\$195,000.00	\$39,000.00	\$39,000.00	\$39,000.00	\$39,000.00	\$39,000.00	\$3,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$3,000.00	FM	\$192,000.00
5.1.7. Réhabiliter et équiper les bureaux des coordinations provinciales	rehabilitation et équipement	\$37,801.00	\$415,811.00	\$415,811.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$415,811.00
5.1.8. Assurer la maintenance des matériels et équipements des services provinciaux et antennes.	frais de maintenance (vehicule,motos, kit info)	\$2,870.00	\$1,320,200.00	\$126,280.00	\$298,480.00	\$298,480.00	\$298,480.00	\$298,480.00	\$6,600.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$6,600.00	FM	\$1,313,600.00
5.1.9. Assurer les primes de performance aux agents à tous les niveaux de la lutte contre le paludisme	payement primes PNLP national	\$568,200.00	\$2,841,000.00	\$568,200.00	\$568,200.00	\$568,200.00	\$568,200.00	\$568,200.00	\$1,798,800.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$1,798,800.00	FM	\$1,042,200.00
	payement primes PNLP provincial	\$333,960.00	\$1,669,800.00	\$333,960.00	\$333,960.00	\$333,960.00	\$333,960.00	\$333,960.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	FM	\$1,669,800.00
	payement primes services connexes(D3:28 agents)	\$137,400.00	\$687,000.00	\$137,400.00	\$137,400.00	\$137,400.00	\$137,400.00	\$137,400.00	\$446,400.24	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$446,400.24	FM	\$240,599.76

5.1.10. Faire un plaidoyer pour l'endossement et l'application des recommandations de l'audit institutionnel	PM	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	
5.1.11. Organiser les missions d'études et d'échanges d'expériences nationales et internationales ;	Voyage d'études et échanges d'expériences	\$7,500.00	\$750,000.00	\$150,000.00	\$150,000.00	\$150,000.00	\$150,000.00	\$150,000.00	\$12,880.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$12,880.00	FM	\$737,120.00
	mission coaching(26 pers*2 par an)	\$2,025.00	\$526,500.00	\$105,300.00	\$105,300.00	\$105,300.00	\$105,300.00	\$105,300.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$526,500.00
	suivi programmatique des services provinciaux	\$2,025.00	\$526,500.00	\$105,300.00	\$105,300.00	\$105,300.00	\$105,300.00	\$105,300.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$526,500.00
5.1.12. Assurer une assistance technique pour le PNLP	consultance internationale (voyage, per diem, honoraire et transport local=1527\$/j), consultance nationale (honoraire et transport local=350\$/j)		\$733,850.00	\$255,800.00	\$10,083.33	\$157,133.33	\$0.00	\$310,833.33	\$0.00	\$0.00	\$80,000.00	\$0.00	\$0.00	\$80,000.00	DFID	\$653,850.00
5.1.13. Créer le site web pour le PNLP et assurer sa maintenance	proforma création=2000\$, proforma maintenance=800\$/an	\$2,800.00	\$6,000.00	\$2,800.00	\$800.00	\$800.00	\$800.00	\$800.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$6,000.00
Stratégie 5.2: Mobilisation des ressources			459,312	214,656	10,000	10,000	214,656	10,000						\$160,000.00		\$299,312.00
5.2.1. Vulgariser le PSN 2016-2020.	ateliers(nationaux et provinciaux), réunions institutionnelles(cout historique 204656)	\$204,656.00	\$409,312.00	\$204,656.00	\$0.00	\$0.00	\$204,656.00	\$0.00	\$160,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$160,000.00	FM	\$249,312.00
5.2.2. Elaborer un Business Plan pour la mobilisation des ressources	plan de plaidoyer cfr activité 4,3,1	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$0.00
5.2.3. Faire le plaidoyer pour accroître le budget national et celui des entités décentralisées alloués à la lutte contre le paludisme	réunions institutionnelles cfr activité 4,3,2	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$0.00
5.2.4. Mettre en place un comité de lobbying pour la mobilisation des fonds ;	réunion trimestrielle du comité de 20 pers (transport 50\$, restauration 25\$)+location salle 1000\$	\$2,500.00	\$50,000.00	\$10,000.00	\$10,000.00	\$10,000.00	\$10,000.00	\$10,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$50,000.00
5.2.5. Faire le plaidoyer pour la fabrication locale de la MILDA	contact avec personnes ressources	PM	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$0.00
Stratégie 5.3: Coordination			885,450	121,338	191,028	191,028	191,028	191,028						\$5,856.00		\$879,594.00
5.3.1. Assurer le fonctionnement de la task force FRP au niveau central et provincial	réunion trimestrielle niveau central (personnes 60, transport et restauration 58\$, location salle 500\$)	\$3,980.00	\$79,600.00	\$15,920.00	\$15,920.00	\$15,920.00	\$15,920.00	\$15,920.00	\$5,856.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$5,856.00	FM	\$73,744.00
	réunion trimestrielle niveau provincial (personnes 20, transport et restauration 20\$, location salle 100\$)	\$500.00	\$230,000.00	\$22,000.00	\$52,000.00	\$52,000.00	\$52,000.00	\$52,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	FM	\$230,000.00

Organiser les réunions mensuelles de coordination des campagnes	réunions mensuelles (personnes 25) * (restauration+remboursement transport 50\$)	\$15,000.00	\$75,000.00	\$15,000.00	\$15,000.00	\$15,000.00	\$15,000.00	\$15,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	PSI	\$75,000.00
5.3.2. Renforcer les cadres de concertation intra et intersectorielle	ateliers pour élaboration des protocoles de collaboration	\$7,350.00	\$7,350.00	\$7,350.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$7,350.00
5.3.3. Renforcer la coordination interne du programme (CODIR, COGE, Réunions hebdomadaires des Division et Services provinciaux, suivi programmatique des services provinciaux)	Organiser les réunions hebdomadaires du CODIR 3 personnes (Pause café + 7\$)	\$1,092.00	\$5,460.00	\$1,092.00	\$1,092.00	\$1,092.00	\$1,092.00	\$1,092.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$5,460.00
5.3.4. Renforcer la coordination/ suivi de la mise en œuvre avec les PTF (Réunion hebdomadaires avec les PTF, réunions mensuelles de coordination des campagnes MILDA, Suivi programmatique des PR/ FM-PMEO/PMI-PMEO/DFID)	collation (réunions hebdomadaires avec PTF niveau central 7\$/ personnes *30)	\$840.00	\$50,400.00	\$10,080.00	\$10,080.00	\$10,080.00	\$10,080.00	\$10,080.00	\$8,640.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$8,640.00	FM	\$41,760.00
	collation (réunions mensuelles avec PTF niveau provincial 7\$/ personnes *20)	\$140.00	\$193,200.00	\$18,480.00	\$43,680.00	\$43,680.00	\$43,680.00	\$43,680.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	FM	\$193,200.00
Stratégie 5.4: Amélioration Gestion des achats et des stocks			9,002,189	2,009,238	2,034,238	890,238	2,034,238	2,034,238						\$40,000.00		\$8,962,189.00
5.4.1. Organiser les réunions trimestrielles du groupe de travail "GAS" (1500\$ cout historique)	réunion /trimestre	\$1,500.00	\$30,000.00	\$6,000.00	\$6,000.00	\$6,000.00	\$6,000.00	\$6,000.00	\$0.00	\$20,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$20,000.00	SIAPS	\$10,000.00
	mission de suivi (2025\$ par personne DANS 26 DPS)	\$2,025.00	\$1,053,000.00	\$210,600.00	\$210,600.00	\$210,600.00	\$210,600.00	\$210,600.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$1,053,000.00
5.4.2. Rendre disponible les intrants de qualité dans toutes les structures sanitaires y compris secteur privé	reunions de comité médicaments en province (500\$)	\$500.00	\$230,000.00	\$22,000.00	\$52,000.00	\$52,000.00	\$52,000.00	\$52,000.00	\$0.00	\$20,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$20,000.00	SIAPS	\$210,000.00
5.4.3. Assurer la formation sur la gestion des médicaments	atelier (5 ECZS+20 IT)/ZS	\$5,500.00	\$4,576,000.00	\$1,144,000.00	\$1,144,000.00	\$0.00	\$1,144,000.00	\$1,144,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$4,576,000.00
5.4.4. Accélérer la mise en place et le fonctionnement d'un SIGL basé sur les SMS.	formation, téléphones, crédits, logiciel +server et suivi (DPS kinshasa et kongo central) =7823,3/ZS ref SANRU/FM	\$7,823.30	\$2,581,689.00	\$516,337.80	\$516,337.80	\$516,337.80	\$516,337.80	\$516,337.80	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$2,581,689.00
5.4.5. Faire un plaidoyer pour une note de l'autorité demandant à la DPM d'obtenir l'avis consultatif des services spécialisés (le PNLP pour les commodités antipaludiques) dans le processus d'attribution des AMM.	PM	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$0.00
5.4.6. Mettre en place des mécanismes de sécurisation des médicaments et intrants	atelier (cout par hypothese/an/ZS)	\$5,000.00	\$5,000.00	\$5,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$5,000.00
	mission d'inspection/contrôle (2025\$ par personne)	\$52,650.00	\$526,500.00	\$105,300.00	\$105,300.00	\$105,300.00	\$105,300.00	\$105,300.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$526,500.00
<b>TOTAL</b>			<b>\$1,520,554,318.03</b>													

## **IV.2. Modalités d'exécution**

### **V.2 .1. Mécanisme de planification et de mise en œuvre**

#### **A. Organigramme et structure de mise en œuvre du programme**

La structure du Programme National de Lutte contre le Paludisme est déterminée par arrêté ministériel n°1250/CAB/MIN/S/YS/RM/094/2003 du 30 décembre 2003. Le programme est structuré en trois niveaux :

- le niveau central, structure d'élaboration des normes et stratégies, est composé d'une direction dotée de huit divisions.
- le niveau intermédiaire ou le service provincial du PNLP. Il a évolué au sein de l'Inspection provinciale de la santé. Celle-ci assumait concomitamment les fonctions d'inspection de la Division provinciale de la santé. Dans le cadre de la réforme en cours, conformément aux mesures transitoires sur le fonctionnement des coordinations provinciales des programmes spécialisés N°MS.1251/SG/AMI/0016/MK/2015, le service provincial du PNLP est placé sous l'autorité du Médecin Inspecteur Provincial afin d'assurer la conformité de la mise en œuvre des interventions. Ces interventions de lutte contre le paludisme feront partie intégrante des activités de la Division Provinciale de la Santé.
- le niveau périphérique, où les activités de lutte contre le paludisme sont intégrées dans le fonctionnement normal de la zone de santé. L'équipe cadre de la ZS assume la responsabilité d'offrir les services des soins de base selon les dispositions du document de stratégie de renforcement du système de santé (SRSS).

Dans la planification et la mise en œuvre des interventions, le PNLP bénéficie d'un appui des partenaires qui mettent à la disposition du programme des ressources humaines, financières et matérielles conformément à leur mandat. Au cours de sa revue annuelle, le PNLP et ses partenaires font le bilan des appuis en termes de temps dédié et des moyens mis à disposition, ainsi que le lien avec les résultats obtenus.

#### **B. Coordination de la planification annuelle**

La planification annuelle des activités de lutte contre le paludisme en RDC se fait à différents niveaux de la pyramide sanitaire en tenant compte des plans de développement sanitaire à chaque niveau. Au niveau opérationnel, chaque zone de santé élabore un plan d'action opérationnel (PAO) incluant les activités de lutte contre le paludisme tenant compte des besoins spécifiques identifiés. Les PAO des zones de santé sont validés et consolidés au niveau des provinces. Au niveau national un PAO intégré est également élaboré en harmonie avec les plans provinciaux et le PSN de lutte contre le paludisme. L'ensemble du processus est coordonné par la Direction d'Etude et de la Planification du Ministère de la Santé. Le PAO du programme est ainsi élaboré sur la base de ce document sectoriel.

#### **C. Renforcement des capacités**

Suite aux lacunes identifiées au cours des revues périodiques, un plan de renforcement des capacités du personnel à tous les niveaux sera élaboré chaque année. Un accent particulier sera mis sur certains domaines clés notamment l'entomologie, la gestion des approvisionnements et des stocks, l'utilisation rationnelle des médicaments, ainsi que la gestion des données.

## **V.2 .2. Partenariat et modalités de coordination**

La coordination des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme se fait à travers les réunions de « Task force paludisme » tant au niveau national que provincial. Au niveau national et provincial cette rencontre est présidée respectivement par la direction de lutte contre la maladie et le ministère Provincial de la Santé. Un deuxième mécanisme de coordination au niveau national est constitué par les réunions hebdomadaires et/ou mensuelles des groupes thématiques sous le leadership du PNLP.

## **V.2 .3. Gestion des approvisionnements et stocks**

Conformément aux recommandations de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé, la réforme du secteur du médicament en cours devrait permettre de mettre en place un système de régulation fonctionnel et rigoureux pour assurer la circulation de médicaments essentiels de qualité.

En application de la politique nationale, afin de garantir la couverture sanitaire universelle conformément aux orientations du PNDS, l'option de gratuité d'accès aux intrants de lutte antipaludique sera en vigueur tant dans le secteur public que dans le secteur privé lucratif.

Le cadre de collaboration et de coordination entre le PNLP, les bailleurs de fonds, le secteur privé et les autres acteurs œuvrant dans le secteur du médicament et autres intrants de lutte contre le paludisme, sera renforcé afin de garantir la disponibilité permanente des intrants de bonne qualité.

## **V.2 .4. Gestion financière**

Dans le cadre de la réforme du financement du secteur santé, le MSP met en place une Division Administrative et Financière (DAF) afin de permettre une approche sectorielle (SWAP). Transitoirement, une Cellule d'Appui à la Gestion (CAG) appuyée par une agence fiduciaire a été mise en place pour préparer la future DAF. À ce jour, seul le Fonds Mondial fait passer une partie de son financement pour la lutte contre le paludisme à travers cette structure. Les fonds gérés par les autres partenaires techniques et financiers, y compris les deux autres PR du Fonds Mondial, répondent aux procédures de gestion de chaque institution. Une plateforme d'harmonisation, constituée par le Groupe inter-bailleurs du secteur de la santé (GIBS), devrait permettre, à terme, une standardisation à minima des procédures financières.

Pour soutenir cette réforme, le Comité national de pilotage, présidé par le Ministre de la Santé Publique, est le seul organe de pilotage pour l'ensemble du secteur de la santé à assurer la coordination de tous les financements engagés dans le secteur. Les comités provinciaux de pilotage permettent de compléter ce dispositif de coordination dans l'optique de décentralisation en cours.

Dans le cadre de la coordination du financement de la santé, à défaut d'un financement direct, une approche de complémentarité sur la base d'un « contrat unique » a été développé pour assurer un financement global pour la mise en œuvre des PAO des DPS et des ZS moyennant un financement basé sur la performance.

## **V.2 .5. Plan de gestion des risques**

Le Programme National de lutte contre le Paludisme conscient du contexte socioéconomique et des exigences internationales actuelles en matière de bonne gouvernance, considère que la gestion de risque est un axe capital pour une gestion rationnelle des ressources qui lui sont allouées pour la pérennisation de la lutte contre le paludisme.

Le tableau XI ci-dessous relève les risques éventuels lors de la mise en œuvre du PSN 2016–2020 et leurs mesures d'atténuation.

**Tableau XI : Plan de gestion des risques éventuels et mesures d'atténuation lors de la mise en œuvre du PSN 2016–2020**

Type de risque	Risques	Niveau de risque	Mesures d'atténuation	
Politique	Evénements inattendus	1	Plan de contingence (sélection des activités prioritaires - focus sur prestation de services prioritaires, staff essentiel, sécurisation des stocks et équipements, etc.)	
			Renforcement de la collaboration avec les agences humanitaires	
Financiers	Mauvaise budgétisation des achats dans les subventions	2	Utiliser les prix de référence à l'échelle internationale pour le budget et veiller à inclure le prix du transport et l'assurance Besoin en assistance technique sur la GAS Au niveau national, il faudra mettre en œuvre la stratégie logistique en définissant les points de pré-positionnement des intrants tenant compte des infrastructures pour atteindre facilement toutes les ZS ciblées	
	Retard de décaissement	2	Respect des délais de dépôt de PUDR par les PR, respect des délais de la revue des PUDR par le LFA et le FM, accélération des décaissements par le FM	
	Faible couverture du système bancaire	2	Utiliser les agences bancaires là où elles existent et contractualiser avec les agences de transfert des fonds.	
	Faiblesse dans les modalités de gestion financière		2	Audits programmés et spéciaux
				Revue trimestrielle sur base des rapports trimestriels (y compris la vérification des pièces)
				Assistance technique des experts en gestion financière et extension des logiciels comptables auprès des SR Assistance technique en gestion financière
				Développement des capacités (y compris des formations)
Développement de capacités à travers les formations, la mise à disposition de logiciels de gestion harmonisés, suivi budgétaire des SR, etc.				
Mise à disposition d'un manuel des procédures de gestion harmonisées pour les SR et SSR				
Modalités de gestion de fonds différentes (remboursement, paiement direct, etc.)				
Forte dépendance financière vis-à-vis de l'extérieur	1	Plaidoyer pour la mobilisation et l'accroissement des ressources domestiques		
Réglementaire / légal	Non-respect de la réglementation nationale (liste des médicaments essentiels/ Autorisation d'importation)	3	Renforcer les capacités de la DPM dans la gouvernance et gestion du programme	
	Lourdeur de la réglementation douanière	2	Négocier auprès du ministère de la Santé un traitement particulier pour l'évacuation des produits médicaux et non médicaux liés au Projet. Chaque PR devra veiller à disposer d'un arrêté interministériel (Plan et finances) à jour lui accordant toutes les facilités fiscales nécessaires avec les produits essentiels listés. Obtenir la suppression de 2% de la redevance administrative.	
	Environnement des affaires peu assaini	3	Respect scrupuleux des procédures d'appels d'offres publics et de passation des marchés publics dans le choix des prestataires/fournisseurs	
Autres	Catastrophes naturelles	3	Plan de contingences	
	Autres épidémies		Plan de contingences	

\* 1=élevé, 2=moyen, 3=faible.

Le cadre de gestion des risques tiendra compte des composantes suivantes :

- le renforcement du contrôle interne permettra la protection des ressources physiques et la crédibilité du programme, tout en prévenant et en détectant les fraudes et visera la fiabilité des opérations et la sécurité des biens et des financements.
- le renforcement du contrôle externe assurera la régularité annuelle des audits selon les standards.
- le cadre fiduciaire établira un système qui renforcera la transparence, la fiabilité et le transfert des compétences en gestion financière.
- la redevabilité : tout intervenant dans la lutte contre le paludisme doit régulièrement rendre compte de ses activités.

### **IV.3. Budget et cadre de financement**

#### **V.3.1. Résumé du budget**

Le budget total du PSN 2016–2020 s'élève à 1 753 178 202 dollars US soit un coût total par habitant de 16,06 US\$. L'analyse par domaine thématique montre que :

- La promotion des mesures préventives du paludisme représente 49,4 %.
- La prise en charge des cas confirmés représente 36,1 %.
- Le suivi et évaluation et la recherche opérationnelle représentent 9,3 %.
- La communication pour le changement de comportement représente 3,6 %.
- La gestion du programme représente 1,6 %.

Le tableau XII ci-dessous présente la synthèse du budget du PSN 2016–2020 par domaine thématique.

**Tableau XII : Budget synthèse du PSN 2016–2020**

Catégories des coûts	2016	2017	2018	2019	2020	Total	%	
	Ressources humaines	11600203	23004839	7452546	17246306	5451382		4.3%
Médicaments ,intrants et GAS	168438250.6	233171531	326659082.9	278151777.8	326226249.9	1332646892	87.6%	
communication	8898301.158	8345334.12	5464349.895	4584469.45	5701353.767	32993808.39	2.2%	
Suivi et évaluation	20183919.03	14765936.81	20130881.03	14895118.53	12317881.03	82293736.43	5.4%	
Fonctionnement et investissement	1810258.52	2502609.884	1302609.884	1171609.884	1152609.884	7939698.055	0.5%	
Total	210930932.3	281790250.8	361009469.7	316049281.6	350849476.6	1520629411	100.0%	
TOTAL	363 158 234	342 963 884	452 704 505	352 859 202	403 739 484	1 753 178 202	100%	

L'analyse du budget en fonction des catégories de coûts montre que plus de 12% du budget va servir à l'approvisionnement en médicaments et en intrants. Le tableau XIII ci-dessous présente le résumé du budget par catégorie de coûts.

**Tableau XIII : Résumé du budget par catégorie de coûts**

Catégories de coûts	Stratégies	2016	2017	2018	2019	2020	Total et %	%
Ressources humaines	...	865 690	863 090	863 090	2 133 090	863 090	5 588 050	0,32%
Médicaments et intrants	...	86 526 360	95 627 411	42 033 202	48 203 506	53 188 979	325 579 458	19%
Gestion des approvisionnements	...	57 684 240	63 751 608	28 022 135	32 135 671	35 459 319	217 052 972	12%
Suivi et évaluation		37 610 788	31 115 881	30 399 114	30 310 662	32 810 662	162 247 107	9,25%
Fonctionnement		142 760 443	121 144 462	321 537 794	208 942 067	248 325 849	1 042 710 615	59,48%
Total		325 447 521	312 502 452	422 855 335	321 724 996	370 647 899	1 753 178 202	100%

### V.3.2. Plan de mobilisation des ressources

Les besoins programmatiques pour la mise en œuvre du PSN 2016–2020 s'élèvent à environ 1,7 milliards de dollars américains. Les ressources disponibles et attendues pour la même période sont estimées à environ quatre cent soixante-cinq millions de dollars américains. Il se dégage un écart financier d'environ 1,2 milliards de dollars américains, soit 73% des besoins. (Tableau XIV)

**Tableau XIV : Synthèse de l'analyse des écarts programmatiques**

Sources de financement	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
A. Budget total du PSN	233 877 065	325 547 446	311 848 004	422 305 391	322 548 540	370 928 822	1 753 178 202
B. Ressources locales disponibles attendues	7 969 906	8 969 206	9 290 296				18 259 502
C. Ressources extérieures disponibles attendues	219 619 724	163 069 233	134 199 902	50 000 000	50 000 000	50 000 000	435 886 785
D. Total des ressources disponibles attendues (B+C)	227 589 630	172 038 439	143 490 198	50 000 000	50 000 000	50 000 000	465 528 637
E. Écarts financiers (A-D)	6 287 436	153 509 007	168 357 806	372 305 391	272 548 540	320 928 822	1 287 649 565

Pour combler cet écart, un plan de plaidoyer sera développé pour la mobilisation de ressources additionnelles. Ce plaidoyer sera orienté autant vers le gouvernement de la RDC et les autres acteurs locaux (mobilisation interne), que vers les bailleurs extérieurs.

La mobilisation des ressources internes visera l'accroissement de la contribution financière du gouvernement central et des autorités provinciales, des entités décentralisées en faveur de la santé avec une proportion conséquente pour la lutte contre le paludisme. Toutes les opportunités de mobilisation des ressources seront mises à contribution, aussi bien par la sensibilisation des parlementaires, du gouvernement, de la société civile, des entreprises paraétatiques et privées, etc. Des approches novatrices seront utilisées, telles que la constitution d'un groupe de parlementaires « amis de la lutte contre le paludisme », des visites de plaidoyer auprès des parlements, aussi bien à l'échelle nationale que provinciale, des soirées de lobbying ou spectacles humanitaires, Téléthons, etc.

Le plaidoyer envers les bailleurs extérieurs visera d'une part à montrer les progrès réalisés dans le cadre de la lutte contre le paludisme afin de les motiver à maintenir, voire accroître leurs appuis. Une table ronde sera organisée à l'issue de l'atelier de validation et d'adoption du PSN et ciblera un large éventail de bailleurs potentiels pour obtenir leur adhésion à la lutte. Les instances de médiation (ALMA, RBM, UA, SADEC, CEEAC) et les ambassadeurs de bonne volonté seront mis à contribution.

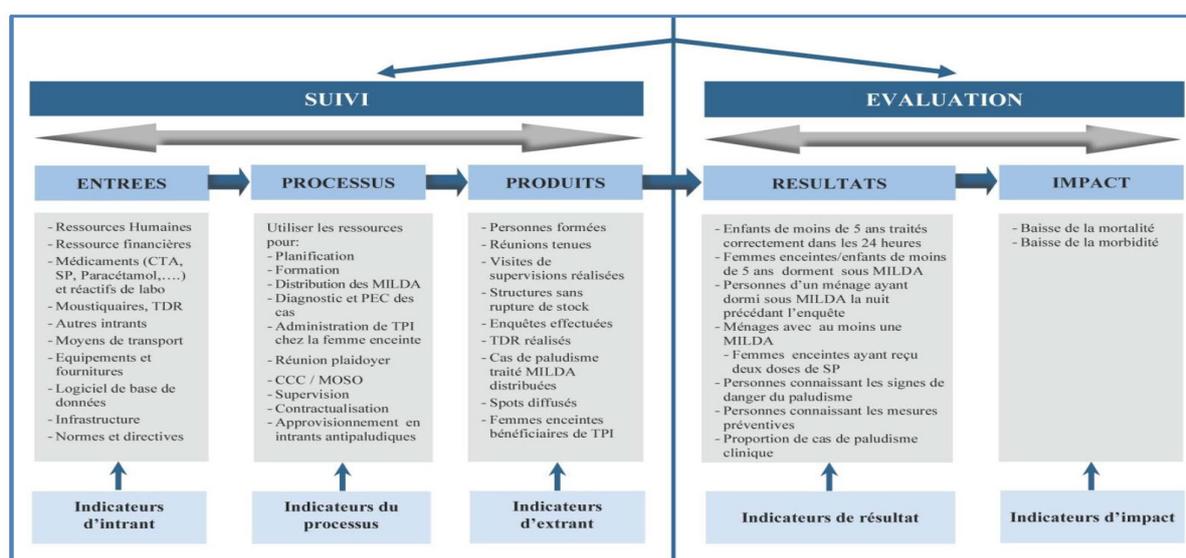
## V. CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION

La mise en œuvre du PSN de la lutte contre le paludisme 2016–2020 nécessite l'élaboration des éléments de suivi et évaluation appropriés. Ce chapitre décrit les éléments liés à l'appréciation dans le temps et dans l'espace des progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs du PSN 2016–2020. Le système de suivi et évaluation est un pilier important dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme et passe par la mise en place d'un dispositif incluant un bon cadre de performance alimenté par un système de gestion des données fiable, assorti d'un cadre de coordination fonctionnel. Ce dispositif devra permettre d'assurer le suivi des interventions et de répondre aux obligations de redevabilité non seulement aux décideurs mais aussi aux bénéficiaires.

Ainsi, le suivi et évaluation du PSN de lutte contre le paludisme 2016–2020 se veut un ensemble d'orientations techniques, méthodologiques et organisationnelles, permettant à tous les acteurs de dérouler harmonieusement les activités de suivi et d'évaluation. Ce dispositif offre ainsi des possibilités de comparaison entre différentes sources de données, tout en garantissant la validité et la fiabilité de l'information.

Un bon cadre de suivi et évaluation est basé sur l'agencement clair et logique des ressources et activités permettant d'obtenir des résultats nécessaires à l'atteinte de l'objectif global. Il permet d'identifier et d'illustrer les relations linéaires qui existent entre les différentes composantes du programme (intrants, activités, produits, effets et impact). Le présent plan (figure 16) suivra cette logique pour atteindre les résultats escomptés.

**Figure 13 : Modèle logique de suivi et d'évaluation du PNLP**



### VI.1. Cadre de performance

Le tableau XV présente le cadre de performance du PSN 2016–2020. Il inclut un ensemble d'indicateurs consensuels à rapporter régulièrement et de cibles visées durant la période d'exécution du plan stratégique. Le cadre de performance circonscrit les indicateurs qui serviront de base pour apprécier l'état d'avancement des activités de lutte contre le paludisme en RDC, juger le niveau de performance des couvertures réalisées et mesurer l'impact à travers un système de suivi et évaluation du PNLP. De plus une matrice a été développée dans le but de présenter une liste plus complète d'indicateurs mais aussi de présenter leurs définitions et d'autres éléments permettant une utilisation standardisée par tous les partenaires (Annexe 1).

Tableau XV : Cadre de performance du PSN de lutte contre le paludisme 2016–2020

Articles	Indicateurs	Données de base			Cibles					Source	Méthode et fréquence	Responsable
		Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020			
<b>But et objectifs</b>	<b>Indicateurs d'impact</b>											
But : Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés au paludisme de 40% par rapport à 2015, d'ici 2020	Taux de mortalité, toutes causes confondues, chez les enfants de moins de 5 ans	104‰	2013-2014	EDS						EDSEIP	Enquêtes	MIN PLAN, PNLP/ INS
	% des enfants de 6–59 mois qui ont une infection palustre	23%	2013-2014	EDS	21	19	17	15	13	EDS, EIP	Enquêtes	MINPLAN, PNLP/INS
	% de cas confirmés de paludisme pour 1 000 habitants	134	2014	Rapport annuel PNLP	123	112	102	91	80	SNIS/ PNLP	SIS de routine	PNLP
	% de décès hospitaliers imputables au paludisme pour 100 000 habitants	35	2014	Rapport annuel PNLP	32	29	27	24	21	SNIS/ PNLP	SIS de routine	PNLP
<b>Objectifs stratégiques</b>	<b>Indicateurs de résultats et d'effet</b>											
<b>Objectif 1:</b> Protéger au moins 80% des personnes exposées au risque de paludisme par les mesures préventives d'ici 2020	% de la population des ménages qui a dormi sous une MILDA la nuit précédente et/ou qui est protégée par des pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent au cours des 12 derniers mois	ND					80		80	EIP	Enquête ménages 2 ans	PNLP
	% de la population des ménages qui a dormi sous une MILDA la nuit précédente	50%	2013-2014	EDS			80		80	EIP	Enquêtes	PNLP/INS
	% d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous une MILDA	56%	2013-2014	EDS	60,8%	65,6%	70,4%	75,2%	80%	EDS, EIP	Enquêtes	MINPLAN, PNLP/INS
	% des femmes enceintes qui dorment sous une MILDA	60%	2013-2014	EDS	64%	68%	72%	76%	80%	EDS, EIP	Enquêtes	MINPLAN, PNLP/INS
	% de la population des zones d'interventions protégée par des pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent au cours des 12 derniers mois	ND	NA	Rapport PNLP	NA	80	80	80	80	EIP	Enquêtes	PNLP/INS

	% des femmes enceintes qui ont bénéficié de SP2 conformément à la politique nationale	14	2013-2014	EDS	20	30	40	50	60	EDS, EIP	Enquêtes	MINPLAN, PNL/INS
	% des femmes enceintes qui ont bénéficié de SP3 conformément à la politique nationale	ND			10	15	20	25	30	EDS, EIP	Enquêtes	MINPLAN, PNL/INS
<b>Objectif 2:</b> Traiter 100% des personnes testées positives selon les directives nationales	% 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	19%	2013-2014	EDS	32%	44%	56%	68%	80%	EDS, EIP	Enquêtes	MINPLAN, PNL/INS
	% d'enfants < 5 ans ayant bénéficié d'une confirmation biologique du paludisme et qui ont reçu un traitement conformément à la politique nationale	ND	2013-2014				80%		100%	SNIS		PNLP
	% de structures sanitaires sans ruptures de stocks de médicaments et produits antipaludiques à tout moment	53%			80%	80%	80%	90%	100%		Enquête FOSA	PNLP, Partenaires
<b>Objectif 3 :</b> Amener au moins 75% de la population exposée à connaître les modes de transmission, de prévention et de prise en charge du paludisme	% de chefs de ménages qui sont capables de reconnaître au moins deux moyens de prévention du paludisme	ND					60%		75%	EDS, EIP	Enquêtes	MINPLAN, PNL/INS
	% de mères et gardiens d'enfants qui sont capables de reconnaître au moins deux signes de danger chez un enfant fébrile de moins de 5 ans	ND					60%		80	EDS, EIP	Enquêtes	MINPLAN, PNL/INS
	% de mères et gardiens d'enfants qui sont capables de reconnaître les moyens de transmission du paludisme	84	2013-2014	EDS	90%		95%		100	EDS, EIP	Enquêtes	MINPLAN, PNL/INS
<b>Objectif 4:</b> Renforcer le système de surveillance, suivi et évaluation par la transmission dans les délais des rapports sur la lutte antipaludique à tous les niveaux	Taux de complétude des rapports [par FOSA]	38*	SNIS	60			80%		95	SNIS		PNLP
	Proportion des rapports complets transmis dans les délais	14*	SNIS	50			70%		80	SNIS		PNLP
	% d'épidémies de paludisme ayant fait l'objet de détection précoce et de riposte dans les 15 jours	30	2014	PNLP	80%				90	SNIS		PNLP
	Proportion de sujets de recherche réalisés	74	2014	PNLP	80	85	90	90	95	Rapport PNL/INS		PNLP

<b>Objectif 5</b> : Renforcer la gestion du programme	% des ressources de la lutte contre le paludisme mobilisé localement	6	2014	PNLP			10		15	Rapport PNLN		PNLP
	% des fonds décaissés	77	2014	PNLP	100	100	100	100	100	Rapport PNLN		PNLP
	Proportion des DPS qui organisent des réunions de revue et de planification annuellement	ND			100	100	100	100	100	Rapport PNLN		PNLP
	Proportion des DPS qui organisent des réunions de groupes de travail sur les médicaments trimestriellement	ND			100	100	100	100	100	Rapport PNLN		PNLP

*\*complétude sur 13 DPS ayant déjà intégré le DHIS2.*

## VI.2. Système de collecte et de gestion des données

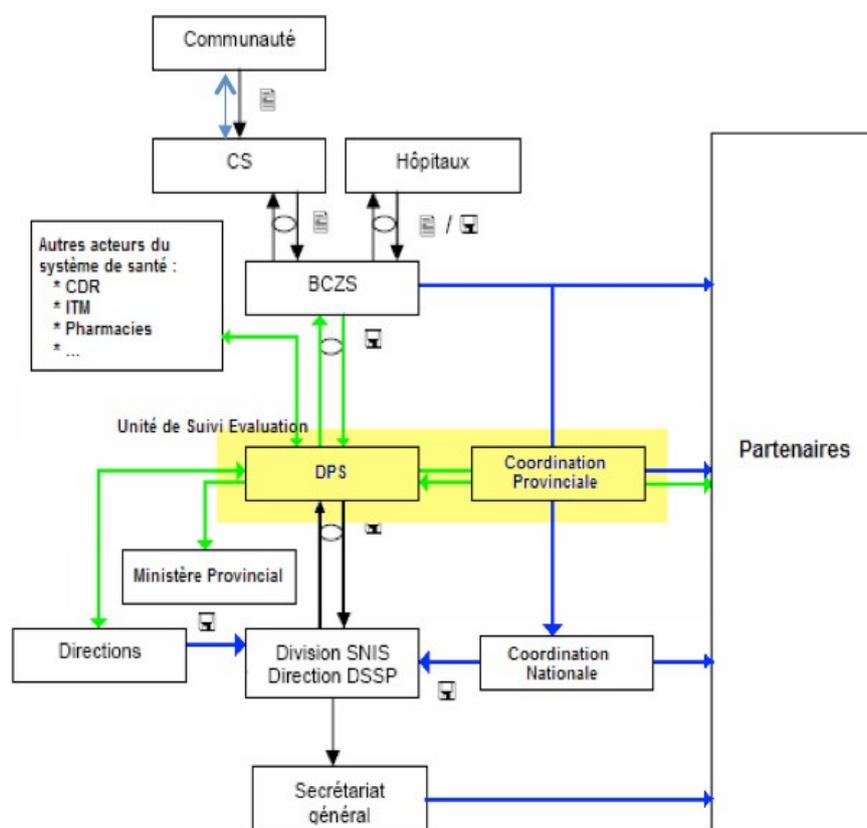
Les indicateurs dans ce cadre de performance et la matrice en annexe vont être collectés principalement en utilisant des systèmes existants au sein des services.

Le suivi et l'évaluation de ce plan va consister en la mise en œuvre de méthodes qualitatives et quantitatives en utilisant des outils de collecte de données existants et renforcés, tels que les méthodes de routine (rapports d'activités, le SNIS), les évaluations périodiques (revues de programmes et enquêtes dans les FOSA), les enquêtes démographiques et les travaux de recherche opérationnelle.

### VI.2.1 Circuit de l'information sanitaire

Toutes les données seront transmises mensuellement par les structures sanitaires au BCZS pour compilation et validation lors des revues mensuelles. La ZS transmettra mensuellement les données qui sont analysées et validées au niveau de la Division Provinciale de la Santé (DPS) par le logiciel DHIS2 pour certaines données et sous format papier pour celles n'ayant pas encore été intégrées dans le DHIS2. Au niveau intermédiaire, les données provenant des ZS seront analysées et validées à l'aide du logiciel DHIS2 et transmises au niveau national. Ce dernier procédera à la validation après analyse.

Figure 14 : Circuit de l'information au niveau du système de santé de la RDC



### VI.2.2 Qualité des données

L'assurance qualité sera assurée par le renforcement des capacités des différents acteurs sur la gestion des données et la disponibilité de tous les outils de collecte et de rapportage. Par ailleurs, le contrôle de la qualité sera réalisé d'une part par des missions de RDQA (Routine Data Quality Assessment) qui seront conduites par les DPS avec l'appui du niveau central (D5), et d'autre part par les missions d'audit des données qui seront réalisées trimestriellement par le PNLP.

## **VI.2.3 Collecte, traitement et analyse des données**

### **A.1. Composante des soins de santé primaires (SNIS/SSP)**

En collaboration avec la division SNIS de la DGOS, le PNLP s'assurera de la production des données de qualité relatives à la lutte contre le paludisme. De ce fait, le PNLP qui s'aligne au nouveau cadre normatif du SNIS avec son logiciel DHIS2.0, devra s'assurer, avec l'appui de ses partenaires, de la mobilisation des ressources nécessaires pour la gestion des données.

Ainsi, un accent sera mis, d'une part, sur le renforcement des capacités des principaux acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et, d'autre part, sur la mise à disposition des outils et équipements nécessaires pour la gestion des données. Conformément aux dispositions actuelles du SNIS, les données collectées au niveau des structures sanitaires devront remonter sous format papier au niveau des bureaux centraux pour traitement et analyse, suivi de leur saisie dans le logiciel DHIS2.0. Les zones de santé n'ayant pas encore intégré le logiciel DHIS2 devront transmettre les données des FOSA, HGR et BCZS sous format papier au niveau de la DPS. Conformément aux délais fixés par le Ministère de la Santé, les différents niveaux devront procéder à la transmission après validation des données.

Avec l'appui des différents partenaires, le PNLP contribuera à la mise à échelle du nouveau cadre SNIS avec son logiciel DHIS2 dans le but d'améliorer la complétude et la promptitude des rapports.

La gestion des données relatives à la lutte contre le paludisme au niveau national sera assurée de manière participative avec tous les responsables en matière de suivi et évaluation des partenaires au travers de la base des données du PNLP. Ce dispositif devra contenir, outre les données issues du DHIS2, les autres indicateurs pertinents, notamment les données relatives aux campagnes et enquêtes. Une sauvegarde systématique sera réalisée en vue d'éviter la perte des données.

### **A.2. Composante « Surveillance épidémiologique » (SNIS/SIMR)**

Sous le leadership de la DLM, le MSP organise une collecte hebdomadaire des données de morbidité et de mortalité relatives aux maladies à potentiel épidémique, y compris le paludisme. Le PNLP participe aux réunions hebdomadaires de la cellule de surveillance épidémiologique afin de s'enquérir des données liées au paludisme et d'y apporter sa contribution en termes d'analyse et de mise en place des actions de riposte, le cas échéant. Un plan de renforcement de cette surveillance a été élaboré par la DLM et bénéficie d'un support important du PNLP en termes de mobilisation de ressources et d'engagement.

### **A.3. Enquêtes périodiques et enquêtes spécifiques**

Considérant que les données issues de ce système de collecte de routine ne rapportent que des données venant des formations sanitaires qui ne traduisent pas la situation de la population générale, le PNLP s'appuie sur des données d'enquêtes pour obtenir un complément d'information nécessaire à une prise de décisions rationnelles et stratégiques. Il s'agit essentiellement des enquêtes démographiques et de santé (EDS), des enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS) et des enquêtes sur les indicateurs du paludisme (MIS).

### **A.4. Surveillance sentinelle**

Les deux systèmes de collecte des données ont montré certaines limites par rapport aux besoins en information attendu pour une prise de décision optimale. D'un côté, le système de routine fournit des données non exhaustives (nombre limité des indicateurs suite au système intégré tenant compte des autres maladies et autres composantes de système de santé), de faible promptitude et complétude

(rapportage partiel des structures intégrées et non prise en compte de structures non intégrée) et de qualité peu fiable. De l'autre côté, il est reproché aux enquêtes leur périodicité relativement longue (2-3 ans), leur non exhaustivité (absence de données entomologiques et test d'efficacité thérapeutique généralement non prises en compte), ainsi que leur coût très élevé.

Les sites sentinelles permettent de palier à ces limites en fournissant rapidement des données de qualité qui renseignent sur les tendances de certains indicateurs à partir d'informations complémentaires spécifiques qui ne sont recueillies ni par les systèmes de routine ni par les principales enquêtes susmentionnées. Au niveau des sites sentinelles la saisie des données dans le DHIS 2 se fera à partir des structures sanitaires (CS et HGR), et les sites sentinelles seront des sites d'enquêtes spécifiques.

### **VI.2.3.1 Dissémination et utilisation des données**

Les données produites seront partagées au travers les différents rapports du PNLP (rapports trimestriels, annuels et autres.). En outre, les conférences nationales et internationales constitueront des opportunités pour le PNLP de partager les informations importantes en lien avec la lutte contre le paludisme en RDC. Par ailleurs, les publications seront réalisées dans le site internet du PNLP, ainsi que dans les principaux journaux scientifiques.

Un accent sera mis sur la nécessité de procéder à l'utilisation des données à tous les niveaux de leur production conformément aux dispositions réglementaires du Ministère de la Santé. De ce fait, un renforcement des capacités des différents acteurs sera réalisé en collaboration avec les partenaires de mise en œuvre.

## **VI.3. Mécanismes de coordination du suivi et évaluation**

Une bonne coordination sera assurée afin d'harmoniser efficacement les différentes activités de suivi et évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cette coordination va se réaliser au travers des réunions régulières impliquant toutes les parties prenantes qui seront organisées tant au niveau national qu'au niveau provincial et périphérique.

Un comité de suivi de la mise en œuvre des activités inscrites dans le PSN sera installé au niveau national avec la participation de tous les partenaires techniques et financiers. Ce comité pourra au besoin se rendre au niveau des provinces pour apprécier la bonne marche des activités.

Au niveau national, la coordination sera assurée par l'unité de suivi et évaluation du PNLP à travers la tenue des réunions trimestrielles des groupes thématiques impliquant tous les responsables du suivi et évaluation. Ces réunions devront contribuer à la synchronisation des activités de suivi et évaluation des différentes parties prenantes et au suivi de la mise en œuvre du plan de suivi et évaluation. Au niveau provincial, la coordination sera assurée par le PNLP à travers des réunions mensuelles impliquant tous les acteurs de mises en œuvre.

## VII. ANNEXES

### Annexe 1 : Matrice d'indicateurs

But/objectif	Nom de l'indicateur	Définition	Unité de mesure	Type de l'indicateur	Source	Fréquence de rapportage	Responsabilité	Données de base	2016	2017	2018	2019	2020
Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés au paludisme de 40% par rapport à 2015, d'ici 2020	Taux de mortalité, toutes causes confondues, chez les enfants de moins de 5 ans	N: nombre de décès toutes causes confondues chez les enfants de moins de 5 ans D: nombre total des enfants de moins de 5 ans au cours de période enquêtée	Proportion	Impact	Enquête ménage	2-5 ans	Mini Plan, PNLP	104%					
	% des enfants de 6-59 mois qui ont une infection palustre	N: nombre d'enfants de 6 à 59 mois avec un test de diagnostic biologique du paludisme positif par la microscopie ou le TDR D: nombre total d'enfants de 6 à 59 mois testés par la microscopie ou le TDR pour le diagnostic biologique du paludisme	Proportion	Impact	Enquête ménage	2-5 ans	Mini Plan, PNLP	23%	21	19	17	15	13
	% de cas confirmés de paludisme pour 1 000 habitants	N: nombre de nouveaux cas de paludisme confirmés par la microscopie ou TDR au cours d'une année D: nombre total de personnes suivies pendant la même période (où nombre de personnes-années à risque)	Proportion	Impact	SNIS	mensuelle	PNLP	143	123	112	102	91	80

% de décès hospitaliers imputables au paludisme pour 100 000 habitants	N: Nombre des décès hospitaliers dus au paludisme par an x 100 000 D: Population totale	Proportion	Impact	SNIS	Mensuelle	PNLP	35	32	29	27	24	21
Cas de paludisme recensés (présumés + confirmés) pour 1 000 habitants	N: Nombre des cas de palu présumés + confirmés par an x 1 000. D: Population totale	Proportion	Impact	SNIS	Mensuelle	PNLP	16‰			10‰		13‰
Taux de positivité aux tests de paludisme (TDR ou GE)	N: nombre de cas de paludisme confirmés par un diagnostic biologique (microscopie ou TDR) D: nombre des cas suspects de paludisme testés	Proportion	Impact	SNIS	Mensuelle	PNLP	65%(PNLP 2013)			50‰		39%
Cas de paludisme graves hospitalisés pour 100 000 habitants	N: Nombres de cas de paludisme graves hospitalisés par an x 100 000 D: Population totale	Proportion	Impact	SNIS	Mensuelle	PNLP	41 pour 100 000			35 pour 100 000		25 pour 100 000
Prévalence de l'anémie	N: nombre total d'enfants de 6 à 59 mois avec un taux d'hémoglobine inférieur à 8 g/dl lors de l'enquête auprès des ménages D: nombre total d'enfants de 6 à 59 mois dont le taux d'hémoglobine a été mesuré lors la même enquête auprès des ménages	Proportion	Impact	Enquête ménage	2 ans-5 ans	PNLP	60% (EDS 2013-2014)			45%		36%

<b>Objectif 1 :</b> Protéger au moins 80% des personnes exposées au risque de paludisme par les mesures préventives d'ici 2020	% de la population des ménages qui a dormi sous une MILDA la nuit précédente et/ou qui protégée par des pulvérisations intra-domiciliaires à effet rémanent au cours des 12 derniers mois	N: Nombre de personnes ayant dormi sous une MILDA la nuit précédente et/ou qui a été protégée par des pulvérisations intra-domiciliaires à effet rémanent au cours des 12 derniers mois D: Nombre total des personnes enquêtées	Proportion	Effet	Enquête ménage	2 ans-5 ans	PNLP	ND			70%		80%
	% de la population des ménages qui a dormi sous une MILDA la nuit précédente	N: nombre de personnes ayant dormi sous une MILDA la nuit précédente D: nombre total de personnes (membres des ménages) qui ont passé la nuit précédente dans les ménages enquêtés	Proportion	Effet	Enquête ménage	2 ans-5 ans	PNLP	50%			80%		80%
	<b>% d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous une MILDA</b>	N: nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MILDA la nuit précédente D: nombre total d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi dans les ménages enquêtés la nuit précédente	Proportion	Effet	Enquête ménage	2 ans-5 ans	PNLP	56%			80%		80%
	<b>% des femmes enceintes qui dorment sous une MILDA</b>	N: nombre de femmes enceintes ayant dormi sous une MILDA la nuit précédente D: nombre total de femmes enceintes ayant dormi dans les ménages enquêtés la nuit précédente	Proportion	Effet	Enquête ménage	2 ans-5 ans	PNLP	60%			80%		80%

% de la population des zones d'interventions protégée par des pulvérisations intra-domiciliaires à effet rémanent au cours des 12 derniers mois	N: nombre de ménages ayant bénéficié de la PID dans les zones cibles au cours des 12 derniers mois D: nombre total de ménages dans les zones cibles au cours des 12 derniers mois	Proportion	Effet	Enquête ménage	2 ans	PNLP	ND			80%		80%
% des femmes enceintes qui ont bénéficié de SP2 conformément à la politique nationale	N: nombre de femmes ayant reçu au moins deux doses de SP au cours de la CPN D: nombre total de femmes reçues pour la CPN	Proportion	Effet	Enquête ménage	2 ans-5 ans	PNLP	14%	20%		40%		60%
% des femmes enceintes qui ont bénéficié de SP3 conformément à la politique nationale	N: nombre de femmes ayant reçu au moins trois doses de TPI pendant leur dernière grossesse menée à terme au cours des deux dernières années D: nombre total de femmes interrogées ayant mené leur dernière grossesse à terme au cours de deux dernières années	Proportion	Effet	Enquête ménage	2 ans-5 ans	PNLP	ND	10%		25%		30%
Pourcentage de ménages possédant au moins une MILDA	N: nombre de ménages enquêtés possédant au moins une MILDA D: nombre total de ménages enquêtés	Proportion	Effet	Enquête ménage	2 à 5 ans	PNLP et Partenaires	70%			80		90%
Pourcentage des nourrissons ayant reçu au moins trois doses de TPI dans les zones d'intervention	N: nombre de nourrissons ayant reçu au moins trois doses de TPI au cours des consultations préscolaires (CPS) D: nombre total de nourrissons reçus pour la CPS	Pourcentage	effet	Enquête ménage	2 à 5 ans	PNLP et Partenaires	ND			50%		80%

	Nombre de MILDA distribuées lors des campagnes de distribution de masse	Nombre total de MILDA distribuées aux ménages lors des campagnes organisées dans les provinces	Nombre	Processus	Rapport PNLP	Annuelle	PNLP						
	Proportion d'enfants ayant reçu une MILDA lors des CPS	N: nombre d'enfants de moins d'un an ayant bénéficié d'une MILDA lors des CPS dans les ZS D: nombre total d'enfants de moins de 5 ans reçus lors des CPS	Proportion	Produit	Rapport PNLP	Mensuelle	PNLP	38%			80%		90%
	Proportion des femmes enceintes ayant reçu une MILDA lors des CPN	N: nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'une MILDA au cours des visites de CPN D: nombre de femmes enceintes ayant passé au moins une visite de CPN au cours de l'année	Proportion		Rapport PNLP	Mensuelle	PNLP	38%			80%		90%
	Nombre de prestataires recyclés en CPN recentrée sur le TPI dans les ZS	Nombre de prestataires recyclés en CPN recentrée sur le TPI dans les ZS	Nombre	Produit	Rapport PNLP	Annuelle	PNLP/PNSR	2380			14 500		18 132
	Proportion des ménages ayant l'accès universel aux MILDA (1 MILDA pour 2 personnes)	Num : nombre des ménages avec 1 MILDA pour 2 personnes Dénom : total des ménages enquêtés	Pourcentage	effet	Enquête ménage	2 à 5 ans	PNLP et Partenaires	25%			80%		90%
	Proportion des personnes protégées par les opérations de PID	Num : nb des personnes protégées par la PID Dénom : nb total des personnes à risque dans les zones d'intervention	Proportion	effet	routine	Annuelle	PNLP				60%		80%

	Nombre de MILDA distribuées à travers des écoles et les OAC	Nombres de MILDA distribuées à travers des écoles et les OAC	Nombre	produit	routine	Mensuelle	PNLP	ND					
	% des gîtes larvaires traités	N: nombres des gîtes larvaires traités D: Nombre de gîtes larvaires identifiés dans les zones d'intervention	proportion	effet	routine	Annuelle	PNLP	ND			80%		100%
	Nombre et % des MILDA distribuées de manière continue aux groupes vulnérables (femmes enceintes et enfants de moins d'une année)	N: total des MILDA distribuées aux FE et aux enfants de moins d'une année D: total des FE et enfants de moins d'une année	Nombre et proportion	produit	SNIS	Mensuelle	PNLP	38%			80%		90%
<b>Objectif 2 :</b> Traiter toutes les personnes testées positives selon les directives nationales	% d'enfants de moins de 5 ans avec une fièvre au cours des derniers 15 jours qui ont subi une piqûre au doigt ou au talon pour le diagnostic du paludisme.	N: nombre d'enfants de moins de 5 ans avec une fièvre au cours des 2 dernières semaines ayant subi un prélèvement de sang au doigt ou au talon pour le diagnostic du paludisme D: nombre total d'enfants de moins de 5 ans ayant eu une fièvre au cours des 2 dernières semaines enquêtées	Pourcentage	effet	Enquête ménage	2 à 5 ans	Mini plan, PNL	32%	44%		56%		80%

	% d'enfants < 5 ans ayant bénéficié d'une confirmation biologique du paludisme et qui ont reçu un traitement conformément à la politique nationale	N: nombre de cas de paludisme de < 5 ans confirmés qui ont reçu un traitement conformément à la politique nationale D: nombre total de cas de paludisme de < 5ans confirmés par TDR ou microscopie	Pourcentage	effet	Rapport PNLP	Mensuelle	PNLP	ND			180%		100%
	% de structures sanitaires sans ruptures de stocks de médicaments et produits antipaludiques à tout moment	N: nombre de structures sanitaires sans rupture de stocks en médicaments ou produits antipaludiques D: nombre total de structures sanitaires concernées	Pourcentage	produit	SNIS	Mensuelle	PNLP	53%	80%	80%	80%	90%	100%
	Proportion des enfants de moins de 5 ans avec fièvre traités avec les CTA au niveau communautaire, conformément aux directives nationales	Numérateur: nombre d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre traités avec des CTA conformément aux directives nationales au niveau des sites de soins communautaires Dénominateur: nombre d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre reçus au niveau des sites de soins communautaires	proportion	produit	SNIS	Mensuel	PNLP	98%			100%		100%

	Taux de létalité hospitalière du paludisme (à tous les âges)	N: nombre de décès attribués au paludisme parmi les patients hospitalisés dans les formations sanitaires au cours d'une période donnée D: nombre total de patients hospitalisés pour paludisme enregistrés dans les formations sanitaires pendant la même période	Taux	Impact	SNIS	Mensuelle	PNLP, DSNIS	2‰			1,5‰		1‰
<b>Objectif 3 :</b> Amener au moins 75% de la population exposée à connaître les modes de transmission, de prévention et de prise en charge du paludisme	% de chef de ménages qui sont capables de reconnaître au moins deux moyens de prévention du paludisme	N: nombre de chefs de ménages ayant cité au moins deux moyens de prévention du paludisme D: nombre total des chefs de ménages enquêtés	Proportion	effet	Enquête	3 à 5 ans	Mini plan/Mini santé	ND			60%		75%
	% de mères et gardiens d'enfants qui sont capables de reconnaître au moins deux signes de danger chez un enfant fébrile de moins de 5 ans	N: Nombre de mères et gardiens d'enfants étant capables de reconnaître au moins deux signes de danger de la fièvre, paludisme pouvant survenir chez les enfants de moins de 5 ans x 100 D: Nombre total des mères et gardiens d'enfants enquêtés dans la communauté concernée	proportion	effet	Enquête	3 à 5 ans	Mini plan/Mini santé	ND			60%		80%

	% d'enfants d'âge scolaire qui sont capables de reconnaître au moins deux moyens de prévention du paludisme	N: nombre d'enfants en âge scolaire qui ont cité au moins deux moyens de prévention du paludisme D: nombre total d'enfants en âge scolaire enquêtés	proportion	produit	Enquête	3 à 5 ans	Mini plan/Mini santé	ND			60%		75%
	Nombre des spots radio et télé diffusés pour le paludisme	Nombre total de messages radio et télé diffusés sur le paludisme au cours de la période	Nombre	processus	Rapports du PNLP	Mensuelle	PNLP	à élaguer car processus					
	Nombre total de relais communautaires formés/ recyclés dans la prise en charge du paludisme	Nombre	processus	Rapports des formations	Mensuelle	PNLP	à élaguer car processus						
	% de mères et gardiens d'enfants qui sont capables de reconnaître les modes de transmission du paludisme	N: nombre de mères/gardiens d'enfants qui ont reconnu le mode de transmission du paludisme D: nombre total des mères/gardiens d'enfants enquêtés	Proportion	effet	Enquête	3 à 5 ans	Mini plan/Mini santé	84%	90%		95%		100%
<b>Objectif 4 :</b> Renforcer le système de surveillance, suivi et évaluation par la transmission dans les délais des rapports sur la lutte antipaludique à tous les niveaux	Taux de complétude des rapports [par FOSA]	Num : nb des rapports FOSA reçus Dénom : nb des rapports des FOSA attendus	Taux	Produit	Rapport PNLP	Mensuel	PNLP	38	60		80		95

	% d'épidémies déclarées de paludisme ayant fait l'objet de détection précoce et de riposte dans les 15 jours	Num : nb d'épidémies déclarées ayant fait l'objet d'une riposte ans les 15 jours Dénom : nb total d'épidémies déclarées	Proportion	Produit	Rapport PNLP	Annuel	PNLP	30			80		90
	Proportion de sujets de recherche réalisés	Num : nb des sujets de recherche réalisés Dénom : nb total des sujets de recherche planifiés	Proportion	Processus	Rapport PNLP	Annuel	PNLP	74	80	85	90	90	95
	Proportion des rapports complets soumis dans les délais souhaités, conformément aux directives nationales	N : Nombre des rapports complets soumis dans les délais D : Total des rapports attendus	Pourcentage	Produit	SNIS/DHIS	Mensuelle	PNLP	14	50		70		80
	Proportion d'établissements de santé ayant une concordance des données ≥ 80% au cours des RDQA	N : Nombre des FOSA avec un taux de concordance des données ≥ 80% D : Total FOSA ayant fait l'objet de RDQA.	Proportion	Produit	DSNIS	Trimestrielle	ND				50%		80%
	Proportion des sites sentinelles ayant soumis leurs rapports mensuels dans les délais	N : nombre de SS ayant soumis leurs rapports dans les délais D : Total de SS	Proportion	Produit	Rapports d'activités PNLP	Mensuelle	PNLP	55%			100%		100%
	Pourcentage des réunions thématiques du groupe de travail S&E tenues	N : nombre des réunions du METWG tenues. D : Total de réunions prévues.	Proportion	Processus	Rapports d'activités PNLP	Trimestrielle		50% (2015)			100%		100%

Ce document a été édité, formaté et reproduit par ICF/MEASURE Evaluation avec l'appui de PMI



U.S. President's Malaria Initiative

