

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| ACRONYMES ET ABREVIATIONS | 5 |
| LISTE DES TABLEAUX | 7 |
| LISTE DES FIGURES | 8 |
| AVANT-PROPOS | 9 |
| REMERCIEMENTS | 11 |
| RESUME EXECUTIF | 12 |
| 1. Analyse de la situation | 12 |
| 2. But et objectifs du Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le paludisme : | 13 |
| Objectif général : | 13 |
| 3. Stratégies d'interventions | 13 |
| 4. Les axes d'interventions du PSN de lutte contre le paludisme 2020-2023 | 13 |
| 5. Budget Global : | 14 |
| INTRODUCTION | 15 |
| I. PROFIL DU PAYS | 16 |
| I.1. Situation socio-géopolitique et administrative. | 16 |
| I.2. Analyse du système de santé | 17 |
| § Le niveau central : | 18 |
| § Le niveau provincial | 18 |
| § Le niveau opérationnel | 18 |
| II. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME | 19 |
| II.2. Situation de la lutte contre le paludisme en RDC | 19 |
| 1.3. Surveillance Epidémiologique | 24 |
| 1.3.1. Parasites du paludisme | 24 |
| 1.3.2. Vecteurs du paludisme | 25 |
| 1.3.3. Dynamique de la transmission | 29 |
| 1.3. Prévention | 30 |
| 1.4. Prise en charge des cas | 32 |
| 1.5. Suivi et évaluation, recherche opérationnelle | 33 |
| 1.6. Communication pour le Changement Social et Comportemental | 34 |
| 1.7. Gestion des Approvisionnements et stocks | 35 |
| 1.8. Gestion du programme et Gouvernance | 36 |
| 1.8.1. Renforcement des capacités institutionnelles et techniques du Programme | 36 |
| III. ANALYSE PROGRAMMATIQUE SELON LE PNDS 2019-2022 | 39 |
| Axe Stratégique 1 : | 39 |
| IV. CADRE STRATEGIQUE | 45 |
| IV.1. Vision | 47 |
| IV.2. Mission et principes directeurs | 47 |
| IV.3. Orientations stratégiques et priorités politiques de la RDC | 47 |
| IV.4. But et objectifs | 48 |
| IV.5. LES OBJECTIFS STRATEGIQUES | 48 |



| | |
|---|----|
| 1. Prévention : | 48 |
| 2. Prise en Charge des cas | 49 |
| 3. Surveillance épidémiologique | 50 |
| IV.6. Stratégies et activités clés | 53 |
| V. CADRE DE MISE EN OEUVRE | 56 |
| V.1. Plan de Mise en œuvre | 56 |
| V.2. Modalités d'exécution | 67 |
| V.2.1. Mécanismes de planification et de mise en œuvre | 67 |
| V.2.2. Partenariat et modalités de coordination | 68 |
| V.2.3. Gestion des approvisionnements et stocks. | 68 |
| V.2.4. Gestion financière | 69 |
| V.2.5. Mobilisation des ressources | 69 |
| V.2.6. Plan de gestion des risques | 69 |
| V.2.7. Plan de redevabilité | 71 |
| V.2.8. Budget et Cadre de financement | 71 |
| VI. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION | 72 |
| VI.1. Cadre des performances | 72 |
| VI.2. Système de collecte et de gestion des données | 72 |
| VI.2.1 Circuit de l'information sanitaire | 72 |
| VI.2.2 Qualité des données | 72 |
| VI.2.3 Collecte, traitement et analyse des données | 73 |
| VI.2.3.1 Dissémination et utilisation des données | 73 |
| VI.3. Mécanismes de coordination du suivi et évaluation | 73 |
| ANNEXES | 75 |
| CADRE DES PERFORMANCES | 87 |

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

| | |
|-------|---|
| AL | : Artéméther-Luméfantine |
| AMS | : African Malaria Strategy |
| AP | : Artésunate-Pyronaridine |
| AS | : Aire de Santé |
| ASAQ | : Artésunate-Amodiaquine |
| BCZS | : Bureau Central de la Zone de Santé |
| BM | : Banque Mondiale |
| CAC | : Cellule d'Animation Communautaire |
| CAGF | : Cellule d'Appui à la Gestion Financière |
| CCSC | : Communication pour le changement social et de comportement |
| CCT | : Comité de Coordination Technique |
| CDF | : Congo Democratic Franc |
| CDR | : Centrale de Distribution Régionale |
| CNP | : Comité National de Pilotage |
| CODEV | : Comité de Développement |
| CPN | : Consultation Prénatale |
| CPS | : Consultation Préscolaire |
| CS | : Centre de Santé |
| CSU | : Couverture sanitaire Universelle |
| CTA | : Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine |
| CTLM | : Comité Technique de Lutte contre la Maladie |
| DAF | : Division Administrative et Financière |
| DFID | : Department for International Development |
| DHIS2 | : District Health Information Software 2 |
| DGLM | : Direction Générale de 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 |
| EPP | : Encadreurs Provinciaux Polyvalents |
| EUV | : End Use Verification (survey) |
| FOSA | : Formation Sanitaire |
| GAS | : Gestion des achats et des stocks |
| GAVI | : Global Alliance for Vaccines and Immunization |
| GE | : Goutte Epaisse |
| GIBS | : Groupe Inter bailleurs du secteur de la Santé |
| HBHI | : High Burden to High Impact |
| HGR | : Hôpital Général de Référence |
| ICCMc | : Integrated Community Case Management |
| IEC | : Information, Education et communication |
| INRB | : Institut National de Recherche Biomédicale |
| JMP | : Journée Mondiale du Paludisme |
| LAP | : Lutte Anti-Paludique |
| MAA | : Monitoring Amélioré pour Action |
| MICS | : Multiple Indicator Cluster Survey |
| MILD | : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à longue Durée |
| MIS | : Malaria Indicators Survey |
| MS | : Ministère de la Santé |
| OAC | : Organisation à Assise Communautaire |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | : Organisation Non-Gouvernementale |
| PBO | : Butoxyde Pipéronyl |
| PCA | : Paquet Complémentaire d'Activités |
| PAO | : Plan d'Action Opérationnel |
| PCIME | : Prise en Charge intégrée des Maladies de l'enfance |



| | |
|------------|---|
| PCR | : Polymérase Chain Reaction |
| PEC | : Prise en Charge de cas |
| PIB | : Produit Intérieur Brut |
| PID | : Pulvérisation Intra-Domiciliaire |
| PMA | : Paquet minimum d'Activités |
| PMI | : 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 |
| PR | : Principal Récipiendaire |
| PSN | : Plan Stratégique National |
| PTF | : Partenaires Techniques et Financiers |
| RBM | : Roll Back Malaria |
| RDC | : République Démocratique du Congo |
| RDQA | : Routine Data Quality Assessment |
| RECO | : Relais Communautaire |
| RNB | : Revenu National Brut |
| RPP | : Revue des performances du Programme |
| SADC | : South African Development Community |
| SIMR | : Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte |
| SMC | : Seasonal Malaria Chemoprevention |
| SNIS | : Système National d'Information Sanitaire |
| SP | : Sulfadoxine-Pyriméthamine |
| SRMNEA-NUT | : Santé Reproductive de la Mère, du Nouveau-Né, de l'Enfant et l'Adolescent-Nutrition |
| SRSS | : Stratégie de Renforcement du Système de Santé |
| SSC | : Sites des Soins Communautaires |
| SURVEPI | : Surveillance Epidémiologique |
| TDR | : Test de Diagnostic Rapide |
| TPI | : Traitement Préventif Intermittent |
| UNICEF | : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| USAID | : United States Agency for International Development |
| VSAT | : Very small aperture terminal |
| ZS | : Zone de Santé |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Budget en fonction des domaines d'intervention | 14 |
| Tableau 2 : Evolution des indicateurs du paludisme en RDC les dix dernières années | 23 |
| Tableau 3 : Fréquence des allèles de résistance aux insecticides en RDC | 26 |
| Tableau 4 : Evolution des indicateurs de prévention en fonction des cibles du PSN | 31 |
| Tableau 5 : Taux de réalisation des indicateurs de prise en charge | 32 |
| Tableau 6 : Stratégies et activités à mettre en œuvre | |
| Tableau 7 : Plan de gestion des risques éventuels et mesures d'atténuation lors de la mise en œuvre du PSN 2019–2023 | 39 |
| Tableau 8 : Budget et Cadre de financement | 70 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Carte géographique de la RDC | 16 |
| Figure 2 : Nombre de cas de paludisme par province | 20 |
| Figure 3 : Incidence du paludisme par zone de santé. | 20 |
| Figure 4 : Les dix provinces à charge palustre élevée | 21 |
| Figure 5 : Mortalité infanto-juvénile en RDC | 21 |
| Figure 6 : Mortalité globale dans les ZS en RDC. | 22 |
| Figure 7 : TPI chez les femmes enceintes en RDC | 22 |
| Figure 8 : Evolution de la prévalence parasitaire de 2000 à 2018 | 23 |
| Figure 9 : Mortalité de Anophèles gambiae s.l. après exposition aux insecticides | 25 |
| Figure 10 : Evolution de cas de paludisme | 25 |
| Figure 11 : Evolution de cas de paludisme | 27 |
| Figure 12 : Evolution de cas de paludisme | 27 |
| Figure 13 : Evolution de cas de paludisme | 28 |
| Figure 14 : Comparaison des cas de paludisme notifiés en 2019 par rapport aux cinq années antérieures | 28 |
| Figure 15 : Zones de santé à paludisme à transmission saisonnière | 28 |
| Figure 16 : Stratification des interventions LAP en RDC | 29 |
| Figure 17 : Conditions d'optimisation des interventions à mettre en œuvre | 30 |
| Figure 18 : Stratification des interventions LAP en RDC (OMS, 2019) | 43 |
| Figure 19 : Conditions d'optimisation des interventions à mettre en oeuvre | 44 |

AVANT-PROPOS

La République Démocratique du Congo (RDC) et ses partenaires ont consenti de nombreux efforts ces dernières années pour porter à l'échelle les interventions de lutte contre le paludisme à haut impact à toute la population. La moustiquaire imprégnée d'insecticides à longue durée d'action (MILD) est entrée dans nos communautés de base, les nouveaux traitements antipaludiques ont été rendus disponibles dans les formations sanitaires et même dans les ménages, la femme enceinte bénéficie du traitement préventif intermittent (TPIf) bien qu'il subsiste encore des barrières socio-anthropologiques entourant la grossesse et, la surveillance sous toutes ses formes a été étendue aux différentes provinces.

Les dernières statistiques mondiales publiées par l'OMS situent notre pays parmi ceux qui ont encore besoin d'un accompagnement dans la lutte à cause de la lourde charge que le paludisme fait porter à la population avec des conséquences socio-économiques néfastes. La transmission est encore intense et, le paludisme demeure la première cause de consultation dans nos structures des soins. Nous pouvons néanmoins nous réjouir du fait que la mortalité due à cette maladie a sensiblement baissé surtout chez les enfants de moins de cinq ans, nous donnant ainsi une lueur d'espoir quant au succès futur de la lutte antipaludique dans notre pays.

Nonobstant cet espoir, l'analyse de la situation relève d'énormes faiblesses et menaces qui constituent des véritables défis à relever au cours de ces cinq ans à venir surtout dans la disponibilité continue des services, leur accès et utilisation effective par les populations, la mobilisation des ressources et le suivi-évaluation des interventions. C'est dans ce cadre précis qu'il faille situer notre engagement dans l'approche « High Burden to High Impact » (HBHI) ou « d'une charge élevée à un fort impact » qui s'appuie en particulier sur la volonté politique pour dégager une meilleure orientation stratégique permettant un accompagnement efficace dans l'obtention d'une réponse coordonnée.

Notre pays a recadré son PNDS 2019-2022 vers une amélioration des prestations de qualité dirigées essentiellement vers la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent autour d'un cadre d'investissement de la santé reproductive et la nutrition. Nous sommes particulièrement fiers que ce Plan stratégique de la lutte contre le paludisme (PSN), s'en imprègne solidement pour une mise en œuvre rationnelle des interventions essentielles de



lutte contre le paludisme adaptées aux spécificités de chaque zone de santé pour un meilleur impact.

L'atteinte des objectifs que se fixe le PSN 2020-2023 passe aussi par la responsabilisation des communautés quant à l'identification de leurs besoins, la planification de leurs priorités et la mise en œuvre des activités communautaires pour la lutte antipaludique. Cela va constituer une incitation de ces communautés à s'approprier la lutte contre le paludisme dans toutes les provinces. L'engagement sans faille de nos partenaires techniques et financiers à nous accompagner dans cette lutte sous le leadership de la coordination du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) est à féliciter.

Engageons-nous tous pour un pays à zéro cas de paludisme.

Dr YUMA RAMAZANI Sylvain

Secrétaire Général à la Santé

REMERCIEMENTS

Après le Plan Stratégique (PSN) 2016-2020, voici maintenant le PSN 2020-2023. Mais pourquoi un nouveau PSN alors que le précédent court encore ? en effet, c'est dans l'unique souci d'aligner ce dernier au Plan Sectoriel recadré 2019-2022.

Après le lancement de l'approche High Burden, High Impact laquelle devrait booster la lutte contre le paludisme sous le leadership des autorités locales, la micro-stratification opérée en est une opportunité inouïe afin de mener une lutte avec des stratégies illuminée par le Mix interventions approprié à chaque Zone de santé. Néanmoins pour les grandes agglomérations, le travail de micro-stratification ne fait que commencer et devrait se poursuivre au cours de l'année en cours.

Ce PSN est le produit d'une analyse inclusive, sans complaisance, d'un Consensus solide, raisonné, truffé des discussions, de fois passionnées, mais surtout éclairées par les évidences, et arrosé d'un respect mutuel sans précédent.

La direction du programme exprime sa profonde gratitude à son Excellence Monsieur le Ministre de la santé pour sa vision claire ainsi qu'à Monsieur le Secrétaire Général à la santé pour son accompagnement permanent.

Que tous les partenaires techniques trouvent ici, l'expression de notre reconnaissance pour leur appui omniprésent et innovant !

De même, nous sommes reconnaissants à l'égard des partenaires financiers, sans lesquels beaucoup de nos résultats ne seraient que de vœux.

Notre Profonde gratitude s'adresse aussi à tous les partenaires de mise en œuvre et aux institutions Universitaires du pays pour leur appui déterminant,

Enfin que toute l'équipe de la rédaction du PSN, trouve ici l'expression de nos encouragements et de reconnaissance pour ses heures de sommeil et de repos prêtées à la lutte contre le paludisme.

Directeur du Programme National de lutte contre le Paludisme

Professeur Dr. ERIC MUKOMENA SOMPWE

RESUME EXECUTIF

La République Démocratique du Congo (RDC) s'est engagée à élaborer et mettre en œuvre des stratégies, garantissant l'accès universel aux interventions les plus efficaces de lutte contre le paludisme pour réduire le fardeau socio-économique lié à cette maladie. Plusieurs plans stratégiques ont été mis en œuvre dont le dernier élaboré pour la période 2016-2020 a eu comme objectif principal de réduire de 40% la morbidité et la mortalité liées au paludisme par rapport au niveau de 2015. La vision collective d'intégration prônée par le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2019-2022, a nécessité l'élaboration d'un plan stratégique recadré et ciblant d'une part l'amélioration des prestations pour la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et d'autre part, le renforcement du système de santé. C'est dans ce cadre que le présent plan stratégique 2020-2023 a été élaboré par l'ensemble des parties prenantes.

1. Analyse de la situation

L'analyse de la situation a examiné les domaines d'interventions de la lutte contre le paludisme, en référence au cadre de mise en œuvre de la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 dans la région africaine qui a été adopté lors de la 66^{ème} réunion du Comité régional de l'OMS/AFRO (RC66). Cette analyse a pris en compte les orientations de l'approche de l'approche « High Burden High Impact (HBHI) » ou « d'une charge élevée à un Impact élevé ». Cette approche qui vise la réduction de la morbidité et de la mortalité du paludisme dans les pays ayant un fardeau élevé du paludisme dont la RDC s'appuie sur quatre piliers principaux : i) la volonté politique en faveur de la lutte contre le paludisme, ii) des informations stratégiques pouvant décupler l'impact du paludisme, iii) l'amélioration de l'accompagnement des politiques et des stratégies et iv) la coordination de la réponse nationale.

De cette analyse situationnelle, les principaux éléments suivants ont été relevés :

- Une faible couverture des prestations et services de qualité de lutte contre le paludisme aussi bien dans les formations sanitaires que dans la communauté en matière de prévention tant individuelle que collective, de la prise en charge, de la surveillance épidémiologique et contrôle des épidémies ;
- Une rupture récurrente des intrants de lutte contre le paludisme
- Une insuffisance des ressources pour porter les interventions à l'échelle du pays ;
- Une faible mobilisation des ressources domestiques y compris les allocations gouvernementales ;
- Une faible capacité à générer à temps des données de qualité ;
- Une faible capacité à évaluer le changement de comportement des habitants vis-à-vis des interventions menées ;
- Une faible intégration du secteur privé dans la lutte contre le paludisme ;
- Une faible capacité à assurer les supervisions, le suivi et évaluation ;
- Une faible appropriation de la lutte contre le paludisme par les communautés

- L'absence d'un cadre multisectoriel formel garantissant l'implication de tous pour la réussite des actions prônées.

2. But et objectifs du Plan Stratégique National (PSN) 2020-2023

2.1. But

Le but poursuivi par ce PSN est de contribuer à l'élimination du paludisme en République Démocratique du Congo et, de ce fait, améliorer l'état de santé de la population générale par la réduction de la charge humaine et socio-économique due au paludisme.

2.2. Objectif général

Ce PSN 2020-2023 poursuit comme objectif général la réduction de 40% de la morbidité et de 50% de la mortalité liées au paludisme par rapport aux données de 2018.

3. Stratégies d'interventions

Elles reposent sur trois principaux axes stratégiques du PNDS recadré 2019-2022. Il s'agit de : (i) l'amélioration des prestations des services de santé et continuité des soins de qualité aux différents niveaux du système de santé (ii) l'appui aux différents piliers du système de santé (iii) le renforcement de la gouvernance et du système de santé.

4. Les axes d'interventions du PSN de lutte contre le paludisme 2020-2023

En référence aux axes stratégiques du PNDS, onze (11) interventions majeures sont retenues dans le plan stratégique de lutte contre le paludisme. Ces interventions seront mises en œuvre dans toutes les provinces de la RDC. Cependant, elles seront renforcées avec un paquet d'activités supplémentaires dans les dix Divisions Provinciales de la Santé (DPS) qui ont été identifiées comme portant la charge la plus importante de la maladie (plus de 60% de cas de paludisme)¹. Il s'agit de : Haut Katanga, Ituri, Kasai, Kasai Central, Kasai Oriental, Kinshasa, Kongo Central, Nord-Kivu, Tanganyika et Sud-Kivu.

¹ PNL : Rapport HBHI RDC, Kinshasa Novembre 2019

5. Budget Global

Il s'élève à 1.014.775.578 \$USD

Tableau I : Budget en fonction des domaines d'intervention

| Module | SYNTHESE DU PSN PAR MODULE | | | | | Coût Total |
|---|----------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|---------------|
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| Gestion des programmes | 8 879 925 | 11 349 310 | 8 032 758 | 7 781 922 | 36 043 916 | 3,6% |
| Lutte antivectorielle : MILD | 156 599 380 | 91 109 607 | 125 783 943 | 148 140 906 | 521 633 836 | 51,4% |
| Lutte antivectorielle : PID | 3 694 288 | 4 118 288 | 3 694 288 | 3 694 288 | 15 201 152 | 1,5% |
| Gestion des cas – Diagnostic | 10 520 429 | 12 343 921 | 16 818 335 | 14 843 677 | 54 526 362 | 5,4% |
| Gestion des cas – Traitement | 46 079 473 | 56 150 106 | 68 894 417 | 75 185 250 | 246 309 247 | 24,3% |
| Intervention de prévention spécifique : Traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPiG) | 6 273 288 | 7 286 095 | 7 712 895 | 8 157 511 | 29 429 789 | 2,9% |
| Intervention de prévention spécifique : Chimio prophylaxie saisonnière du paludisme (SMC) | - | 1 894 230 | 1 949 162 | 2 005 688 | 5 849 080 | 0,6% |
| Intervention de prévention spécifique : Chimio prophylaxie saisonnière du paludisme TPIn | - | 12 148 | 19 883 | 26 474 | 58 505 | 0,0% |
| Surveillance Epidémiologique | 2 202 891 | 9 056 881 | 8 184 963 | 8 052 450 | 27 497 186 | 2,7% |
| Communautaire | 7 037 040 | 10 821 610 | 20 223 688 | 14 934 080 | 53 016 418 | 5,2% |
| Renforcement de Capacité | - | 651 238 | 165 475 | - | 816 713 | 0,1% |
| S&E | 5 937 922 | 5 972 815 | 5 937 922 | 6 544 716 | 24 393 375 | 2,4% |
| IEC/CC (Pris en compte dans chaque Module) | 8 101 094 | 8 101 094 | 25 634 544 | 16 123 052 | 57 959 783 | 6,1% |
| TOTAL | 247 224 635 | 210 766 249 | 267 417 731 | 289 366 962 | 1 014 775 578 | 100,0% |

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*. Il existe quatre espèces principales de *Plasmodium* qui causent le paludisme chez l'homme : *Plasmodium falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae* et *P. ovale*. Parmi elles, *P. falciparum* est la plus dangereuse et responsable de la plupart de décès. Par ailleurs, des formes graves causées par *P. Knowlesi*, espèce parasitant préférentiellement le singe, sont de plus en plus décrites chez l'homme à travers le monde.

Le paludisme est l'un de fléaux socio-économiques qui préoccupe le monde avec une morbidité et mortalité élevées. La vision mondiale d'ici 2030 est celle « d'un monde sans paludisme ». Elle se résume en 3 piliers : (i) Garantir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme ; (ii) Accélérer les efforts vers l'élimination et l'obtention du statut exempt de paludisme et (iii) Faire de la surveillance du paludisme une intervention de base. Ceci a conduit à un élan de solidarité mondiale facilitant la mise en œuvre des interventions à haut impact.

Depuis 2016, la RDC comme les autres pays endémiques connaît une recrudescence des cas malgré les importants efforts consentis. En 2018, 18 208 440 cas de paludisme ont été enregistrés soit une morbidité proportionnelle de 44% contre 12 186 639 cas de paludisme enregistré en 2015 et représentant une morbidité proportionnelle de 38,7%. Quant aux décès liés au paludisme, une réduction sensible a été notée durant cette même période allant de 39 054 décès en 2015 à 18 030 décès au cours de l'année 2018.

La prévention multiple, la prise en charge des cas et la surveillance épidémiologique constituent les stratégies majeures d'interventions contre le paludisme dans le pays. Les femmes enceintes, nouveau-nés, enfants et adolescents sont les plus vulnérables et constituent ce fait les cibles prioritaires de la lutte contre cette maladie. Pour atteindre une couverture universelle de différentes interventions préconisées, un engagement de nos communautés, du gouvernement et de ces partenaires est nécessaire pour mobiliser les ressources nécessaires pour lutter contre le paludisme. Ce qui justifie ce présent PSN de lutte contre le paludisme qui présente les grandes orientations et les résultats attendus de la lutte contre le paludisme pour la période 2020-2023.

I. PROFIL DU PAYS

I.1. Situation géographique et socio-politique.

Située au cœur de l’Afrique, la RDC est le deuxième pays le plus vaste du continent Africain avec une superficie de 2.345.409 km². Elle a 9.165 kilomètres de frontière avec neuf pays notamment la République du Congo à l’Ouest, l’Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie à l’Est, au nord, la République Centrafricaine et le Sud-Soudan et, la Zambie et l’Angola au Sud (*Figure 1*).



Figure 1 : Carte géographique des vingt-six provinces de la République Démocratique du Congo Source : Radio Okapi (2015)

La République démocratique du Congo est composée de la ville de Kinshasa ainsi que de 25 provinces dotées de la personnalité juridique. Elle compte 96 villes, 145 territoires, 471 secteurs, 261 chefferies, 337 communes urbaines, 267 communes rurales et 5 397 groupements.

Les limites de compétences entre le pouvoir central et les provinces sont définies par la constitution du pays de sorte que la législation médicale et l’art de guérir comme l’élaboration des normes et directives de lutte contre le paludisme relèvent de la compétence exclusive du niveau central. Tandis que l’organisation et la promotion des soins de santé primaires incluant l’offre des services de lutte contre le paludisme relèvent de la compétence exclusive des provinces.

I.2. Ecosystème, environnement et climat

La RDC comprend quatre régions géographiques, à savoir : une plaine côtière à l’Ouest ; une cuvette centrale faite de plaines et de plateaux étagés dont la végétation est caractérisée par

une forêt dense (forêt équatoriale) ; des plateaux au Nord, au Nord-Est et au Sud, où la végétation est constituée de savanes arborées, entrecoupées de galeries forestières ; enfin, des massifs montagneux à l'Est, au Sud-est et à l'Ouest. La variété des climats (équatorial, tropical humide, tropical à saison sèche prolongée, et littoral) contribue au fait que le pays profite de précipitations en quantités suffisantes. Mais le réchauffement climatique a conduit à des modifications importantes dans certaines contrées comme les deux provinces de Lualaba et du Haut-Katanga où la pluviométrie a été perturbée réduisant à quatre mois au maximum la saison pluvieuse. De plus, le pays dispose d'un important réseau hydrographique, dont le fleuve Congo avec une longueur estimée à 4.374 km.

I.3. Données démographiques et socio-économiques

Le dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) organisé en RDC remonte à juillet 1984. Un autre recensement est en cours de préparation. La projection de la population de 2019, réalisée à partir du DHIS2 avec un taux d'accroissement de 2,9%, est estimée à 106.719.018 habitants. Le nombre d'enfants de moins 5 ans et de femmes enceintes est respectivement de 20.169.894 et de 4.268.761. La population est inégalement répartie entre le milieu urbain (38,4%) et le milieu rural (61,6%). La densité moyenne de la population est 36 habitants/km² avec la ville province de Kinshasa qui enregistre la plus forte densité. (1.161/km²). La projection de la population de 2019 à 2023 par province est présentée dans le document des annexes

Sur le plan sécuritaire, la situation de la RDC est marquée par la persistance de poches d'insécurité liées aux activités des groupes armés et des milices. Cette situation a fortement affecté les provinces du Nord Kivu, du Tanganyika, du Sud Kivu, de l'Ituri, du Kasai et du Kasai Central. À ces crises humanitaires, qui sévissent depuis plusieurs décennies, s'ajoutent des épidémies récurrentes, telles que la Maladie à Virus Ebola (la RDC en est à sa dixième épidémie), le choléra, et la rougeole, qui ont une incidence néfaste sur le système de santé et sur les indicateurs de santé. La situation sécuritaire a entraîné un déplacement interne de population. Ainsi à la semaine 5 (27 janvier au 02 février 2020) on note 5,01 millions de personnes déplacées.

Sur le plan économique, la RDC compte parmi les pays les plus pauvres du monde et se situe au 179^{ème} rang au niveau mondial et 43^{ème} rang en Afrique de l'indice de développement humain (PNUD 2019). Le Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant est estimé à 495 dollars US (World Bank, 2019).

I.2. Analyse du système de santé

La Politique Nationale de la Santé (PNS) adoptée en 2001, établit les soins de santé primaires comme étant l'orientation politique majeure selon laquelle le ministère de la Santé et le gouvernement de la République démocratique du Congo organisent le système de santé. L'unité opérationnelle de mise en œuvre est la Zone de santé, niveau de dispensation de soins de santé globaux, continus et intégrés.

Le ministère de la Santé est structuré en 3 niveaux notamment : le niveau central, le niveau provincial, et le niveau périphérique ou opérationnel.

I.2.1. Le niveau central :

Le niveau central est en pleine réforme administrative prévoyant de réduire significativement le nombre de directions et programmes spécialisés, en regroupant certains, et en les réintégrant à la Direction générale de lutte contre la maladie, ou encore en transformant d'autres en services publics spécialisés.

I.2.2. Le niveau provincial

Le niveau provincial est composé du ministre provincial en charge de la Santé, d'une Division provinciale de la Santé, d'une Inspection provinciale de la Santé, de l'hôpital provincial, et des autres structures sanitaires à vocation provinciale. Les Divisions provinciales de la Santé (DPS) sont des structures décentralisées placées sous la tutelle des ministres provinciaux ayant la santé dans leurs attributions. Elles assurent le rôle d'encadrement technique, ainsi que le suivi et la traduction des directives, stratégies, et politiques, sous forme d'instructions pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des Zones de Santé à travers les Encadreurs provinciaux polyvalents (EPP). Les Inspections provinciales de Santé (IPS) sont des structures déconcentrées, qui exercent les fonctions de contrôle et d'inspection au niveau provincial, sous la tutelle du Gouverneur de province. D'autres services provinciaux sont les Hôpitaux provinciaux, les Laboratoires provinciaux, et les Centrales de distribution régionale des médicaments. Ils assurent les soins de santé de référence secondaire et l'appui des zones de santé dans leurs domaines spécifiques.

I.2.3. Le niveau opérationnel

Le niveau opérationnel comprend 516 Zones de santé, avec 393 Hôpitaux généraux de référence et 8 504 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). 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), sous la responsabilité d'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.

S'agissant de la participation communautaire, elle est soutenue par les organisations à assise communautaire (OAC) qui jouent un rôle important dans les activités de masse (Campagne de distribution des MILD) 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 (SSC) permettent

d'améliorer la couverture de services en faveur des communautés d'accès difficiles aux FOSA. Le pays a adopté depuis 2018 la politique nationale de la santé communautaire avec un plan stratégique national.

L'offre de soins est assurée par les structures publiques et les structures privées.

Le secteur public est organisé autour des CS, des HGR, des Hôpitaux provinciaux, des hôpitaux des forces armées, de la police, ainsi que d'autres départements organisant des soins pour leurs travailleurs.

Le secteur privé est subdivisé en deux catégories à savoir le privé à but lucratif et non lucratif (services de santé d'organisations non gouvernementales et d'organisations confessionnelles) et la médecine traditionnelle. Le secteur pharmaceutique est essentiellement privé. Le privé lucratif est surtout présent en milieu urbain et dans les pôles économiques. Il est constitué par les cabinets médicaux et paramédicaux, les cliniques ou polycliniques, et les centres de diagnostic (laboratoires, imagerie).

Le secteur privé confessionnel et associatif est présent en RDC depuis l'époque coloniale et représente environ 40 % de l'offre de soins (État des lieux du secteur de la santé, 2010). Les principaux acteurs en sont les églises catholiques, protestantes, kimbanguistes et salutistes, qui gèrent des formations sanitaires (hôpitaux et centres de santé).

Il convient par ailleurs de mentionner qu'aujourd'hui les villes de la RDC sont soumises à une urbanisation galopante non planifiée et à une croissance rapide de leurs populations. Ceci appelle à travailler sur l'adaptation du mode d'organisation des services de santé en milieu urbain, en prenant en compte ses particularités.

La médecine traditionnelle constitue une part non négligeable de l'offre de soins. Elle est même, dans certains milieux, le premier recours suite à l'absence de structures modernes et à la faible accessibilité financière des soins pour les populations.

Dans le cadre du nouveau plan stratégique 2020-2023, il conviendra de renforcer le partenariat public-privé mais aussi l'implication des organisations à assise communautaire (OAC) à tous les niveaux du système communautaire, notamment dans la planification, la mobilisation des ressources, la mise en œuvre et le suivi et l'évaluation des interventions sanitaires.

II. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME

II.2. Situation de la lutte contre le paludisme en RDC

Pour répondre favorablement aux stratégies, approches et recommandations tant internationales que nationales visant l'élimination du paludisme, le pays s'est engagé depuis au moins sept ans à mettre à l'échelle les interventions à haut impact de lutte antipaludique comme la distribution universelle de la MILD, la chimioprévention du paludisme chez la femme enceinte, l'administration des Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) et le renforcement de la surveillance épidémiologique.

Néanmoins, le paludisme demeure la première cause de morbidité et de mortalité et continue à sévir sous un mode endémique. Sa transmission est pérenne dans la plus grande partie du territoire national. Dans plusieurs contrées, il a été observé des flambées épidémiques accentuées par des modifications du milieu et de l'environnement, des variations saisonnières, des déplacements de populations et parfois un dérèglement de la lutte-. Partant d'une incidence de 161 pour mille en 2013, une décroissance à 132 pour mille a été notée en 2015. Une recrudescence des cas a été rapportée en 2018 avec un taux d'incidence de 177 pour mille, dépassant ainsi les proportions relevées ces dix dernières années.

La situation sécuritaire préoccupante conduisant à un déplacement massif des populations, une désorganisation de la lutte antipaludique et le changement climatique sont des facteurs déterminants des recrudescences des cas de paludisme surtout dans les provinces formant la ceinture frontalière à l'Est du pays et au Centre. Au niveau des deux provinces de l'Ouest du pays, la recrudescence des cas serait liée à l'amélioration de la collecte des données surtout dans leur rapportage, les conditions climatiques favorables à la prolifération des moustiques et aussi à la désorganisation de la lutte dans le non-respect du calendrier de distribution de masse des intrants de protection individuelle et collective et la faible vulgarisation des directives nationales autant pour la prise en charge des cas que la prévention.

Les maladies émergentes comme la maladie à virus Ebola, le Chikungunya ont aussi déstabilisé et fragilisé le système de santé et la capacité d'offres continu des services de prévention et de traitement du paludisme. Par ailleurs, des ruptures de stocks d'intrants ont été notées dans certaines provinces comme le Sankuru surtout lors de la transition entre deux phases d'appui pour donner suite au changement de système d'approvisionnement des intervenants.

En ce qui concerne la morbidité, les figures suivantes illustrent la situation au niveau provincial et zones de santé.

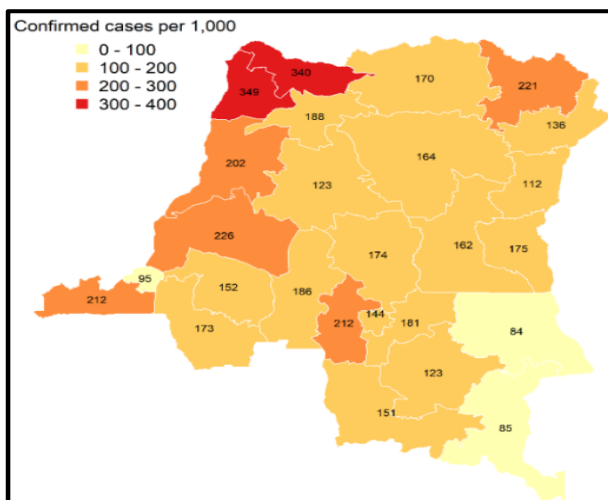


Figure 2 : Nombre de cas de paludisme rapporté par province en RDC (Source PNLP, 2019)

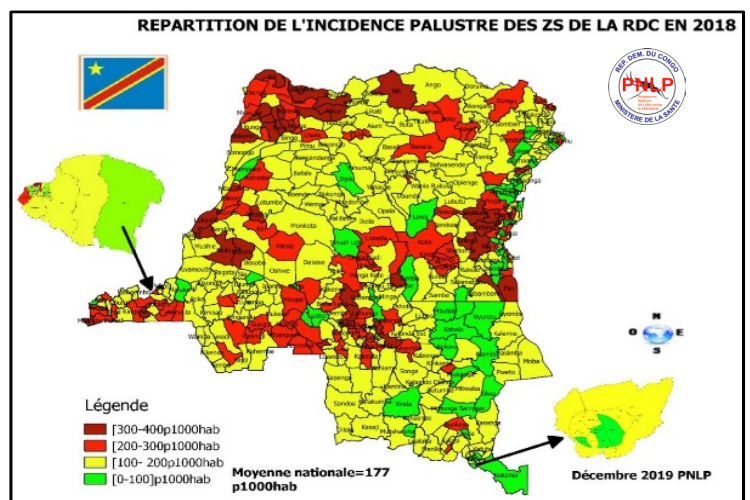
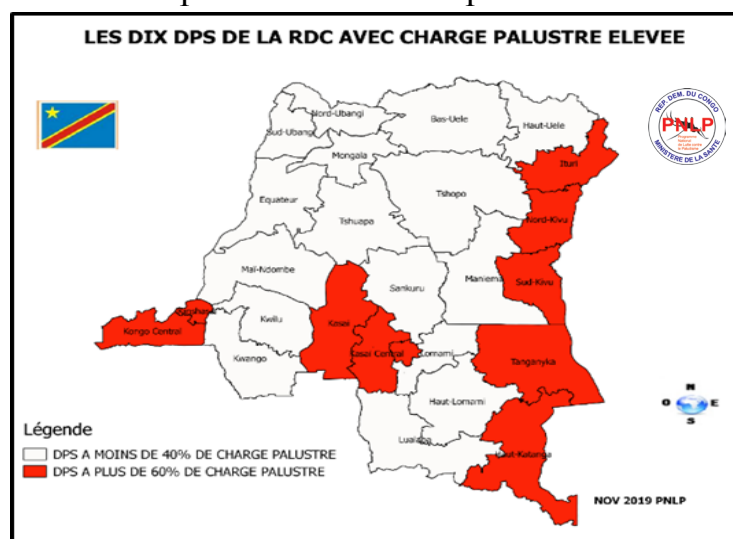


Figure 3 : Nombre de cas de paludisme rapporté par zone santé (Source PNLP, 2019)

Une analyse des données indique que dix provinces de la RDC contribuent pour 64% au total des cas notifiés par le pays (*Figure 4*). Il s'agit par ordre de grandeur des provinces de Kinshasa, Sud-Kivu, Nord-Kivu, Ituri, Kasai, Tanganyika, Kasai-Oriental, Kongo-Centrale, Haut-Katanga et du Kasai-Central. Sept de ces DPS et particulièrement celles situées au centre et dans le sud-est du pays n'ont pas régulièrement rendu disponible le paquet global de lutte contre le paludisme en termes d'interventions stratégiques de la lutte. Les insuffisances identifiées sont les ruptures des stocks en intrants et médicaments antipaludiques de plusieurs mois, une faible exécution des stratégies d'accompagnements comme la formation (cours de management de lutte contre le paludisme, formation en prise en charge) ; non mise en œuvre d'interventions en faveur de la riposte contre les épidémies de paludisme et, une absence de planification des supervisions du niveau central vers les DPS et zones de santé.



Ciblées par l'approche HBHI, ces dix provinces sont situées pour la plupart dans les zones à climat tropical chaud et à forte transmission du paludisme et, pour d'autres dans les régions de montagnes à faible transmission avec une prévalence parasitaire inférieure à 10% (EDS 2014) mais prédisposées aux flambées épidémiques. La DPS d'Ituri par exemple a connu des flambées saisonnières de courte durée ces dernières années.

Figure 4 : Les dix provinces à charge palustre élevée

En ce qui concerne les prévalences parasitaires, les trois DPS du Kasai à savoir Kasai, Kasai-Central et Kasai-Oriental ont connu des taux de prévalence les plus élevés du pays oscillant entre 32 et 38% (EDS 2014). Par contre, la DPS de Kinshasa ayant une faible prévalence parasitaire de 18% selon EDS 2014 présente des incidences très élevées comprises entre 150 et 221 pour mille dans les communes périphériques (forte transmission).



Les décès dus au paludisme ont connu une baisse importante passant de 39 pour mille en 2015 à 18 pour mille en 2018. Considérant les enfants de moins de cinq ans, une des cibles principales de la lutte, leur mortalité a sensiblement baissé passant de 158 % rapportées en 2010 à 78 % mille en 2017 (MICS 3-RDC 2017-18).

Figure 5. Evolution des décès dus au paludisme dans les FOSA de 2014 à 2018

Les différentes interventions à haut impact ciblant l'enfant de moins de cinq ans comme l'ICCMc (integrated community case management) ou PCIMEc (prise en charge intégrée des maladies de l'enfance) ont eu un impact important sur la réduction de la mortalité. C'est dans ce cadre qu'il faut situer le projet RAcE (Rapid Access Expansion) mené dans sept zones de santé de Tanganyika qui a réduit de 15.2% la mortalité chez les moins de cinq ans et sauvé au moins 1 820 vies dont 743 (40,8%) liées au paludisme.

Figure 6 : Mortalité infanto-juvénile en RDC (OMS 2020)

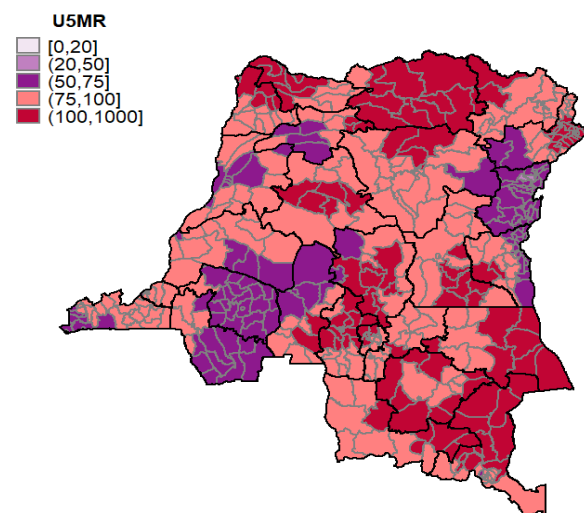
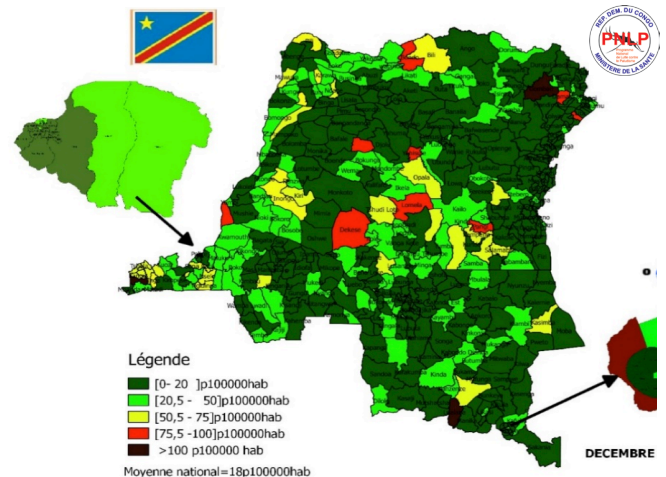


Figure 7 : Mortalité infanto-juvénile en RDC, 2018 (So



Quant à la femme enceinte, les données sur la mortalité maternelle ne sont pas encore mises à jour. Néanmoins, la chimioprévention à la SP s'améliore progressivement contribuant probablement à la réduction de la mortalité liée au paludisme.

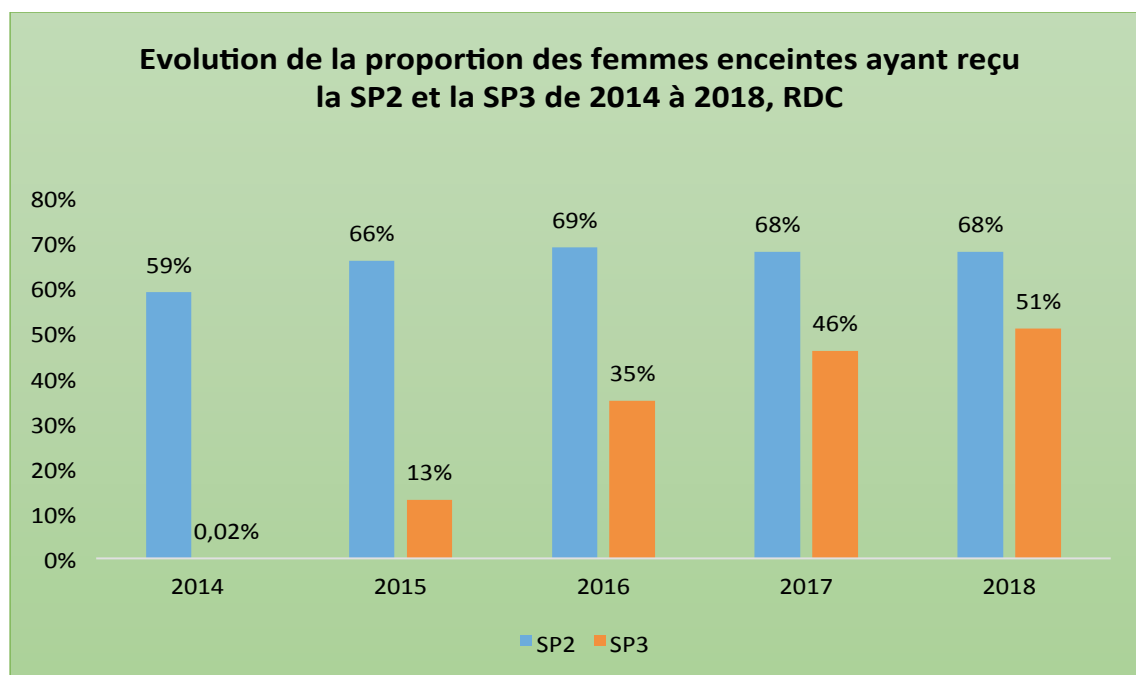


Figure 8 : Couverture du TPI chez les femmes enceintes en RDC de 2014 à 2018 (Source PNL 2018)

Les performances de la lutte menée contre le paludisme dans notre pays peuvent être évaluées en consultant les différents indicateurs présentés dans le tableau II ci-dessous.

Tableau II : Evolution des indicateurs du paludisme en RDC de 2007 à 2018

| INDICATEURS | EDS 2007 (%) | MICS 2010 (%) | EDS 2013-14 (%) | MICS 2017-18 (%) |
|--|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| % des ménages possédant au moins une MIILD | 9 | 51 | 70 | 63 |
| % d'enfants de moins de 5 ans qui utilisent la MIILD | 6 | 38 | 56 | 51 |
| % des femmes enceintes qui utilisent la MIILD | 7 | 43 | 60 | 52 |
| % des femmes enceintes qui ont bénéficié de 2 doses de SP TPI | 5 | 21 | 14 | 31 |
| % 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, enquête communautaire | ND | 17 | 19 | 22 |
| % enfants de moins de 5 ans ayant eu la fièvre au cours des 2 semaines précédant l'enquête mis sous un antipaludique | 30 | 39 | 29 | 31 |
| % enfants < 5 ans ayant eu la fièvre au cours des 2 semaines précédant l'enquête mis sous antipaludique qui ont reçu un CTA. | ND | 1.6 | 6 | 13 |
| % enfants de moins de 5 ans avec fièvre | 31 | 27 | 30 | 29 |
| % d'enfants testés positifs à la GE enquête communautaire | ND | ND | 23 | |

Il convient de relever que dans le cadre de la lutte contre le vecteur les indicateurs restent encore assez bas. C'est le cas notamment du pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire pour deux personnes : 26,2% source MICS 2017/2018 et EDS 2014 : 25,2%. Le pourcentage de population des ménages qui a accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) dans le ménage, MICS-Palu RDC, 2017-2018 : 44,1% et EDS 2014 : 46,5%.

Devant ces données, nous pouvons affirmer que les performances de 80% attendues des indicateurs du programme tel que formulées dans le cadre de performance du PSN 2016-2020 n'ont pas été atteintes. Avec des couvertures d'interventions aussi faibles et, de surcroît, des résultats mitigés, il paraît quasi difficile d'obtenir l'impact attendu de baisse de 40% de la morbidité et 50% de la mortalité dues au paludisme si elles ne sont pas étendues.

Ainsi, nous pouvons affirmer que le paludisme demeure un problème majeur de santé publique faisant porter un lourd fardeau au pays et que la lutte antipaludique doit s'intensifier sous toutes ses formes en capitalisant les efforts du Gouvernement et de ses partenaires ainsi que toute nouvelle approche d'intervention comme le « HBHI ».

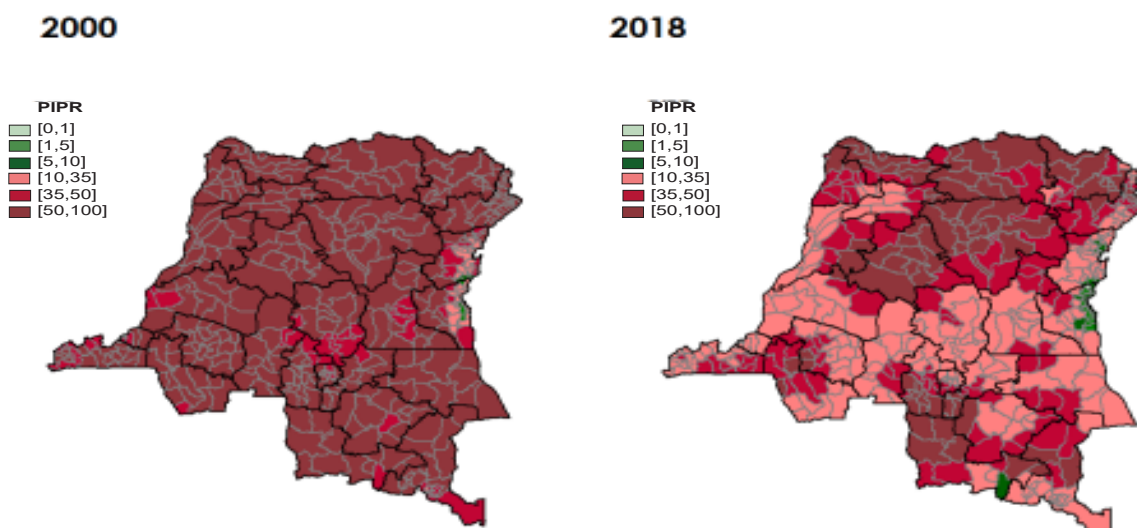
Pour déceler aussi bien les progrès réalisés que les échecs obtenus dans la lutte contre le paludisme au cours du PSN 2016-2020, une analyse par domaines d'intervention est indispensable.

1.3. Epidémiologie du paludisme en RDC

1.3.1. Parasites du paludisme

Plasmodium falciparum demeure l'espèce plasmodiale la plus prépondérante au pays, elle est responsable des formes graves du paludisme- ; *Plasmodium malariae* et *Plasmodium ovale* se retrouvent soit séparément ou en co-infection avec *Plasmodium falciparum*. *Plasmodium vivax* a été retrouvé autant à Tshimbulu dans le Kasai-Central à une faible prévalence (1,2%) que chez une fidèle kimbanguiste de la Tshopo venue en pèlerinage à N'Kamba dans le Kongo-Central.

Ces résultats nécessitent de mener d'une part des investigations génétiques poussées car survenant chez des populations à antigène Duffy absent et d'autre part, une politique de traitement adaptée en envisageant déjà l'intégration dans l'arsenal thérapeutique de la primaquine. La figure 9 ci-dessous rapporte l'évolution de la prévalence parasitaire dans notre pays de 2000 à 2018.



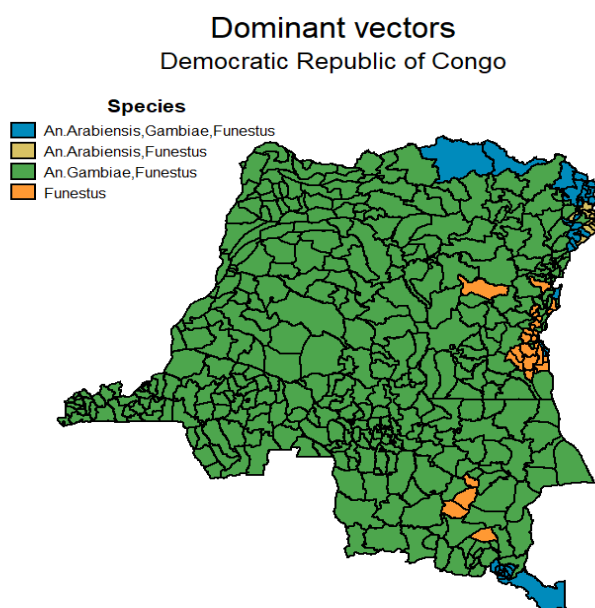
Source: Malaria Atlas Project

Figure 9 : Evolution de la prévalence parasitaire en RDC de 2000 à 2018 (OMS 2020)

Les études d'efficacité thérapeutique menées entre 2017-2018 dans les cinq sites d'étude ont relevé un taux de réponse clinique et parasitologique adéquate après correction par PCR entre 90 et 100% pour l'association artésunate-amodiaquine (ASAQ), 80 et 100% pour la déhydroartésiminine-pipéraquline (DPQ) et 80 et 98% pour l'association Arthemeter-luméfantrine (AL) a été retrouvé dans les cinq sites. Mikalayi constitue le site où la réponse clinique et parasitologique paraît la plus faible particulièrement pour l'AL et la DPQ. Par ailleurs, les deux ACT introduits jusqu'alors comme médicaments de première ligne sont autant utilisés dans les formations publiques que dans le secteur privé. L'étude évaluant l'efficacité thérapeutique de l'association Artesunate-Pyronaridine/Pyramax (AP) et son innocuité en RDC a été très concluante. Néanmoins, la tendance à l'accroissement de la résistance aux antipaludiques usuels est toujours d'actualité même si les nouvelles molécules sont encore efficaces.

1.2.2. Vecteurs du paludisme

Les données sur les vecteurs retrouvés en RDC et leur répartition sur le territoire national n'ont pas changé substantiellement comparées à celles rapportées en 2015 (PNLP). *Anopheles gambiae* s.i demeure le vecteur le plus important. Il est suivi par *Anopheles funestus*



particulièrement dans *les* régions des hauts plateaux de l'Est et au Sud Est. Il est abondant et même dominant à certaines périodes. *Anopheles paludis* est abondant dans plusieurs points du pays notamment Mikalayi dans le Kasaï-Central, Lodja dans le Sankuru, Kapolowe dans le Haut-Katanga, Kisantu et Kimpese dans le Kongo-Central (*figure 10*).

Figure

10 : Vecteurs majeurs du paludisme en RDC (WHO/PNLP 2020)

Son rôle de vecteur du paludisme reste à préciser. Les autres espèces sont aussi retrouvées notamment *Anopheles nili*, *Anopheles moucheti* et *Anopheles brunnipes*. La caractérisation de *Anopheles gambiae s.l.* a permis de retrouver, à côté de la sous-espèce *Anopheles gambiae s.s* la plus abondante, *Anopheles coluzzi* dans plusieurs localités dont Kindele à Kinshasa, Kikwit et Bandundu-Ville dans le Kwilu. L'*Anopheles arabiensis* a été décrit mais à de faibles proportions dans le Sud Est du pays. Dans plusieurs sites, des études moléculaires ont pu déceler des fortes fréquences des mutations liées à la résistance qui contribuent de pair avec les mécanismes métaboliques à la résistance aux pyréthriinoïdes. Qu'il s'agisse de la deltaméthrine, de la perméthrine ou de l'alpha cyperméthrine, leur performance a sensiblement baissé de sorte que les moustiquaires imprégnées à ces insecticides, la perméthrine par exemple, sont de moins en moins efficaces. D'où la nécessité d'envisager l'usage de nouveaux outils de lutte anti-vectorielle comme des moustiquaires avec des synergistes ou avec de nouveaux insecticides. Une revue des travaux menés en RDC dans 26 sites sur la résistance aux insecticides sur une période de près de 10 ans, a montré que la résistance a été observée dans tous les 26 sites sur au moins un insecticide à l'exception de Butembo et Shamwana. La résistance la plus élevée a été observée à Kimpese et Kwilu-Ngongo dans l'Ouest (liée à l'épandage des insecticides dans les plantations de canne à sucre) et à Fungurume et Lubumbashi (régions minières où la PID est mise en œuvre). La résistance aux insecticides est répandue en RDC. Les espèces d'*Anopheles gambiae*, *A. knowlezi* et *A. funestus* sont concernées. Pour *A. funestus*, la résistance a été observée à Kibali. Le tableau ci-dessous présente quelques résultats tirés d'une étude conduite avec l'appui de PMI en RDC.

Tableau III : Fréquence des allèles de résistance aux insecticides en RDC, 2018

| Site | Nombre testé | RR | RS | SS | Pas amplifié | Fréquence de 1014F (échantillons amplifiés) |
|-----------|--------------|-----|----|----|--------------|---|
| Lodja | 100 | 98 | 1 | 0 | 1 | 0.99 |
| Kapolowe | 100 | 98 | 1 | 0 | 1 | 0.99 |
| Kingasani | 100 | 64 | 0 | 11 | 25 | 0.85 |
| Mikalayi | 39 | 31 | 0 | 4 | 4 | 0.89 |
| Kalemie | 100 | 90 | 0 | 3 | 7 | 0.97 |
| Kimpese | 100 | 96 | 1 | 0 | 3 | 0.99 |
| Pawa | 100 | 86 | 0 | 0 | 14 | 1.00 |
| Karawa | 100 | 95 | 0 | 0 | 5 | 1.00 |
| Inongo | 100 | 95 | 3 | 0 | 2 | 0.98 |
| Kabondo | 100 | 50 | 0 | 1 | 49 | 0.98 |
| Katana | 100 | 80 | 0 | 3 | 17 | 0.96 |
| Ensemble | 1,039 | 883 | 6 | 22 | 128 | 0.97 |

Source : Vector links

D'autres villes du pays ont été aussi touchées par ce même phénomène de la résistance. L'adjonction des PBO aux insecticides couramment utilisés au pays a amélioré l'efficacité de ces outils de prévention telle que le montre la figure ci-dessous :

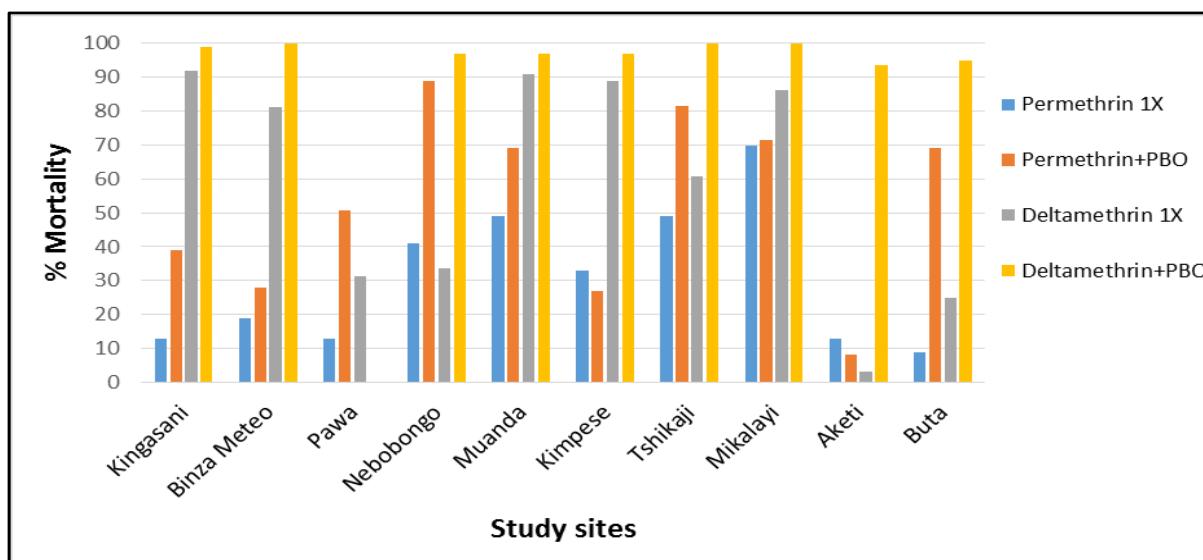


Figure 11 : Mortalité de *Anophèles gambiae s.l.* après exposition aux insecticides (PMI 2018)

Cet accroissement de la résistance aux insecticides pourrait expliquer l'évolution paradoxale des cas notifiés dans certaines zones urbaines et rurales après les campagnes de distribution de masse des MILD par rapport à ce qui était attendu tel que le montrent les figures ci-dessous.

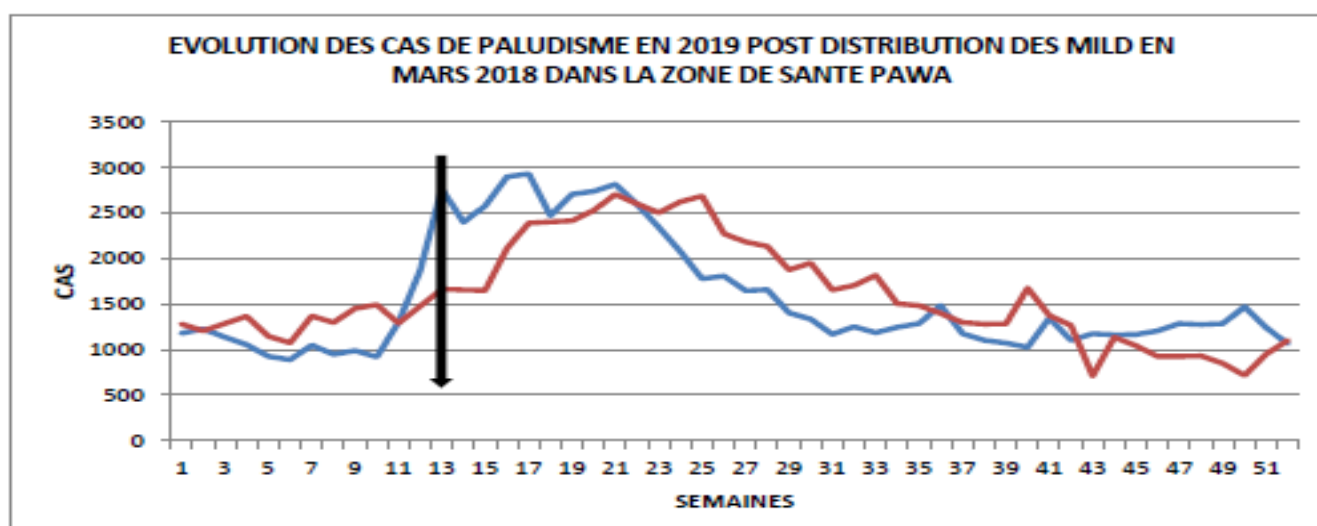


Figure 12 : Evolution de cas de paludisme

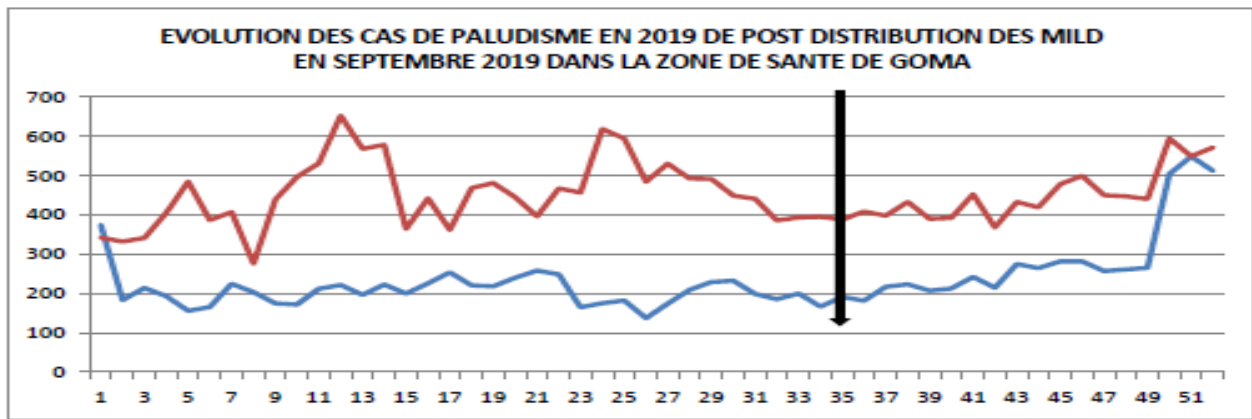


Figure 13 : Evolution de cas de paludisme

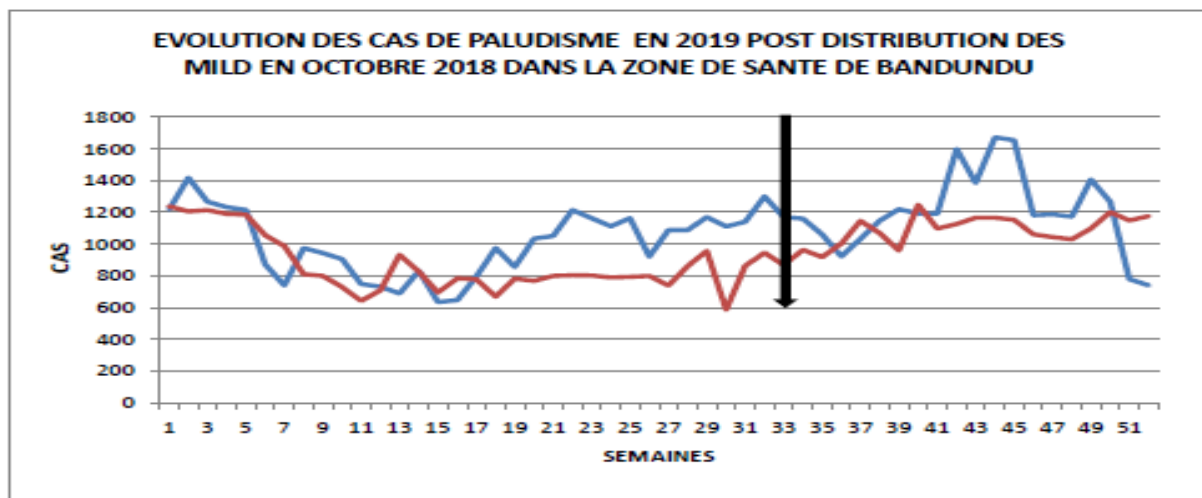


Figure 14 : Evolution de cas de paludisme

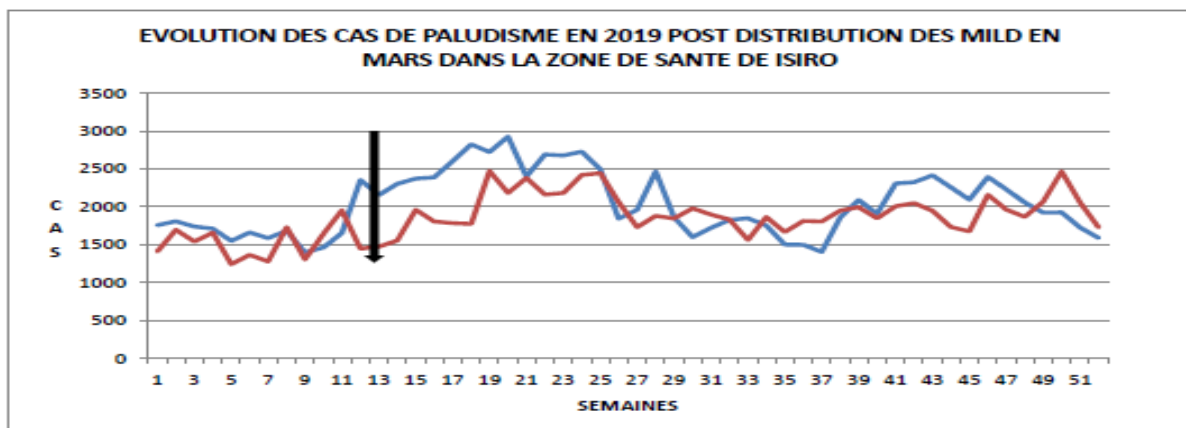
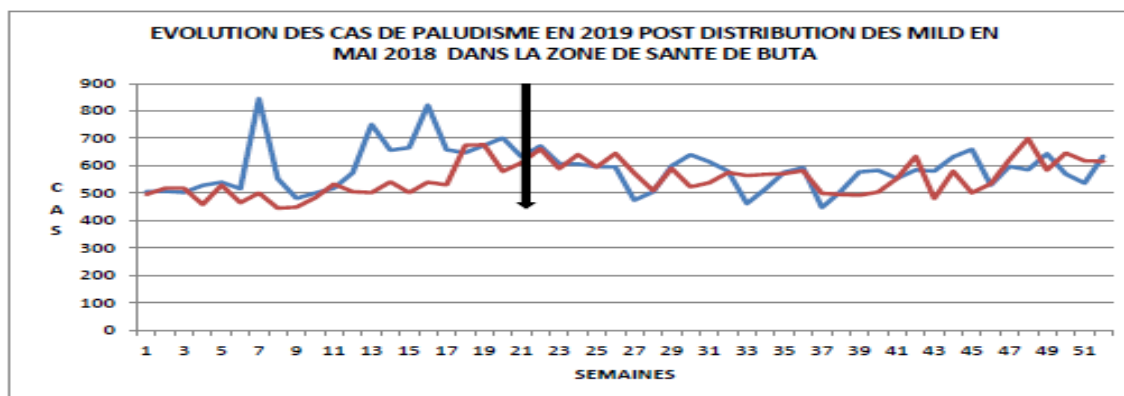


Figure 15 : Evolution de cas de paludisme



Legende courbes

- moyenne+2Ecart type
- CAS 2019
- → Campagne de masse

Figure 16 : Comparaison des cas de paludisme notifiés en 2019 par rapport aux cinq années antérieures dans les ZS ayant mené des campagnes de masse de MIILD en RDC

1.2.3. Dynamique de la transmission

La mise à jour de la stratification épidémiologique du paludisme en fonction des conditions de transmission, de la stabilité de la maladie, de la prévalence et de l'incidence reste un défi important à relever bien que certains déterminants aient été étudiés. La lutte contre le paludisme est encore basée sur la subdivision en trois faciès épidémiologiques où les profils de certaines zones de santé auraient changé avec des flambées épidémiques observées.

Ces faciès sont classés en : (i) **équatorial** incluant les forêts et savanes avec une transmission intense et permanente pouvant atteindre jusqu'à 1000 piqûres infectantes par personne et par an, (ii) **tropical couvrant les zones humides** où la transmission est à recrudescence saisonnière longue, 5 à 8 mois pendant la saison pluvieuse avec 60 à 400 piqûres infectées par personne et par an, (iii) **montagnard** situé dans des zones de haute altitude entre 1000 et 1500 mètres où plusieurs flambées épidémiques non attendues ont lieu.

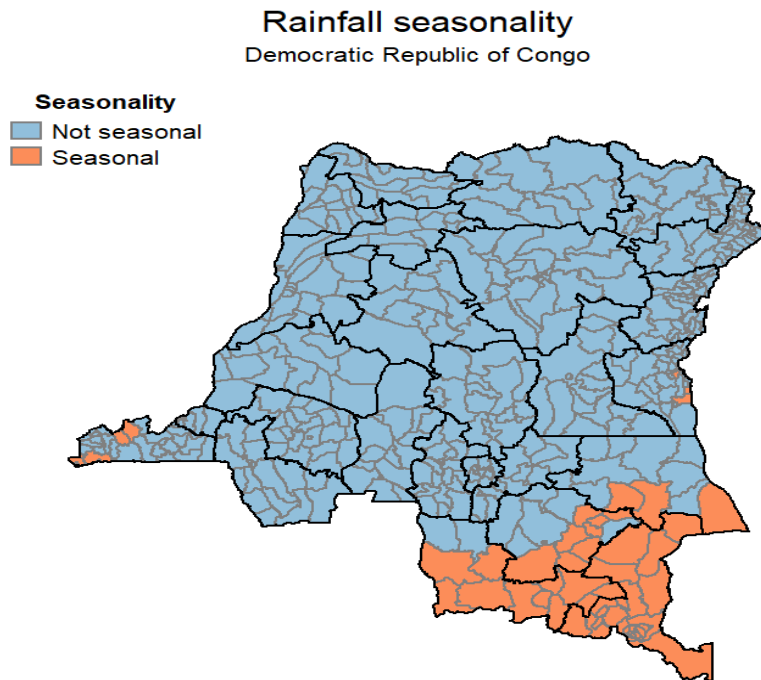


Figure 17 : Zones de santé éligible à la chimioprophylaxie saisonnière
(OMS, Global malaria Programme 2020).

Le changement climatique a fait basculer certains territoires du Sud du pays dans un faciès semi-désertique avec une pluviométrie de 4 mois maximum rendant saisonnière la transmission du paludisme dans ces zones.

Une micro-stratification des 516 zones de santé ciblant les interventions clés a été réalisée avec l'appui de l'OMS. Elle a permis entre autres de préciser les ZS où la transmission du paludisme est saisonnière éligibles pour la mise en œuvre de la chimioprévention du paludisme saisonnier (SPS), de déterminer les zones où la résistance aux pyréthrianoïdes est importante recommandant ainsi l'adjonction du PBO aux matériels imprégnés avec la deltaméthrine, de circonscrire dans les grandes villes où vivent au moins 20 millions d'habitants les aires où la transmission est intense et proposer une strate péri-urbaine avec des interventions particulières pour un impact réel.

I.3. Prévention

Malgré les efforts consentis, les résultats des interventions de prévention sont en deçà des cibles fixées.

Ces interventions ont porté essentiellement sur la distribution de masse des MILD avec une couverture d'au moins 80% de zones ciblées. Cependant le délai recommandé (3 ans) entre deux campagnes n'a pas été respecté suite aux difficultés pour l'acquisition des MILD et pour assurer la logistique. La distribution en routine n'a atteint que 64,2% en deçà de la cible de 80% à cause des ruptures fréquentes de stocks. Cependant, la distribution à travers les écoles a couvert 98,3% d'élèves (Tanganyika, Haut-Lomami et Lualaba) et 88% d'élèves ciblés au Kasai-Central.

Si nous considérons le ratio entre l'accès à la MILD et son utilisation par le possesseur, la RDC atteint une forte proportion de 1,1 (ratio utilisation/accessibilité de la MILD) réaffirmant ainsi l'importance de la possession comme un des déterminants essentiels de l'utilisation. Une innovation a été apportée par l'introduction en phase pilote de la distribution à base communautaire, intervention devant être évaluée intégralement y compris son coût.

Quant à la PID, à peine 5,7% (281.749 / 4.906.233) des pièces planifiées ont été pulvérisées suite au manque d'un financement conséquent. La PID est une intervention coûteuse qui jusqu'alors n'est menée que par des sociétés minières visant à protéger leur personnel ainsi que leurs dépendants. En plus, les normes et les directives de cette intervention n'ont toujours pas été élaborées.

On note également que la lutte antivectorielle était basée presque uniquement sur la promotion de la MILD dans toutes les strates du paludisme en RDC. A ce jour, aucune étude opérationnelle sur les méthodes complémentaires et alternatives de la LAV n'a été réalisée pour envisager leur application dans le futur.

S'agissant du TPIf chez la femme enceinte, la couverture en TPIf 1 est de 85,2%. Le TPIf 2 et TPIf 3 n'ont atteint qu'une couverture respective de 68,3% et 42,9%. Le grand défi à relever consiste à lever des barrières socio-anthropologiques n'encourageant pas la fréquentation recommandée des structures sanitaires spécialisées par les femmes enceintes. Un projet dénommé TIPTOP (ou Transforming IPT for Optimal Pregnancy) visant l'amélioration du traitement préventif intermittent à base communautaire est en phase pilote dans 3 zones de santé du pays (Kenge dans le Kwango, Bulungu dans le Kwilu et Kunda dans le Maniema). Une harmonisation des directives, un appui logistique effectif pour éviter les ruptures fréquentes de stocks de SP ainsi qu'une collaboration intersectorielle avec le PNSR s'avèrent indispensables.

L'évolution des indicateurs de prévention du paludisme en fonction des cibles du PSN 2016-2020 est présentée dans le tableau IV ci-dessous :

Tableau IV : Evolution des indicateurs de prévention en fonction des cibles du PSN

| Indicateurs de performance du PSN 2016-2020) | Cible PSN | Niveau de progrès (Source) | |
|---|-----------|-------------------------------|-----------|
| | | Données de base EDS 2013-2014 | MICS 2017 |
| Proportion des ménages ayant dormi sous une MILD la nuit précédente | 80 | 50 | 48,4 |
| Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous une MILD | 70,4 | 56 | 51,0 |
| Proportion des femmes enceintes qui dorment sous une MILD | 72 | 60 | 52,4 |
| Proportion des Femmes Enceintes ayant bénéficié du TPI 2 | 40 | 14 | 31,2 |
| Proportion des Femmes Enceintes ayant bénéficié du TPI 3 | 25 | - | 13,4 |

En résumé, les défis majeurs suivants sont à relever en ce qui concerne la prévention et la lutte antivectorielle : (i) la résistance croissante des vecteurs aux insecticides, (ii) la faible

durabilité des MILD, (iii) le non-respect du calendrier planifié pour les campagnes de distribution de masse des MILD, (iv) la lutte antivectorielle basée presque exclusivement sur la MILD à travers le pays, (v) la disponibilité continue des intrants, (vi) l'accès et l'utilisation effective des interventions de prévention par les populations.

1.4. Prise en charge des cas

En fonction des interventions de prise en charge planifiées pour la période 2016-2020, l'analyse de la situation a relevé une faible performance dans la mise en œuvre des interventions comme l'indique le niveau des différents indicateurs et cibles.

Tableau V : Taux de réalisation des indicateurs de prise en charge

| Produits | Cibles prévues 2016-2018* | Total réalisé 2016-2018* | Taux de réalisation (%) |
|--|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Nombre de cas diagnostiqués par TDR | 110.162.335 | 63.891.469 | 58% |
| Nombre de cas diagnostiqués par microscopique (GE/FM) | 10.836 | 5.826 | 54% |
| Nombre de cas de paludisme traités avec des CTA | 97.794.415 | 62.749.701 | 64% |
| Artésunate rectal pré-référence | 2.516.850 | 618.601 | 25% |
| Traitement avec Artésunate injectable | 37.138.834 | 6.402.479 | 17% |

Pour la confirmation des cas suspects de paludisme par la réalisation d'une goutte épaisse ou d'un test rapide de diagnostic (TDR), à peine 22,3% de cas ont été testés (MICS 2017) alors qu'au moins 52% des FOSA ont la capacité de diagnostiquer le paludisme (EPSS 2017-2018). De même le taux de cas de paludisme correctement traités selon les recommandations nationales paraît très faible soit 8,8% (MICS 2017) contrastant largement avec les 57% rapportés par l'enquête EPSS menée la même année dans 1.412 FOSA du pays. Cette faible adhérence à la politique nationale pour un usage irrationnel de l'artésunate s'intensifie surtout pour la prise en charge des cas graves.

Des ruptures des stocks d'artésunate injectable ont été notées sur l'ensemble du territoire national. Cela s'expliquerait par le fait que les approvisionnements ont ciblé uniquement les besoins des enfants de moins de cinq ans alors que les femmes enceintes et les enfants n'ayant pas encore acquis la prémunition et qui font souvent des formes graves du paludisme ont bénéficié de ce traitement. Il sera impérieux que les cibles soient élargies autant aux femmes enceintes qu'aux adolescents. Par ailleurs, un projet de recherche dénommé CARAMAL (Community access to rectal artesunate for malaria) sur l'utilisation de l'artésunate en intra-rectal comme traitement pré-transfert en cas de paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans au niveau des sites des soins communautaires est en phase pilote dans trois zones de santé du pays (Kenge dans le Kwango, Kingandu et Ipamu dans le Kwilu). D'autres régimes thérapeutiques voire même des médicaments à base des plantes ont

été utilisés avec succès². Nos contrées ont aussi une longue histoire communautaire sur l'usage des plantes antipaludiques.

La recherche des soins auprès des prestataires des soins qualifiés est un véritable défi qu'il faut relever car il permet d'évaluer la confiance de la population à l'offre des services que le système de santé leur procure. Elle paraît relativement faible ne dépassant pas 40%. Notre pays est confronté à une automédication importante concernant les antipaludiques. Pour y remédier, le Secrétariat Général a pris un arrêté autorisant les pharmaciens des officines privées de huit villes dont Kinshasa et Lubumbashi à délivrer les CTA de première ligne en cas de fièvre après une confirmation biologique au TDR. La prise en charge des cas est confrontée aux défis suivants : (i) d'assurer le traitement pré-référence des cas confirmés de paludisme grave dans les FOSA publiques et privées conformément aux directives nationales, (ii) d'assurer le traitement des cas confirmés de paludisme grave dans les FOSA publiques et privées conformément aux directives nationales, (iii) d'assurer le traitement des cas confirmés de paludisme conformément aux directives nationales au niveau communautaire, (iv) d'assurer la disponibilité continue des intrants de qualité, (v) d'organiser des campagnes de traitement de masse en cas d'épidémie.

1.5. Surveillance, Suivi et Evaluation et Recherche Opérationnelle

Dans le cadre de la surveillance épidémiologique, Le pays a mis en place des sites de surveillance à l'échelle du pays dans les 26 DPS. Les données sont centralisées et analysées hebdomadairement au niveau du programme national de lutte contre le paludisme. Une revue annuelle est réalisée chaque année par le PNLP. Le contexte du pays et de la sous-région exige pour le PNLP de : (i) Assurer la fonctionnalité des sites sentinelles ; (ii) Etendre les activités entomologiques dans les 15 DPS non encore couvertes ; (iii) Etendre les activités entomologiques dans les 15 DPS non encore couvertes ; (iv) Etendre les activités entomologiques dans les 15 DPS non encore couvertes ; (v) Amélioration de la qualité des activités de surveillance ; (vi) Amélioration de la couverture des interventions de riposte.

Concernant le suivi évaluation, Il est important de relever que l'utilisation du DHIS2 est loin d'être optimal. Les insuffisances relevées sont une faible exhaustivité des données au niveau du pays liée essentiellement à un faible paramétrage des FOSA dans le système et une faible intégration des données des structures privées. En plus, une faible promptitude (57%) de données a été relevée liée à une faible connectivité à l'internet, une faible disponibilité des ressources aussi bien les outils de collecte que les personnels formés.

S'agissant de l'analyse des données, il a été remarqué une faible qualité des données liée essentiellement aux faits que le monitoring se fait sans analyse préalable des données au niveau des AS. Il a été noté une faible utilisation des données pour la prise de décision à tous les différents niveaux de la pyramide. Ceci serait inhérent à la faible qualification de différents acteurs concernés.

Le suivi des interventions n'a pas eu lieu au cours de cet exercice car aucune mission d'accompagnement n'a été réalisée. De plus, l'évaluation des interventions a été très tardive et timide, l'organe d'appui étant arrivé pratiquement à la clôture avant la fin du cycle du plan quinquennal.

L'analyse a relevé que quelques activités transfrontalières (études) ont été menées de façon isolée dans quatre provinces de l'Est du pays notamment le Tanganyika, le Haut-Katanga et les deux Kivu³.

Dans le cadre de la recherche opérationnelle, la plupart des études planifiées au cours du PSN 2016-2020 ont été réalisées, soit un taux de performance avoisinant 80%. Néanmoins, toutes ces études n'ont pas conduit à des prises de décision immédiate car le processus d'homologation de ces résultats paraît long. Par ailleurs le comité scientifique de lutte antipaludique devant guider le programme dans le processus d'homologation n'est pas encore formalisé.

A titre illustratif, au moins 375.740 dollars américains ont été mobilisés principalement pour les études pré et post-campagne de distribution de masse des MILD à travers le pays. Ces études ont été conduites par le département de Santé Publique de la Faculté de Médecine de l'UNIKIS. D'autres études opérationnelles ont été aussi financées.

En résumé, ce domaine est confronté aux difficultés suivantes : (i) une faible connexion internet dans les ZS rendant difficile l'utilisation du logiciel DHIS-2, (ii) une faible promptitude des données produites par les ZS, (iii) un retard dans la communication des résultats de la surveillance entomologique par l'INRB/PMI au PNLP, (iv) des faibles capacités de riposte aux épidémies de paludisme, (v) la faible qualité des données liée à la non organisation des missions de RDQA dans les DPS appuyées par le Fonds Mondial, (vi) la non utilisation des données pour la prise de décision.

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

Beaucoup d'efforts ont été fournis pour améliorer les activités de communication de sorte que les outils de communication, de plaidoyer et de mobilisation sociale ont été produits. Des groupes de pression ont été constitués et des associations de la société civile ont été

sollicitées dans le cadre du plaidoyer.

Des expériences pilotes ont été faites à travers des activités de distribution communautaires et scolaires de MILD réalisées avec des PTF. Il s'agit entre autres de stratégies de participation communautaire et scolaire, de la communication pour le développement (C4D), au Front line, au Téléphone communautaire, à l'Education par écoute et à la Communication de proximité.

Cependant ces expériences n'ont pas été suffisamment soutenues, documentées, partagées et diffusées pour leur contribution effective au passage à l'échelle des interventions de lutte contre le paludisme.

Bien que les activités de communication aient été menées, il est difficile de mesurer la cible atteinte et leur impact car c'est une intervention de soutien transversale. L'impact de la communication doit être mesuré à l'aide d'indicateurs dépendant d'autres interventions (Possession et utilisation de la MILD, prise en charge des cas, TPI). Il est donc nécessaire que le PNLP et ses PTF élaborent un plan de communication qui définit un cadre de redevabilité dans ses différentes composantes entre autres des enquêtes de terrain afin de mesurer l'impact de la communication dans le sens d'adoption de bons comportements pour la lutte antipaludique. Il faudrait évaluer l'impact de la CCSC, il faut prévoir la planification périodique des évaluations, la formation massive du personnel de communication dans la collecte, l'analyse et la diffusion des résultats, la production des outils pour la collecte et l'analyse des données de terrain et leur déploiement ainsi que l'identification des besoins réels en plaidoyer.

Par ailleurs, des plaidoyers doivent être menés à tous les niveaux en vue d'obtenir un financement conséquent de la communication de la LAP et l'engagement du politique et des partenaires, tout comme la redynamisation des réunions du groupe thématique « Communication ». Il est important que le PNLP se dote d'un plan de plaidoyer pour mieux harmoniser et assurer la coordination des activités de communication pour obtenir la synergie des interventions. Ce plan de plaidoyer comprendra entre autres les mécanismes d'évaluation de l'impact des activités de communication dans la LAP.

Bien que d'un niveau très appréciable, la mise en œuvre des activités de communication a été confrontée à quelques difficultés notamment la faible coordination des activités de communication, qui se traduit par le fait que certaines activités de communication sont organisées par des partenaires sans l'implication du PNLP, une insuffisance d'outils de communication au niveau des BCZS, des HGR et des CS. A cela s'ajoute la faible capacité de mobiliser des fonds pour la mise en œuvre des activités en rapport avec la communication. On relève également une insuffisance de ressources humaines formées avec une expérience avérée dans la communication en santé.

1.7. Gestion des Approvisionnements et stocks (GAS)

Trois activités principales ont été menées dans ce sous-domaine notamment l'approvisionnement des structures sanitaires en médicaments, intrants et réactifs de

laboratoire, la réalisation des enquêtes EUV et le suivi de la disponibilité des intrants antipaludiques. La cible de 80% fixée dans le PSN 2016-2020 n'a pas été atteinte car à peine 61% de structures n'ont pas connu des ruptures de stocks durant cet exercice. Une attention particulière mérite d'être portée sur les approvisionnements qui conditionnent la qualité des prestations rendues. Au moins 87% d'enquêtes EUV planifiées et missions d'audit et de suivi ont été effectuées.

Les principaux défis à relever restent : (i) le manque d'harmonisation du Plan d'approvisionnement entraînant une difficulté à coordonner les multiples sources d'approvisionnements et un non-respect de délai de livraison, (ii) la difficulté d'estimation des besoins par les structures, (iii) la non prise en compte des intrants pour la riposte aux épidémies lors de la quantification et (iv) la formation en gestion des approvisionnements qui n'est pas budgétisée.

1.8. Gestion du programme et Gouvernance

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, la volonté politique en faveur de la lutte contre le paludisme s'est renforcée à travers l'élaboration des stratégies, normes et directives. Cette volonté s'est également manifestée par une augmentation progressive des investissements dans le système de santé.

Les principales insuffisances identifiées sont la faible mobilisation des ressources domestiques pour le financement de la lutte contre le paludisme, la faible capacité du PNL pour assurer son leadership dans la coordination de la lutte contre le paludisme, la faible vulgarisation des politiques, normes et directives de la lutte contre le paludisme.

1.8.1. Renforcement des capacités institutionnelles et techniques du Programme

Le renforcement des capacités institutionnelles du programme n'a été effectif qu'en matière de formation des cadres particulièrement en paludologie, en management de lutte contre le paludisme et en diagnostic biologique du paludisme ainsi qu'en prévention et prise en charge des cas de paludisme. Au moins 112 cadres ont été formés en paludologie pour l'ensemble du pays sous la conduite de la Faculté de Médecine de l'Université de Kinshasa ces quatre dernières années.

En plus du cours de paludologie, un cours de management du paludisme a été organisé en cascade dans 15 provinces de la RDC. Cette formation se poursuivra au cours des prochaines années.

Les besoins sont encore immenses surtout dans les nouvelles provinces issues de démembrement de plus grandes entités. Un programme de suivi post-formation a été conçu par les formateurs mais non exécuté à cause du manque de financement. La mise en place d'un cadre de travail compatible avec des conditions de productivité optimale au niveau central (construction d'un siège du PNL) n'a pas été réalisée. En outre, la redynamisation des services provinciaux additionnels du PNL ne s'est pas poursuivie pour donner suite aux

orientations de la réforme du système de santé qui prévoit la suppression de toutes ces coordinations provinciales dès janvier 2020.

1.8.2. Mobilisation des ressources

Un effort louable a été fait pour la mobilisation des ressources car les différents outils de plaidoyer ont été produits permettant ainsi la réalisation des activités. Un plan de mobilisation a été élaboré et une table ronde de financement du PSN 2020-2023 a été organisée. L'insuffisance relevée est la faiblesse du suivi des engagements et promesses de financement issus de cette table ronde.

Dans le cadre de la réforme du financement du secteur santé, le MS a mis en place une Division Administrative et Financière (DAF) afin de permettre une approche sectorielle (SWAP). Transitoirement, une Cellule d'Appui à la Gestion Financière (CAGF) appuyée par une agence fiduciaire est en place pour préparer la future DAF. Le Fonds Mondial, GAVI et la Banque Mondiale font passer leur financement pour la lutte contre le paludisme à travers cette structure. Les fonds gérés par les autres partenaires techniques et financiers 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, 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 la décentralisation. 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.

1.8.3. Coordination

Le PNLN est aligné 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 a été accentué à travers des réunions régulières des comités directeurs et de gestion, ainsi que les réunions de la Task-Force « Faire Reculer le Paludisme » et ses différents groupes thématiques.

La gestion du programme a connu des insuffisances dans le renforcement de cadre de concertation intersectorielle marquées par une absence d'innovation dans la gestion et l'implication des autres secteurs dans la lutte contre le paludisme.

La vision du partenariat de lutte contre le paludisme est l'élaboration des cadres stratégiques et opérationnels de référence pour la planification et mise en œuvre des interventions afin de garantir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme,

d'accélérer les efforts vers l'élimination et l'obtention du statut exempt de paludisme et de faire de la surveillance du paludisme une intervention de base. Il est indispensable d'identifier le secteur devant chapeauter ce partenariat.

Dans la cadre de la collaboration, le PNL P a toujours travaillé en étroite collaboration avec les autres programmes. On relève cependant une faiblesse dans la collaboration intersectorielle avec les autres départements (Education, Agriculture, Hydraulique, etc.), notamment l'absence d'un cadre opérationnel pour la mise en œuvre des interventions.

Le PNL P devra planifier des approches stratégiques d'intégration de toutes les parties prenantes dans la lutte contre le paludisme et mobiliser toutes les parties prenantes autour, en vue de faciliter un dialogue stratégique sur des données probantes dans la mise en œuvre, suivi et évaluation et ainsi favoriser un environnement propice. Il contribuera aussi au plaidoyer pour un engagement politique solide, une mobilisation des ressources (humaines et financières) avec la collaboration multisectorielle de toutes les parties prenantes et l'autonomisation des communautés.

La revue à mi-parcours du PSN 2016-2020 tenue en Novembre 2018 a identifié des insuffisances et formulé des recommandations sur les différents domaines d'interventions qui sont entre autres :

- Prévention et LAV : (i) Intégrer la distribution des MILD de 3e génération pour les prochaines campagnes ; (ii) Associer les sites de soins communautaires dans la distribution de masse et de routine des MILD, ainsi que dans la dispensation du TPI ; (iii) La PID devrait être réservée pour la strate I et la mitigation des épidémies.
- Prise en charge des cas : (i) Améliorer la disponibilité de l'artésunate en suppositoire/capsule au niveau des structures de premier échelon pour le traitement de préférence ; (ii) Améliorer la disponibilité de l'artésunate injectable dans les hôpitaux de référence du pays.
- Surveillance épidémiologique : (i) Renforcer les capacités de riposte aux flambées épidémiques par une analyse régulière des données épidémiologiques et le pré positionnement des intrants antipaludiques.
- Renforcer le système d'assurance qualité : (i) Harmoniser les actions des partenaires au niveau périphérique (ZS et communauté) pour un accès universel au traitement du paludisme ; (ii) Accroître la surveillance de la résistance aux dérivés d'artémisinine ; (iii) Envisager d'adopter une 3ème ou plusieurs ACT, en plus des deux déjà retenues, afin de donner plus de choix aux prescripteurs et d'être en phase avec les recommandations de l'OMS.
- Surveillance, suivi-évaluation et recherche opérationnelle : (i) Mener un plaidoyer pour un financement des audits des données du PNL P central pour contribuer à l'amélioration de la qualité des données du paludisme ; (ii) Améliorer la promptitude des données dans le logiciel DHIS-2 notamment par l'augmentation du nombre des personnes commises à la saisie des données ; (iii) Réaliser l'étude de faisabilité du TPI chez le nourrisson au niveau des DPS restantes.

- Plaidoyer, CCSC et MOSO : (i) Mobiliser des ressources financières suffisantes pour couvrir tout le territoire en activités d'IEC/CCC, plaidoyer et mobilisation sociale ; (ii) Intensifier la formation des RECO, des leaders d'opinion, des chefs de confessions religieuses, des gradés d'élite au sein des Corps en arme.
- Gestion du programme : (i) Continuer le renforcement des capacités des ressources disponibles au PNL en les dotant des compétences répondant aux exigences actuelles de la lutte contre le paludisme ; (ii) Renforcer le plaidoyer pour l'augmentation de budget national en faveur de lutte contre le paludisme ;

Le plan stratégique doit émaner du PNDS recadré 2019-2022 nécessitant une adaptation de l'analyse situationnelle et programmatique selon les axes stratégiques du PNDS. Elle se focalise sur les contributions des interventions à l'atteinte des résultats du PNDS en relevant les forces et faiblesses.

III. ANALYSE PROGRAMMATIQUE SELON LE PNDS 2019-2022

Les axes stratégiques retenus dans cette analyse programmatique ne concernent que ceux qui sont en rapport avec la lutte contre le paludisme tel que repris dans le tableau VII ci-dessous.

Tableau VII : Analyse programmatique pour la lutte contre le paludisme, selon les axes stratégiques du PNDS recadrée 2019-2022.

| Axe Stratégique 1 : Amélioration des prestations des services de santé et continuité des soins de qualité aux différents niveaux du système de santé | | |
|--|--|--|
| Ax1.1. Le renforcement de l'offre de services en faveur de la santé de la mère particulièrement la femme enceinte, du nouveau-né, de l'enfant et l'adolescent | | |
| Interventions | Forces | Faiblesses |
| Amélioration de la couverture | <ul style="list-style-type: none"> - Intégration du paquet LAP (MILD, TPI, TDR/GE, ACT/ARTESUNATE) dans toutes les ZS ; - Disponibilité des prestataires et personnel formés pour les activités de LAP, - Existence des outils de mise en œuvre et autres - Intégration progressive du secteur privé | <ul style="list-style-type: none"> - Rupture fréquente de stocks des médicaments et intrants, - Manque des matériels et équipements surtout accentués dans le secteur de la communication, - Non-respect de distribution de MILD, - Défi logistique - Quantification approximative des besoins en artésunate injectable |
| Rationalisation du fonctionnement des structures de soins | <ul style="list-style-type: none"> - Existence des directives et normes sur la chimioprévention de la femme enceinte lors de la CPN recentrée - Existence de synergie dans l'intégration des paquets d'activités de la PCIMNE | <p>Absence d'une planification conjointe avec les programmes et services spécialisés concernés. Duplication des activités conduisant à un gaspillage des ressources</p> <p>Faible financement de certains secteurs</p> |
| Amélioration de | <ul style="list-style-type: none"> - Existence des directives et | <ul style="list-style-type: none"> - Faible vulgarisation des normes et |

| | | |
|---|--|--|
| la qualité des paquets des services offerts | <ul style="list-style-type: none"> - normes - Existence des OTSS - Existence des équipes de formateurs en LAP - Réalisation des supervisions conjointes - Existence des directives et normes sur la pharmacovigilance | <ul style="list-style-type: none"> - directives - Faible couverture en supervision intégrée - Non-respect de cycle de formation - Faible adhérence à la politique nationale - Faible couverture en PV |
| Amélioration de l'offre au niveau des structures de référence et tertiaire | <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité d'un personnel formé - Existence des directives et normes de prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> - Faible subvention des services et soins d'urgence - Déperdition des cas référés - Mobilité du personnel formé - Faible adhérence à la politique nationale |
| Ax1.2. Le renforcement du contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles | | |
| Amélioration de la couverture | <ul style="list-style-type: none"> - Intégration de DIHS2 dans toutes les ZS - Existence des 11 sites sentinelles pour la surveillance entomologique - Existence d'un cadre de travail pour le contrôle climatologique - Existence des prestataires et personnel formé - Effectivité de l'assistance technique - Existence des outils et matériels de collecte des données - Existence des sites pour les études d'efficacité thérapeutique | <ul style="list-style-type: none"> - Faible connexion au Very Small Aperture Terminal (VSAT) - Faible promptitude des données collectées - Faible proportion des prestataires formés en DIHS2 - Faible couverture de toutes les 26 provinces en sites sentinelles de LAP - Insuffisance des outils de collecte à tous les niveaux - Non –intégration des données des FOSA privées dans le SNIS - Non utilisation des données du site sentinelle dans DIHS2 - Faible capacité de riposte aux épidémies dans le délai - Faible couverture des activités entomologiques - Non-respect de la périodicité des activités - Non production du plan de gestion de résistance de vecteurs aux insecticides - Faible prise des décisions |
| Rationalisation des structures des soins | <ul style="list-style-type: none"> - Existence des partenaires et services du Ministère dévolus à la surveillance - Existence des plans de gestion autant des épidémies que de la résistance aux insecticides | <ul style="list-style-type: none"> - Faible proportion des missions conjointes de supervision - Faible financement des activités de surveillance |
| Amélioration des paquets de service | <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un guide de SurvEpi et suivi-évaluation - Analyse hebdomadaire des données générées - Analyse trimestrielle des données au niveau central avec feed-back aux provinces | <ul style="list-style-type: none"> - Non-exécution des audits des données et missions RDQA - Faible collaboration avec le D-SNIS - Faible analyse des données au niveau périphérique |
| Ax1.3. L'amélioration de la protection de la population contre les risques sanitaires, les épidémies, les catastrophes, et les autres situations d'urgence sanitaire | | |
| Amélioration de la couverture | <ul style="list-style-type: none"> - Existence des plans de gestion des épidémies dues au paludisme | <ul style="list-style-type: none"> - Absence de la cartographie des zones à potentiel épidémique - Absence des données sur les |

| | | |
|--|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Existence des prestataires et personnel formé - Existence d'un partenariat | <ul style="list-style-type: none"> déterminants de la survenue des épidémies en RDC - Faible taux d'investigation et riposte des ZS en flambées épidémiques - Faible mobilisation des ressources financières pour la SMIR |
| Amélioration de la qualité des services | <ul style="list-style-type: none"> - Existence des normes et directives pour le SIMR - Existence du guide de bonnes pratiques | <ul style="list-style-type: none"> - Absence de mise à jour des normes et directives - Non-respect des directives en cas d'épidémies - Mobilité importante des ressources humaines formées - Insuffisance des ressources matérielles et financières. - Non intégration d'audit de décès. |
| Ax1.4. Renforcement de la dynamique communautaire | | |
| Amélioration de la couverture | <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un plan national de la santé communautaire - Existence d'un personnel formé (RECO) - Existence des structures communautaires organisées en OAC, CAC, CODEV - Expériences réussies dans d'autres programmes - Existence d'un financement - Existence des approches novatrices - Analyse des goulots réalisée lors de MAA | <ul style="list-style-type: none"> - Faible engagement du programme - Insuffisance des RECO actifs suite à la démotivation - Faible appropriation |
| Rationalisation des OAC | <ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs expériences menées au pays avec différents partenaires | <ul style="list-style-type: none"> - Faible collaboration intra sectorielle |
| Amélioration de la qualité des services | <ul style="list-style-type: none"> - Existence des normes et directives sur la dynamique communautaire | <ul style="list-style-type: none"> - Bénévolat |
| Ax1.5. Promotion de l'utilisation des services de santé | | |
| Amélioration de la couverture | <ul style="list-style-type: none"> - Existence des approches multiples : kits familiaux, communauté championne en phase pilote | <ul style="list-style-type: none"> - Faible extension - Manque des subventions - Faible pérennisation |
| Ax1.6. Extension des Sites de soins communautaires | | |
| Amélioration de la couverture | <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une politique nationale avec des normes et directives - Présence dans plus de 400ZS - Existence d'un plan d'extension - Présence d'appui financier | <ul style="list-style-type: none"> - Déploiement partiel - Faible financement - Faible capacité de supervision - Ruptures des stocks d'intrants |
| Rationalisation des services | <ul style="list-style-type: none"> - Existence des fiches de prise en charge intégrée | <ul style="list-style-type: none"> - Faible financement |
| Amélioration de la qualité des paquets des services | <ul style="list-style-type: none"> - Supervisions des ECZS et des autres niveaux - Existence des normes et directives - Existence des outils de gestion | <ul style="list-style-type: none"> - Faible financement - Non-respect du calendrier de supervision - Faible appropriation |

| | | |
|---|--|---|
| Axe Stratégique 2 : Le renforcement des cinq piliers du système de santé pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité de services et de soins de santé de qualité | | |
| Ax2.1. Amélioration de la disponibilité des compétences et de la motivation des ressources humaines | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un plan de déploiement du personnel de santé - Existence d'indicateurs de LAP dans les achats de performance (PBF) - Existence des Universités, Instituts de recherche pour la capacitation des personnels - Existence de mentorat clinique | <ul style="list-style-type: none"> - Non-respect du plan de déploiement - Mobilité du personnel formé - Faible niveau de motivation des agents - Différentes approches d'apprentissage - Faible financement |
| Ax2.2. Amélioration de la disponibilité des médicaments, intrants et réactifs de laboratoire de qualité pour la lutte antipaludique | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Antipaludiques inclus dans la liste des médicaments essentiels - Existence des modules de formation en GAS - Existence du SNAME avec CDR pour des achats groupés - Existence d'un système national de Pharmacovigilance - Existence de mini laboratoires provinciaux de contrôle-qualité | <ul style="list-style-type: none"> - Ruptures des stocks fréquentes - Faible capacité de stockage - Faible niveau de gestion de stocks - Système de réglementation pharmaceutique - Faible taux de FOSA avec lignes de crédit à la CDR |
| Ax2.3. Réhabilitation ou Construction des infrastructures et allocation des équipements pour la lutte antipaludique. | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Existence des fonds de contrepartie pour le siège national - Désignation du lieu pour la construction faite | <ul style="list-style-type: none"> - Lenteur administrative |
| Ax2.4. Amélioration de la disponibilité et de la circulation d'une information de qualité pour la lutte antipaludique | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Intégration des données dans le DIHS2 - Existence des méthodes additionnelles de collecte des données - Intégration d'un système de surveillance à base communautaire | <ul style="list-style-type: none"> - Faible promptitude et cohérence - Discordance avec les données récoltées selon d'autres procédures - Faible analyse à la base - Insuffisance des supervisions conjointes |
| Ax2.5. Amélioration du financement de la santé et réduction du coût d'accès aux soins | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Existence de volonté politique pour atteindre la CSU - Existence des partenaires financiers - Expériences multiples sur le financement de la santé | <ul style="list-style-type: none"> - Paupérisation de la population - Faible implication des communautés au partage des risques |
| Axe Stratégique 3 : Le renforcement de la gouvernance du secteur pour un meilleur pilotage dans le cadre de la décentralisation et l'implication de la santé dans la mise en œuvre des stratégies des autres secteurs. | | |
| Ax3.1. Renforcement du pilotage du secteur dans le cadre de la décentralisation | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Existence de la politique nationale, des normes et directives | <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des ressources matérielles et |

| | | |
|--|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un personnel qualifié - Accompagnement par des groupes thématiques - Existence des partenaires techniques et financiers | financières |
| Ax3.2. Implication du Ministère de la Santé dans la mise en œuvre des stratégies des autres secteurs pour la lutte antipaludique. | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un leadership - Existence d'organes de collaboration | <ul style="list-style-type: none"> - Verticalisation de la lutte - Faible implication d'autres secteurs |

L'analyse de la situation a permis de définir les grandes orientations de la lutte contre le paludisme basée sur des interventions rationnelles et ciblées pour un meilleur impact selon l'approche HBHI. Dans cette optique, le pays a réalisé avec l'appui de l'OMS une micro-stratification dans l'ensemble des zones sanitaires pour déterminer les options en matière d'interventions en fonction des spécificités de chaque zone (Figure 17)

Intervention mixtes

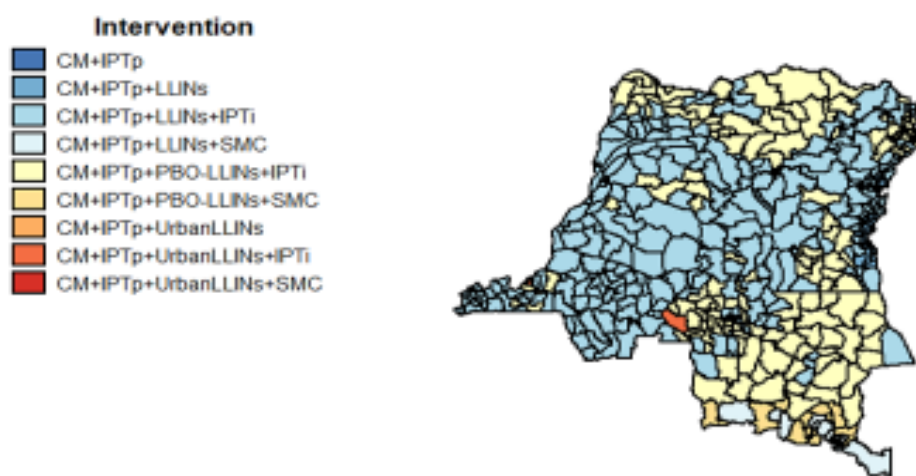


Figure 18 : Stratification des interventions LAP en RDC (OMS, 2019)

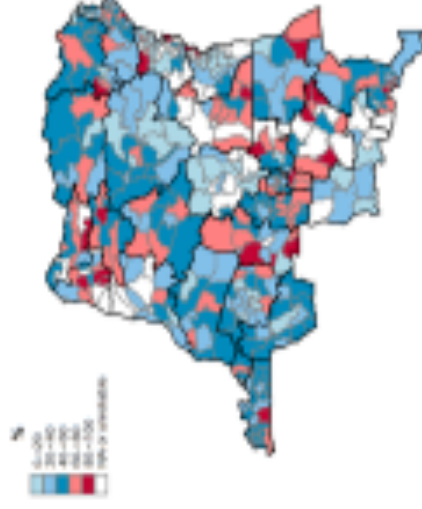
Delivery optimization



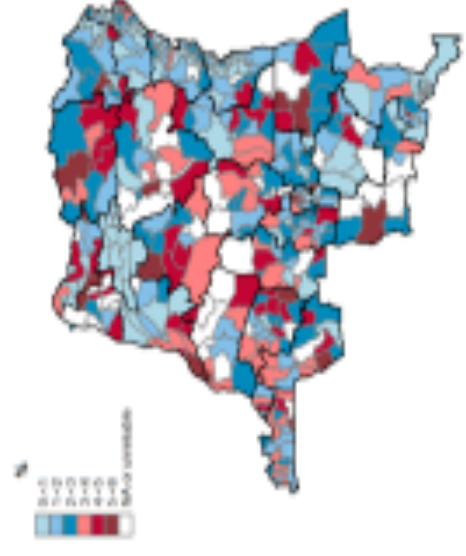
- ANC coverage to optimize IPTp
 - EPI (DPT) coverage to optimize IPTi coverage
 - Long terms intra and inter annual seasonality for better SMC timing
 - LLIN micro distribution data to inform efficiencies and equity
 - **All-case and inpatient to malaria mortality ratio to optimize quality of care for severe disease**
 - Treatment seeking behavior to optimize reduced delays in treatment of uncomplicated malaria
 - Referrals to reduce delays in management of severe disease
 - Post-discharge mortality to inform better follow-up care
- Many more...

Global Malaria Programme

Admissions due to malaria (%)



Hospital mortality ratios (%)

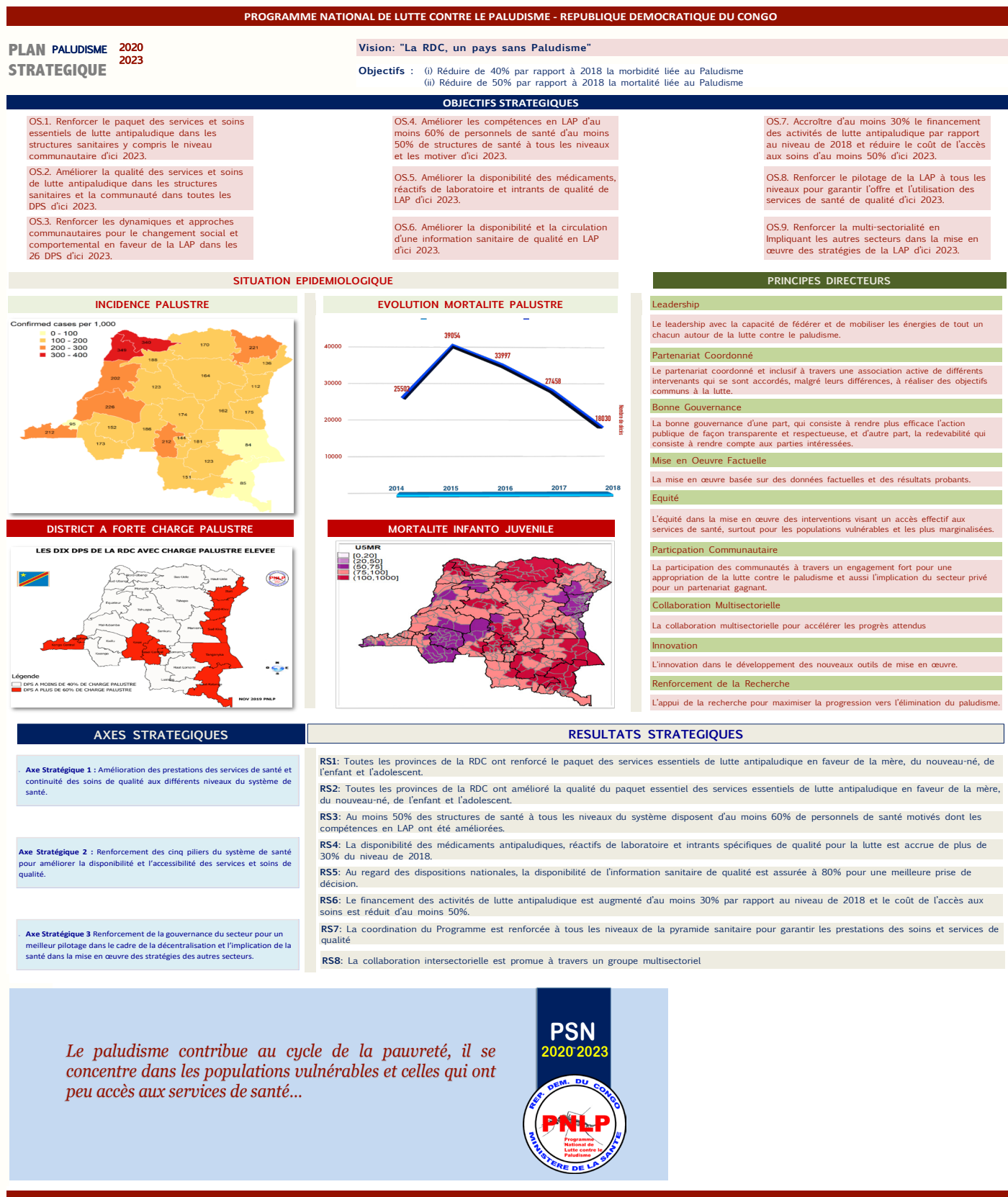


World Health Organization

Figure 19 : Conditions d'optimisation des interventions à mettre en œuvre

IV. CADRE STRATEGIQUE

Tableau Synoptique



SYNTHESE DU BUDGET

| SYNTHESE DU PSN PAR OBJECTIFS STRATEGIQUES | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|---------------|
| CATEGORIES DE COUT PSN | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | TOTAL | |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 1: Renforcer le paquet des services et soins essentiels de lutte antipaludique dans les structures sanitaires y compris le niveau communautaire d'ici 2023. | \$ 225 369 749 | \$ 181 971 276 | \$ 243 700 168 | \$ 267 846 085 | \$ 918 887 277 | 90,6% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 2: Améliorer la qualité des services et soins de lutte antipaludique dans les structures sanitaires et la communauté dans toutes les DPS d'ici 2023 | \$ 5 937 922 | \$ 6 589 160 | \$ 6 103 397 | \$ 6 544 716 | \$ 25 175 194 | 2,5% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 3: Rationaliser le paquet essentiel des services et soins pour la LAP | \$ - | \$ 34 893 | \$ - | \$ - | \$ 34 893 | 0,0% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 4: Renforcer les dynamiques et approches communautaires pour le changement social et comportemental pour la LAP | \$ 7 037 040 | \$ 10 821 610 | \$ 9 581 408 | \$ 7 194 240 | \$ 34 634 298 | 3,4% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 5: Améliorer les compétences en LAP d'au moins 60% de personnels de santé d'au moins 50% de structures de santé à tous les niveaux et les motiver d'ici 2023 | \$ 2 473 052 | \$ 2 473 052 | \$ 2 631 642 | \$ 2 801 334 | \$ 10 379 079 | 1,0% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 6: Améliorer la disponibilité des médicaments, réactifs de laboratoire et intrants de qualité de LAP d'ici 2023 | \$ 417 501 | \$ 1 367 782 | \$ 960 960 | \$ 776 750 | \$ 3 522 993 | 0,3% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 7: Améliorer la disponibilité et la circulation d'une information sanitaire de qualité en LAP d'ici 2023 | \$ 4 612 716 | \$ 578 683 | \$ 884 932 | \$ 884 932 | \$ 6 961 263 | 0,7% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 8: Accroître d'au moins 30% le financement des activités de lutte antipaludique par rapport au niveau de 2018 et réduire le coût de l'accès aux soins d'au moins 50% d'ici 2023 | \$ 13 500 | \$ 13 500 | \$ 13 500 | \$ 13 500 | \$ 54 000 | 0,0% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 9: Renforcer le pilotage de la LAP à tous les niveaux pour garantir l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité d'ici 2023 | \$ 989 979 | \$ 6 543 117 | \$ 3 168 548 | \$ 2 932 230 | \$ 13 633 874 | 1,3% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 10: Renforcer la multisectorialité en impliquant les autres secteurs dans la mise en œuvre des stratégies de LAP d'ici 2023 | \$ 373 177 | \$ 373 177 | \$ 373 177 | \$ 373 177 | \$ 1 492 707 | 0,1% |
| TOTAL 2020 - 2023 | \$ 247 224 635 | \$ 210 766 249 | \$ 267 417 731 | \$ 289 366 962 | \$ 1 014 775 578 | 100,0% |

IV.1. Vision

La vision du PSN 2020-2023 est de faire de la RDC un « pays sans paludisme ».

IV.2. Mission et principes directeurs

La mission du PNLN 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 PNLN 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.

IV.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, et l'approche « HBHI » ou « d'une charge élevée à un fort impact » ciblant les pays à charge élevée du paludisme. Par ailleurs, elle a développé un plan sous-sectoriel, le PNDS 2019-2022, centré sur la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et la nutrition (SRMNEA-Nut).

Pour ce faire, les principales orientations stratégiques et priorités politiques dans les cinq années à venir, dans le cadre de ce PSN 2020–2023 viseront à amplifier l'action contre le paludisme en ciblant ces groupes spécifiques et à réduire sensiblement la charge que fait porter cette maladie à la population à travers la couverture sanitaire universelle (CSU) et le renforcement du système de santé (RSS). 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, la mise en place d'un plan de gestion de la résistance aux insecticides et en suscitant un leadership fort et agissant de l'Etat.

IV.4. But et objectifs

- ❖ Dans le but de contribuer à l'élimination du paludisme en République Démocratique du Congo, le PSN 2020-2023 vise l'amélioration de l'état de santé de la population par la réduction du fardeau humain et socioéconomique dû au paludisme.
- ❖ L'objectif général du PSN 2020-2023 est de réduire de 40% la morbidité et de 50% la mortalité liées au paludisme par rapport à 2018 particulièrement chez les mères, nouveau-nés, enfants et adolescents

IV.5. LES OBJECTIFS STRATEGIQUES

- **OS.1.** Renforcer le paquet des services et soins essentiels de lutte antipaludique dans les structures sanitaires y compris le niveau communautaire d'ici 2023.

Cet objectif sera atteint grâce aux interventions visant à améliorer la couverture des interventions de lutte antipaludique dans les 26 provinces existantes. Ces interventions comportent un paquet essentiel des services et soins en faveur de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et l'adolescent. Des interventions supplémentaires seront menées dans les dix provinces à charge palustre élevée.

1. Prévention :

La chimioprévention de la femme enceinte (TPIp) sera mise en œuvre dans toutes les zones de santé à travers les services de CPN. Néanmoins, son implémentation dans la communauté va se poursuivre en phase pilote dans trois ZS (Kenge, Bulungu et Kunda), expérience devant permettre d'obtenir des bases factuelles solides pour une éventuelle mise à l'échelle d'ailleurs prévue par le partenaire de mise en œuvre. Les zones de santé de dix provinces retenues pour l'approche HBHI seront priorisées.

Dans dix-huit ZS du Haut-Katanga et huit autres zones de santé de Lualaba où la transmission du paludisme est saisonnière avec une courte saison pluvieuse qui s'étend sur 4 mois (octobre-janvier), une analyse de la situation sera réalisée pour identifier les zones éligibles pour la CPS et le Traitement préventif intermittent du nourrisson (TPIIn) selon les critères de l'OMS. Un plan de mise en œuvre pilote avant le passage à l'échelle sera élaboré et mis en œuvre.

Pour la MILD, les deux approches de distribution seront utilisées notamment les campagnes de masse (accès universel, écoles et OAC) et les distributions de routine via la CPN, la CPS. L'approche marketing social sera promue dans les aires de santé non prioritaires de grandes villes.

Quant aux adolescents et enfants de moins de cinq ans, les points de prestation des services

aux adolescents et les SSC seront des opportunités à explorer pour la distribution continue des MILD. Les profils épidémiologiques relevés ci-haut requièrent des nouvelles approches en se basant sur la micro-stratification des interventions. Ces approches vont se réaliser comme suit :

- Zones de santé avec PBO (148) dont le cycle de distribution de MILD est de 3 ans ;
- Zones de santé avec paludisme urbain strate 1 (45) au centre de 8 grandes villes du pays dont Kinshasa, Lubumbashi, Kisangani, Goma, Bukavu, Mbuji-Mayi, Kananga et Tshikapa avec un cycle de 2 ans en utilisant les MILD standards ;
- Zones de santé avec paludisme urbain strate 2 (27) en périphérie de 8 grandes villes du pays avec un cycle de trois ans avec PBO.
- Zones de santé avec approches traditionnelles (296) c'est-à-dire les zones de santé qui vont continuer à utiliser les MILD avec la deltaméthrine avec le cycle de deux ans accompagnés par les distributions continues.

Vu les contraintes logistiques et financières relevées au cours du PSN passé, la fréquence d'une distribution de masse toutes les trois années sera maintenue, mais ces distributions de masse seront renforcées par des distributions continues entre deux distributions de masse.

Devant l'avancée de la résistance des vecteurs aux insecticides utilisés jusqu'alors, une nouvelle classe des moustiquaires, le PBO, sera distribuée dans au moins 146 ZS. Par ailleurs, l'utilisation de ces MILD bi traitées sera évaluée.

La promotion de l'assainissement intra et péri-domiciliaire et spécifiquement la gestion des gîtes larvaires sera poursuivie en collaboration avec la direction de l'hygiène au sein de la DGLM anciennement connu comme « Programme du Village assaini ». La lutte antivectorielle sera renforcée par la gestion des gîtes larvaires au moyen d'un projet pilote dont les résultats détermineront les modalités de l'extension.

Le ministère de la santé renforcera la collaboration des Ministères de l'Environnement, Urbanisme et Habitat, Intérieur, Développement Rural, Infrastructure Travaux Public et Réaménagement du territoire et Agriculture, pêche et élevage au travers d'un programme multisectoriel.

La PID devrait être envisagée dans les zones pilotes. De ce fait, les normes et les directives devront être produites.

2. Prise en Charge des cas

Elle sera implémentée dans toutes les zones de santé. Tout cas de fièvre présumé paludisme sera testé grâce au Test de diagnostic rapide (TDR) au niveau des CS, SSC et les officines pharmaceutiques agréées. La goutte épaisse/ frottis mince sera réalisée pour tout cas présumé échec thérapeutique ou tout cas grave au niveau des structures de référence.

Tout cas testé positif au TDR sera mis sous combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine recommandés par la politique nationale à savoir l'association Artésunate-Amodiaquine (ASAQ) et Artéméther-Luméfantine (AL) indistinctement de milieu. L'association Artesunate-Pyronaridine (AP) ayant été évaluée avec des évidences locales et

autorisée par l'autorité nationale de réglementation pharmaceutique fera l'objet d'un plan d'introduction. L'artésunate injectable sera le traitement de choix pour les formes graves.

En cas d'indisponibilité, le pays préconise l'association Quinine-Clindamycine pour les cas simples et l'Artéméther injectable ou la quinine injectable pour les cas graves.

Pour des communautés éloignées des centres de santé (au-delà de 5 Km) ou ayant un accès difficile aux structures des soins à cause des obstacles naturels comme des rivières, des collines et autres, les SSC ont été créés. Ces SSC sont chargés de dispenser les soins intégrés des maladies de l'enfance et progressivement pour certaines pathologies de l'adulte et même certains services de planification familiale sous la supervision de l'infirmier titulaire du CS. Une promotion de leur extension sera faite et une motivation sera pourvue pour ce personnel soumis au régime du volontariat comme le stipule la politique nationale de la santé communautaire.

3. Surveillance épidémiologique

Les activités de surveillance de routine seront déployées dans toutes les zones de santé du pays. Tandis que les sites seront ajoutés aux existants pour couvrir les zones à forte charge tant morbide que létale en surveillance entomologique y compris la lutte anti-larvaire et la surveillance sentinelle.

La surveillance transfrontalière sera renforcée au niveau du pays en implantant des nouveaux sites sentinelles dans 9 ZS frontalières (Angola, Zambie, Tanzanie, Burundi, Rwanda, Ouganda, Sud Soudan, RCA).

Un effort particulier sera fait pour maîtriser les épidémies qui surviennent régulièrement au pays par le renforcement de la surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR). La prise en charge précoce des cas, le traitement de masse ainsi que la pulvérisation intra-domiciliaire seront des moyens efficaces de lutte préconisés dans ces circonstances, de même qu'au cours des urgences complexes dus aux catastrophes naturelles ou déplacements massifs de population.

La complétude hebdomadaire de 31% des rapports ne permet pas d'analyser les données générées par le DHIS2 pour détecter les épidémies à temps. D'où l'implémentation d'un système de surveillance électronique e-SIMR pour pallier cette faiblesse.

▪ ***OS.2. Améliorer la qualité des services et soins de lutte antipaludique dans les structures sanitaires et la communauté dans toutes les DPS d'ici 2023***

L'amélioration de la qualité d'intervention se fera à travers plusieurs interventions : (i) le renforcement du système existant d'assurance et contrôle-qualité des activités, (ii) l'élaboration ou la mise à jour et la vulgarisation des normes et directives, (iii) la réalisation des supervisions et suivis, (iv) la formation et (v) le recyclage du personnel.

En ce qui concerne les supervisions, elles doivent être réalisées à tous les niveaux à savoir deux fois l'an (semestriel) pour le niveau central vers les provinces, quatre fois l'an

(trimestriel) pour la DPS vers la ZS et chaque mois (mensuel) pour l'ECZS vers les aires de santé et des aires de santé vers les Sites de Soins Communautaires (SSC). Un plan annuel de supervisions doit être établi, le profil des superviseurs tel que défini doit être respecté. Un briefing est indispensable avant chaque visite de supervision et le PNLP préconise l'utilisation des tablettes pour réduire les écarts entre les différentes équipes.

▪ ***OS.3. Renforcer les dynamiques et approches communautaires pour le changement social et comportemental en faveur de la LAP dans les 26 DPS d'ici 2023.***

En collaboration avec le Programme national de communication (PNC), une promotion de la dynamique communautaire sera menée de sorte à renforcer les capacités des organes de participation communautaire comme les CAC, CODEV et autres dans l'identification de leurs besoins, la planification et la mise en œuvre des activités communautaires relatives au paludisme d'une part, et, d'autre part, à les rendre fonctionnels. Le PNC renforcera cette collaboration avec les autres secteurs pour un changement social et de comportement propice à la lutte antipaludique.

La Communication sera fondée sur des preuves et utilisera des approches socio-anthropologiques pour lever les éventuels goulots identifiés. L'utilisation des services sera promue au travers des approches promotionnelles qui seront développées ensemble avec les services et programmes compétents.

La surveillance à base communautaire sera mise en œuvre dans les communautés.

▪ ***OS.4. Améliorer les compétences en LAP d'au moins 60% de personnels de santé d'au moins 50% de structures de santé à tous les niveaux et les motiver d'ici 2023.***

L'amélioration des compétences du personnel du ministère en lutte antipaludique se fera à travers des formations ciblant les prestataires des services et soins dans les différentes thématiques du paludisme. Dans chaque thématique, des formations intégrées et en cascade seront privilégiées de sorte à atteindre et responsabiliser les différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Un plaidoyer fort sera mené auprès de l'autorité ministérielle pour la fidélisation des cadres formés pour éviter l'instabilité du personnel et leur motivation par des primes de performance ou toute autre méthode incitative.

▪ ***OS.5. Améliorer la disponibilité des médicaments, réactifs de laboratoire et intrants de qualité de LAP d'ici 2023***

Des mécanismes d'acquisition et de distribution des médicaments essentiels, des réactifs et intrants pour la lutte antipaludique existent au pays et seront améliorés. Le rôle fédérateur du PNLP dans les acquisitions et commandes sera renforcé de sorte à mettre autour du ministère ses partenaires autant techniques que financiers. Les capacités du personnel en gestion, approvisionnement et stockage de ces commodités seront renforcées. Un contrôle d'efficacité des médicaments à travers les tests d'efficacité thérapeutique et de contrôle-qualité, réactifs et intrants acquis sera réalisé conformément aux directives et normes en vigueur. De même que la notification des effets indésirables sera poursuivie en l'étendant aux provinces non encore

couvertes à travers le système national de pharmacovigilance.

▪ ***OS.6. Améliorer la disponibilité et la circulation d'une information sanitaire de qualité en LAP d'ici 2023***

En collaboration avec la DSSP (D-SNIS), un accent sera mis sur l'amélioration de la qualité des données recueillies à travers le DHIS2 particulièrement leur promptitude et cohérence au moyen du renforcement des capacités des prestataires et autres, des audits périodiques, des réunions d'analyse à tous les niveaux et de feedback interactifs. Un effort sera fait pour une intégration progressive des données générées dans le secteur privé. Pour une gestion efficace des données, une collaboration avec les différents acteurs sera recherchée et obtenue.

▪ ***OS.7. Accroître d'au moins 30% le financement des activités de lutte antipaludique par rapport au niveau de 2018 et réduire le coût de l'accès aux soins d'au moins 50% d'ici 2023.***

L'accroissement du financement des activités de lutte antipaludique nécessite l'apport de toutes les parties prenantes. Un plaidoyer fort et agissant sera mené auprès du gouvernement pour le décaissement de fonds de contrepartie et l'exonération des intrants antipaludiques. Ce même plaidoyer sera adressé aux parlements nationaux et provinciaux pour l'augmentation de l'enveloppe du budget réservée à la santé et particulièrement à la lutte antipaludique. Dans le cadre du processus de la CSU en cours et redynamisée par la présidence de la République, une promotion de l'accessibilité aux soins des couches démunies sera obtenue. Avec les différents acteurs comme le Programme National des Mutuelles de Santé (PNMS), des mécanismes de partage de risques financiers avec les communautés seront promus pour réduire les charges des ménages pour les soins de santé et particulièrement pour le paludisme.

▪ ***OS.8. Renforcer le pilotage de la LAP à tous les niveaux pour garantir l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité d'ici 2023***

Le staff dévolu à la lutte antipaludique à travers le pays bénéficiera d'un renforcement des capacités pour acquérir les compétences tant dans la conception, la planification, l'accompagnement que la mise en œuvre des activités de lutte antipaludique. Des allocations et dotations des ressources matérielles et financières appropriées pour la lutte seront renforcées. Le niveau central bénéficiera d'appuis suffisants pour son fonctionnement et surtout pour la coordination des activités de terrain selon les mécanismes prévus par le Gouvernement de la République. Le niveau opérationnel s'appropriera de la lutte contre le paludisme à travers une planification intégrée, un renforcement de la coordination et du suivi-évaluation en collaboration avec les organisations communautaires.

▪ ***OS.9. Renforcer la multi-sectorialité en Impliquant les autres secteurs dans la mise en œuvre des stratégies de la LAP d'ici 2023***

Afin d'obtenir les résultats escomptés, le PNL P devra mener un plaidoyer auprès des autorités de tutelle pour mobiliser les acteurs d'autres secteurs que le Ministère de la santé autour d'un partenariat multisectoriel de sorte à renforcer les capacités du pays à vaincre ce

grand défi qu'est le paludisme.

IV.6. STRATEGIES ET ACTIVITES CLES

Les principales stratégies du PSN 2020-2023 sont résumées dans le tableau VIII ci-dessous.

Tableau VIII : Stratégies et activités du PSN 2020-2023

| AXES STRATEGIQUES, RESULTATS STRATEGIQUES, INTERVENTIONS, ACTIVITES |
|---|
| Axe Stratégique 1 : Amélioration des prestations des services de santé et continuité des soins de qualité aux différents niveaux du système de santé |
| Résultat 1.1. Toutes les provinces de la RDC ont renforcé le paquet des services essentiels de lutte antipaludique en faveur de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et l'adolescent |
| Intervention 1 : Amélioration de la couverture sanitaire (LAP) |
| 1.1. Mener la LAV (la distribution des MILD, traitement de gîtes larvaires) |
| 1.2. Assurer la chimio prévention du paludisme |
| 1.3. Assurer la confirmation biologique des cas |
| 1.4. Traiter les cas confirmés |
| 1.5. Améliorer l'offre des soins et services au niveau des structures de référence secondaire et tertiaire |
| 1.6. Améliorer la couverture des activités en surveillance épidémiologique |
| 1.7. Améliorer la couverture des activités de SIMR |
| 1.8. Etendre les activités des sites des soins communautaires SSC |
| 1.9. Etendre les activités de LAP dans la communauté |
| Résultat 1.2. Toutes les provinces de la RDC ont amélioré la qualité du paquet essentiel des services essentiels de lutte antipaludique en faveur de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et l'adolescent |
| Intervention 2 : Amélioration de la qualité des paquets de services offerts à la population |
| 2.1. Vulgariser les normes et directives |
| 2.2. Assurer les supervisions intégrées en prestations LAP |
| 2.3. Organiser un système d'assurance et contrôle qualité |
| Résultat 1.3. Au moins 70% de DPS ont stratifié et mise en œuvre les activités de LAP en faveur de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, et de la nutrition (SRMNEA-Nut) |
| Intervention 3 : Rationalisation des paquets essentiels de services et soins offerts à la population |
| 3.1. Stratifier les interventions de LAP selon les ZS ciblées |
| Intervention 4 : Renforcement de la dynamique communautaire |
| 4.1. Renforcer les capacités des relais communautaires comme agents clés de changement de comportement (formation, supervision, équipement). |

| |
|---|
| 4.2. Rendre fonctionnels les organes de participation Communautaire (Réunions et autres activités communautaires) |
| 4.3. Renforcer la communication pour le changement de comportement pour la LAP |
| 4.4. Promouvoir l'utilisation des services de santé par la communauté |
| <ul style="list-style-type: none"> - Priorité 4.1 : Renforcer les capacités des relais communautaires comme agents clés de changement de comportement (formation, supervision, équipement). - Priorité 4.2 : Rendre fonctionnels les organes de participation Communautaire (Réunions et autres activités communautaires) - Priorité 4.3 : Développer une stratégie pour le changement social et de comportement en alignement au PSN - Priorité 4.4 : Promouvoir l'utilisation des services de santé |
| Axe stratégique 2 : Renforcement des cinq piliers du système de santé pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services et soins de qualité |
| Résultat 2.1 : Au moins 50% des structures de santé à tous les niveaux du système disposent d'au moins 60% de personnels de santé motivés dont les compétences en LAP ont été améliorées |
| Intervention 5 : Amélioration de la disponibilité, des compétences et de la motivation des ressources humaines |
| 5.1. Former les personnels et prestataires des soins en LAP |
| 5.2. Fidéliser et motiver les personnels formés en LAP |
| 5.3. Mobiliser les fonds pour la formation du personnel |
| Résultat 2.2 . La disponibilité des médicaments antipaludiques, réactifs de laboratoire et intrants spécifiques de qualité pour la lutte est accrue de plus de 30% du niveau de 2018. |
| Intervention 6 : Amélioration de la disponibilité de médicaments, intrants et équipements spécifiques de qualité |
| 6.1. Rendre disponibles les médicaments antipaludiques et intrants spécifiques de qualité |
| 6.2. Assurer la gestion des stocks des médicaments antipaludiques |
| 6.3. Assurer la circulation des médicaments de bonne qualité |
| 6.4. Assurer la notification des effets indésirables des médicaments antipaludiques |
| 6.5. Organiser les ateliers de planification pour la distribution de masse des MILD |
| 6.6. Doter les FOSA en équipements spécifiques pour la LAP |
| Résultat 2.3 : Au regard des dispositions nationales, la disponibilité de l'information sanitaire de qualité est assurée à 80% pour une meilleure prise de décision. |
| Intervention 7 : Amélioration de la disponibilité et de la circulation d'une information sanitaire de qualité |
| 7.1. Améliorer la promptitude et la cohérence des données |
| 7.2. S'assurer de l'analyse des données à la base et les valider |
| 7.3. Assurer la validation des données au niveau central |
| 7.4. Mener des audits des données et missions RDQA |
| 7.5. Intégrer les données LAP des FOSA privées dans le SNIS |

| |
|---|
| 7.6. Harmoniser les sources des données LAP |
| Intervention 8 : Amélioration de la qualité des activités de surveillance |
| 8.1. Renforcer la collaboration avec la D-SNIS |
| 8.2. Renforcer les compétences des prestataires |
| 8.3. Doter le PNLN en équipements informatiques (à tous les niveaux du système) |
| 8.4. Améliorer la qualité des données par la réalisation régulière de DQA |
| Résultat 2.4 : Le financement des activités de lutte antipaludique est augmenté d'au moins 30% par rapport au niveau de 2018 et le coût de l'accès aux soins est réduit d'au moins 50%. |
| Intervention 9 : Amélioration du financement de la santé et réduction du coût de l'accès aux soins |
| 9.1. Accroître les allocations des fonds du Gouvernement dans les activités des soins antipaludiques y compris dans les communautés |
| 9.2. Impliquer les communautés dans le partage des risques financiers pour les soins antipaludiques |
| 9.3. Réduire la charge des ménages sur le financement des soins antipaludiques |
| Axe Stratégique 3 : Le renforcement de la gouvernance du secteur pour un meilleur pilotage dans le cadre de la décentralisation et l'implication de la santé dans la mise en œuvre des stratégies des autres secteurs. |
| Résultat 3.1 : La coordination du Programme est renforcée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour garantir les prestations des soins et services de qualité |
| Intervention 10 : Renforcement du pilotage du secteur dans le cadre de la décentralisation |
| 10.1. Accroître les ressources matérielles et financières pour la LAP |
| 10.2. Obtenir un leadership mobilisant du PNLN |
| 10.3. Renforcer les capacités institutionnelles et techniques du PNLN |
| 10.4. Définir les priorités pour actions dans la recherche pour la LAP |
| Résultat 3.2 : La collaboration intersectorielle est promue à travers un groupe multisectoriel |
| Intervention 11 : Implication du MSP dans la mise en œuvre des stratégies des autres secteurs |
| 11.1. Améliorer la collaboration multisectorielle afin d'obtenir une réponse nationale coordonnée |

V. CADRE DE MISE EN OEUVRE

V.1. Plan de Mise en œuvre

Le plan de mise en œuvre du PSN 2020-2023 est résumé dans le tableau IX ci-dessous.

Tableau IX : Budget PSN Palu 2020-2023

| RDC -BUDGET PLAN STRATEGIQUE PALUIDISME (2020-2021) | | | | | | | |
|--|---|---|----------------|----------------|----------------|------------------------|-------------|
| MODULES | OBJECTIFS & STRATEGIES | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Coût Total (2020-2023) | |
| | OBJECTIF STRATEGIQUE 1 : Renforcer le paquet des services et soins essentiels lutte antipaludique dans les structures sanitaires y compris le niveau communautaire d'ici 2023. | \$ 225 369 749 | \$ 181 971 276 | \$ 243 700 168 | \$ 267 846 085 | \$ 918 887 277 | |
| | Stratégie 1: Lutte antivectorielle à travers la MILD et la PID | \$ 160 293 668 | \$ 95 227 895 | \$ 129 478 231 | \$ 151 835 194 | \$ 536 834 988 | |
| Lutte antivectorielle : MILD | Acheter des MILD Conventionnelles pour les besoins du pays 2020-2023 | MILDA TOTAL | 56 098 608 | 35 906 627 | 59 896 297 | 56 909 975 | 208 811 507 |
| Lutte antivectorielle : MILD | Acheter des MILD PBO pour les besoins du pays 2020-2023 | MILDA TOTAL | 47 465 561 | 24 347 064 | 23 288 640 | 41 060 335 | 136 161 600 |
| Lutte antivectorielle : MILD | Coûts PSM MILDA | Voir GAS | \$ 53 035 211 | \$ 30 855 915 | \$ 42 599 006 | \$ 50 170 596 | 176 660 728 |
| Lutte antivectorielle : PID | Organiser un atelier résidentiel de 20 participants pendant 10 jours à Kinshasa | 212\$/j/participant | \$ - | \$ 424 000 | \$ - | \$ - | 424 000 |
| Lutte antivectorielle : PID | Organiser les missions de vulgarisation dans 16 ZS avec PID | 2000\$/mission | \$ 42 667 | \$ 42 667 | \$ 42 667 | \$ 42 667 | 170 667 |
| Lutte antivectorielle : PID | Acheter les matériels et intrants pour la PID de 16 ZS | Coût moyen par ZS est de 684679 USD/an | \$ 3 651 621 | \$ 3 651 621 | \$ 3 651 621 | \$ 3 651 621 | 14 606 485 |
| | Stratégie 2: Chimio-prévention | \$ 6 273 288 | \$ 9 192 472 | \$ 9 681 941 | \$ 10 189 673 | \$ 35 337 374 | |
| Intervention de prévention spécifique : Traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPiG) | Acheter la SP pour 516 ZS selon la micro stratification acheminée jusqu'au bénéficiaire donc 94% de 4% de la population totale selon la couverture de CPN1 en Multipliant par 3 doses de SP | 1 comprimé de SP pour 0,11 | 4 148 725 | \$ 4 172 898 | \$ 4 433 931 | \$ 4 706 594 | 17 462 149 |
| Intervention de prévention spécifique : Traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIn) | Acheter la SP pour 6 ZS pour le TPIn (3 doses pour chaque enfant lors des séances de PEV) | 1 comprimé de SP pour 0,11 | \$ - | \$ 12 148 | \$ 19 883 | \$ 26 474 | 58 505 |
| Intervention de prévention spécifique : Chimio prévention saisonnière (SMC) | Acheter AQ/SP pour les zones 26 ZS avec Paludisme saisonnière chez les enfants de 3-11 mois en multipliant par 4 phases | Amodiaquine-Sulfadoxine-Pyriméthamine 76.5 mg+250/12.5 mg | \$ - | \$ 989 008 | \$ 1 017 689 | \$ 1 047 202 | 3 053 899 |
| Intervention de prévention spécifique : Chimio prévention saisonnière (SMC) | Acheter AQ/SP pour 26 ZS avec Paludisme saisonnière chez les enfants de 12 à 59 mois en multipliant par 4 phases | Amodiaquine-Sulfadoxine-Pyriméthamine 153 mg+500/25 mg | \$ - | \$ 905 222 | \$ 931 473 | \$ 958 486 | 2 795 182 |
| Intervention de prévention spécifique : Traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPiG) | Coûts PSM Chimio-prevention | Voir GAS | \$ 2 124 562 | \$ 3 113 197 | \$ 3 278 964 | \$ 3 450 917 | 11 967 641 |
| | Stratégie 3: Confirmation biologique des cas | \$ 10 520 429 | \$ 12 343 921 | \$ 16 818 335 | \$ 14 843 677 | \$ 54 526 362 | |
| Gestion des cas – Diagnostic | Assurer la réalisation des TDR pour la confirmation des cas suspects reçus en consultation externe | Approvisionnement en TDR | 7 034 477 | \$ 7 515 901 | \$ 8 363 719 | \$ 9 384 172 | 32 298 270 |
| Gestion des cas – Diagnostic | Coûts PSM TDR | Voir GAS | \$ 2 793 391 | \$ 2 984 564 | \$ 3 321 233 | \$ 3 726 455 | 12 825 643 |
| Gestion des cas – Diagnostic | | réalisation de la GE 0,294\$/GE(0,098 \$/lame+0,162\$/réactifs+0,026\$/lancettes+alcool +gants+0,008\$/ouat) | 692 561 | \$ 704 368 | \$ 781 412 | \$ 812 362 | 2 990 703 |
| Gestion des cas – Diagnostic | | Approvisionnement en microscopes des sites sentinelles en microscopes (52 ZS , 962 aires de santé) | \$ - | \$ 530 400 | \$ 312 000 | \$ 312 000 | 1 154 400 |
| Gestion des cas – Diagnostic | Assurer la réalisation de la GE/FM pour la confirmation des cas graves et des échecs thérapeutiques | Approvisionnement structures de référence et sites sentinelles pour 516 ZS en kit de réactifs et petits matériels de laboratoire des structures de référence au coût de 234 USD | \$ - | \$ 243 360 | \$ 243 360 | \$ 243 360 | 730 080 |
| Gestion des cas – Diagnostic | | Formation des formateurs provinciaux sur le diagnostic biologique (1 session/an de 5 pers/session *26 DPS/(jours=130) (Inclus dans ligne 24) (Déjà Fait) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des cas – Diagnostic | | Formation des techniciens de laboratoire sur le diagnostic biologique(6 pers/ZS*5j) pour 516 ZS | \$ - | \$ - | \$ 2 359 346 | \$ - | 2 359 346 |
| Gestion des cas – Diagnostic | | Formation / recyclage des 20 formateurs centraux sur les nouvelles directives nationales de la prise en charge biologique du paludisme et en AQ | \$ - | \$ - | \$ 10 085 | \$ - | 10 085 |
| Gestion des cas – Diagnostic | Organiser un système d'assurance qualité du diagnostic | Formation / recyclage des 2 cadres de la DPS sur les nouvelles directives nationales de la prise en charge biologique du paludisme et en AQ | \$ - | \$ - | \$ 96 042 | \$ - | 96 042 |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| Surveillance Epidémiologique | Organiser des supervisions dans les nouveaux sites implémentés et existants | Organiser les visites semestrielles de supervision dans les 11 sites entomologiques (déjà pris en compte ligne 68) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Surveillance Epidémiologique | | Supervision au niveau central des 11 sites entomologiques (déjà pris en compte ligne 68) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Surveillance Epidémiologique | Approvisionner en matériels et équipements | Matériels réactifs de laboratoire de 52 sites sentinelles | \$ 1 | \$ 14 732 | \$ 14 732 | \$ 14 732 | 44 197 | |
| Surveillance Epidémiologique | | Détecteurs climatologiques dans 52 sites sentinelles*2 (1005 par kit*2*52= | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | |
| Surveillance Epidémiologique | | Motos DT) pour 52 sites sentinelles (cfr GIBS) / 1 moto par DPS | \$ - | \$ 130 000 | \$ - | \$ - | \$ - | 130 000 |
| Surveillance Epidémiologique | | Kit informatique=ordinateurs et accessoires structurés cfr coût PSN 2016-2020, | \$ - | \$ 472 940 | \$ 68 640 | \$ 68 640 | \$ 68 640 | 610 220 |
| Surveillance Epidémiologique | Assurer la distribution des matériels et équipements | distribution des matériels et équipements dans les 52 sites sentinelles (20% coût achats kit informatique) | \$ - | \$ 94 588 | \$ 13 728 | \$ 13 728 | \$ 13 728 | 122 044 |
| Surveillance Epidémiologique | Evaluer la fonctionnalité des matériels et équipements fournis | suivi semestriel sur les matériels fournis dans les 52 SS lors de supervision des sites sentinelles (Pris en compte lors des supervisions) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Surveillance Epidémiologique | Assurer la prime de surveillance aux acteurs des sites sentinelles | Prime de surveillance des acteurs : MCZ/100 \$*12/52SS IS / 80\$*12/52SS IT & DN / 50 \$*12 /208 FOSA | \$ 361 920 | \$ 361 920 | \$ 361 920 | \$ 361 920 | \$ 361 920 | 1 447 680 |
| Surveillance Epidémiologique | Assurer les activités de surveillance sites sentinelles | Réunion d'analyse, validation et utilisation des données par trimestre dans 52 SS*4 trimestres (Déjà pris en compte) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Surveillance Epidémiologique | Organiser des supervisions dans les nouveaux sites implémentés | Visites semestrielles de supervision des 52 sites sentinelles du PNLP | \$ 152 000 | \$ 152 000 | \$ 152 000 | \$ 152 000 | \$ 152 000 | 608 000 |
| Surveillance Epidémiologique | Former les prestataires des zones de santé | Formation des 10 prestataires par zone de santé sentinelle (2 ZS*2HGR*6CS*9SS) (Déjà pris en compte) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Surveillance Epidémiologique | Assurer la supervision post-formation dans les zones de santé | supervision post-formation (1*4 trimestres) (Déjà pris en compte) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Surveillance Epidémiologique | Approvisionner en matériels et équipements | matériels (réactifs de labo, détecteurs climatologique), équipements roulants (motos) (Déjà pris en compte) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Surveillance Epidémiologique | Assurer la distribution des matériels et équipements | distribution des matériels et équipements dans les 52 sites sentinelles (Déjà pris en compte) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Surveillance Epidémiologique | Evaluer la fonctionnalité des matériels et équipements fournis | Suivi semestriel sur les matériels fournis dans les 9 ZS SS transfrontalières par des supervisions semestrielles (Déjà pris en compte) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Surveillance Epidémiologique | Assurer les activités de surveillance transfrontalière | Réunion d'analyse, validation et utilisation des données par trimestre (Déjà pris en compte) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Surveillance Epidémiologique | Organiser des supervisions dans les sites implémentés | Mission de supervision (1 supervision par trimestre* 4 trimestres*9nouveaux SS) (Déjà pris en compte) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Stratégie 7: Surveillance intégrée de la maladie et riposte | | | \$ 1 688 970 | \$ 7 527 572 | \$ 7 331 060 | \$ 7 331 060 | \$ 7 331 060 | 23 878 662 |
| Surveillance Epidémiologique | Elaborer le protocole d'évaluation | Atelier sur l'élaboration et validation du protocole d'évaluation des épidémies | \$ 3 188,00 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 3 188 |
| Surveillance Epidémiologique | Mener l'étude d'évaluation | Organiser deux enquêtes semestrielles sur la riposte aux épidémies | \$ 50 000 | \$ 50 000 | \$ 50 000 | \$ 50 000 | \$ 50 000 | 200 000 |
| Surveillance Epidémiologique | Rendre disponible les résultats de l'évaluation menée | réunion de task force/PTF*2 (RSS) | \$ 3 779,00 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 3 779 |
| Surveillance Epidémiologique | Elaborer la carte des ZS concernées | Organisation d'un atelier pour dresser la cartographie des ZS avec DGLM (10 participants*4 Jrs) (mis en œuvre en 2020) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Surveillance Epidémiologique | Former les formateurs centraux | Formation de 10 agents de santé du ministère de la santé par an (mis en œuvre en 2020) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Surveillance Epidémiologique | Former les formateurs provinciaux | Formation de 18 agents de santé des 6 DPS (Nord Kivu, Sud Kivu, Ituri, Haut Katanga, Lualaba (3*6) (mis en œuvre en 2020) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Surveillance Epidémiologique | Former les prestataires des zones de santé | Formation de 333 agents de santé en SMIR dans 111 zones de santé à potentielle épidémique (3* 111 ZS) (RSS) | \$ 165 161 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 165 161 |
| Surveillance Epidémiologique | Assurer la supervision post-formation dans les zones de santé | Supervision semestrielle du niveau central et intermédiaire (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Surveillance Epidémiologique | Organiser des campagnes de traitement de masse en cas d'épidémie | Organisation le MDA lors des épidémies avec des populations moyenne 2 000 000 habitants | \$ 1 466 842 | \$ 1 466 842 | \$ 1 466 842 | \$ 1 466 842 | \$ 1 466 842 | 5 867 369 |
| Surveillance Epidémiologique | Assurer la pharmacovigilance des antipaludiques par des formations | Organisation des activités de la pharmacovigilance des antipaludiques dans 52 SS (notification mensuelle des EIM, supervisions (2 par an) intégré dans le paquet formation SS (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Surveillance Epidémiologique | Approvisionner les matériels et équipements pour la PID | Approvisionnement des matériels et équipements pour la PID dans les 4 ZS à potentiel épidémique | \$ - | \$ 163 760 | \$ - | \$ - | \$ - | 163 760 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|----|-----------|----|-----------|----|------------|----|-----------|------------|
| Surveillance Epidémiologique | Assurer la distribution des matériels et équipements | Distribution des matériels et équipements pour la PID dans les 16 ZS à potentiel épidémique | \$ | - | \$ | 32 752 | \$ | - | \$ | - | 32 752 |
| Surveillance Epidémiologique | Assurer la pulvérisation Intra domiciliaire d'insecticides à effet rémanent | PID dans les ZS à potentiel épidémique (population de la ZS divisé par la taille des ménages (5,3% niveau national) * moyenne des gères par habitant (31*125 (coût moyen d'une | \$ | - | \$ | 4 804 378 | \$ | 4 804 378 | \$ | 4 804 378 | 14 413 133 |
| Surveillance Epidémiologique | Mener l'investigation dans les zones de santé à flambée épidémique | Investigation (16 ZS à flambées épidémiques*26 750\$/zone santé) | \$ | - | \$ | 428 000 | \$ | 428 000 | \$ | 428 000 | 1 284 000 |
| Surveillance Epidémiologique | Organiser la riposte dans les zones de santé à flambées épidémiques | Mise en œuvre de la riposte (16 ZSS à flambées épidémiques* | \$ | - | \$ | 581 840 | \$ | 581 840 | \$ | 581 840 | 1 745 520 |
| Stratégie 8: Extension des SSC | | | \$ | - | \$ | - | \$ | 10 642 280 | \$ | 7 739 840 | 18 382 120 |
| Communautaire | Améliorer la couverture et la fonctionnalité des SSC pour couvrir au moins 50% de besoins en mettant en place au moins 3484 SSC additionnels dans l'ensemble du pays | Formation, Suivi post-formation, supervision, Approvisionnement et motivation RC. 11 DPS, 8 DPS, 7 DPS par Année et chaque DPS 3484 SSC/26DPS = 134 SSC/DPS | \$ | - | \$ | - | \$ | 10 642 280 | \$ | 7 739 840 | 18 382 120 |
| Stratégie 9: Vulgarisation des normes et directives | | | \$ | 5 937 922 | \$ | 6 589 160 | \$ | 6 103 397 | \$ | 6 544 716 | 25 175 194 |
| Stratégie 9: Vulgarisation des normes et directives | | | \$ | - | \$ | 261 292 | \$ | - | \$ | - | 261 292 |
| Renforcement de Capacité | Mettre à jour les normes et directives sur les prestations LAP | Atelier résidentiel de mise à jour de 30 participants pendant 7 jours | \$ | - | \$ | 49 858 | \$ | - | \$ | - | 49 858 |
| Renforcement de Capacité | Reproduire les normes et directives des prestations LAP | Reproduction de 16 000 documents par DPS dont 30 par ZS, 10 par DPS et 260 PNL Central | \$ | - | \$ | 160 000 | \$ | - | \$ | - | 160 000 |
| Renforcement de Capacité | Assurer la diffusion des normes et directives des prestations LAP | Distribution de 16 000 documents des directives | \$ | - | \$ | 51 434 | \$ | - | \$ | - | 51 434 |
| Renforcement de Capacité | Adapter les normes et directives | Réalisée par la DGLM | \$ | - | \$ | - | \$ | - | \$ | - | - |
| Renforcement de Capacité | Reproduire les normes et directives adaptées | Reproduction=666 copies des directives et normes de SIMR(5*15*26 DPS*516ZS) (Déjà pris en compte) | \$ | - | \$ | - | \$ | - | \$ | - | - |
| Renforcement de Capacité | Distribuer les normes | Distribution des normes et directives (Déjà pris en compte) | \$ | - | \$ | - | \$ | - | \$ | - | - |
| Stratégie 10: Recyclage/accompagnement des prestataires | | | \$ | - | \$ | 389 946 | \$ | 165 475 | \$ | - | 555 420 |
| Renforcement de Capacité | Elaborer et reproduire les modules de formation | Atelier de 20 personnes (150*20*5) | \$ | - | \$ | 10 085 | \$ | - | \$ | - | 10 085 |
| Renforcement de Capacité | Elaborer et reproduire les modules de formation | Elaboration de 16 000 modules (de formation des formateurs des prestataires, fiches techniques, guide des poches) / 15 USD par document (Coût harmonisé) | \$ | - | \$ | 240 000 | \$ | - | \$ | - | 240 000 |
| Renforcement de Capacité | Former les formateurs centraux en LAP | Formation résidentielle des 30 formateurs centraux pendant 7 jours | \$ | - | \$ | 105 895 | \$ | - | \$ | - | 105 895 |
| Renforcement de Capacité | Former les formateurs provinciaux en LAP | formation de 15 formateurs provinciaux par DPS (150*15*26*5=195 000 (prevu en 2020) | \$ | - | \$ | - | \$ | - | \$ | - | - |
| Renforcement de Capacité | Former les prestataires des zones de santé | formation (20 personnes/ZS) de structures de référence avec coût unitaire de 150\$ par personne formée (20 personnes/ZS x 7 jours x 516 ZS = 72240) (prevu en 2020) | \$ | - | \$ | - | \$ | - | \$ | - | - |
| Renforcement de Capacité | Mettre à jour et produire les modules de formation | reproduction (666 copies du module formation en SIMR*51 participants*15) (RSS) | \$ | - | \$ | 33 966 | \$ | - | \$ | - | 33 966 |
| Renforcement de Capacité | Former le personnel de la coordination nationale en surveillance | Formation en surveillance (30 personnes*5jrs*1personnel d'appoint) (RSS) | \$ | - | \$ | - | \$ | - | \$ | - | - |
| Renforcement de Capacité | Assurer la supervision post-formation par une évaluation | Assurer la supervision post-formation par une évaluation (RSS) | \$ | - | \$ | - | \$ | - | \$ | - | - |
| Renforcement de Capacité | Former les formateurs centraux en entomologie | Formation de 25 cadres du PNL P et 26 DPS | \$ | - | \$ | - | \$ | 69 820 | \$ | - | 69 820 |
| Renforcement de Capacité | Former les formateurs provinciaux en entomologie | Formation des 52 prestataires (2 prestataires par DPS) en entomologie du niveau provincial (Déjà pris en compte dans sites sentinelles) | \$ | - | \$ | - | \$ | - | \$ | - | - |
| Renforcement de Capacité | Former les prestataires des zones de santé en entomologie | Formation de 104 prestataires en entomologie du niveau périphérique (formation en pool cfr cours de management) (Déjà pris en compte dans sites sentinelles) | \$ | - | \$ | - | \$ | - | \$ | - | - |
| Renforcement de Capacité | Former les formateurs centraux en surveillance épidémiologique | Formation de 30 formateurs centraux (Déjà pris en compte dans sites sentinelles) | \$ | - | \$ | - | \$ | - | \$ | - | - |
| Renforcement de Capacité | Former les formateurs provinciaux en surveillance épidémiologique | Formation des 78 formateurs provinciaux à raison de 3 formateur par DPS (Déjà pris en compte dans sites sentinelles) | \$ | - | \$ | - | \$ | - | \$ | - | - |
| Renforcement de Capacité | Former les prestataires des zones de santé sentinelle | formation des 10 prestataires par zone de santé sentinelle (2 ZS*2HGR*6CS*52SS) | \$ | - | \$ | - | \$ | 95 655 | \$ | - | 95 655 |
| Stratégie 11: Assurer la supervision intégrée des activités de LAP | | | \$ | 5 937 922 | \$ | 5 937 922 | \$ | 5 937 922 | \$ | 6 544 716 | 24 358 482 |
| S&E | Eaborer les outils de supervision intégrée | atelier de 20 personnes (212*20*5=21 200) (Déjà pris en compte) | \$ | - | \$ | - | \$ | - | \$ | - | - |
| S&E | Reproduire ces outils de supervision intégrée | reproduction de 16 000 documents par DPS dont 30 par ZS, 10 par DPS et 260 PNL Central(3 canevas*2/structure *4 supervisions/an=630) (Déjà pris en compte) | \$ | - | \$ | - | \$ | - | \$ | - | - |
| S&E | Réaliser les supervisions à tous les niveaux | Missions semestrielles de supervision du niveau central vers les provinces (Diagnostic biologique, Santé publique, Un Clinicien et un Gestionnaire des intrants) | \$ | 411 472 | \$ | 411 472 | \$ | 411 472 | \$ | 411 472 | 1 645 888 |

| | | | | | | | | |
|---|--|---|--------------|---------------|---------------|---------------|--------------|------------|
| S&E | Réaliser les supervisions à tous les niveaux (RSS) | supervision trimestrielle de 26 DPS vers 516 ZS avec un cout de 100 par superviseur (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| S&E | Réaliser les supervisions à tous les niveaux | visites de supervision des coordinations PNL/DPS vers les 516 zones de santé | \$ 908 250 | \$ 908 250 | \$ 908 250 | \$ 908 250 | \$ 908 250 | 3 633 000 |
| S&E | Réaliser les supervisions à tous les niveaux | visites de supervision intégrée des activités dans les 519 ZS (Equipes cadres des zones de santé vers les structures) (RSS) | \$ 4 618 200 | \$ 4 618 200 | \$ 4 618 200 | \$ 4 618 200 | \$ 4 618 200 | 18 472 800 |
| S&E | Réaliser les supervisions à tous les niveaux | Supervision des aires de santé vers les sites de soins communautaires (RSS) | | | | | | - |
| S&E | Assurer la supervision post-formatrice du niveau central vers l'intermédiaire 1 fois le semestre | Supervision du niveau central vers les niveaux intermédiaires en raison de 1 personnes par DPS (RSS) | | | | | | - |
| S&E | Assurer la supervision post-formatrice à tous les niveaux | Supervision post-formatrice des coordinations PNL/DPS vers les 516 zones de santé (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ 453 906 | 453 906 |
| S&E | Assurer la supervision post-formatrice dans les zones de santé | Supervision du BCZ vers les aires de santé (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ 152 888 | 152 888 |
| S&E | Réaliser les supervisions à tous les niveaux | Supervision trimestrielle formative de proximité de 26 DPS en raison de 3 personnes (1 clinicien, 1 santé public et 1 biologiste) Déjà pris en compte | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| S&E | Réaliser les supervisions à tous les niveaux | Supervision trimestrielle de 26 DPS vers 516 ZS avec un cout de 100 par superviseur Déjà pris en compte | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| S&E | Réaliser les supervisions à tous les niveaux | Supervision mensuelle de 516 ZS vers les 20 aires de santé Déjà pris en compte | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 3: Rationnaliser le paquet essentiel des services et soins pour la LAP | | | \$ - | \$ 34 893 | \$ - | \$ - | \$ - | 34 893 |
| Stratégie 12: Stratifier les ZS pour la mise en œuvre des interventions de LAP | | | \$ - | \$ 34 893 | \$ - | \$ - | \$ - | 34 893 |
| S&E | Evaluer la charge palustre dans les ZS | Réaliser l'enquête pour évaluer les ZS à charge élevée dans 10 DPS (HBHI) | \$ - | \$ 30 000 | \$ - | \$ - | \$ - | 30 000 |
| S&E | Elaborer la carte de ZS à charge élevée | Organisation d'un atelier pour dresser la cartographie des ZS avec DGLM (10 participants*3 jrs) | \$ - | \$ 4 893 | \$ - | \$ - | \$ - | 4 893 |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 4: Renforcer les dynamiques et approches communautaires pour le changement social et comportemental pour la LAP | | | \$ 7 037 040 | \$ 10 821 610 | \$ 9 581 408 | \$ 7 194 240 | \$ - | 34 634 298 |
| Communautaire | Recycler les nationaux et provinciaux sur les normes et directives de la lutte antipaludique au niveau communautaire | Atelier résidentiel : 26 nationaux et 52 provinciaux en 3 sessions pendant 3 jours | \$ - | \$ 97 249 | \$ - | \$ - | \$ - | 97 249 |
| Communautaire | Recycler les membres ECZS sur la lutte antipaludique au niveau communautaire | Opérationnel/ECZS 2580 personnes | \$ - | \$ 1 060 380 | \$ - | \$ - | \$ - | 1 060 380 |
| Communautaire | Former les 30960 encadreurs opérationnels dans la lutte antipaludiques (25800 CAC, 5160 CODESA) | (National 26 pers, Provincial 52 pers, opérationnel 5/ZS = 2580); 5/CAC/AS: 25800, CODESA 5160 | \$ - | \$ 1 630 870 | \$ 1 630 870 | \$ - | \$ - | 3 261 739 |
| Communautaire | Organiser l'atelier d'actualisation des modules de formation, support de communications (Boite à image, cartes conseils spot, manuel de surveillance, Reproducteur/Expédier les modules de formation, supports de communication (BI, cartes conseils spot, surveillance à base | | \$ - | \$ 82 574 | \$ - | \$ - | \$ - | 82 574 |
| Communautaire | Reproduire/Expédier les modules de formation, supports de communication (BI, cartes conseils spot, surveillance à base | Reproduire 32811 modules | \$ - | \$ 756 299 | \$ 756 299 | \$ - | \$ - | 1 512 597 |
| Communautaire | Diffuser les manuels des normes et directives sur la lutte antipaludique au niveau communautaire | 12 Emissions dans 56 Radios et 30 TV/An | \$ - | \$ 157 200 | \$ 157 200 | \$ 157 200 | \$ - | 471 600 |
| Communautaire | Implémenter l'approche communauté championne dans les Zones de santé | organiser l'atelier des formateurs (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Communautaire | | installer la communauté championne dans 20 ZS expérimentales (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Communautaire | Assurer l'accompagnement semestriel du niveau central vers 26 DPS (Tutorat, Mentorat, Coaching, Supervision) pour la lutte antipaludique | 2 supervisions semestriel/An dans les 26 DPS | \$ 164 040 | \$ 164 040 | \$ 164 040 | \$ 164 040 | \$ 164 040 | 656 160 |
| Communautaire | Assurer l'accompagnement trimestriel des ECP vers les ZS pour assurer le tutorat, mentorat, coaching, supervision | 4 supervisions/An dans les 516 ZS | \$ 681 000 | \$ 681 000 | \$ 681 000 | \$ 681 000 | \$ 681 000 | 2 724 000 |
| Communautaire | Assurer l'accompagnement mensuel des acteurs communautaires dans la communauté pour la lutte antipaludique | 20 AS/ZS x 516 ZS x 12 supervisions pour 3 Ans | \$ 6 192 000 | \$ 6 192 000 | \$ 6 192 000 | \$ 6 192 000 | \$ 6 192 000 | 24 768 000 |
| Communautaire | Elaborer/actualiser les outils de collecte des données à base communautaire | élaboration des outils lors d'un atelier au niveau central=150\$ location salle*5jrs*10 personnes*10 transports*25 déjeuner*3pause café *2 (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Communautaire | Former les membres de la communauté | formation de 32 personnes de la communauté dans 52 SS (32*52*5jrs)(RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Communautaire | Doter les communautés d'outils de surveillance | reproduction et distribution des outils de surveillance (collecte des données) dans 52 SS (reproduction=2 pages*1\$*52 SS)(RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Communautaire | S'assurer de la mise en œuvre de la surveillance | faire un suivi post-formation des activités de la surveillance dans la communauté/ 52 ZS (2 supervisions par an *52 SS) (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Communautaire | Evaluer le processus | organisation d'un atelier d'évaluation du processus au niveau central (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| IEC/CCC | | | \$ 8 101 094 | \$ 8 101 094 | \$ 25 634 544 | \$ 16 123 052 | \$ - | 57 959 783 |
| IEC/CCC | Produire/Reproduire le matériel et supports éducatifs audiovisuels | 4000\$/Spot : (5 spots par DPS dont 1 PEC, 1 TPI, 1 Signes des danger, 1 Utilisation de MILD et 1 Assainissement intra et peridomiciliaire) | \$ 87 500 | \$ 87 500 | \$ 87 500 | \$ 87 500 | \$ 87 500 | 350 000 |
| IEC/CCC | Assurer la diffusion des messages à travers les chaînes de radios | 1460 diffusions annuelles des message LAP par DPS (365jrsx4 diffusions par jour)/cinq chaînes radio (20\$) | \$ 284 700 | \$ 284 700 | \$ 284 700 | \$ 284 700 | \$ 284 700 | 1 138 800 |
| IEC/CCC | Partager les messages de sensibilisation et les activités de lutte contre le paludisme à travers une campagne SMS | acheter et installer le programme front line (prevu en 2020) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| IEC/CCC | | acheter du crédit pour diffuser les SMS | \$ 441 667 | \$ 441 667 | \$ 441 667 | \$ 441 667 | \$ 441 667 | 1 766 667 |

| | | | | | | | |
|---------|---|---|--------------|--------------|---------------|---------------|------------|
| IEC/CCC | Créer un call center | PM | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| IEC/CCC | Partager les messages de sensibilisation sur les activités de lutte contre le paludisme à travers les réseaux sociaux et site web du min | Diffusion des messages de sensibilisation sur les activités de lutte contre le paludisme pendant toute l'année à travers les réseaux sociaux | \$ 730 | \$ 730 | \$ 730 | \$ 730 | 2 920 |
| IEC/CCC | Contractualiser avec une Agence de mass média pour la diffusion des spots Audio-Visuels et la reproduction des supports Audio-Visuels (Spots A.V sur les activités de | frais d'agence sont 15% des frais de production et de diffusion annuelle (16+17)*15% payable trimestriellement | \$ 37 220 | \$ 37 220 | \$ 37 220 | \$ 37 220 | 148 880 |
| IEC/CCC | Animer des émissions TV | Animation de 48 émissions annuelles par DPS (4 émissions hebdomadaires x 12 mois/150\$) | \$ 62 400 | \$ 62 400 | \$ 62 400 | \$ 62 400 | 249 600 |
| IEC/CCC | Diffuser les spots et la chanson à travers les stations de chaînes de télévision | 1460 diffusions annuelles des message LAP par DPS (365jrsx4 diffusions par jour)/cinq chaînes télévision (50/ ZS /trimestre | \$ 34 000 | \$ 34 000 | \$ 34 000 | \$ 34 000 | 136 000 |
| IEC/CCC | Produire/Reproduire le matériel/supports éducatifs audiovisuels/Secteur privé | 4000\$/Spot : (4 spots par DPS dont 1 TDR, 3 ACT) | \$ 325 000 | \$ 325 000 | \$ 325 000 | \$ 325 000 | 1 300 000 |
| IEC/CCC | Produire des supports imprimés éducatifs pour le secteur privé en A4 | Aide mémoire/RECO (10 RECO*20 AS/ZS) | \$ 120 000 | \$ 120 000 | \$ 120 000 | \$ 120 000 | 480 000 |
| IEC/CCC | Produire des supports des imprimés éducatifs pour le secteur privé en A4 | Cartes conseil/RECO (10 RECO*20 AS/ZS)A4 plastifiées | \$ 120 000 | \$ 120 000 | \$ 120 000 | \$ 120 000 | 480 000 |
| IEC/CCC | Produire/Reproduire des matériels/supports éducatifs imprimés pour les ZS (affiches) Secteur Privé | 100 par Zones soit 516*100=51600 | \$ 3 000 | \$ 3 000 | \$ 3 000 | \$ 3 000 | 12 000 |
| IEC/CCC | Assurer la diffusion des messages de sensibilisation sur la prévention du paludisme à travers les panneaux numériques (spots animatiques) (Kinshasa, Goma, Matadi) | Allocation mensuelle (par panneau/mois) | \$ 6 000 | \$ 6 000 | \$ 8 400 | \$ 10 800 | 31 200 |
| IEC/CCC | Organiser la Journée Mondiale du Paludisme (20,000\$ niveau national) | Coût historique de la célébration au niveau national (20 000\$). | \$ 20 000 | \$ 20 000 | \$ 20 000 | \$ 20 000 | 80 000 |
| IEC/CCC | Organiser la Journée Mondiale du Paludisme (5000\$ pour chacune des 26 provinces) | Coût historique de la célébration organisée en provinces (5000\$) | \$ 130 000 | \$ 130 000 | \$ 130 000 | \$ 130 000 | 520 000 |
| IEC/CCC | Organiser trimestriellement des réunions des Groupes de travail CCSC dans 26 DPS | Réunion de 30 personnes/location salle:100\$ pendant 1j/cooktail \$10/ pers*30/remboursement transport \$10/30pers/+ 10\$ achat carte communication | \$ 78 000 | \$ 78 000 | \$ 78 000 | \$ 78 000 | 312 000 |
| IEC/CCC | Produire/Actualiser/Evaluer le PAP (Plan annuel de plaidoyer) | Atelier (remboursement transport, location salle, locaux, pause café, personnel d'appoint) | \$ 2 586 | \$ 2 586 | \$ 2 586 | \$ 2 586 | 10 346 |
| IEC/CCC | Organiser une séance de plaidoyer auprès des APA, des FARDC ET POLICE, leaders Religieux, communautaires , coutumiers et responsables de différentes associations au | 40 réunions de plaidoyer (location salle 20\$, collation participants 15\$ par personne, collation facilitateur 25\$, pause café 3\$, déjeuner 15\$ et transport participants 10\$ par personne) | \$ 39 513 | \$ 39 513 | \$ 55 318 | \$ 110 635 | 244 978 |
| IEC/CCC | Mener une enquête comportementale liée au paludisme (utilisation MILD, participation des APA et autres leaders au déroulement de campagnes rumeurs, 1 pour identifier les | 40 enquêtes de diagnostics communautaires (2 facilitateurs nationaux, taxes provinciales, perdiem 7 jrs staff et DPS, location véhicule, diptanone, blocs note, blocs motorapour | \$ 65 845 | \$ 65 845 | \$ 92 183 | \$ 184 366 | 408 239 |
| IEC/CCC | Organiser l'atelier d'élaboration et de validation du plan de communication au niveau des provinces | 40 ateliers rajustement plan COM x255-325 (location salle (100\$),facilitateur national (106\$), taxes provinciales 30\$, 2 perdiem facilitateurs DPS et PNL P (50\$/pers. collation participants | \$ 39 513 | \$ 39 513 | \$ 55 318 | \$ 110 635 | 244 978 |
| IEC/CCC | Organiser les émissions de sensibilisation à travers les chaînes de radios de proximité(30' par émission) | 65 émissions (30 avant campagne, 5 pendant la distribution MILD et 30 après campagne MILD)/(30\$ espace mediatique + 137\$ transport et collation intervenant non resident + 10\$ | \$ 28 000 | \$ 28 000 | \$ 20 000 | \$ 56 000 | 132 000 |
| IEC/CCC | Assurer la communication (Avant, pendant et après) en faveur des campagnes de distribution à tous les niveaux pour le marketing de MILD | Communication sur la campagne MILD (Cout de communication par MILD = 0,41\$ x Nombre de MILD à distribuer chaque année) 2011 - 2016/2017 | \$ 5 691 072 | \$ 5 691 072 | \$ 23 132 935 | \$ 13 242 887 | 47 757 966 |
| IEC/CCC | Organiser les émissions de sensibilisation à travers les chaînes de télévision (30' par émission) | 40 séances sur 25 émissions/année (10 avant campagne, 5 pendant la distribution MILD et 10 après campagne MILD)/espace mediatique télévision (150\$) et transport/collation | \$ 20 000 | \$ 20 000 | \$ 28 000 | \$ 56 000 | 124 000 |
| IEC/CCC | Organiser le briefing des professionnels de médias sur les processus de la campagne et la gestion du contrat de diffusion | 1 réunion (séance de briefing) par campagne MILD | \$ 1 150 | \$ 1 150 | \$ 1 610 | \$ 3 220 | 7 130 |
| IEC/CCC | Organiser un point de presse du Gouverneur de la province la veille du dénombrement | Remboursement des frais de transport des professionnels des médias et(10\$ par pers), paiement des frais de diffusion télévision (150\$) et radio (50\$), transport 2 membres (20\$) | \$ 10 125 | \$ 10 125 | \$ 14 175 | \$ 28 350 | 62 775 |
| IEC/CCC | Organiser un point de presse du Gouverneur de la province la veille de la distribution (lancement) | Remboursement des frais de transport des professionnels des médias et(10\$ par per soit 100\$), paiement des frais de diffusion télévision (150\$) et radio (50\$), transport 2 membres (20\$) | \$ 2 400 | \$ 2 400 | \$ 3 360 | \$ 6 720 | 14 880 |
| IEC/CCC | Organiser les cérémonies de lancement des campagnes de masse | 1 Point de presse annuel (transport part.reunion preparatoire, impression invitation, carburants, impression banderole, forfait des artistes, podium, collation hotesses d'accueil et | \$ 59 624 | \$ 59 624 | \$ 83 473 | \$ 166 946 | 369 666 |
| IEC/CCC | Animer des émissions radio en post campagne MILD sur l'utilisation et l'entretien des MILD | 6 émissions (aussitôt après lancement campagne MILD) | \$ 4 800 | \$ 4 800 | \$ 6 720 | \$ 13 440 | 29 760 |
| IEC/CCC | Produire /Reproduire des matériels/ supports éducatifs imprimés pour les ZS (affiches) secteur privé | 100 affiches / ZS | \$ 3 000 | \$ 3 000 | \$ 3 000 | \$ 3 000 | 12 000 |
| IEC/CCC | Produire/Reproduire des matériels/supports éducatifs imprimés pour les ZS (affiches) Secteur Privé | 100 par Zones soit 516*100 (déjà pris en compte) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| IEC/CCC | Assurer la diffusion des messages de sensibilisation sur la prévention du paludisme à travers les panneaux numériques (spots animatiques) (Kinshasa, Goma, Matadi) | Allocation mensuelle (par panneau/mois) (déjà pris en compte à la ligne 165) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| IEC/CCC | Assurer la diffusion des messages à travers les chaînes de TV | 1460 diffusions annuelles des message LAP dans les 7 villes (365jrsx2 diffusions par jour)/cinq chaînes radio (30\$)/Secteur privé | \$ 255 500 | \$ 255 500 | \$ 255 500 | \$ 255 500 | 1 022 000 |

| | | | | | | | |
|------------------------|---|---|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|
| IEC/CCC | Assurer la diffusion des messages à travers les chaînes de radios | 1460 diffusions annuelles des message LAP dans les 7 villes (365jrsx2 diffusions par jour)/cinq chaînes radio (30S)/Secteur privé | \$ 127 750 | \$ 127 750 | \$ 127 750 | \$ 127 750 | 511 000 |
| | OBJECTIF STRATEGIQUE 5: Améliorer les compétences en LAP d'au moins 60% des personnels de santé d'au moins 50% de structures de santé à tous les niveaux et mobiliser d'ici 2023 | | \$ 2 473 052 | \$ 2 473 052 | \$ 2 631 642 | \$ 2 801 334 | 10 379 079 |
| Gestion des programmes | Evaluer les performances de personnels formés en LAP | Mission d'Evaluation de 7 jours (2 pers/DPS) dans les 26 DPS par semestre. 150\$/pers+750(Billet d'avion A-R) d'où (150*2)*7+(750*26) | \$ 205 736 | \$ 205 736 | \$ 205 736 | \$ 205 736 | 822 944 |
| Gestion des programmes | Assurer les primes de performance aux agents à tous les niveaux de la lutte contre le paludisme | 76 Agents du niveau central | \$ 1 115 544 | \$ 1 115 544 | \$ 1 193 632 | \$ 1 277 186 | 4 701 906 |
| Gestion des programmes | Assurer les primes de performance aux agents à tous les niveaux de la lutte contre le paludisme | 104 des agents 26 DPS | \$ 1 150 032 | \$ 1 150 032 | \$ 1 230 534 | \$ 1 316 672 | 4 847 270 |
| Gestion des programmes | Mener le plaidoyer pour le financement des renforcements des capacités | 1 Plaidoyer auprès de APA et PTF (30 personnes + 500\$(Location salle)+Cocktail pour 30 pers*15\$+30*20\$(transport) (3 thématiques différentes) | \$ 1 740 | \$ 1 740 | \$ 1 740 | \$ 1 740 | 6 958 |
| | OBJECTIF STRATEGIQUE 6: Améliorer la disponibilité des médicaments, réactifs, laboratoire et intrants de qualité de LAP d'ici 2023 | | \$ 417 501 | \$ 1 367 782 | \$ 960 960 | \$ 776 750 | 3 522 993 |
| Gestion des programmes | Mettre en place des mécanismes de sécurisation des médicaments et intrants antipaludiques | | \$ - | \$ 9 960 | \$ - | \$ - | 9 960 |
| Gestion des programmes | Mettre en place des mécanismes de Suivi et Evaluation de la disponibilité et de l'utilisation des médicaments et intrants antipaludiques (EUV) | | \$ - | \$ 577 092 | \$ - | \$ - | 577 092 |
| Gestion des programmes | Rendre disponible les intrants de qualité dans toutes les structures sanitaires y compris secteur privé | Achat des intrants antipaludiques (ASAQ, AL, Pyramax , Art injectable et suppo, SP, TDR, Quinine injectable, MILD) pour les nourrissons, enfants, adolescents, adulte. | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Actualiser les spécifications techniques des commodités antipaludiques | | \$ - | \$ 9 960 | \$ - | \$ - | 9 960 |
| Gestion des programmes | Organiser les réunions Trimestrielles « GAS » pour la coordination des approvisionnements | | \$ 8 000 | \$ 8 000 | \$ 8 000 | \$ 8 000 | 32 000 |
| Gestion des programmes | Assurer le suivi de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques | | \$ - | \$ - | \$ 488 710 | \$ - | 488 710 |
| Gestion des programmes | Renforcer le leadership du PNL dans le processus d'approvisionnement | | \$ - | \$ 12 000 | \$ - | \$ - | 12 000 |
| Gestion des programmes | Réaliser les missions de supervisions formatives des prestataires sur la gestion et l'assurance qualité des médicaments et intrants antipaludiques | VOIR LIGNE 134 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Harmoniser les Plans d'approvisionnement des Médicaments antipaludiques des différents partenaires | Réunion d'harmonisation des plans d'approvisionnement | \$ - | \$ 22 520 | \$ - | \$ - | 22 520 |
| Gestion des programmes | Mettre un cadre de concertation avec la DPS pour un renforcement de la réglementation sur l'homologation des antipaludiques (DPM) | RSS (1000 USD) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Assurer la mise en oeuvre de la campagne avec les micro stratification de ZS | 1 MILD 3\$ pour traditionnel et x 3\$ pour le PBO | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Assurer les suivis post distribution au niveau communautaire | 750 \$ par ZS | \$ 1 | \$ 318 750 | \$ 318 750 | \$ 318 750 | 956 251 |
| Gestion des programmes | Organiser les évaluations pré et post campagne | 1500 \$/ZS | \$ 409 500 | \$ 409 500 | \$ 145 500 | \$ 450 000 | 1 414 500 |
| | OBJECTIF STRATEGIQUE 7: Améliorer la disponibilité et la circulation d'une information sanitaire de qualité en LAP d'ici 2023 | | \$ 4 612 716 | \$ 578 683 | \$ 884 932 | \$ 884 932 | 6 961 263 |
| Gestion des programmes | Formation niveau National/ Pool de formateurs | 25 Cadres du PNL seront formés pendant 5 jours;location salle, transport participants et facilitateurs (RSS) | \$ 7 758 | \$ - | \$ - | \$ - | 7 758 |
| Gestion des programmes | Formation niveau Provincial | 516 EPP seront formés par le niveau central afin d'appuyer chacun 1 ZS; location salle, transport participants et pers.d'appoint (RSS) | \$ 166 013 | \$ - | \$ - | \$ - | 166 013 |
| Gestion des programmes | Formation niveau Peripherique(ECZS) | 2 ECZS des 516 ZS(MCZS + IS) seront formés pendant 5 jours par le niveau provincial;location salle,perdiem participants, transport | \$ 740 896 | \$ - | \$ - | \$ - | 740 896 |
| Gestion des programmes | Formation niveau périphérique (Infirmiers Titulaires) | 8266 IT des centres de santé seront formés pendant 5 jours (RSS) | \$ 826 600 | \$ - | \$ - | \$ - | 826 600 |
| Gestion des programmes | Assurer des supervisions post-formatives | Supervision dans les 8266 CS/2 fois l'an (le C.U est calculé sur base de cout moyen de suivi post formation des SSC Sanru) (RSS) | \$ 495 960 | \$ - | \$ - | \$ - | 495 960 |
| Gestion des programmes | Appuyer l'Installation VSAT | Les VSAT déjà installés dan les 26 DPS (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Assurer le paiement d'abonnement VSAT dans les 26 DPS | payement de l'abonnement mensuel des 26 DPS (chaque mois (RSS) | \$ 93 600 | \$ - | \$ - | \$ - | 93 600 |
| Gestion des programmes | Assurer le paiement d'abonnement VSAT dans les 516 ZS | payement de l'abonnement mensuel des 516 zones de santé (RSS) | \$ 928 800 | \$ - | \$ - | \$ - | 928 800 |
| Gestion des programmes | Assurer la maintenance vsat | Entretien des Vsat des 26 DPS + 516 ZS (RSS) | \$ 190 080 | \$ - | \$ - | \$ - | 190 080 |
| Gestion des programmes | Appuyer la saisie des données dans le logiciel DHIS2 | Saisie des données des 516 ZS payée mensuellement (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Assurer la reproduction des Canevas SNIS | 20 CS des 516 ZS 4 outils proposes pour analyse (RSS) | \$ 108 204 | \$ - | \$ - | \$ - | 108 204 |
| Gestion des programmes | Assurer la reproduction des registres | (RSS) | \$ 396 768 | \$ - | \$ - | \$ - | 396 768 |
| Gestion des programmes | Assurer la distribution des outils SNIS | 1Kg d'outils (5 canevas ou registre)/ZS (RSS) | \$ 79 354 | \$ - | \$ - | \$ - | 79 354 |
| Gestion des programmes | Revue nationale de validation des données de routine | 1 revue par an | \$ 150 123 | \$ 150 123 | \$ 150 123 | \$ 150 123 | 600 492 |
| Gestion des programmes | Revue provinciale | 1 revue par semestre pour les 26 DPS (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Appuyer la tenue des réunions de monitoring au niveau BCZ | 20 IT + 5 membres des ECZS des 516 ZS (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Appuyer la tenue des réunions de monitoring au niveau AS | Réunions mensuelles de 5 personnes/AS pour les 516 ZS (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |

| | | | | | | | |
|------------------------|---|---|------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Gestion des programmes | Mission du niveau National | En raison de 1 mission par semestre dans 26 DPS (Mission de supervision dans les 26 DPS sur l'audit des données) | \$ 122 312 | \$ 122 312 | \$ 122 312 | \$ 122 312 | 489 248 |
| Gestion des programmes | Mission du niveau Provincial | En raison de 4 missions trimestrielles dans les 26 DPS par an (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Mission du niveau Peripherique | 1 mission par mois dans les 8266 CS + 393 HGR (548000 USD /RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Supervision du Niveau National vers le niveau intermédiaire | 1 mission par semestre dans les 26 DPS VOIR LIGNE 134 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Faire le maging des FOSA du secteur privé par le niveau national (enquete) | Une fois dans les 19 DPS (23336,8 USD) (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Atelier de définition des conditions de collaboration | Un atelier sera organisé au niveau central (6366 USD / RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Atelier d'intégration des FOSA privées dans le SNIS | 26 ateliers seront organisés dans les DPS (10476 USD/RSS)(RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Former les formateurs centraux sur la surveillance épidémiologique | idem intervention 5 (activité 2) (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Former les formateurs provinciaux sur la surveillance épidémiologique | former 52 encadreurs polyvalents provinciaux dans l'analyse et dans l'utilisation des données (2*26 DPS) (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Former les prestataires des zones de santé sentinelles | formation 4 prestataires par zone de santé (4*516 ZS) (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Assurer la supervision post-formative dans les zones de santé sentinelles | Supervision post-formation dans les 26 DPS (26*4 trimestres) (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Reproduire et rendre disponibles les outils d'analyse des sites sentinelles | Reproduction et distribution des outils de collecte des données dans 52 ZS (canevas complémentaires mensuel SS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Assurer l'analyse et la validation des données des sites sentinelles au niveau périphérique | réunion trimestrielle DPS-ECZ-FOSA (2000\$/réunion/trimestre/*4trimestres*52SS | \$ 159 836 | \$ 159 836 | \$ 319 671 | \$ 319 671 | 959 013 |
| Gestion des programmes | Assurer la validation des données des sites sentinelles au niveau central | 1 réunion validation annuelle au niveau central pour 4 participants à raison 2 DPS et 2 BCZ pour 52 SS | \$ 146 413 | \$ 146 413 | \$ 292 826 | \$ 292 826 | 878 477 |
| Gestion des programmes | Créer un cadre de concertation des acteurs de la SNIS | réunion de cadre de concertation de 10 personnes (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Assurer les réunions de concertation entre les acteurs de la SNIS | Réunions de concertation (1 réunion par trimestre*4trimestres) (RSS) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| | OBJECTIF STRATEGIQUE 8: Accroître d'au moins 30% le financement des activités de lutte antipaludique par rapport au niveau de 2018 et réduire le coût de l'accès aux soins d'au moins 50% d'ici 2023 | | \$ 13 500 | \$ 13 500 | \$ 13 500 | \$ 13 500 | \$ 54 000 |
| Gestion des programmes | Mener un plaidoyer fort et agissant auprès du Gouvernement central (Ministères Budget et finance)pour l'allocation et le décaissement des fonds pour la LAP | 1 Plaidoyer auprès des APA (30 personnes + 500\$(Location salle)+4500\$(Cocktail pour 30 pers*15\$)+20*30\$(transport) VOIR LIGNE 204 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Assurer le suivi auprès du Gouvernement (Ministères Budget et finance)pour l'allocation et le décaissement des fonds pour la LAP | Forfait de communication & carburant de 500\$ par an | \$ 500 | \$ 500 | \$ 500 | \$ 500 | 2 000 |
| Gestion des programmes | Mener un plaidoyer fort et agissant auprès de Gouvernements provinciaux (Ministères Budget et finance)pour l'allocation et le décaissement des fonds pour la LAP | 1 Plaidoyer auprès des APA (30 personnes + 500\$(Location salle)+4500\$(Cocktail pour 30 pers*15\$)+20*30\$(transport) VOIR LIGNE 311 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Mener un plaidoyer pour rendre gratuits les coûts d'accès aux services (GE, Coût Consultation, autres intrants palu grave) | 1 Plaidoyer auprès du gouvernement central (30 personnes + 1000\$(Location salle)+4500\$(Cocktail pour 30 pers*15\$)+20*30\$(transport) voir CSU VOIR LIGNE 204 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Assurer le suivi annuel des plaidoyers auprès des Gouvernements provinciaux | Forfait de communication & carburant de 500\$ par an | \$ 13 000 | \$ 13 000 | \$ 13 000 | \$ 13 000 | 52 000 |
| | OBJECTIF STRATEGIQUE 9: Renforcer le pilotage de la LAP à tous les niveaux pour garantir l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité d'ici 2023 | | \$ 989 979 | \$ 6 543 117 | \$ 3 168 548 | \$ 2 932 230 | \$ 13 633 874 |
| Gestion des programmes | Actualisation et mise en œuvre du business plan pour la mobilisation des ressources | Atelier de 5 jours de 20 pers. Remboursement transport:20Pers*5jours *20\$+ Restauration 30*25*4 +Fournitures 30*6 Location salle 300*5 | \$ - | \$ 7 430 | \$ - | \$ - | 7 430 |
| Gestion des programmes | Mettre à jour la cartographie des intervenants et interventions de LAP 2019-2023 | Atelier de 5 jours de 20 pers. Remboursement transport:20Pers*5jours *20\$+ Restauration 30*25*4 +Fournitures 30*6 Location salle 300*5 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Organiser les séances des sensibilisations avec les groupes des pressions (Mandataires, Parlementaires,membres du Gouvernement ...) | Réunions semestrielles du comité de 20 pers | \$ 2 253 | \$ 2 253 | \$ 2 253 | \$ 2 253 | 9 011 |
| Gestion des programmes | Vulgariser le PSN 2019-2023 | Ateliers(Nationaux et provinciaux),réunions institutionnelles:(148300 USD) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Mener un plaidoyer agissant et permanent pour la mobilisation des ressources | PM | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Evaluer à mi-parcours le PSN 2020-2023 | Ateliers,réunions, voyages vers les 26 DPS :(Coût historique: | \$ - | \$ 258 170 | \$ - | \$ - | 258 170 |
| Gestion des programmes | Elaborer annuellement un PAO | Atelier de 5 jours de 28 participants | \$ 20 067 | \$ 20 067 | \$ 20 067 | \$ 20 067 | 80 268 |
| Gestion des programmes | Evaluer le PSN 2020-2023 (Evaluation finale) | Ateliers,réunions, voyages vers les 26 DPS :(Coût historique: | \$ - | \$ - | \$ - | \$ 258 170 | 258 170 |
| Gestion des programmes | Elaborer le PSN 2024-2028 | Ateliers,réunions, voyages vers les 26 DPS :(Coût historique: | \$ - | \$ - | \$ - | \$ 240 000 | 240 000 |
| Gestion des programmes | Elaborer la note conceptuelle 2023-2025 | Ateliers,réunions, dialogues nationaux et provinciaux (Coût historique) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ 370 000 | 370 000 |
| Gestion des programmes | Organiser le cours national de paludologie | Paludologie 30 partic/an.Coût historique de 5000\$/personne | \$ 150 000 | \$ 150 000 | \$ 150 000 | \$ 150 000 | 600 000 |
| Gestion des programmes | Former les cadres du PNL en Santé Publique | Santé Publique 2participants/an.Coût historique 12000\$/part | \$ 24 000 | \$ 24 000 | \$ 24 000 | \$ 24 000 | 96 000 |
| Gestion des programmes | Former les cadres du PNL en Epidémiologie de terrains | Epidémiologie de terrains 2participants/an.Coût historique 12000\$/part | \$ 24 000 | \$ 24 000 | \$ 24 000 | \$ 24 000 | 96 000 |
| Gestion des programmes | Former les cadres du PNL en Plaidoyer et Communication pour la santé | 2participants/an.Coût historique 7000\$/part | \$ 14 000 | \$ 14 000 | \$ 14 000 | \$ 14 000 | 56 000 |
| Gestion des programmes | Former les cadres du PNL en Entomologie | 2 participants/an.Coût historique 7000\$/part | \$ 14 000 | \$ 14 000 | \$ 14 000 | \$ 14 000 | 56 000 |

| | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|------------|--------------|------------|------------|------------|-----------|
| Gestion des programmes | Faire un plaidoyer pour l'endossement et l'application des recommandations de l'audit institutionnel | Note technique au SG pour l'application des recommandations | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Organiser les missions d'études et d'échanges d'expériences intra et internationales ; | Frais de subsistance=2100,billet d'avion=1500 | \$ 57 600 | \$ 57 600 | \$ 57 600 | \$ 57 600 | \$ 57 600 | 230 400 |
| Gestion des programmes | Assurer une assistance technique pour le PNLP | Consultation internationale (voyage,perdiem,honoraire et transport local)Consultation Nationale (Perdiem,honoraire et transport local) Coût historique pour une moyenne de 15 jours | \$ 156 400 | \$ 156 400 | \$ 156 400 | \$ 156 400 | \$ 156 400 | 625 600 |
| Gestion des programmes | Mettre en place des NPO pour appuyer la lutte contre le paludisme au niveau de 5 provinces | 5 NPO pour appuyer la mise en œuvre des activités au niveau des 5 provinces | \$ - | \$ 815 000 | \$ 815 000 | \$ 815 000 | \$ 815 000 | 2 445 000 |
| Gestion des programmes | Rendre fonctionnel le site web pour le PNLP et assurer sa maintenance | Achat ré-hébergement annuel du site web officiel du Programme National de Lutte contre le Paludisme, achat nom de domaine . | \$ 2 072 | \$ 2 072 | \$ 2 072 | \$ 2 072 | \$ 2 072 | 8 288 |
| Gestion des programmes | Organiser un atelier d'initiation à l'écriture journalistique dans le cadre de la production du magazine PNLP-INFO | Atelier de 30 personnes pour un jour | \$ - | \$ 3 486 | \$ - | \$ - | \$ - | 3 486 |
| Gestion des programmes | Publier trimestriellement le magazine PNLP-INFO | Infographie +impression pour 840 Exemplaires par trimestre | \$ - | \$ 5 200 | \$ 5 200 | \$ 5 200 | \$ 5 200 | 15 600 |
| Gestion des programmes | Mener un plaidoyer agissant et permanent pour l'allocation des fonds sécurisés pour la construction du siège du PNLP national | 1 plaidoyer auprès de gouvernement central pour l'obtention du fonds de Contrepartie (Elaboration d'un document de plaidoyer) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Rehabilitation du siège du PNLP natinal | Devis UNOPS (couts estimatifs et quantitatifs) | \$ - | \$ 1 300 000 | \$ - | \$ - | \$ - | 1 300 000 |
| Gestion des programmes | Frais de fonctionnement au niveau national | Coût historique | \$ 387 866 | \$ 387 866 | \$ 387 866 | \$ 387 866 | \$ 387 866 | 1 551 466 |
| Gestion des programmes | Frais de fonctionnement au niveau provincial | Coût historique | \$ 130 000 | \$ 130 000 | \$ 130 000 | \$ 130 000 | \$ 130 000 | 520 000 |
| Gestion des programmes | Acquisition de Matériels informatiques au niveau central | 22Laptop*900\$,16 Desktop*850\$,10 Imprimantes *250\$, 16 Onduleurs*300\$,22 disques durs*350\$ | \$ - | \$ 48 400 | \$ - | \$ - | \$ - | 48 400 |
| Gestion des programmes | Acquisition de Matériels informatiques au niveau des provinces | 26Laptop*900\$,26 Desktop*850\$,26 Imprimantes *250\$, 26 Onduleurs*300\$,26 disques durs*350\$ | \$ - | \$ 68 900 | \$ - | \$ - | \$ - | 68 900 |
| Gestion des programmes | Acquisition des motos pour les sites sentinelles du Paludisme | Achat de 26 Motos pour l'an 21 et 26 autres motos à l'an 22:Moto YAMAHA DT 125-4 500\$ | \$ - | \$ 60 500 | \$ - | \$ - | \$ - | 60 500 |
| Gestion des programmes | Frais de maintenance et carburant pour les motos des sites sentinelles | Frais de maintenance :30*26*4 Carburant ftt:30 Litres *2.5*26*12 | \$ - | \$ 26 520 | \$ 26 520 | \$ 26 520 | \$ 26 520 | 79 560 |
| Gestion des programmes | Coût historique Acquisition de Matériels roulants(8 Jeeps et 2 bus) | Coût historique: 50 000 par jeep et 2 bus ? | \$ - | \$ 530 000 | \$ - | \$ - | \$ - | 530 000 |
| Gestion des programmes | Organiser un atelier d'orientation des groupes thématiques dans la définition des priorités en matière de la recherche opérationnelle pour la prise des décisions | Atelier de 2 jours de 50 participants à Kinshasa | \$ 7 000 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | 7 000 |
| Gestion des programmes | Organiser un atelier d'élaboration et d'adoption du guide de bonnes pratiques de la recherche en LAP | Atelier de 5 jours de 50 participants | \$ - | \$ 9 550 | \$ - | \$ - | \$ - | 9 550 |
| Gestion des programmes | Acquisition du matériel roulant (26 Jeeps pour les 26 services provinciaux) | Coût historique: 50 000 par jeep et 5000 de transport pour les 25 Jeeps des DPS | \$ - | \$ 1 425 000 | \$ - | \$ - | \$ - | 1 425 000 |
| Gestion des programmes | Former les staffs du niveau central sur la recherche action | Formation de 20 cadres centraux de 14 j | \$ - | \$ 28 | \$ - | \$ - | \$ - | 28 |
| Gestion des programmes | Cartographie des personnes ressources en matière de la recherche en LAP dans le pays | Mission d'identification des personnes ressources sur le LAP dans 3 pools pour 3 superviseurs | \$ - | \$ 3 987 | \$ - | \$ - | \$ - | 3 987 |
| Gestion des programmes | Réaliser les recherches thématiques (mise en œuvre du programme, déterminants climatologique, environnemental,...) | Mission de collecte des données de l'enquête dans 26 DPS | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Organiser des journées scientifiques paludisme | 2 jours de réunions pour 200 participants (coût historique): | \$ - | \$ 96 687 | \$ - | \$ - | \$ 96 687 | 193 374 |
| Gestion des programmes | Etat des lieux de la circulation des antipaludiques en RDC: ampleur et mesures de régulation | Mission de collecte des données sur la circulation des antipaludiques dans 26 DPS;cfr feuillelet synthèse budge circ | \$ - | \$ - | \$ 225 937 | \$ - | \$ - | 225 937 |
| Gestion des programmes | Réaliser le Test d'Efficacité Thérapeutique tous les 2 ans | Mission de collecte des données de l'étude dans les Sites Sentinelles existants :coût historique cfr feuillelet budget TET | \$ - | \$ - | \$ 547 693 | \$ - | \$ - | 547 693 |
| Gestion des programmes | Evaluation de la PEC du paludisme au niveau des Sites de Soins Communautaires | Mission de collecte des données dans 9 DPS voir feuillelet synthèse budget SSC (Enquête qualité et perception PEC au niveau communautaire) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ 137 675 | \$ - | 137 675 |
| Gestion des programmes | Etude sur la positivité des TDR et Etude sur le comportement des prestataires | Mener une étude dans 9 DPS d'appui PMI et mener une étude mixte (quantitative et qualitative) dans les FOSA et SSC pour évaluer l'adhérence des prestataires et Relais de sites aux | \$ - | \$ - | \$ 400 000 | \$ - | \$ - | 400 000 |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|
| Gestion des programmes | Etude sur le comportement des prestataires de service vis à vis de l'utilisation et l'adhérence aux résultats des TDRs et des directives de PEC en général | mener une étude mixte (quantitative et qualitative) dans les FOSA et SSC pour évaluer l'adhérence des prestataires et Relais de sites aux directives nationales dans les 26 DPS en ciblant une ZS dans 3 AS (urbaine, rurale et semi-rurale) . (Pris en compte dans l'activité 286) | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Etude Qualitative sur l'utilisation des MILD | Coût historique | \$ - | \$ - | \$ 100 000 | \$ - | \$ - | 100 000 |
| Gestion des programmes | Etude comparative entre sites TPI communautaires vs TPI FOSA | Déterminants d'utilisation des services de CPN et les goulots d'étranglement sur l'administration de TPI. | \$ - | \$ - | \$ 65 220 | \$ - | \$ - | 65 220 |
| Gestion des programmes | Réalisation d'un enquête MIS | Coût historique | \$ 1 | \$ 901 280 | \$ - | \$ - | \$ - | 901 281 |
| Gestion des programmes | Organiser les groupes de travail (PEC, SURVEPI, S&E, GAS, Communication, PM) | Organiser 1 réunion trimestrielle par groupe de travail | \$ 720 | \$ 720 | \$ 720 | \$ 720 | \$ 720 | 2 880 |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 10: Renforcer la multisectorialité en impliquant les autres secteurs dans la mise en œuvre des stratégies de la LAP d'ici 2023 | | | \$ 373 177 | \$ 373 177 | \$ 373 177 | \$ 373 177 | \$ 373 177 | 1 492 707 |
| Gestion des programmes | Créer un cadre de concertation multisectoriel avec les autres secteurs pour la LAP (environnement, éducation, agriculture.....) pour une réponse nationale coordonnée | Arrêté interministériel portant création du comité de pilotage Identification et notification des membres de comité de pilotage multisectoriel | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| Gestion des programmes | Assurer la fonctionnalité du cadre multisectoriel de concertation | Réunions trimestrielles du comité de 50 pers (Transport 50*20\$, Restauration 25\$)+ location salle 500 \$ | \$ 11 000 | \$ 11 000 | \$ 11 000 | \$ 11 000 | \$ 11 000 | 44 000 |
| Gestion des programmes | Mener le plaidoyer pour la stabilité du personnel formé et le respect du plan de déploiement du personnel | 1 séance de plaidoyer par An auprès des APA dans 26 Provinces (2 personnes se déplacent en province pendant 4 jours en moyenne) 2 thématiques différentes (stabilité, motivation du personnel et décaissement des fonds) | \$ 362 177 | \$ 362 177 | \$ 362 177 | \$ 362 177 | \$ 362 177 | 1 448 707 |
| GESTION ET MISE EN ŒUVRE DE LA SUBVENTION | | | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - | - |
| TOTAL | | | \$ 247 224 633 | \$ 210 766 249 | \$ 267 417 731 | \$ 289 366 962 | \$ 289 366 962 | 1 014 775 5 |
| GRAND TOTAL | | | \$ 247 224 633 | \$ 210 766 249 | \$ 267 417 731 | \$ 289 366 962 | \$ 289 366 962 | 1 014 775 5 |

Tableau X : Synthèse PSN Palu 2020-2023 par Objectifs Stratégiques

| SYNTHESE DU PSN PAR OBJECTIFS STRATEGIQUES | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|---------------|
| CATEGORIES DE COUT PSN | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | TOTAL | |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 1: Renforcer le paquet des services et soins essentiels de lutte antipaludique dans les structures sanitaires y compris le niveau communautaire d'ici 2023. | \$ 225 369 749 | \$ 181 971 276 | \$ 243 700 168 | \$ 267 846 085 | \$ 918 887 277 | 90,6% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 2: Améliorer la qualité des services et soins de lutte antipaludique dans les structures sanitaires et la communauté dans toutes les DPS d'ici 2023 | \$ 5 937 922 | \$ 6 589 160 | \$ 6 103 397 | \$ 6 544 716 | \$ 25 175 194 | 2,5% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 3: Rationaliser le paquet essentiel des services et soins pour la LAP | \$ - | \$ 34 893 | \$ - | \$ - | \$ 34 893 | 0,0% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 4: Renforcer les dynamiques et approches communautaires pour le changement social et comportemental pour la LAP | \$ 7 037 040 | \$ 10 821 610 | \$ 9 581 408 | \$ 7 194 240 | \$ 34 634 298 | 3,4% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 5: Améliorer les compétences en LAP d'au moins 60% de personnels de santé d'au moins 50% de structures de santé à tous les niveaux et les motiver d'ici 2023 | \$ 2 473 052 | \$ 2 473 052 | \$ 2 631 642 | \$ 2 801 334 | \$ 10 379 079 | 1,0% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 6: Améliorer la disponibilité des médicaments, réactifs de laboratoire et intrants de qualité de LAP d'ici 2023 | \$ 417 501 | \$ 1 367 782 | \$ 960 960 | \$ 776 750 | \$ 3 522 993 | 0,3% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 7: Améliorer la disponibilité et la circulation d'une information sanitaire de qualité en LAP d'ici 2023 | \$ 4 612 716 | \$ 578 683 | \$ 884 932 | \$ 884 932 | \$ 6 961 263 | 0,7% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 8: Accroître d'au moins 30% le financement des activités de lutte antipaludique par rapport au niveau de 2018 et réduire le coût de l'accès aux soins d'au moins 50% d'ici 2023 | \$ 13 500 | \$ 13 500 | \$ 13 500 | \$ 13 500 | \$ 54 000 | 0,0% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 9: Renforcer le pilotage de la LAP à tous les niveaux pour garantir l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité d'ici 2023 | \$ 989 979 | \$ 6 543 117 | \$ 3 168 548 | \$ 2 932 230 | \$ 13 633 874 | 1,3% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 10: Renforcer la multisectorialité en impliquant les autres secteurs dans la mise en œuvre des stratégies de LAP d'ici 2023 | \$ 373 177 | \$ 373 177 | \$ 373 177 | \$ 373 177 | \$ 1 492 707 | 0,1% |
| TOTAL 2020 - 2023 | \$ 247 224 635 | \$ 210 766 249 | \$ 267 417 731 | \$ 289 366 962 | \$ 1 014 775 578 | 100,0% |

Tableau XI : Synthèse PSN Palu 2020-2023 par Modules

| SYNTHESE DU PSN PAR MODULE | | | | | | Coût Total |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--|---------------------------------------|
| Module | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| Gestion des programmes | 8 879 925 | 11 349 310 | 8 032 758 | 7 781 922 | | 36 043 916 3,6% |
| Lutte antivectorielle : MILD | 156 599 380 | 91 109 607 | 125 783 943 | 148 140 906 | | 521 633 836 51,4% |
| Lutte antivectorielle : PID | 3 694 288 | 4 118 288 | 3 694 288 | 3 694 288 | | 15 201 152 1,5% |
| Gestion des cas – Diagnostic | 10 520 429 | 12 343 921 | 16 818 335 | 14 843 677 | | 54 526 362 5,4% |
| Gestion des cas – Traitement | 46 079 473 | 56 150 106 | 68 894 417 | 75 185 250 | | 246 309 247 24,3% |
| Intervention de prévention spécifique : Traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg) | 6 273 288 | 7 286 095 | 7 712 895 | 8 157 511 | | 29 429 789 2,9% |
| Intervention de prévention spécifique : Chimioprophylaxie saisonnière du paludisme (SMC) | - | 1 894 230 | 1 949 162 | 2 005 688 | | 5 849 080 0,6% |
| Intervention de prévention spécifique : Chimioprophylaxie saisonnière du paludisme TPIIn | - | 12 148 | 19 883 | 26 474 | | 58 505 0,0% |
| Surveillance Epidémiologique | 2 202 891 | 9 056 881 | 8 184 963 | 8 052 450 | | 27 497 186 2,7% |
| Communautaire | 7 037 040 | 10 821 610 | 20 223 688 | 14 934 080 | | 53 016 418 5,2% |
| Renforcement de Capacité | - | 651 238 | 165 475 | - | | 816 713 0,1% |
| S&E | 5 937 922 | 5 972 815 | 5 937 922 | 6 544 716 | | 24 393 375 2,4% |
| IEC/CC (Pris en compte dans chaque Module) | 8 101 094 | 8 101 094 | 25 634 544 | 16 123 052 | | 57 959 783 6,1% |
| TOTAL | 247 224 635 | 210 766 249 | 267 417 731 | 289 366 962 | | 1 014 775 578 100,0% |

V.2. Modalités d'exécution

V.2.1. Mécanismes de planification et de mise en œuvre

a. Organigramme et structure de mise en œuvre du programme

L'arrêté ministériel n°1250/CAB/MIN/S/YS/RM/094/2003 du 30 décembre 2003 a déterminé la structure du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) au niveau central. Celui-ci est composé d'une direction dotée de huit divisions et demeure une structure d'élaboration des normes et stratégies. Les termes des références de ces huit divisions doivent être actualisés en tenant compte des recommandations de l'audit institutionnel. Au niveau provincial, il a été créé un service provincial de lutte contre le paludisme placé sous l'autorité directe de la Division Provinciale de Santé. Ce service a comme rôle d'accompagner les ZS dans la mise en œuvre des activités de lutte anti paludiques du niveau opérationnel.

L'équipe cadre de la ZS a 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, les efforts du Gouvernement sont renforcés par l'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 PNLN et ses partenaires font le bilan des appuis et de leur contribution à l'atteinte des 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 de 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 et des orientations du PNLN. Les PAO des zones de santé sont validés et consolidés au niveau des provinces. Au niveau provincial, chaque DPS doit avoir son plan de lutte contre le paludisme qui prend en compte les orientations spécifiques des activités des ZS inscrites dans le plan du service provincial du PNLN avec les aspects de redevabilité. Au niveau national, un PAO intégré est également élaboré en lien 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.

Une revue nationale annuelle du secteur de la santé est tenue régulièrement. Aussi des revues périodiques (trimestrielles, semestrielles, annuelles), dédiées à la lutte antipaludique seront programmées pour le suivi de la mise en œuvre de ces plans aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

c. Renforcement des capacités

Un plan de renforcement des capacités du personnel à tous les niveaux sera mis en oeuvre 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, la communication, ainsi que la gestion des données.

Le PNL.P recourt souvent à l'expertise des universités tant nationales qu'internationales pour améliorer les compétences de ces cadres. Cependant le suivi en post-formation immédiate n'est pas assuré. Dans le cadre de la gestion des ressources humaines, le programme a signé avec le Secrétariat Général un contrat de performances lui permettant d'évaluer ses agents selon un chronogramme fixé sur l'ensemble du territoire national.

V.2.2. Partenariat et modalités de coordination

Une cartographie des principaux acteurs et intervenants impliqués dans la lutte contre le paludisme sera mise à jour. Elle précisera leurs rôles et contributions en lien avec les quatre piliers de l'approche HBHI. Des secteurs pour lesquels la coordination des acteurs est nécessaire seront définis de sorte que les rôles, responsabilités et délais des éléments spécifiques qui appellent une coordination soient définis. Des structures dédiées qui garantissent la coordination des stratégies, politiques et activités en matière de paludisme à tous les niveaux (nationaux et sous-nationaux, dont les provinces, les départements, les circonscriptions, les paroisses, les communautés / villages, les ménages) seront érigées afin d'assurer l'engagement précoce et continu d'un éventail d'acteurs.

Les approches stratégiques d'intégration de tous les autres secteurs tels que : Environnement, Agriculture, Genre et Famille et Enseignement dans la lutte contre le paludisme seront mises en place tant au niveau national que provincial. Le Ministère de la santé travaillera de sorte à fédérer la contribution de chaque secteur dans une coordination forte. Une mobilisation du secteur privé à s'aligner à la politique nationale sera menée car le privé est un partenaire de choix dans cette lutte.

Relevons que jusqu'à ce jour, 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. Ces rencontres sont présidées par la Direction Générale de Lutte contre la Maladie (DGLM) au niveau central et au niveau provincial par le ministère Provincial de la Santé. Un deuxième mécanisme de coordination au niveau national est assuré au niveau national à travers les réunions hebdomadaires du comité Directeur du PNL.P, des réunions bimensuelles des partenaires techniques et financiers et des réunions trimestrielles des groupes thématiques sous le leadership du PNL.P.

V.2.3. Gestion des approvisionnements et stocks.

En application de la politique nationale, afin de garantir la couverture sanitaire universelle conformément aux orientations du PNDS, un système de régulation fonctionnel et rigoureux pour assurer la circulation des médicaments de qualité sera mis en place. L'option d'accès universel aux intrants de lutte antipaludique sera effective aussi bien dans le secteur public

que conventionnel, privé lucratif et non lucratif. Le cadre de collaboration et de coordination entre le PNLP, les partenaires techniques et financiers, 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

La gestion financière du PNLP sera alignée à la politique de gestion du Ministère de la Santé et à tous les niveaux (central, provincial et périphérique).

V.2.5. Mobilisation des ressources

Un plan de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PSN 2020-2023 sera élaboré pour accroître les investissements nationaux dans la perspective de la transition du financement de la lutte contre le paludisme.

V.2.6. 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 du risque est un axe capital pour une gestion rationnelle des ressources qui lui sont allouées pour la pérennisation de la lutte contre le paludisme.

La gestion des risques éventuels lors de la mise en œuvre du PSN 2020–2023 et leurs mesures d’atténuation sont présentés dans le tableau X ci-dessous .

Tableau X : Plan de gestion des risques éventuels et mesures d’atténuation lors de la mise en œuvre du PSN 2020–2023

| Type de risque | Risques | Niveau de risque | Mesure 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 Appui 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 les bailleurs (FM, PMI, AMF, WB...) accélération des décaissements par le bailleur |
| | 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 |

| Type de risque | Risques | Niveau de risque | Mesure d'atténuation |
|-----------------------------|--|------------------|--|
| | | | Assistance technique en gestion financière |
| | | | 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 |
| | | | Développement des capacités (y compris des formations) |
| | | | 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 |
| Règlementaire/ 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 |
| | Non-respect des engagements relatifs au fonds de contrepartie vis-à-vis des partenaires | 3 | Respect des engagements vis-à-vis des partenaires |
| | Autres épidémies | 3 | Plan de contingences |

* 1=élevé, 2=moyen, 3=faible.

Le cadre de gestion des risques sera axé sur les 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.

V.2.7. Plan de redevabilité

Un plan de redevabilité sera mis en place à tous les niveaux (central, provincial et périphérique).

V.2.8. Budget et Cadre de financement

| Stratégies | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | TOTAL | % |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|----------------|
| | Coût en \$ | Coût en \$ | Coût en \$ | Coût en \$ | Coût en \$ | |
| Prevention multiple | 229 192 901 | 117 265 229 | 275 937 645 | 186 257 987 | 808 653 761 | 33,09% |
| Prise en charge des cas | 9 353 970 | 5 686 318 | 4 793 600 | 10 436 479 | 30 270 366 | 1,24% |
| Surv Epi, SE & Recherche | 29 323 962 | 25 385 247 | 18 871 309 | 18 670 560 | 92 251 078 | 3,77% |
| Gestion des Approvisionnements et des Stocks (GAS) | 330 066 329 | 339 968 319 | 350 167 369 | 360 672 390 | 1 380 874 408 | 56,50% |
| Communication et système Communautaire | 47 890 344 | 48 262 356 | 26 007 261 | 20 109 682 | 142 269 643 | 5,82% |
| Gestion du Programme | 3 578 468 | 5 681 552 | 4 857 234 | 4 721 786 | 18 839 040 | 0,77% |
| TOTAL | 640.052.014 | 522.516.235 | 680.634.417 | 600.868.885 | 2 444 071.551 | 100,00% |

Le budget total du PSN 2020-2023 est estimé à 2 444 071 551 dollars US dont plus de la moitié est consacré à la Gestion des approvisionnements et des stocks (GAS) y compris l'acquisition des intrants (MILD, CTA, TDR, SP). Les ressources disponibles et attendues pour la même période sont estimées à environ 471 013 656 Dollars US. L'écart financier est d'environ 1 973 057 895 dollars US, soit environ 80% des besoins.

| Sources de financement | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | TOTAL (\$) |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------|
| A. Budget total du PSN | \$640 052 014 | \$522 516 235 | \$680 634 417 | \$600 868 885 | 2.444.071.551 |
| B. Ressources domestiques disponibles attendues | \$26 081 815 | \$27 394 399 | \$25 273 478 | \$26 249 897 | 104.999.588 |
| C. Ressources extérieures disponibles attendues | \$210 014 067 | \$52 000 000 | \$52 000 000 | \$52 000 000 | 366.014.067 |
| D. Total des ressources disponibles attendues (B+C) | \$236 095 882 | \$79 394 399 | \$77 273 478 | \$78 249 897 | 471.013.656 |
| E. Ecart de financement (A-B) | \$403 956 132 | \$443 121 836 | \$603 360 939 | \$522 618 988 | 1.973.057.895 |

VI. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

Cette partie décrit l'appréciation dans le temps et dans l'espace des progrès réalisés pour atteindre les objectifs escomptés du PSN. Le système de suivi et évaluation s'appuie sur la mise en place d'un dispositif incluant un bon cadre de performance alimenté par un système de gestion des données fiables, assorti d'un cadre de coordination fonctionnel. Ce dispositif aidera à assurer le suivi des interventions et de répondre aux obligations de redevabilité non seulement vis-à-vis des décideurs mais aussi des bénéficiaires et des partenaires. Il offre des possibilités de comparaison entre différentes sources de données, tout en garantissant la validité et la fiabilité de l'information. Il 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).

VI.1. Cadre des performances

Le tableau en annexe présente le cadre de performance du PSN 2019–2023. Il inclut un ensemble d'indicateurs et cibles à renseigner régulièrement durant la période d'exécution du plan stratégique pour apprécier l'état d'avancement des activités de LAP en RDC, de juger le niveau de performance dans la mise en œuvre des interventions et de mesurer l'impact à travers le système de suivi et évaluation du PNL P.

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

Les indicateurs dans ce cadre de performance en annexe vont être collectés à travers le système national d'information sanitaire (SNIS). 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 du système de routine (rapports d'activités, le DHIS2) et des études et enquêtes spéciales (Revue de performance, Evaluations, Enquêtes de couverture, Enquêtes démographiques).

VI.2.1 Circuit de l'information sanitaire

Toutes les données seront transmises mensuellement par les structures sanitaires au BCZS sous format papier après analyse et validation au niveau des AS. Au niveau du BCZS les données sont analysées et validées lors du monitoring mensuel. Puis ces données sont saisies dans le logiciel DHIS2. Les niveaux intermédiaire et central procèdent aux analyses des données du logiciel DHIS2, et font des rétro informations selon le niveau.

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 (DSSP), 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 DSSP, le PNLP s'assurera de la production des données de qualité relatives à la lutte contre le paludisme. De ce fait, le PNLP s'assurera de la mobilisation des ressources nécessaires pour la gestion des données. Les données collectées au niveau des structures sanitaires pourront remonter soit sous format papier au niveau des bureaux centraux pour traitement et analyse, suivi de leur saisie dans le logiciel DHIS2, soit sous forme électronique à l'aide de téléphone, eSIMR ciblant les données nationales. 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 du logiciel DHIS2. 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 DGLM, le Ministère de la santé 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.

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'informations nécessaires 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 données issues du système de collecte de routine ne rapportent que des données hospitalières qui ne traduisent pas la situation dans 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. Le nombre passera de XX à 52 pendant la période de mise en œuvre du PSN.

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.). Elles seront aussi partagées au cours des conférences scientifiques nationales et internationales. Par ailleurs, les publications seront réalisées sur 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 procédures édictées par le Ministère de la Santé.

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 régulière des réunions trimestrielles des groupes thématiques impliquant tous les responsables du suivi et évaluation des parties prenantes. 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 la DPS à travers des réunions mensuelles impliquant tous les acteurs de mises en œuvre.

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 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|--|---|---|-----------------|----------------------|----------------|-------------------------|---------------------|-----------------|------|------|------|------|
| Réduire de 40% la morbidité et de 50% la mortalité liées au paludisme par rapport à 2018, d'ici 2023 | 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 | MiniPlan, PNLN, INS | 70‰ | | | | |
| | % 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 | MiniPlan, PNLN, INS | 31% | 28% | 25% | 21% | 18% |
| | % de cas confirmés de paludisme pour 1000 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 | PNLN | 177 | 160 | 142 | 124 | 106 |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|------------|--------|----------------|--------------|------|------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | % de décès hospitaliers imputable au paludisme pour 100.000 habitants | N: Nombre des décès hospitaliers dus au paludisme par an x 100,000 D: Population totale habitants | Proportion | Impact | SNIS | Mensuelle | PNLP | 18 | 16 | 14 | 12 | 9 |
| | Nombre des cas de paludisme confirmés | N: Nombre des cas de paludisme confirmés D: 1 | Nombre | Impact | SNIS | Mensuelle | PNLP | 18.208.440 | 16.387.599 | 14.566.754 | 12.745.909 | 10.925.064 |
| | 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 | 75% | 67.5% | 60% | 52.5% | 45% |
| | 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 | 48.1% (MICS 2017-2018) | | | 34% | |
| | % de la population des ménages qui a dormi sous une MILD la nuit précédente | N: nombre de personnes qui ont dormi sous une MILD la nuit précédente D: nombre total de personnes (membres des ménages) qui ont passé la nuit | Proportion | Effet | Enquête ménage | 2 ans- 5 ans | PNLP | 48,4% | | 70% | | 80% |

| Objectif 4 : Renforcer le système de surveillance, suivi et évaluation par la transmission dans le délai des rapports sur la lutte antipaludique à tous les niveaux | % d'enfants d'âge scolaire qui sont capables de reconnaître au moins deux modes de prévention du paludisme | concernée 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/EIP | ND | | 60% | | | 80% | | | | | | | |
|--|---|---|------------|--------------|---------------|-----------|-------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| | % 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% | 93% | 95% | 97% | | | | | | | | |
| | Taux de complétude des rapports des FOSA | Num : nbre des rapports FOSA reçus Dénom : nbre des rapports des FOSA attendus | Taux | Produit | Rapport PNLP | Mensuel | PNLP | 89% | 91% | 93% | 95% | 98% | | | | | | | | |
| | % d'épidémies déclarées de paludisme ayant fait l'objet de détection précoce et de riposte dans les 15 jours | Num : nbre d'épidémies déclarées ayant fait d'une riposte ans les 15 jours Dénom : nbre total d'épidémies déclarées | Proportion | Produit | Rapport PNLP | Annuel | PNLP | 27% | 40% | 60% | 70% | 80% | | | | | | | | |
| Proportion de sujets de recherche réalisés | Num : nbre des sujets de recherche réalisés Dénom : nbre total des sujets de recherche planifiés | Proportion | Processus | Rapport PNLP | Annuel | PNLP | 80% | 85% | 90% | 95% | 98% | | | | | | | | | |
| Taux de promptitude des rapports des FOSA | N : Nombre des rapports complets soumis dans le délai D : Total des rapports attendus | Pourcentage | Produit | SNIS/DHIS | Mensuelle | PNLP | 57% | 65% | 70% | 75% | 80% | | | | | | | | | |
| Proportion d'établissements | N : Nombre des FOSA avec un taux de | Proportion | Produit | DSNIS | Trimestrielle | ND | | 50% | 60% | 70% | 80% | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|------------|-----------|--------------------------|---------------|----------|------|------|------|------|
| | de santé ayant une concordance des données \geq 80% au cours des RDQA. | concordance des données \geq 80% D : Total FOSA ayant fait l'objet de RDQA. | Proportion | Produit | Rapports d'activités PNL | Mensuelle | PNLP | 70% | 80% | 90% | 100% |
| | Proportion des sites sentinelles ayant soumis leurs rapports mensuels dans le délai | N : nombre de SS ayant soumis leurs rapports dans le délai D : Total de SS | Proportion | Processus | Rapports d'activités PNL | Hebdomadaire | PNLP | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | Proportion de rapports d'analyse des données hebdomadaires sur la Survépi produits. | Num : nbre des rapports d'analyse produits Dénom : nbre des rapports d'analyse attendus | Nombre | Intrant | Rapport PNL | Annuelle | PNLP | 5% | 10% | | 15% |
| Objectif 5 : Renforcer la gestion du programme | Proportion des ressources mobilisées localement | Num : ressources mobilisées localement Dénom : ressources totales pour la lutte contre le paludisme | Proportion | Intrant | Rapport PNL | Annuelle | PNLP | 78% | 100% | 100% | |
| | % de structures ayant bénéficié du contrôle de qualité des médicaments antipaludiques | N: Nombre de structures ayant bénéficié du contrôle de qualité des médicaments antipaludiques x 100 D: Nombre de structures sélectionnées pour le contrôle de qualité | Proportion | Processus | Rapport PNL | Trimestrielle | PNLP/DPM | ND | | 100% | |

Annexe 2 : Cadre De Performance

| Article | Indicateurs | Données de base | | Cible | | | | Source | Méthode et fréquence | Responsable | |
|---|---|-----------------|--------------|---------------------|------------|------------|------------|------------|----------------------|-----------------------|---------------------|
| | | Valeur | Année source | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | | | |
| But : contribuer à l'élimination du paludisme en RDC, le PSN vise l'amélioration de l'état de santé de la population par la réduction du fardeau humain et socio-économique du paludisme | | | | | | | | | | | |
| Objectif général | | | | | | | | | | | |
| Réduire de 40% la morbidité et de 50% la mortalité liées au paludisme par rapport à 2018, d'ici 2023 | Taux de mortalité, toutes causes confondues, chez les enfants de moins de 5 ans | 70% | 2017-2018 | MICS | | | | | MICS, EDS, EIP | enquête | MIN PLAN, PNLP, INS |
| | % des enfants de 6-59 mois qui ont une infection palustre | 31% | 2017-2018 | MICS | 28% | 25% | 21% | 18% | MICS, EDS, EIP | Enquête | MIN PLAN, PNLP, INS |
| | % de cas confirmés de paludisme pour 1 000 habitants | 177 | 2018 | Rapport annuel PNLP | 160 | 142 | 124 | 106 | SNIS/PNLP | SIS de routine/dhis.2 | PNLP |
| | Nombre des cas de paludisme confirmés | 18.208.440 | 2018 | Rapport annuel PNLP | 16.387.599 | 14.566.754 | 12.745.909 | 10.925.064 | SNIS/PNLP | SIS de routine/dhis.2 | PNLP |
| | % de décès hospitaliers imputables au paludisme pour 100 000 habitants | 18 | 2018 | Rapport annuel PNLP | 16 | 14 | 12 | 9 | SNIS/PNLP | SIS de routine/dhis.2 | PNLP |
| Objectifs stratégiques | | | | | | | | | | | |
| Objectif 1 : Renforcer le paquet essentiel des services et soins en protégeant au moins 80% des personnes exposées au risque de paludisme par les mesures préventives d'ici 2023 | % de la population des ménages qui a dormi sous une MILDA la nuit précédente | 48,4% | 2017-2018 | MICS | | 70% | | 80% | MICS, EDS, EIP | Enquête | MIN PLAN, PNLP, INS |
| | Proportion de la population ayant accès à une MILD dans leur ménage | | | | | | | | | | |
| | % d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous une MILDA | 51% | 2017-2018 | MICS | | 70% | | 80% | MICS, EDS, EIP | Enquête | MIN PLAN, PNLP, INS |
| | % des femmes enceintes qui dorment sous une MILDA | 52,4% | 2017-2018 | MICS | | 70% | | 80% | MICS, EDS, EIP | Enquête | MIN PLAN, PNLP, INS |
| | % des ménages avec 1 MILD pour 2 personnes | 26% | 2017-2018 | MICS | | 40% | | 60% | MICS, EDS, EIP | Enquête | MIN PLAN, PNLP, INS |
| | % des femmes enceintes qui ont bénéficié de SP2 conformément à la politique nationale | 31,2% | 2017-2018 | MICS | 40% | 50% | 60% | 70% | MICS, EDS, EIP | Enquête | MIN PLAN, PNLP, INS |
| | % des femmes enceintes qui ont bénéficié de SP3 conformément à la politique | 13,4% | 2017-2018 | MICS | 23% | 33% | 44% | 60% | MICS, EDS, EIP | Enquête | MIN PLAN, PNLP, INS |

| Article | Indicateurs | Données de base | | | Cible | | | | Source | Méthode et fréquence | Responsable |
|---|---|-----------------|-----------|---------------------|-------|------|------|------|---------------------|------------------------------|---------------------|
| | | Valeur | Année | source | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | | |
| Objectif 2: Renforcer le paquet essentiel des services et soins en traitant 100% des personnes testées positives selon les directives nationales | nationale | | | | | | | | | | |
| | % 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 | 22,3% | 2017-2018 | MICS | 32% | 46% | 58% | 70% | MICS, EDS, EIP | Enquête | MIN PLAN, PNLP, INS |
| | % d'enfants < 5 ans ayant bénéficié d'une confirmation biologique du paludisme et qui ont reçu un traitement conformément à la politique nationale | 8,8% | 2017-2018 | MICS | 32% | 55% | 78% | 100% | MICS, EDS, EIP | Enquête | MIN PLAN, PNLP, INS |
| | % de structures sanitaires sans ruptures de stocks de médicaments et produits antipaludiques à tout moment | 69% | 2018 | EUV | 80% | 85% | 90% | 95% | Enquête EUV | Enquête dans les FOSA et CDR | PNLP |
| Objectif 3 : Amener au moins 75% de la population exposée à un changement social et comportemental pour la lutte contre le paludisme | % de chefs de ménages qui sont capables de reconnaître au moins deux moyens de prévention du paludisme | | 2017 | MAA | | 60% | | 75% | EDS, EIP | Enquête | MIN PLAN, PNLP, 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 | | | MAA | | 60% | | 75% | EDS, EIP | Enquête | MIN PLAN, PNLP, INS |
| | % de mères et gardiens d'enfants qui sont capables de reconnaître les moyens de transmission du paludisme | | | MAA | | 60% | | 75% | EDS, EIP | Enquête | MIN PLAN, PNLP, INS |
| | Taux de complétude des rapports des FOSA | 89% | 2018 | Rapport annuel PNLP | 91% | 93% | 95% | 97% | SNIS/PNLP | SIS de routine/dhis.2 | PNLP |
| Objectif 4: 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 promptitude des rapports des FOSA | 57% | 2018 | Rapport annuel PNLP | 62% | 67 | 72 | 80% | SNIS/PNLP | SIS de routine/dhis.2 | PNLP |
| | % d'épidémies de paludisme ayant fait l'objet de détection précoce et de riposte dans les 15 jours | 27% | 2018 | Rapport annuel PNLP | 35% | 44% | 52% | 60% | SNIS/PNLP | SIS de routine/dhis.2 | PNLP |
| | Proportion de sujets de recherche réalisés | 80% | 2018 | Rapport annuel PNLP | 85% | 90% | 95% | 100% | SNIS/PNLP | SIS de routine/dhis.2 | PNLP |
| | % des ressources financières de la lutte contre le paludisme mobilisé localement | 1,4% | 2018 | Rapport annuel PNLP | 5% | 8% | 11% | 15% | Rapport annuel PNLP | | PNLP |
| Objectif 5 : Renforcer la gestion du programme | % des fonds décaissés | 77% | 2018 | Rapport annuel PNLP | 83% | 90% | 96% | 100% | Rapport annuel PNLP | | PNLP |

Annexe 3 : Budget PSN (Voir document des Annexes) & Synthèse des budgets

SYNTHESE GAP FINANCIERS (\$USD) / PARTENAIRES

| SYNTHESE ANALYSE GAP FINANCIERS | | | | | |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Module | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Coût Total |
| Besoins | \$ 247 224 635 | \$ 210 766 249 | \$ 267 417 731 | \$ 289 366 962 | \$ 1 014 775 578 |
| GOUVERNEMENT | \$ 41 602 350 | \$ 41 489 047 | \$ 40 006 899 | \$ 41 032 765 | \$ 164 131 061 |
| PMI | \$ 50 000 000 | \$ 50 000 000 | \$ 50 000 000 | \$ 50 000 000 | \$ 200 000 000 |
| AMF | \$ - | \$ 34 245 149 | \$ 33 058 849 | \$ 33 300 935 | \$ 100 604 934 |
| AUTRES | - | \$ 3 794 712 | \$ 3 663 258 | \$ 3 690 084 | \$ 11 148 054 |
| FM / NFM2 | 136 014 067 | - | - | - | \$ 136 014 067 |
| Disponibles | \$ 227 616 418 | \$ 129 528 908 | \$ 126 729 006 | \$ 128 023 784 | \$ 611 898 116 |
| GAP FINANCIER | \$ 19 608 218 | \$ 81 237 341 | \$ 140 688 725 | \$ 161 343 179 | \$ 383 269 244 |

SYNTHESE DU PSN PAR MODULE (\$USD)

| SYNTHESE DU PSN PAR MODULE | | | | | | |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|---------------|
| Module | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Coût Total | |
| Gestion des programmes | 8 879 925 | 11 349 310 | 8 032 758 | 7 781 922 | 36 043 916 | 3,6% |
| Lutte antivectorielle : MILD | 156 599 380 | 91 109 607 | 125 783 943 | 148 140 906 | 521 633 836 | 51,4% |
| Lutte antivectorielle : PID | 3 694 288 | 4 118 288 | 3 694 288 | 3 694 288 | 15 201 152 | 1,5% |
| Gestion des cas – Diagnostic | 10 520 429 | 12 343 921 | 16 818 335 | 14 843 677 | 54 526 362 | 5,4% |
| Gestion des cas – Traitement | 46 079 473 | 56 150 106 | 68 894 417 | 75 185 250 | 246 309 247 | 24,3% |
| Intervention de prévention spécifique : Traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg) | 6 273 288 | 7 286 095 | 7 712 895 | 8 157 511 | 29 429 789 | 2,9% |
| Intervention de prévention spécifique : Chimio prophylaxie saisonnière du paludisme (SMC) | - | 1 894 230 | 1 949 162 | 2 005 688 | 5 849 080 | 0,6% |
| Intervention de prévention spécifique : Chimio prophylaxie saisonnière du paludisme TPIIn | - | 12 148 | 19 883 | 26 474 | 58 505 | 0,0% |
| Surveillance Epidémiologique | 2 202 891 | 9 056 881 | 8 184 963 | 8 052 450 | 27 497 186 | 2,7% |
| Communautaire | 7 037 040 | 10 821 610 | 20 223 688 | 14 934 080 | 53 016 418 | 5,2% |
| Renforcement de Capacité | - | 651 238 | 165 475 | - | 816 713 | 0,1% |
| S&E | 5 937 922 | 5 972 815 | 5 937 922 | 6 544 716 | 24 393 375 | 2,4% |
| IEC/CC (Pris en compte dans chaque Module) | 8 101 094 | 8 101 094 | 25 634 544 | 16 123 052 | 57 959 783 | 6,1% |
| TOTAL | 247 224 635 | 210 766 249 | 267 417 731 | 289 366 962 | 1 014 775 578 | 100,0% |

CATEGORIES DE COUT PSN (\$USD)

| SYNTHESE DU PSN PAR OBJECTIFS STRATEGIQUES | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|---------------|
| CATEGORIES DE COUT PSN | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | TOTAL | |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 1: Renforcer le paquet des services et soins essentiels de lutte antipaludique dans les structures sanitaires y compris le niveau communautaire d'ici 2023. | \$ 225 369 749 | \$ 181 971 276 | \$ 243 700 168 | \$ 267 846 085 | \$ 918 887 277 | 90,6% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 2: Améliorer la qualité des services et soins de lutte antipaludique dans les structures sanitaires et la communauté dans toutes les DPS d'ici 2023 | \$ 5 937 922 | \$ 6 589 160 | \$ 6 103 397 | \$ 6 544 716 | \$ 25 175 194 | 2,5% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 3: Rationaliser le paquet essentiel des services et soins pour la LAP | \$ - | \$ 34 893 | \$ - | \$ - | \$ 34 893 | 0,0% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 4: Renforcer les dynamiques et approches communautaires pour le changement social et comportemental pour la LAP | \$ 7 037 040 | \$ 10 821 610 | \$ 9 581 408 | \$ 7 194 240 | \$ 34 634 298 | 3,4% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 5: Améliorer les compétences en LAP d'au moins 60% de personnels de santé d'au moins 50% de structures de santé à tous les niveaux et les motiver d'ici 2023 | \$ 2 473 052 | \$ 2 473 052 | \$ 2 631 642 | \$ 2 801 334 | \$ 10 379 079 | 1,0% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 6: Améliorer la disponibilité des médicaments, réactifs de laboratoire et intrants de qualité de LAP d'ici 2023 | \$ 417 501 | \$ 1 367 782 | \$ 960 960 | \$ 776 750 | \$ 3 522 993 | 0,3% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 7: Améliorer la disponibilité et la circulation d'une information sanitaire de qualité en LAP d'ici 2023 | \$ 4 612 716 | \$ 578 683 | \$ 884 932 | \$ 884 932 | \$ 6 961 263 | 0,7% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 8: Accroître d'au moins 30% le financement des activités de lutte antipaludique par rapport au niveau de 2018 et réduire le coût de l'accès aux soins d'au moins 50% d'ici 2023 | \$ 13 500 | \$ 13 500 | \$ 13 500 | \$ 13 500 | \$ 54 000 | 0,0% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 9: Renforcer le pilotage de la LAP à tous les niveaux pour garantir l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité d'ici 2023 | \$ 989 979 | \$ 6 543 117 | \$ 3 168 548 | \$ 2 932 230 | \$ 13 633 874 | 1,3% |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 10: Renforcer la multisectorialité en impliquant les autres secteurs dans la mise en œuvre des stratégies de LAP d'ici 2023 | \$ 373 177 | \$ 373 177 | \$ 373 177 | \$ 373 177 | \$ 1 492 707 | 0,1% |
| TOTAL 2020 - 2023 | \$ 247 224 635 | \$ 210 766 249 | \$ 267 417 731 | \$ 289 366 962 | \$ 1 014 775 578 | 100,0% |

