



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ PUBLIQUE,
HYGIÈNE ET PRÉVOYANCE
SOCIALE



PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME RECADRE 2026-2030

AXES STRATEGIQUES

-  Prévention, diagnostic et prise en charge
-  Surveillance, données et recherche
-  Gouvernance, financement et partenariats





REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE, HYGIENE ET PREVOYANCE SOCIALE
SECRETARIAT GENERAL A LA SANTE PUBLIQUE ET HYGIENE
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL
DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME RECADRE
2026-2030**

SEPTEMBRE 2026





TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ABREVIATIONS	viii
PREFACE	xi
PREAMBULE	xiii
REMERCIEMENTS	xv
RESUME	1
1. CONTEXTE GENERAL	3
1.1 Introduction	3
1.2 Situation géographique et sociopolitique	4
1.3 Situation socio démographique	4
1.4 Ecosystème, environnement et climat	5
2. ANALYSE DE LA SITUATION	7
2.1 Le système de santé	7
2.2 Profil épidémiologique	8
2.2.1 Changement climatique	8
2.2.2 Les vecteurs	9
2.2.3 Les parasites	14
2.2.4 Résistance aux antipaludiques	19
2.3 Morbidité et mortalité : synthèse comparative	24
2.3.1. Incidence	25
2.3.2. Évolution des cas et des décès de paludisme (2020–2025)	26
2.3.3. Populations vulnérables	26
3. NIVEAU DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS	28
3.1 Prévention	28
3.1.1. Lutte anti vectorielle	28
3.1.1.1. Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII)	28
3.1.1.2. Pulvérisation intra domiciliaire à effet rémanent (PID)	32
3.1.1.3. Gestion des gîtes larvaires (GGL)	33
3.1.1.4. Émanateurs spatiaux	
3.1.2. Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte	33
3.1.3. La Chimio prévention du paludisme pérenne	34
3.1.4. Vaccination antipaludique (VAP)	35
3.1.5. La chimioprophylaxie du paludisme saisonnier (SMC- seasonal malaria chemo prevention)	37
3.1.6. Chimio prévention du paludisme après la sortie de l'hôpital (CPSH)	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
3.1.7. Traitement Préventif Intermittent chez les enfants d'âge scolaire (Populations clés)	39
3.1.9. Administration de Masse des Médicaments Antipaludiques (AMMA)	
3.2 Prise en charge	40
3.2.1. Prise en charge au niveau des établissements des soins de santé (ESS)	40
3.2.2. Prise en charge au niveau des Sites de Soins Communautaires (SSC)	42
3.3 Surveillance épidémiologique et Riposte	44
3.4 Suivi-Évaluation et Recherche opérationnelle	46
3.4.1. Le paradoxe de la performance technique	46
3.4.2. La faible utilisation des données	46
3.4.3. La faible qualité des données	46
3.4.4. L'introduction des nouvelles interventions : un risque systémique	47
3.5 Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC)	47



3.5.1. Etat des lieux et acquis stratégiques	47
3.6 Gestion du programme	49
3.6.1. Analyse des principaux défis	49
3.6.1.1. Gouvernance et leadership	49
3.6.1.2. Gestion des Ressources humaines	49
3.6.1.3. Gestion des Ressources financières	51
3.6.1.4. Gestion des Ressources matérielles	52
3.6.1.5. Mobilisation des ressources	52
3.6.1.6. Prise de décision fondée sur des évidences	53
3.6.2. Coordination et partenariat	53
3.6.2.1. Coordination des structures de mise en œuvre	53
3.6.2.2. Coopération avec les partenaires.	53
3.6.2.3. Approche multisectorielle	54
4. APPROCHES STRATEGIQUES	56
4.1 Orientations stratégiques	56
4.1.1. Vision	56
4.1.2. Mission	56
4.1.3. Principes directeurs	56
4.1.4. Objectifs généraux	57
4.2 Axes stratégiques	57
4.2.1. Amélioration et optimisation de la prévention	58
4.2.1.1. Lutte anti vectorielle	58
4.2.1.2. Gestion opérationnelle des déchets des MII	58
4.2.1.3. Intensification des Interventions Spécifiques	59
4.2.2. Renforcement de la prise en charge des cas	62
4.2.3. Surveillance épidémiologique et Riposte	65
4.2.3.1. Augmentation de la sensibilité du système de Surveillance épidémiologique	65
4.2.3.2. Mise en œuvre d'une réponse adaptée	66
4.2.4. Suivi-Évaluation et Recherche opérationnelle	66
4.2.4.1. Renforcement du système de suivi-évaluation	67
4.2.4.2. Renforcement de la recherche opérationnelle et innovations	68
4.2.5. Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC)	69
4.2.6. Renforcement de la gestion et du leadership du Programme	69
4.2.6.1. Amélioration des conditions et de l'environnement travail	70
4.2.6.2. Renforcement des capacités managériales par la formation des cadres	70
4.2.6.3. Renforcement de la coordination et du leadership du Programme	70
4.2.6.4. Prise de décisions basée sur des évidences	71
4.2.6.5. Mobilisation de ressources pour la lutte contre le paludisme	71
4.2.6.6. Renforcement de la multisectorialité et du partenariat	71
4.3 Objectifs spécifiques par axe stratégique	72
4.3.1. Amélioration et optimisation de la prévention	72
4.3.2. Renforcement de la prise en charge	72
4.3.3. Surveillance épidémiologique et Riposte	73
4.3.4. Suivi-Évaluation, Recherche opérationnelle et Innovations	73
4.3.5. Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC)	74
4.3.6. Renforcement de la gestion et du leadership du Programme	74
4.4 Alignement au PNDS-PS 2024-2033	75
5. MISE EN ŒUVRE DU PSN 2026-2030	Erreur ! Signet non défini.
5.1 Stratification épidémiologique pour le ciblage des interventions	77
5.2 Regroupement indicatif des principales interventions par catégorie de priorité	79
5.3 Modélisation de l'impact des scénarios SNT pour la RDC	80

5.4 Interventions stratégiques et activités prioritaires par objectif spécifique	81
5.5 Structures et acteurs de la mise en œuvre	96
5.5.1. La coordination de la lutte contre le paludisme	96
5.5.2. Les acteurs de la lutte contre le paludisme	97
5.5.3. Partenariats à consolider	98
5.5.3.1. Partenariat entre le PNLP et les partenaires techniques et financiers (PTF)	98
5.5.3.2. Exploitation des plateformes et du partenariat public privé (PPP)	99
5.5.4. Mécanismes de coordination des parties prenantes par le PNLP	100
5.5.5. Gestion des risques	101
5.5.5.1. Risques liés aux ressources financières	101
5.5.5.2. Risques liés au renforcement des systèmes de santé résilient	101
6. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION	102
6.1 Objectifs du Cadre de Suivi-Évaluation	102
6.2 Fondements Stratégiques et Alignements	102
6.3 Architecture Globale du Cadre de Résultats	103
6.4 Objectifs stratégiques et cibles d'impact 2026-2030	103
6.4.1. Objectifs Généraux d'Impact	103
6.4.2. Axes Stratégiques et Objectifs Spécifiques	103
6.5 . Cadre de performance	Erreur ! Signet non défini.
6.6 Mécanismes de collecte et de traitement des données	113
6.6.1. Architecture du Système d'Information	113
6.6.2. Collecte et traitement (Étapes 1 & 2)	113
6.6.3. Analyse via le Dashboard Malaria (Étape 3)	114
6.6.4. Interprétation et utilisation (Étapes 4 & 5)	115
6.6.5. La Carte de Score de Redevabilité pour l'Action	115
6.6.6. Organisation de la réunion d'analyse des données	115
6.7 Redevabilité et système de rapportage du Programme	115
6.7.1. Mécanismes de redevabilité institutionnelle	116
6.7.2. Mécanisme de coordination de suivi-évaluation	116
6.7.3. Renforcement des Capacités en Suivi-Évaluation	117
6.7.4. Plan d'Evaluation des Enquêtes	119
6.8 Ressources nécessaires au système de suivi-évaluation	120
6.8.1. Besoins en Ressources Humaines	120
6.8.2. Besoins en Ressources Matérielles et Technologiques	120
6.8.3. Axes Prioritaires de Financement SE	120
7. CADRE BUDGETAIRE	121
7.1 Cartographie des bailleurs de fonds	121
7.2 L'estimation des couts	122
7.3 Synthèse du budget	122
7.4 Modalités de financement	125
7.4.1. Le Fonds Mondial (GFATM)	126
7.4.2. Le Département d'Etat des Etats-Unis d'Amérique (USGov)	126
7.4.3. Le financement du Gouvernement congolais	127
7.4.4. Le financement des autres contributeurs	127



LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Répartition de la résistance aux insecticides par province et par site	___	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 2. Évolution des indicateurs épidémiologiques du paludisme en RDC (2020–2024)	___	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 3. Évolution des cas de paludisme pris en charge par les RECO	___	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 4. Ressources humaines du niveau central du PNLP	_____	50
Tableau 5. Ressources humaines du programme dans les 26 provinces	_____	50
Tableau 6. Ventilation des fonds attendus pour le PNLP par interventions	_____	51
Tableau 7. Matriciel d'alignement des Axes et Objectifs stratégiques au PNDS-PS 2024-2033	_____	75
Tableau 8. Regroupement des interventions par catégories/strates des provinces prioritaires	_____	79
Tableau 9. Matrice des indicateurs de performance	_____	105
Tableau 10. Les 5 étapes du processus de collecte et traitement des données	_____	113
Tableau 11. Comparaison entre le Dashboard Malaria versus la Carte de Score	_____	115
Tableau 12. Mécanismes de redevabilité et leurs fonctions	_____	116
Tableau 13. Récapitulatif des rapports/documents périodiques produits par le PNLP	_____	116
Tableau 14. Cartographie des principaux bailleurs de fonds et leurs interventions spécifiques	___	121
Tableau 15. Synthèse du Budget par intervention principale en USD (Scénario 2 retenu).	_____	123





LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte administrative des vingt-six provinces de la RD Congo.	Erreur ! Signet non défini.	
Figure 2: Répartition des espèces d'anophèles présentes en RDC	Erreur ! Signet non défini.	
Figure 3 : Répartition d'espèces d'anophèles dans les sites sentinelles du PNLP n RDC, 2021-2023	9	
Figure 4 : Efficacité thérapeutique des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA)-RDC 2017-2018 (Leah F. Moriarty, G. Mesia Kahunu et al. 2021. https://doi.org/10.4269/ajtmh.21-0214)	Erreur !	
Signet non défini.		
Figure 5 : Cartographie des marqueurs moléculaires de la résistance	Erreur ! Signet non défini.	
Figure 6 : Statut de l'efficacité des molécules 2023-2024	Erreur ! Signet non défini.	
Figure 7 : Résultats de la surveillance de la résiatnce aux antipaludiques en RDC (A : Van Loon et Al, 2022 ; B : Mesia et Al ; C : Rapport Projet PaluSeq dans 9 sites sentinelles	24	
Figure 8. Incidence du paludisme en RDC, en 2024	Erreur ! Signet non défini.	
Figure 9. Evolution des cas et des décès de paludisme (2020-2025).	26	
Figure 10. Disparités dans la vulnérabilité au paludisme entre le milieu rural et urbains et selon le niveau économique (EDS-RDC III, 2023-2024)	Erreur ! Signet non défini.	
Figure 11. Inégalités dans la prévalence du paludisme par provinces (EDS-RDC III, 2023-2024)	Erreur ! Signet non défini.	
Signet non défini.		
Figure 12. Ciblage des MII tenant compte du début de la résistance (Source PMI).	30	
Figure 13. Niveau d'utilisation de lma MII par les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.	Erreur !	
Signet non défini.		
Figure 14. Courbe d'Accès et utilisation de MII	Figure 15. Carte d'Accès et utilisation de MII	32
Figure 16. Couverture du TPIg en 2024 et 2025 dans 10 Zones de santé de 5 DPS en RDC	34	
Figure 17: Couverture de la CPP dans les 4 ZS pilotes	35	
Figure 18: Evolution de la couverture géographique de la VAP 1 à 4 en RDC	36	
Figure 19 : Courbes évolutives des cas, décès, anémie et paludisme grave dans les 6 ZS du Haut-Kantanga ayant implémenté la SMC, oct-24 à avril 26	37	
Figure 20 : Les enfants de 3-59 mois ayant bénéficiés le traitement en SPAQ dans les 6 ZS de la DPS du Haut-Katanga	38	
Figure 21. Tendances effectives de la couverture au niveau national (DHIS2)	40	
Figure 22. Évolution de la PEC du paludisme en RDC de 2020 à 2024	42	
Figure 23. Analyse de la couverture des Sites de Soins Communautaires en RDC, de 2005 à 2025.	43	
Figure 24. Progressivité dans les combinaisons et rotations de l'utilisation des antipaludiques dans différents DPS (2023 - 2028). Source : Rapport PNLP, 2025.	64	
Figure 25. Modélisation de la SNT pour la stratification provinciale en 3 catégories de priorité, selon le degré du risque pour le Paludisme	78	
Figure 26. Modélisation de la SNT pour la stratification au niveau de Zones de santé en 3 catégories de priorité, selon le degré du risque pour le Paludisme	79	
Figure 27. Estimation de l'impact des scénarios sur la charge du paludisme	Erreur ! Signet non défini.	
Figure 28. Hypothèses de la distribution de la MII dans les différentes provinces du pays, selon la stratification	Erreur ! Signet non défini.	





LISTE DES ABREVIATIONS

ABER	Annual Blood Examination Rate (Taux annuel d'examen sanguin)
ACOREP	Agence Congolaise de Régulation Pharmaceutique
AL	Artéméther-Luméfantrine
AMDR	Antimalarial Drug resistance
AMS	African Malaria Strategy (Stratégie africaine de lutte contre le paludisme)
AMF	Against Malaria Foundation (Fondation de lutte contre le paludisme)
APA	Autorités Politico-Administratives
AP	Artésunate-Pyronaridine
AS	Aire de santé
ASAQ	Artésunate-Amodiaquine
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
BM	Banque Mondiale
BMGF	Bill & Melinda Gates Foundation
CAC	Cellule d'Animation Communautaire
CAGF	Cellule d'Appui à la Gestion Financière
CCSC	Communication pour le Changement Social et Comportemental
CCM	Country Coordination Mechanism (Instance de coordination pays)
CCT-SS	Comité de Coordination Technique Secteur Santé
CDF	Congo Démocratique Franc (Franc Congolais)
CDR	Centrale de Distribution Régionale
CNP-SS	Comité National de Pilotage Secteur Santé
CODEV	Comité de Développement
CPSH	Chimioprévention du Paludisme après la Sortie de l'Hôpital
CPN	Consultation Périnatale
CPS	Consultation Préscolaire
SMC/CPS	Chimioprophylaxie du Paludisme Saisonnier (SMC)
CPP	Chimioprévention du Paludisme Pérenne
CS	Centre de Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
CTLM	Commission Technique de Lutte contre les Maladies
DAF	Division Administrative et Financière
DFID	Département du Développement International
DHIS2	Système d'Information Sanitaire de District
DGLM	Direction Générale de la Lutte contre les Maladies
DPS	Division Provinciale de la Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FHI360	FHI360 : Family Health International
EPP	Encadreur Provinciaux Polyvalents



ESS	Établissement des Soins de Santé
EUV	End Use Verification (Enquête de Vérification de l'utilisation finale)
GAS	Gestion des Approvisionnement et des Stocks
GAVI	Global Alliance for Vaccine and Immunization (Alliance Mondiale pour les vaccins et la vaccination)
GE	Goutte Epaisse
GIBS	Groupe Inter-Bailleurs du secteur de la Santé
GRID3	Geo-Referenced Infrastructure and Demographic Data for Development
HBHI	High Burden High Impact (Haut Fardeau Grand Impact)
HGR	Hôpital Général de Référence
IEC	Information, Education et Communication
JMP	Journée Mondiale de lutte contre le Paludisme
LMIS	Logistic Managment Information System (Système d'information de Gestion Logistique)
LAP	Lutte Anti Paludique
MAA	Monitoring Amélioré pour Action
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys (Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples)
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MIS	Malaria Indicator Survey (Enquête sur les indicateurs du paludisme)
MSPHP	Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale
NMDR	National Malaria Data Repository (Entrepôt National de Données Malaria)
OAC	Organisation à Assise Communautaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PBO	Butoxyde Pipéronyle
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCR	Polymérase Chain Réaction (Réaction en Chaîne par Polymérase)
CEP	Comité d'Elaboration de la Proposition
PIB	Produit Intérieur Brut
PID	Pulvérisation Intra-Domiciliaire
LDC	Niveau minimal d'eau des Activités
PMI	President Malaria Initiative (Initiative Présidentiel de lutte contre le paludisme)
PNAM	Programme National d'Approvisionnement en Médicaments essentiels
PNCPS	Programme National de Communication Pour la Promotion de la Santé
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 (Faire Reculer le paludisme)
RDC	République Démocratique du Congo

RDQA	Routine Data Quality Assessment (Évaluation de routine de la qualité des données)
RECO	Relais Communautaire
RNB	Revenu National Brut
RPP	Revue de Performance du Programme
SADC	Southern African Development Community (Communauté de Développement de l'Afrique australe)
SEs	Emanateurs Spatiaux
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SMC	Chimio prévention du Paludisme Saisonnier
CPS	Consultation Préscolaire
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
SRMNEA-N	Santé Reproductive des Mères, des Nouveau-nés, des Enfants et des Adolescents Nutrition
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSC	Site de Soins Communautaires
SURVEPI	Surveillance Epidémiologique
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TPIg	Traitement Préventif Intermittent chez la femme enceinte
TPI n	Traitement Préventif Intermittent chez le nourrisson
TPR	Proportion des tests positifs
TPL	Taux de Positivité des Lames
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNIKIN	Université de Kinshasa
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VAP	Vaccin Antipaludique
VSAT	Very Small Aperture Terminal (Terminal à très petite ouverture)
ZS	Zone de santé





Le paludisme demeure l'un des principaux défis de santé publique auxquels fait face la République Démocratique du Congo. Malgré les progrès enregistrés au cours des dernières années grâce aux efforts conjoints du Gouvernement, des communautés et des partenaires techniques et financiers, notre pays continue de supporter une part importante du fardeau mondial de cette maladie, avec des conséquences humaines, sociales et économiques considérables, particulièrement chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Sous le leadership de Son Excellence Monsieur le Président de la République, Chef de l'Etat Felix-Antoine TSHISEKEDI TSHILOMBO, la santé des populations constitue une priorité majeure, sa vision d'une couverture santé universelle accessible à tous les congolais traduit l'engagement ferme de l'Etat à garantir des soins de qualité, à renforcer le système de santé et à protéger les populations les plus vulnérables contre les grandes endémies notamment le paludisme. C'est dans cette dynamique de transformation du secteur de la santé impulsée par le Chef de l'Etat, que le Gouvernement de la République Démocratique du Congo poursuit ses réformes et intensifie les actions visant à réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme.

Dans un contexte international marqué par des mutations profondes des mécanismes de financement de la santé mondiale, des crises humanitaires récurrentes, des effets croissants du changement climatique ainsi que des contraintes sécuritaires persistantes dans certaines parties du pays, la République Démocratique du Congo a fait le choix d'un recadrage stratégique réaliste, responsable et orienté vers l'impact.

Le présent Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme recadré 2026–2030 traduit cette volonté du Gouvernement de consolider les acquis, de protéger les populations les plus vulnérables et de maintenir le cap vers l'élimination du paludisme, conformément aux engagements internationaux de notre pays, notamment les Objectifs de Développement Durable (ODD 3), la Stratégie Technique Mondiale de lutte contre le paludisme 2016–2030 de l'Organisation Mondiale de la Santé, ainsi que les orientations du Plan National de Développement Sanitaire 2024–2033.

Ce document stratégique repose sur une approche fondée sur les évidences, la stratification épidémiologique, l'équité dans l'accès aux interventions essentielles et le renforcement de la résilience du système de santé. Il privilégie des interventions à fort impact, adaptées aux réalités opérationnelles du pays, tout en mettant un accent particulier sur l'innovation, la surveillance épidémiologique, la vaccination antipaludique, le renforcement communautaire et la gouvernance programmatique.

Le Gouvernement de la République réaffirme, à travers ce plan, son engagement à renforcer progressivement la mobilisation des ressources domestiques en faveur de la lutte contre le paludisme, tout en consolidant les partenariats stratégiques avec les bailleurs de fonds, les agences du système des Nations Unies, les institutions académiques, les organisations de la société civile et le secteur privé.

Je tiens à saluer l'engagement constant des bailleurs de fonds qui accompagnent la République Démocratique du Congo dans cette lutte, notamment le Fonds mondial, Département d'Etat du Gouvernement américain, l'OMS, RBM, Gates Foundation, AMF, ainsi que l'ensemble des partenaires de mise en œuvre et des acteurs communautaires dont l'appui demeure déterminant pour préserver les acquis et accélérer les progrès.



J'exprime également ma reconnaissance au Programme National de Lutte contre le Paludisme, aux experts nationaux et internationaux, aux chercheurs, aux provinces, ainsi qu'à toutes les parties prenantes ayant contribué à l'élaboration de ce document stratégique dans un esprit de concertation, de responsabilité et de redevabilité.

La lutte contre le paludisme est un investissement majeur pour le capital humain, la stabilité sociale et le développement durable de notre pays. Ensemble, dans un partenariat renouvelé et une responsabilité partagée, nous pouvons progresser vers une République Démocratique du Congo où plus aucun enfant, aucune femme, aucune famille ne mourra du paludisme.

Dr KAMBA MULANDA Samuel Roger

Ministre de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale



La République Démocratique du Congo demeure confrontée à une charge élevée du paludisme, qui continue d'affecter profondément la santé des populations, la productivité économique et le développement social du pays. En dépit des avancées significatives enregistrées ces dernières années dans l'extension des interventions de prévention, de diagnostic et de traitement, le paludisme reste la première cause de morbidité et de mortalité dans le pays, particulièrement chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Sous la haute vision de Son Excellence Monsieur le Président de la République, Chef de l'Etat Felix-Antoine TSHISEKEDI TSHILOMBO, la santé constitue l'un des piliers essentiels du développement humain et de la justice sociale. A travers sa vision de la couverture santé universelle, le Chef de l'Etat a placé l'amélioration de l'accès aux soins de santé de qualité au cœur de l'action gouvernementale, avec une attention particulière portée à la protection des populations les plus vulnérables face aux maladies à fort impact, notamment le paludisme.

Cette volonté politique forte se traduit par l'engagement constant du Gouvernement, sous la coordination du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale, à renforcer durablement le système national de santé, à promouvoir des interventions sanitaires à fort impact et à accélérer la lutte contre les grandes endémies.

Le Rapport mondial sur le paludisme de l'Organisation Mondiale de la Santé confirme que la RDC figure parmi les pays supportant le plus lourd fardeau palustre au monde. En 2024, l'OMS estime à 35 millions le nombre de cas de paludisme survenus en RDC, soit près de 12,5 % des cas mondiaux, faisant du pays le deuxième contributeur à la charge mondiale de morbidité palustre.

Au niveau national, le Programme National de Lutte contre le Paludisme a enregistré 29,12 millions de cas en 2024, soit une augmentation de près de 29 % entre 2021 et 2024. La mortalité a connu une hausse particulièrement préoccupante, passant de 21 695 décès en 2024 à 30 938 décès en 2025, représentant une progression annuelle de 42,6 %.

Cette situation s'inscrit dans un contexte national complexe marqué par une forte croissance démographique, des déplacements de populations, des crises humanitaires récurrentes, les effets du changement climatique, ainsi que des contraintes structurelles affectant le système de santé.

Par ailleurs, l'évolution récente de l'architecture du financement mondial de la santé, caractérisée par une contraction progressive de certaines ressources extérieures, impose aux pays à forte endémicité, dont la RDC, de repenser leurs priorités stratégiques afin de garantir la continuité des interventions essentielles et de préserver les acquis obtenus au cours des dernières décennies.

C'est dans cette perspective qu'a été élaboré le présent Plan Stratégique National recadré de lutte contre le paludisme 2026–2030. Ce recadrage fait suite à l'évaluation à mi-parcours du PSN 2024–2028, laquelle a permis d'identifier les progrès réalisés, les défis persistants ainsi que les ajustements nécessaires pour adapter la réponse nationale au nouveau contexte épidémiologique, opérationnel et financier.

Ce recadrage traduit la volonté du Gouvernement de privilégier une approche réaliste, soutenable et centrée sur les interventions à fort impact, afin de préserver les acquis essentiels dans un environnement financier et opérationnel de plus en plus contraint.

Ce PSN recadré fixe des objectifs ambitieux mais réalistes : ramener l'incidence du paludisme de 227 cas pour 1 000 habitants en 2024 à 114 cas pour 1 000 habitants d'ici 2030, réduire le taux de mortalité liée au paludisme de 22 à 10 décès pour 100 000 habitants entre 2025 et 2030, et abaisser la prévalence du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans de 33 % à 17 %. La mise en œuvre de ce PSN recadré nécessitera un financement estimé à 2,4 milliards USD sur la période 2026–2030, dans un contexte international marqué par une contraction des financements extérieurs, appelant à une mobilisation accrue des ressources domestiques et des partenariats stratégiques.

Le présent plan s'aligne pleinement sur le Plan National de Développement Sanitaire 2024–2033 et sur les engagements internationaux de la République Démocratique du Congo en matière de santé publique et de développement durable. Il repose sur une approche stratégique centrée sur l'impact, l'efficacité, l'équité et la résilience du système de santé.

Le PSN recadré 2026–2030 met un accent particulier sur :

- La stratification épidémiologique afin d'adapter les interventions aux réalités locales ;
- L'optimisation des interventions préventives à fort impact ;
- Le renforcement de la prise en charge des cas ;
- L'amélioration de la surveillance épidémiologique et de l'utilisation des données ;
- L'intégration des innovations, notamment vaccinales et communautaires ;
- Le renforcement de la gouvernance, de la redevabilité et du leadership programmatique ;
- Ainsi que la mobilisation accrue des ressources domestiques et internationales.

Ce plan traduit également la volonté du Gouvernement de promouvoir une approche multisectorielle et inclusive, impliquant les communautés, les organisations de la société civile, le secteur privé, les institutions académiques et l'ensemble des partenaires techniques et financiers dans une dynamique de responsabilité partagée.

La réussite de ce plan dépendra de la capacité collective de tous les acteurs à maintenir un engagement soutenu, à renforcer les mécanismes de coordination et à garantir un financement prévisible et durable des interventions prioritaires.

Dans un contexte mondial marqué par des incertitudes sanitaires, sécuritaires et économiques croissantes, ce PSN recadré constitue à la fois un instrument stratégique de santé publique, un cadre de mobilisation des partenaires et un engagement national renouvelé en faveur de la protection des populations les plus vulnérables.

Ensemble, nous devons faire du combat contre le paludisme non seulement une priorité sanitaire, mais également un levier stratégique pour le développement humain, la réduction de la pauvreté et le renforcement du capital social de notre Nation.

Dr BODY ILONGA BOMPOKO

Secrétaire Général à la Santé Publique et Hygiène



REMERCIEMENTS

Le présent Plan Stratégique National recadré de lutte contre le paludisme (PSN 2026-2030) est le fruit d'un processus participatif, inclusif et multisectoriel ayant mobilisé l'ensemble des parties prenantes engagées dans la lutte contre le paludisme en République Démocratique du Congo.

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme exprime sa profonde gratitude au Gouvernement de la République, à travers le ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale, pour son leadership, son engagement politique et son accompagnement constant dans la définition des orientations stratégiques visant à réduire durablement le fardeau du paludisme dans notre pays.

Le PNLP adresse ses sincères remerciements aux Partenaires Techniques et Financiers pour leur appui stratégique, technique et financier dans le processus de recadrage du PSN ainsi que dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme. Leur engagement constant témoigne d'une confiance renouvelée envers les efforts de la République Démocratique du Congo pour renforcer la résilience de son système de santé et accélérer les progrès vers l'élimination du paludisme.

Une reconnaissance particulière est adressée au Fonds mondial de lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme (GC7/GC8), au Gouvernement des États-Unis d'Amérique (US GOV), à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à la Banque mondiale, à la Fondation Bill & Melinda Gates, à Against Malaria Foundation (AMF), à GAVI, ainsi qu'aux différents partenaires de coopération bilatérale et multilatérale qui accompagnent la République Démocratique du Congo dans ses efforts de réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme.

Le PNLP remercie également les partenaires d'assistance technique et de mise en œuvre, notamment SANRU, Impact Santé Afrique (ISA), FHI360, JHPIEGO, Abt Global, SPEAK UP AFRICA, CHEMONICS, PATH ainsi que les partenaires impliqués dans le renforcement du système de santé, la surveillance épidémiologique, la vaccination antipaludique, la communication pour le changement social et comportemental et l'amélioration de l'accès aux interventions communautaires.

Le Programme exprime également sa reconnaissance à l'ensemble des organisations de la société civile engagées dans la lutte contre le paludisme, notamment le Cadre National de Représentation de la Société Civile en Santé (CNRCS), dont le rôle dans le plaidoyer, la mobilisation communautaire, la veille citoyenne et l'accompagnement des communautés contribue de manière significative au renforcement de la réponse nationale contre le paludisme.

Nos remerciements s'adressent également aux institutions académiques et de recherche, notamment l'Université de Kinshasa et les différents centres de recherche nationaux et internationaux, aux experts nationaux et internationaux, aux Divisions Provinciales de la Santé, aux équipes cadres des zones de santé, aux organisations communautaires, aux confessions religieuses ainsi qu'au secteur privé pour leurs contributions techniques et stratégiques ayant permis d'enrichir ce document.

Le PNLP exprime enfin sa reconnaissance à l'ensemble des prestataires de soins, relais communautaires, acteurs de terrain et communautés qui, malgré un contexte souvent marqué par des contraintes sécuritaires, logistiques et financières, poursuivent quotidiennement leurs efforts afin d'assurer aux populations l'accès aux interventions essentielles de prévention, de diagnostic et de traitement du paludisme.

Dans un contexte international marqué par une contraction des financements de la santé mondiale et des défis opérationnels croissants, le présent PSN recadré 2026-2030 constitue un cadre stratégique de

référence pour maintenir les acquis, renforcer la coordination des interventions et mobiliser durablement les ressources nécessaires à la poursuite de la lutte contre le paludisme en République Démocratique du Congo.

Que tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce document stratégique trouvent ici l'expression de la profonde reconnaissance du Programme National de Lutte contre le Paludisme.

Dr Baudouin MATELA BAANGI

Directeur du Programme National de Lutte contre le Paludisme



En 2024, le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime à 35 millions le nombre de cas de paludisme en République Démocratique du Congo (RDC), soit près de 12,5 % des cas mondiaux, faisant du pays le deuxième contributeur à la charge mondiale de morbidité palustre.

Au niveau national, le paludisme demeure la première cause de morbidité et de mortalité, avec environ 29,12 millions de cas en 2024, soit une augmentation de près de 29 % entre 2021 et 2024. La mortalité a également connu une hausse préoccupante, avec une progression annuelle de 42,6 % entre 2024 et 2025, passant de 21 695 à 30 938 décès.

Face à ce fardeau, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) s'appuie sur les orientations internationales, notamment la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016–2030 et l'Agenda 2030 de l'OMS pour organiser sa lutte contre le paludisme. La RDC a ainsi adhéré aux principales initiatives globales et a développé un partenariat multisectoriel pour renforcer la réponse nationale.

L'évaluation à mi-parcours du Plan Stratégique National (PSN) 2024–2028 a mis en évidence un démarrage lent des activités, malgré des progrès dans la prise en charge des cas et l'introduction des nouveaux outils de protection de masse, notamment la distribution des MII. Toutefois, la mise en œuvre a été fortement perturbée par une réduction significative des financements internationaux, affectant la disponibilité des médicaments et autres intrants essentiels, compromettant ainsi certaines activités planifiées.

Dans ce contexte, la RDC a procédé à un recadrage stratégique avec des objectifs plus réalistes. Ce PSN recadré 2026–2030 vise une réduction de la mortalité de 22 (2025) à 11 décès pour 100.000 habitants d'ici 2030, une réduction de l'incidence de 227 (2024) à 114 cas par 1000 hab. en 2030, ainsi qu'une réduction de la prévalence chez les enfants de moins de 5 ans de 33 % (2024) à 25 % en 2030. Ces objectifs traduisent une révision à la baisse des ambitions initiales en cohérence avec les contraintes de financement.

Le plan repose sur six axes stratégiques alignés aux axes stratégiques du PNDS-PS 2024–2033, à savoir l'amélioration et l'optimisation de la prévention, le renforcement de la détection et de la prise en charge, la surveillance épidémiologique et la riposte, le suivi-évaluation et la recherche opérationnelle, la communication pour le changement social et comportemental, ainsi que le renforcement de la gouvernance et du leadership du programme.

La mise en œuvre des interventions prioritaires repose sur une stratification des provinces selon le niveau de risque et de vulnérabilité vis-à-vis du paludisme. Les provinces à risque élevé bénéficient d'un déploiement complet des interventions, celles à risque modéré d'interventions spécifiques, et celles à faible risque d'interventions de routine. Certaines interventions essentielles, notamment la prise en charge des cas, la vaccination et la communication, sont maintenues dans toutes les strates, tandis que certaines interventions préventives spécifiques sont priorisées dans les strates les plus vulnérables.

Le coût total du plan est estimé à deux milliards quatre cent-dix-huit millions USD (2,418 milliards USD) pour la période 2026–2030, soit près de 97% du budget du PSN initial 2024–2028, correspondant à une réduction globale de 3 %.

Ce budget reflète un statu quo dans le contexte international de contraction des financements, ce qui va nécessiter des efforts dans la mobilisation des ressources, y compris les ressources domestiques pour combler le gap financier, afin de préserver les ambitions de ce Plan stratégique.

La réussite de ce PSN recadré repose sur le renforcement de la gouvernance et de la redevabilité, l'amélioration de la coordination à tous les niveaux du système de santé, la consolidation de la coopération avec les Partenaires Techniques et Financiers, le renforcement de l'approche multisectorielle et l'expansion des partenariats public-privé (PPP). Dans un contexte international incertain, la gestion du programme devra également intégrer une approche proactive de gestion des risques, notamment en ce qui concerne la disponibilité des ressources, les contraintes opérationnelles et les défis sécuritaires en particulier dans les zones de conflit.





1. CONTEXTE GENERAL

1.1 Introduction

Le paludisme est la première cause de morbidité et mortalité en République Démocratique du Congo (RDC). L'élimination du paludisme fait partie des objectifs de développement durable (ODD) [1].

En 2024, le rapport de l'OMS sur le paludisme estime à 35 millions le nombre de cas de paludisme survenus en RDC, ce qui représente près de 12,5% de cas enregistrés dans le monde. C'est le deuxième pays contributeur à la charge de morbidité palustre au monde. [2]

La lutte contre le paludisme en RDC est coordonnée par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) en harmonie avec les orientations stratégiques de l'Organisation Mondiale de la Santé, notamment la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 [1] [OMS, Agenda 2030]. Le pays a adhéré à toutes les grandes initiatives internationales dans le cadre de la lutte contre le paludisme. Il a également développé un partenariat multisectoriel pour assurer une forte mobilisation des ressources nécessaires auprès du Gouvernement et de ses partenaires.

L'évaluation à mi-parcours du Plan Stratégique National (PSN) de Lutte contre le Paludisme 2024-2028 a montré des progrès dans la mise en œuvre des méthodes diagnostiques et dans la prise en charge ainsi que le développement des nouveaux outils des activités de prévention et de protection de masse (distribution des MII). Cependant la phase initiale de la mise en œuvre de ce PSN a été caractérisée par un changement drastique du paysage de financement des interventions de santé sur le plan global dû à l'arrêt, voire la réduction de certains financements internationaux impactant négativement la disponibilité des intrants (médicaments et autres produits) et compromettant les conditions d'accès à ces derniers ainsi que le démarrage de nouvelles interventions. Tout cela constitue un défi majeur pour la lutte contre le paludisme en RDC vu le contexte global du système de santé et le contexte de crise observée dans certaines régions du pays [3bis]. Le recadrage de ce plan reste aligné aux orientations du PNDS 2024-2033.



1.2 Situation géographique et sociopolitique



Figure 1 : Carte administrative des vingt-six provinces de la République Démocratique du Congo.

La République Démocratique du Congo (RDC) de par sa superficie de 2.345.410 km², est le deuxième pays le plus vaste du continent africain après l'Algérie. Elle est située en Afrique Centrale, à cheval sur l'Équateur et comprise entre 6° de latitude Nord et 14° de latitude Sud, et 12^{ème} et 32^{ème} de longitude Est. Elle partage ses frontières d'une longueur de 9.165 km avec neuf pays, à savoir : au Nord la République Centrafricaine et le Sud-Soudan ; à l'Est l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi et la Tanzanie ; au Sud la Zambie et l'Angola et à l'Ouest la République du Congo [4].

1.3 Situation socio démographique

Selon les estimations récentes de l'Institut National des Statistiques et ses partenaires, la population de la RDC est de 109 millions d'habitants en 2024 avec un taux de croissance démographique à environ 3,2% à 3,3% par an. En tenant compte de ces estimations, la population de la RDC se situerait à 130 582 000 habitants en 2030, ce qui le placerait ainsi comme le troisième pays le plus peuplé d'Afrique subsaharienne après le Nigeria et l'Éthiopie. Selon les statistiques de la Banque Mondiale, 51,95% de la population congolaise vivait en milieu rural en 2025 contre 67,6% en 2000. Cette situation est la cause de la forte urbanisation anarchique avec tous les problèmes de santé qui s'en suivent dans les milieux urbains [4,5].

Le pays reste sous-peuplé seulement 48 habitants au km². Il sied de souligner que particulièrement la ville Province de Kinshasa avec près de 15 784 586 habitants en 2023 pour une superficie de 9 965 Km² a une très forte densité de 1 584 habitants au km².

La population se concentre sur les plateaux, dans les savanes, près des fleuves et des lacs. Avec une fécondité estimée à 6,6 enfants par femme [6]. La RDC s'attend à un doublement de sa population tous les 25 ans. Cela correspond à une augmentation annuelle de plus de 2 millions de personnes.

Avec cette croissance, le pays atteindra plus de 117,31 millions d'habitants en 2028 [7] dont plus de 45% composés de jeunes de moins de 15 ans et seulement 3% pour des personnes âgées de 65 ans et plus en 2030. Cette situation démographique contribue à maintenir le pays dans la pauvreté, d'autant plus que la proportion de la population non active dépasserait celle de la population active [6].

Cela pose des problèmes dans la distribution des infrastructures sanitaires et pour l'accessibilité aux services de santé surtout quand 64,5% de la population congolaise se trouvent en dessous du seuil d'une pauvreté multidimensionnelle [8]. Toutefois, entre 1990 et 2019, l'Indice de Développement Humain (IDH) de la République démocratique du Congo a progressé, passant de 0.369 à 0.480, soit une hausse de 30.1 % [9].

La RDC compte environ 450 tribus qu'on peut catégoriser en quatre principaux groupes ethniques, à savoir les Bantous (majoritaires), les Nilotiques, les Soudanais et les Pygmées. Quatre langues nationales sont parlées en RDC, à savoir le Kikongo (à l'Ouest), le Lingala (à Kinshasa et au Nord-Ouest), le Swahili (à l'Est et au Sud) et le Tshiluba (au Centre - Sud). Le français est la langue officielle de l'administration et d'enseignement. Du point de vue de la situation sociale, la position sociale de la femme demeure préoccupante dans le pays à cause, entre autres, des pesanteurs socioculturelles. En outre, le chômage touche près d'un cinquième de la population avec une pression double sur la ville Province de Kinshasa où près de 40% de la population active est sans emploi [6].

1.4 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 [10].

Le climat joue un rôle important dans la transmission du paludisme. La variabilité climatique (précipitations, températures et humidité) a une influence significative sur la prévalence du paludisme dans les milieux tropicaux avec une corrélation positive entre les précipitations et le nombre de cas de paludisme chez les enfants. Ainsi, la diversité écologique et climatique de la RDC conditionne directement la densité et la répartition des vecteurs du paludisme, ce qui crée des configurations épidémiologiques spécifiques à travers le pays. L'analyse ci-dessous présente cette diversité écologique et climatiques.

- **Températures et précipitations :** Les températures moyennes annuelles oscillent entre 23 et 27 °C, favorables au cycle de développement du parasite *Plasmodium falciparum*. Les précipitations abondantes (1 500 à 2 000 mm/an dans la cuvette centrale) créent des gîtes larvaires permanents, tandis que les zones de savane connaissent une transmission plus saisonnière.
- **Hydrographie et écosystèmes :** Le réseau hydrographique dense (fleuve Congo et ses affluents) et les zones marécageuses constituent des habitats propices à la prolifération des moustiques *Anopheles gambiae* et *Anopheles funestus*. Les activités humaines telles que l'agriculture irriguée, l'exploitation minière et la déforestation accentuent la création de gîtes artificiels.

- **Changements climatiques** : Les projections climatiques indiquent une augmentation de la variabilité des pluies et des températures, entraînant une extension des zones de transmission vers des régions auparavant moins touchées. Les épisodes d'inondations et de sécheresses modifient la dynamique vectorielle et accroissent la vulnérabilité des populations.
- **Urbanisation et environnement construit** : L'urbanisation rapide et non planifiée, notamment à Kinshasa et dans les grandes villes, favorise la stagnation des eaux et la multiplication des gîtes larvaires. Les conditions d'assainissement insuffisantes et la gestion inadéquate des déchets accentuent les risques de transmission urbaine.
- **Impacts sur la lutte antipaludique** : Cette diversité climatique et environnementale impose une **stratification des interventions**.
- **Impact du changement climatique sur le paludisme** : Depuis 2020, la RDC observe des modifications sensibles du régime pluviométrique et thermique, avec des conséquences directes sur l'épidémiologie du paludisme :

1) Raccourcissement de la saison des pluies dans le Sud

Dans les provinces du Haut Katanga et Lualaba, et une grande partie des zones de santé du Haut Lomami la saison des pluies ne dépasse plus 4 mois contre 6-7 mois dans les années 1990. Cela transforme une transmission autrefois pérenne en **transmission saisonnière hyper-endémique** (forte flambée sur 3-4 mois). Ce qui fait une Justification renforcée pour la **Chimioprévention du paludisme saisonnier (SMC)** dans ces zones

2) Augmentation des épisodes de pluies extrêmes et inondations

Les provinces de l'Équateur, Tshopo et Mai-Ndombe et certaines zones de santé de Kinshasa ont connu des inondations récurrentes en 2023-2025, créant de nouveaux gîtes larvaires pérennes. D'où la nécessité d'intégrer la **gestion des gîtes larvaires** et la **surveillance climatologique** dans la stratégie

3) Risque d'émergence d'*Anophèles Stephensi*

Le réchauffement dans les zones urbaines (Kinshasa, Lubumbashi, Kisangani) crée un environnement propice à l'implantation de ce vecteur urbain exophile, déjà présent dans la Corne de l'Afrique et détecté en Angola voisin. D'où la Surveillance entomologique devra être renforcée dans les villes à forte densité de la population.



2. ANALYSE DE LA SITUATION

2.1 Le système de santé

La mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme repose sur le système sanitaire national structuré comme suit :

Le Niveau central qui a une responsabilité normative et de régulation. Ce niveau est en pleine réforme administrative depuis la mise en application du cadre organique d'avril 2017. Le Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP) est sous la tutelle du MSPH-PS, sous la supervision de la Direction Générale de la Lutte contre la Maladie (DGLM) et est chargé de l'élaboration de la politique, des normes et des directives relatives à la lutte contre le paludisme [11].

Le Niveau intermédiaire comprend 26 Provinces, qui sont composées pour chaque Province du Ministère 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 d'autres structures sanitaires à vocation provinciale. La décentralisation confère aux Provinces les attributions exclusives de l'organisation et de la gestion des soins de santé primaires. Les Services provinciaux du PNLN sont intégrés dans les DPS et veillent au respect de la politique, des directives et des normes en matière de lutte contre le paludisme sous le leadership du Chef de Division Provinciale de la Santé [11].

Le Niveau périphérique comprend 519 ZS et 9 131 aires de santé, et compte 496 Hôpitaux Généraux de Référence dont seulement 8,0% assurent un Paquet complémentaire d'Activités (PCA) complet. La majorité des HGR nécessitent une réhabilitation et d'autres sont à construire. La capacité d'accueil des hôpitaux, est faible. Avec 54.803 lits montés, le RDC a une moyenne 0.64 lit d'hôpital pour 1.000 habitants. Ces données englobent aussi bien les structures du secteur public que les ESS du secteur privé. Le nombre de centres de santé et autres ESS du premier échelon est de 13 373 dont 6,7% offre un Paquet minimum d'activité (PMA) complet et 84,5% un PMA basique. Le taux d'utilisation des services curatifs de 2020 à 2022 a été respectivement de 55%, 51% et 53%. Ce niveau est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires, y compris les activités communautaires (près de 8.700 sites des soins communautaires pour l'ensemble du pays), sous la supervision et l'encadrement de l'équipe cadre de la zone de santé (ECZ) et du niveau intermédiaire [11-13].

Le secteur privé est subdivisé en deux catégories : les privés à but lucratif et ceux à but non lucratif comme les services de santé des Organisations non gouvernementales et des Organisations confessionnelles. Si les ESS de privés à but non lucratif sont déjà intégrées par des conventions signées avec l'Etat congolais, certains ESS des privés à but lucratif sont aussi intégrés dans la mesure où ils reçoivent les intrants du paludisme, avec l'obligation de notifier les cas de paludisme.

Ce Secteur privé médical reçoit 46,8% des patients fébriles [3]. Il faut relever que ce secteur n'applique pas le paquet d'interventions recommandé par le PNLN et leurs ESS ne transmettent pas encore leurs données au SNIS. On note aussi le "secteur privé non-médical qui reçoit 7,8% des patients fébriles. Le total des patients fébriles qui recherche les soins dans le secteur privé est de 54,6%.

Au secteur privé s'ajoute les prestations de la médecine traditionnelle dont les services ne génèrent pas des données probantes.



La **médecine** traditionnelle constitue une part non négligeable de l'offre de soins. Dans certains milieux, en particulier dans l'arrière-pays, les soins de la médecine traditionnelle constituent le premier recours, en cas d'absence des structures modernes ou dans les milieux à faible accessibilité financière des populations aux soins de santé. En plus et pour certaines pathologies spécifiques (fièvres, troubles digestifs, fractures et troubles mentaux), la population recourt en priorité aux tradipraticiens, et même à l'automédication traditionnelle [11,12].

Le système communautaire en RDC comprend deux parties essentielles : les prestations de soins à travers les SSC et la promotion de la santé par les structures communautaires. Il s'agit notamment de : (i) les Relais Communautaires (RECO) qui sont choisis par la communauté ; (ii) la Cellule d'Animation Communautaire (CAC) représentant l'ensemble des organisations à assise communautaire (OAC) incluant les relais d'un village/d'une avenue ; et (iii) le Comité de Développement de l'Aire de Santé (CODESA) constitué par les délégués des CAC et les RECO de l'Aire de Santé [11,12].

2.2 Profil épidémiologique

Le paludisme reste la principale cause de morbidité et de mortalité en RDC et continue d'être endémique. Avec près de 27 millions de cas et 24 880 décès en 2022, la RDC représente 12,3% des cas de paludisme et 13% des décès dans le monde [2]. Entre 2018 et 2021, le nombre de cas (confirmé +présumé) est passé de 18,2 millions à 26,5 millions (augmentation de 45.6%), bien qu'une partie de cette augmentation puisse être attribuée à l'augmentation du nombre de tests au cours de cette période (augmentation de 22.6 %) [2]. Les statistiques montrent que 64% des cas de paludisme sont signalés dans les 10 Provinces de HBHI notamment : Kinshasa, Sud-Kivu, Nord-Kivu, Ituri, Kasai, Tanganyika, Kasai-Oriental, Kongo-Central, Haut-Katanga et Kasai-Central [14].

Le faciès épidémiologique du paludisme est extrêmement variable d'une zone géographique à une autre. Cette hétérogénéité est sous la dépendance de différents facteurs dont : (i) la distribution des anophèles et leur capacité vectorielle ; (ii) les caractéristiques biologiques des parasites ; (iii) l'immunité de la population.

2.2.1 Changement climatique

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 (Fig.2). L'épidémiologie du paludisme reste extrêmement variable comme annoncé dans le paragraphe ci-dessus. Cette hétérogénéité est sous la dépendance de différents facteurs dont La distribution des anophèles et leur capacité vectorielle ; Les caractéristiques biologiques des parasites et l'immunité de la population.

La gestion de l'environnement est un pilier essentiel dans la lutte contre le paludisme, une maladie causée par des parasites transmis par les moustiques du genre Anophèles. Elle consiste à modifier ou contrôler l'environnement pour réduire les lieux de reproduction des moustiques et limiter le contact avec l'homme (Aménagement de l'habitat ; l'assainissement de l'environnement ...).

2.2.2 Les vecteurs

Il existe une cinquantaine d'espèces d'anophèles en RDC. Le vecteur prédominant est *Anopheles (An) gambiae* sens large (s.l.) qui présente un comportement endophagique et endophile avec une tendance remarquable de l'exophagie dans certains sites sentinelles de PNLP (Fig. 3) [15].) [Basosila et al, 2024].

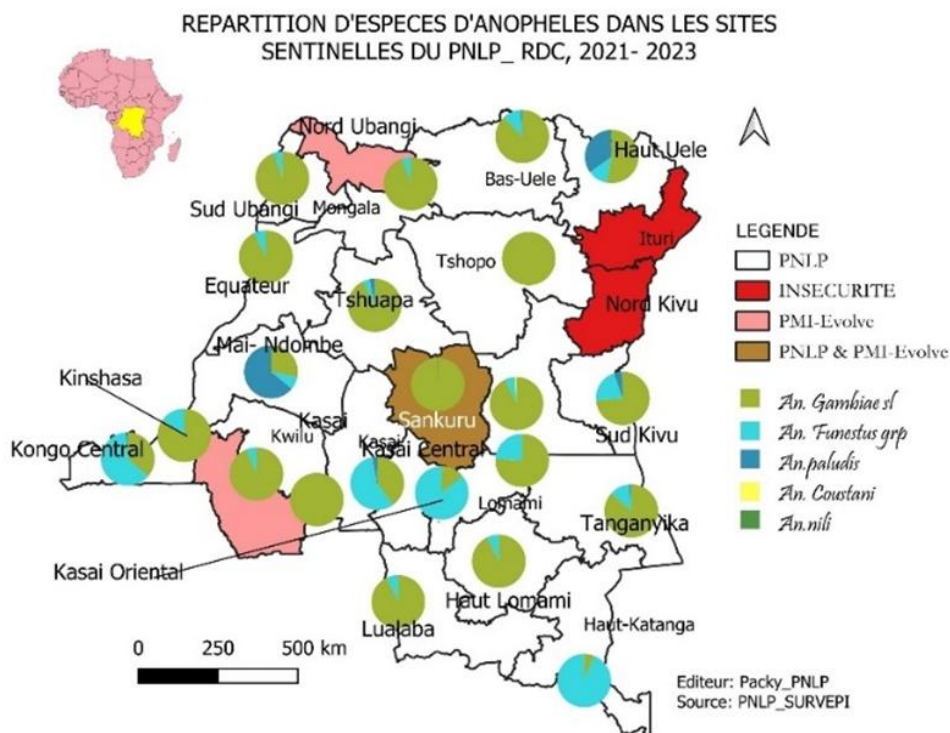


Figure 2 : Répartition d'espèces d'anophèles dans les sites sentinelles du PNLP en RDC, 2021-2023

L'analyse de la cartographie 2021-2023 révèle une prédominance nette d'*Anopheles gambiae* s.l. sur l'ensemble du territoire national, secondé par *Anopheles funestus* grp qui maintient une présence significative dans les provinces. Cette distribution spatiale des espèces vectrices confirme la pertinence du maintien de la couverture universelle en MII, dont le choix des molécules doit être rigoureusement aligné sur les profils régionaux de sensibilité aux insecticides. Enfin, la persistance de zones d'insécurité à l'Est, notamment en Ituri et au Nord-Kivu, constitue un frein majeur au suivi entomologique et nécessite le déploiement de stratégies d'intervention adaptées aux populations vulnérables.

Le second vecteur prédominant est *An. funestus* grp, qui lui présente aussi un comportement similaire à *An. gambiae* s.l. Il a tendance à se nourrir en piquant les humains beaucoup plus à l'intérieur qu'à l'extérieur des maisons puis s'y reposer. (Basosila et al 2024, PMI-Evolve 2023).

D'autres espèces de vecteurs, parmi les quelque 50 espèces d'anophèles recensées en République Démocratique du Congo et considérées comme ayant une importance secondaire dans la transmission du paludisme, comprennent notamment : *An. moucheti*, *An. ziemanni*, *An. confusus*, *An. pharoensis*, *An. brunnipes*, *An. nili*, *An. paludis* et *An. coustani*. Parmi celles-ci, *An. moucheti* est abondant dans plusieurs localités du pays, notamment à Mikalayi dans le Kasaï-Central, à Lodja dans le Sankuru, à Kapolowe dans le Haut-Katanga, à Kisantu et Kimpese dans le Kongo-Central, ainsi qu'à Inongo dans le Mai-Ndombe. Toutefois, son rôle exact dans la transmission du paludisme dans ces différentes zones reste encore à préciser. Les deux principaux groupes de vecteurs du paludisme, *An. gambiae* s.l. et *An. funestus* grp., présentent une activité de piqûre nocturne, avec des pics d'activité observés entre 00h00 et 05h00 pour *An. gambiae* s.l. et entre 22h00 et 05h00 pour *An. funestus* grp. [16]. Cette activité nocturne souligne l'importance des mesures de protection contre les piqûres pendant les heures de sommeil, notamment l'utilisation systématique et correcte des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII).

Par ailleurs, on note un changement dans le comportement des vecteurs avec une proportion de plus en plus croissante d'exophagie liée à l'augmentation des MII à l'intérieur des maisons lors des campagnes de masse de distributions et à l'influence du comportement humain. (Basosila et al 2024 PMI-Evolve 2023)

Les données de surveillance entomologique compilées au mois de janvier 2025 sur base des résultats des essais biologiques issus des rapports entomologiques publiés par PMI Evolve/Vectorworks en RDC sont repris dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Cartographie et profil de résistance de *Anopheles gambiae* s.l. aux pyréthri-noïdes seuls et synergisés (PBO) par province et par site sentinelle (RDC)

N°	Province	Site sentinelle	Pyréthri-noïdes seuls (Seuls)			Pyréthri-noïdes + PBO (Synergiste)		
			Alpha-cyperméthrine	Deltaméthrine	Permethrine	Alpha-cypr. + PBO	Deltaméthrine + PBO	Permethrine + PBO
1	Bas-Uele	Buta	R	R	R	ND	ND	ND
1	Bas-Uele	Aketi	ND	R	ND	ND	ND	ND
2	Kwilu	Vanga	R	R	R	P	P	P
2	Kwilu	Bagata	ND	R	R	ND	S	S
2	Kwilu	Bandundu-ville	ND	R	R	ND	S	R
3	Sud-Kivu	Katana	R	R	R	S	S	P
3	Sud-Kivu	Tchonka	R	R	R	P	P	ND
4	Équateur	Bolenge	R	R	R	ND	ND	ND
4	Équateur	Mbandaka	R	ND	ND	ND	ND	ND
5	Kasaï	Mweka	R	R	R	ND	ND	ND
6	Kongo-Central	Muanda	R	R	R	ND	ND	ND
6	Kongo-Central	Kimpese	R	R	R	S	R	R
7	Lomami	Mwene-Ditu	R	R	R	ND	ND	ND
8	Sud-Ubangi	Bulu	R	R	R	ND	ND	ND
8	Sud-Ubangi	Gemena	R	R	R	ND	ND	ND
9	Mongala	Lisala	R	R	R	ND	ND	ND
10	Maniema	Kalima	R	R	R	R	R	P
11	Kinshasa	Kingasani	R	R	R	P	S	R
11	Kinshasa	Binza Delvaux (Météo)	ND	R	ND	ND	ND	ND
12	Nord-Kivu	Rutshuru	R	R	R	ND	ND	ND
13	Kasaï-Oriental	Dibindi	R	R	R	ND	ND	ND
14	Mai-Ndombe	Inongo	R	R	R	ND	ND	ND
15	Nord-Ubangi	Mobayi-Mbongo	R	R	R	ND	ND	ND
15	Nord-Ubangi	Karawa	R	R	R	R	R	R
15	Nord-Ubangi	Pambwa	R	R	R	ND	ND	ND
15	Nord-Ubangi	Bassa	ND	R	R	ND	ND	ND
15	Nord-Ubangi	Fiwa	ND	R	R	ND	ND	ND
16	Tanganyika	Kalemie	R	R	R	P	P	P
17	Haut-Lomami	Kamina	R	R	R	ND	ND	ND
18	Haut-Katanga	Kaplowe	R	R	R	P	P	P
19	Tshuapa	Boende	R	R	R	ND	ND	ND
20	Tshopo	Kabondo	R	R	R	S	S	P
21	Lualaba	Fungurume	R	R	R	R	R	P
22	Ituri	Nyankunde	R	R	R	S	S	S
23	Sankuru	Lodja	R	R	R	ND	ND	ND
24	Kwango	Kenge	R	R	R	P	S	P
25	Haut-Uele	Pawa	R	R	R	ND	ND	ND
25	Haut-Uele	Nebobongo	R	R	R	ND	ND	ND
26	Kasaï-Central	Mikalayi	R	R	R	S	S	P
26	Kasaï-Central	Tshikaji	ND	R	R	ND	ND	ND

Légende et profil d'efficacité des insecticides (Normes OMS) :

Résistance (Rouge) : Mortalité < 90% aux tests en cage/tubes OMS. Indique une forte résistance de la population vectorielle locale aux pyréthri-noïdes conventionnels. R

Partielle/Modérée (Jaune) : Mortalité entre 90% et 97%. Traduit une restauration partielle de la sensibilité vectorielle après addition du synergiste PBO. P

Sensible / Restaurée (Vert) : Mortalité ≥ 98%. Confirme une restauration complète de la sensibilité par l'action inhibitrice du PBO sur les mono-oxygénases à cytochrome P450. S

ND (Gris) : Donnée non disponible/Essai non réalisé dans le site sentinelle lors de la campagne de surveillance entomologique. ND

Le tableau repris ci-dessus montre que toutes les provinces sont affectées par la résistance aux pyréthri-noïdes., d'où la nécessité pour le pays de ne plus déployer les MII standards traitées uniquement aux pyréthri-noïdes.

La résistance aux pyréthrinoïdes et la diminution de l'efficacité des MII de nouvelle génération, ainsi que la faible durabilité des MII PBO — notamment liée au polyéthylène, dont la durabilité physique est plus faible, avec des scores wRD (proxy de durabilité de terrain) inférieurs, impose au pays de recourir à des solutions alternatives.

Les différentes études menées depuis l'année 2020 à ce jour, ont décrit la situation des pyréthrinoïdes combinées aux synergistes (PBO) à travers quelques sites du pays. Dans l'ensemble, le PBO restaure la sensibilité aux pyréthrinoïdes dans plusieurs sites, notamment Katana, Kabondo, Bagata, Bandundu-ville, Mikalayi et Nyankunde. Une résistance partielle persiste dans plusieurs sites notamment à Tchonka, Vanga, Kenge et Fungurume, malgré l'effet synergiste du PBO. Enfin, une résistance persistante malgré le PBO est particulièrement observée à Kimpese, Kalima, Karawa et Fungurume pour certains insecticides, suggérant que les mécanismes métaboliques ne suffisent pas pour expliquer la persistance de toute la résistance. La réponse au PBO est donc hétérogène selon les sites et les pyréthrinoïdes testés.

Ces différents résultats permettent au PNLN d'orienter le choix des interventions de lutte antivectorielle en fonction des profils locaux de résistance aux insecticides, notamment par le déploiement de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) combinées à un synergiste tel que le PBO dans certaines provinces, et de moustiquaires à double principe actif (bi-traitées) dans la majorité des provinces, afin d'améliorer l'efficacité de la prévention contre les vecteurs du paludisme résistants aux pyréthrinoïdes.

Analyse stratégique et implications pour la lutte antivectorielle (PSN Recadré 2026–2030)

Généralisation de la résistance aux pyréthrinoïdes seuls : Dans la quasi-totalité des 26 provinces surveillées, l'*Anopheles gambiae* s.l. présente une résistance marquée à l'alpha-cyperméthrine, la deltaméthrine et la perméthrine. Ce constat proscribit définitivement l'utilisation des MII de première génération (pyréthrinoïdes seuls) pour les futures campagnes de distribution de masse.

Valeur ajoutée de la synergie PBO : L'ajout du synergiste PBO restaure la sensibilité vectorielle dans plusieurs sites clés (ex. Nyankunde/Ituri, Katana/Sud-Kivu, Kabondo/Tshopo, Mikalayi/Kasaï-Central). Les MII de nouvelle génération (Pyréthrinoïde + PBO) peuvent constituer le socle principal de la lutte antivectorielle en RDC.

Émergence de mécanismes complexes et transition MII de 3^{ème} génération/Bi-actifs : Dans certaines zones (ex. Karawa/Nord-Ubangi, Kimpese/Kongo-Central, Kalima/Maniema), la synergie PBO demeure inefficace, suggérant l'implication de mécanismes de résistance non métaboliques (mutations cible *kdr/ace-1* ou cuticulaires). Pour ces zones, l'introduction de MII bi-actives intégrant un second principe actif (ex. Chlorfénapyr ou Pyriproxyfène) est impérative.

Au-delà de ces provinces spécifiques, cette même transition vers les MII Bi-actifs (dual-AI) devrait être généralisée dans l'ensemble des provinces, sauf dans les cas où des données entomologiques récentes (des deux dernières années, à partir de 2024) confirment que le PBO continue de restaurer efficacement la sensibilité vectorielle.

Statut de résistance aux pyréthroïdes d'*An. gambiae* s.l. et effet synergique des PBO par site

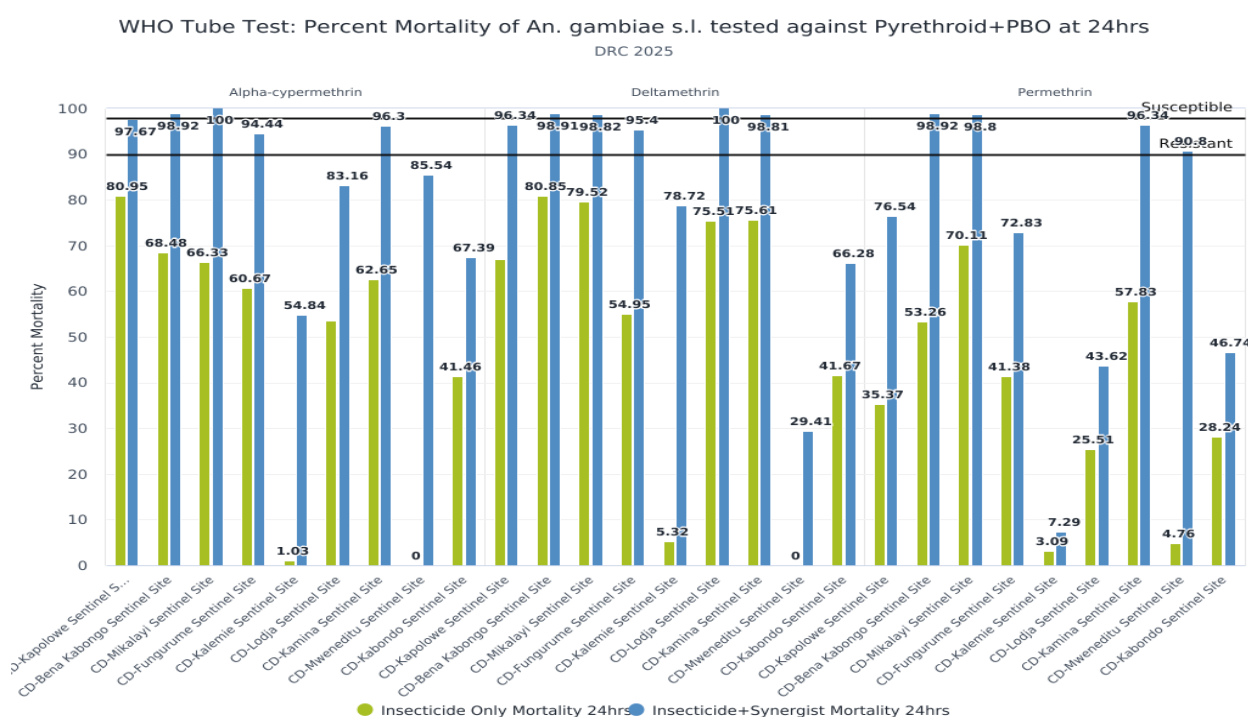


Figure 2 : Statut de résistance aux pyréthroïdes d'*An. gambiae* s.l. et effet synergique des PBO par site

Statut de résistance aux pyréthroïdes et synergiste PBO

La sensibilité aux insecticides, le synergiste PBO et les tests d'intensité de résistance de l'OMS ont été réalisés dans les neuf sites en RDC avec des populations de *An. gambiae* s.l. qui ont été collectées. La figure 3 montre le pourcentage de mortalité de *An. gambiae* s.l. par rapport aux doses diagnostiques d'alpha-cyperméthrine, deltaméthrine et perméthrine ainsi que le synergiste PBO. Une résistance à la dose diagnostique de pyréthroïdes a été observée dans tous les sites. En général, la préexposition au PBO avant chaque pyréthroïde augmentait considérablement la mortalité dans tous les sites, y compris la restauration complète de la sensibilité pour les trois pyréthroïdes dans Dibindi (Bena Kabongo) et Mikalayi, ainsi qu'à la deltaméthrine dans Lodja (Figure 3).

Intensité de résistance

L'intensité de la résistance à l'alpha-cyperméthrine était faible dans un site (Kapolowe) ; modérée dans quatre sites (Mikalayi, Lodja, Kamina et Kabondo), et élevée dans quatre sites (Dibindi, Fungurume, Kalemie et Mweneditu). L'intensité de résistance à la deltaméthrine était faible à Lodja ; modérée dans cinq sites (Dibindi, Mikalayi, Fungurume, Kamina et Kabondo) ; et élevé dans deux sites (Kalemie et Mweneditu) (Figure 4).

WHO Tube Test: Percent Mortality of *An. gambiae* s.l. Insecticide Intensity Monitoring Summary
DRC 2025

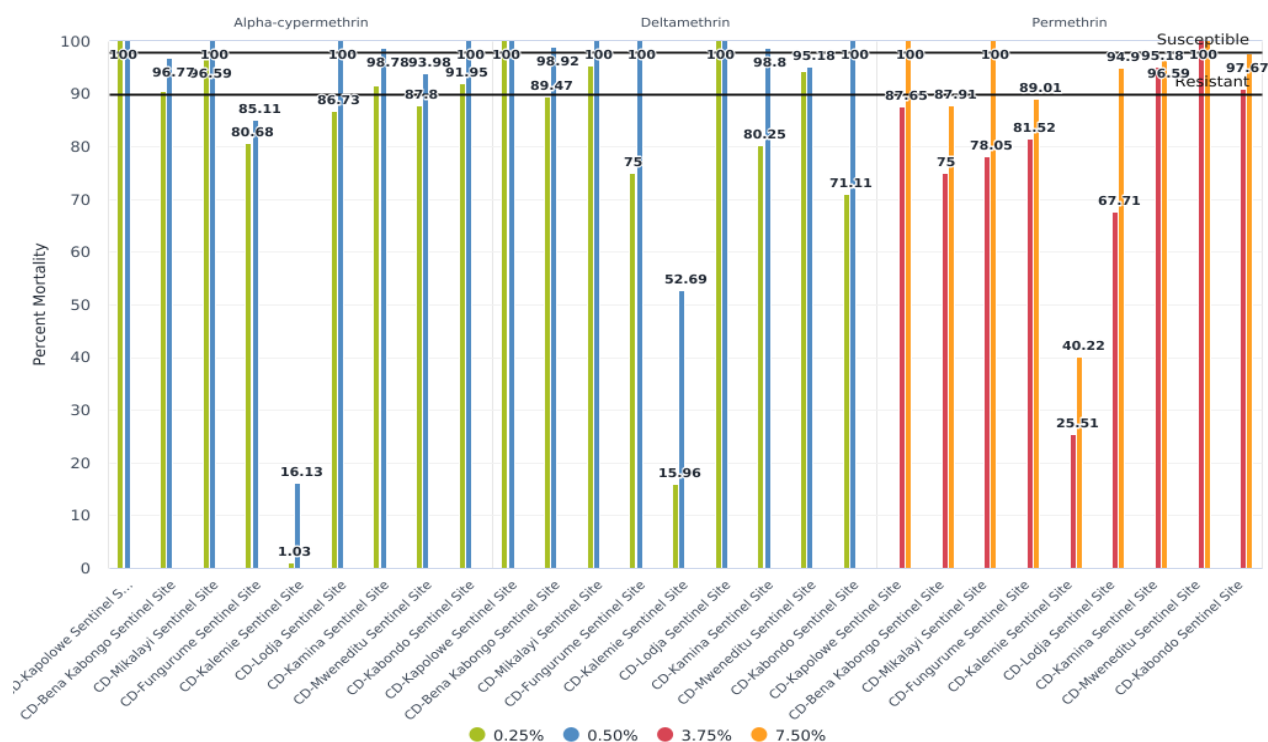


Figure 3 : Intensité de résistance aux pyréthroïdes d'*An. gambiae* s.l. par site

L'analyse détaillée et structurée des données présentées dans ce graphique du test en tube de l'OMS (*WHO Tube Test*) portant sur la mortalité d'*Anopheles gambiae* s.l. en RDC (données 2025) montre en fonction du type d'insecticide utilisée, la situation ci-dessous:

- Niveau de résistance/susceptibilité d'*Anopheles gambiae* s.l. à différentes intensités d'insecticides pyréthroïdes (Alphacyperméthrine, Deltaméthrine et Perméthrine) à travers plusieurs sites sentinelles en RDC.
- Seuils OMS de référence** (lignes horizontales) :
 - 98 %**: Population susceptible (**sensible**).
 - 90% à 97%**: Résistance suspectée/modérée.
 - < 90%**: Résistance **confirmée**.

Commentaires par type d'insecticide

A. Alpha cyperméthrine (0.25% et 0.50%)

- Résistance marquée : La majorité des sites montrent des taux de mortalité inférieurs au seuil de 90% pour les concentrations standard.
- Variabilité géographique extrême :
 - Le site de CD-Kalemie affiche une résistance critique avec des taux de mortalité extrêmement bas (1,03% à 0.25% et 16,13% à 0.50%).
 - Des sites comme CD-Kapolowe, CD-Mikalayi ou CD-Kabondo conservent en revanche une susceptibilité totale ou très élevée (100%).

B. Deltaméthrine (0.25% et 0.50%)

- Schéma similaire de résistance : Une perte importante d'efficacité est observée sur plusieurs sites sentinelles.
- Points d'attention :
 - CD-Kalemie confirme son statut d'épicentre de forte résistance avec seulement 15,96% de mortalité à 0.25% et 52,69% à 0.50%.
 - CD-Kapolowe chute à 71,11% de mortalité à 0.25%, bien que la dose de 0.50% atteigne 100%.

C. Perméthrine (3.75% et 7.50%)

- Niveau de résistance le plus préoccupant : La Perméthrine enregistre les plus faibles taux de mortalité globaux par rapport aux deux autres molécules.
- Inefficacité critique :
 - À CD-Kalemie, la mortalité s'effondre à 25,51% à la concentration de 3.75% et ne dépasse pas 40,22% même à une dose double (7.50%).
 - À CD-Lodja, la mortalité reste également faible (67,71% à 7.50%).
 - Seuls quelques sites (comme CD-Kamina, CD-Mweneditu ou CD-Kabondo) maintiennent une sensibilité adéquate (95%).

Synthèse et Implications pour le PSN/PNLP

1. Généralisation de la résistance aux pyréthroïdes : Les données de 2025 confirment une résistance hétérogène mais étendue aux pyréthroïdes classiques à travers le réseau national de surveillance.
 2. Priorité d'intervention à Kalemie : Le site sentinelle de Kalemie montre une résistance croisée d'intensité très élevée aux trois molécules testées.
 3. Recommandations stratégiques :
 - Transition vers des MII de nouvelle génération : l'utilisation des MII combinées avec le PBO ou avec un second principe actif (comme le Chlorfénapyr ou le Pyriproxifène) devient indispensable dans les zones à forte résistance (ex : Kalemie, Lodja).
 - Rotation des insecticides : éviter l'emploi unique des pyréthroïdes simples pour la pulvérisation intra-domiciliaire (PID) ou les campagnes de distribution.
- Statut de résistance au Chlorfénapyr *An. gambiae s.l.* était sensible au Chlorfénapyr (mortalité de 100 % à 72 heures) dans tous les sites testés (Figure 5).

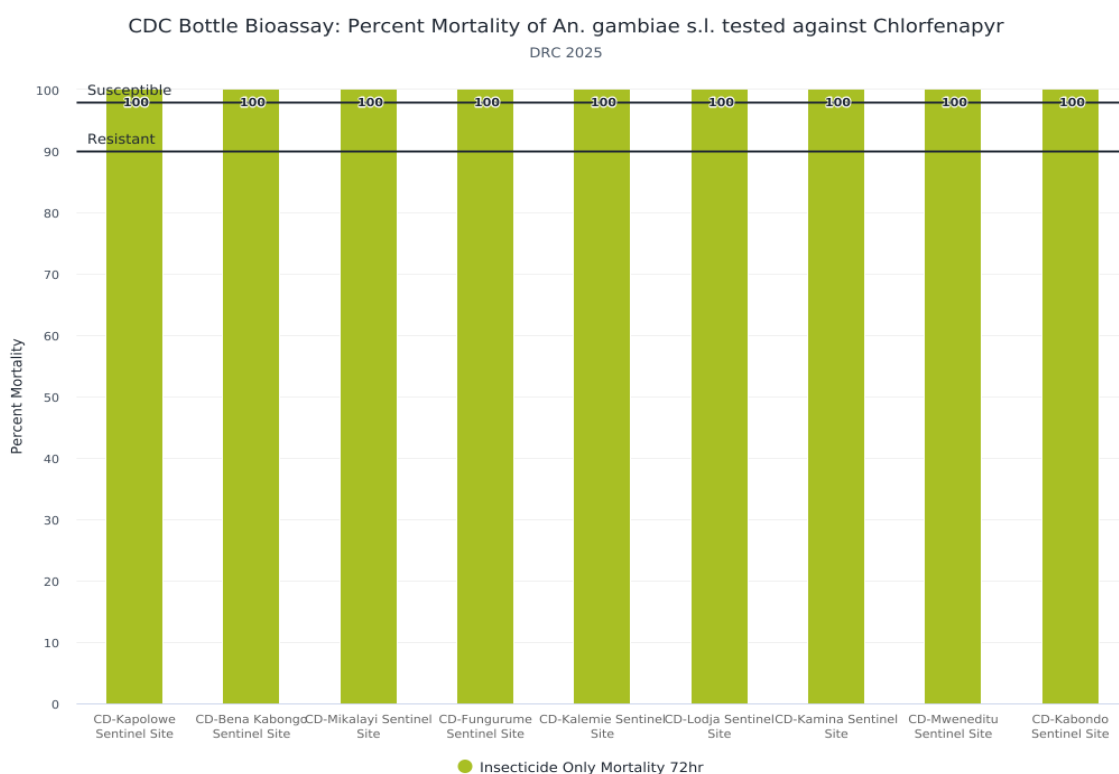


Figure 4 : Statut des *An. gambiae s.l.* à la Chlorfénapyr dans les sites

Les commentaires structurés de ce graphique issu des tests en bouteille du CDC (*CDC Bottle Bioassay*) évaluant l'efficacité du Chlorfénapyr sur *Anopheles gambiae s.l.* en RDC (données 2025) montrent :

Analyse générale et méthodologie

- Sensibilité d'*Anopheles gambiae* s.l. au Chlorfénapyr (un insecticide de la classe des pyrroles) mesurée après un délai d'observation de 72 heures.
- Sites évalués : 9 sites sentinelles répartis sur le territoire national (Kapolowe, Bena Kabongo, Mikalayi, Fungurume, Kalemie, Lodja, Kamina, Mweneditu, Kabondo).
- Seuil d'efficacité OMS : Une mortalité 98% indique une pleine susceptibilité (sensibilité) de la population vectorielle à l'insecticide.

Principaux constats

- Sensibilité totale et uniforme (100%) : L'ensemble des 9 sites sentinelles testés enregistre un taux de mortalité parfait de 100% à 72 heures.
- Absence de résistance observée : Aucune baisse d'efficacité ni résistance naissante n'a été détectée, même dans les sites où les pyréthrinoïdes affichent une forte inefficacité (notamment à Kalemie ou Lodja).

Implications stratégiques pour le PSN/PNLP

Confirmation de la haute valeur thérapeutique du Chlorfénapyr : Le Chlorfénapyr se confirme comme une molécule extrêmement performante et homogène sur l'ensemble du territoire national.

Support pour le déploiement des MII dual-active ingrédient (DAI) ou bi-traitées : Ces données justifient pleinement l'introduction et l'extension des moustiquaires imprégnées d'insecticide de nouvelle génération associant un pyréthrinoïde et du Chlorfénapyr.

Gestion de la résistance aux pyréthrinoïdes : Le Chlorfénapyr offre une solution de contournement idéale contre les populations de moustiques devenues résistantes aux pyréthrinoïdes classiques. Recommandation de suivi : En raison du déploiement à grande échelle prévu pour ces nouvelles moustiquaires, il conviendra de maintenir une surveillance entomologique régulière (Bio-essais CDC à 72h) pour détecter très tôt tout risque de baisse de sensibilité.

Tableau 2 : Profil de sensibilité et d'intensité de résistance aux insecticides d'*Anopheles gambiae* s.l. par Site sentinelle (DRC 2025)

Insecticide	Dibindi (Bena Kabongo)	Mikalayi	Lodja	Kalemie	Kabondo	Mweneditu	Fungu rume	Kamina	Kapolowe
Alpha-cyperméthrine	68.5% (92)	66.3% (98)	53.6% (97)	1.0% (97)	41.5% (82)	0.0% (82)	60.7% (89)	62.7% (83)	81.0% (84)
PBO + alpha-cyperméthrine	98.5% (93)	100.0% (84)	83.2% (95)	54.8% (93)	67.4% (92)	85.5% (83)	94.4% (90)	96.3% (81)	98.8% (86)
Alpha-cyperméthrine 5X	90.5% (95)	96.6% (88)	86.7% (98)	1.0% (97)	92.0% (87)	87.8% (82)	80.7% (88)	91.7% (84)	100.0% (93)
Alpha-cyperméthrine 10X	96.8% (93)	100.0% (94)	100.0% (97)	16.1% (93)	100.0% (88)	94.0% (83)	85.1% (94)	98.8% (82)	100.0% (97)
Deltaméthrine	80.9% (94)	79.5% (83)	75.5% (98)	5.3% (94)	41.7% (84)	0.0% (88)	54.9% (91)	75.6% (82)	63.6% (88)
PBO + Deltaméthrine	98.9% (92)	98.8% (85)	100.0% (94)	78.7% (94)	66.3% (86)	41.2% (85)	95.4% (87)	98.8% (84)	96.3% (82)
Deltaméthrine 5X	89.5% (95)	95.3% (85)	100.0% (95)	15.96% (94)	71.1% (90)	94.3% (87)	75.0% (92)	80.2% (81)	100.0% (82)
Deltaméthrine 10X	98.9% (93)	100.0% (99)	100.0% (97)	52.7% (93)	100.0% (83)	95.2% (83)	100.0% (92)	98.8% (83)	100.0% (83)
Perméthrine	53.3% (92)	70.1% (87)	25.5% (98)	3.1% (97)	28.2% (85)	4.8% (84)	41.4% (87)	57.8% (83)	35.4% (82)
PBO + Perméthrine	98.9% (93)	98.8% (83)	43.6% (94)	7.3% (96)	46.7% (92)	90.8% (87)	72.8% (92)	96.3% (91)	75.6% (82)
Perméthrine 5X	75.0% (92)	78.0% (82)	67.7% (96)	25.5% (98)	91.0% (89)	100.0% (85)	81.5% (92)	95.2% (83)	87.7% (81)
Perméthrine 10X	87.9% (91)	100.0% (94)	94.9% (98)	40.2% (92)	97.7% (86)	100.0% (82)	89.0% (91)	96.6% (88)	100.0% (82)
Chlorfénapyr	100.0% (97)	100.0% (81)	100.0% (87)	100.0% (93)	100.0% (88)	100.0% (84)	100.0% (83)	100.0% (83)	100.0% (84)

Note : Les valeurs représentent le taux de mortalité (%). Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre d'anophèles testés (n). NC = Non achevé en raison du nombre limité de larves.

Légende de sensibilité (Normes OMS) :

- **Rouge** - Résistance confirmée : Taux de mortalité <90%
- **Jaune** - Résistance suspectée/à confirmer : Taux de mortalité compris entre 90% et 97%
- **Vert** - Susceptible/Efficacité confirmée : Taux de mortalité ≥98%

Analyse narrative et implications stratégiques pour le PSN 2026-2030

Résistance généralisée aux pyréthriinoïdes seuls : Les données 2025 confirment une résistance généralisée et de forte intensité d'*Anopheles gambiae* s.l. aux pyréthriinoïdes classiques (Alpha-cyperméthrine, Deltaméthrine, Perméthrine) à la concentration 1X dans la totalité des 9 sites sentinelles évalués, avec des taux de mortalité fréquemment inférieurs à 50% (ex. 1,0% à Kalemie et 0,0% à Mweneditu).

Invalidation de la résistance par le PBO (Synergiste) : L'adjonction du PBO restaure significativement la sensibilité des vecteurs dans la majorité des sites (notamment Dibindi, Mikalayi, Kapolowe), confirmant une forte implication des mécanismes enzymatiques à mono-oxygénases (P450). Cependant, à Kalemie, Mweneditu et Lodja, la restauration demeure partielle ou faible, indiquant la coexistence de mécanismes de résistance complexes (ex. mutations de cible **kdr**).

Tests d'intensité (5X et 10X) : Les essais d'intensité montrent une résistance extrême à Kalemie où même les concentrations 10X d'Alpha-cyperméthrine (16,1%) et de Deltaméthrine (52,7%) ne parviennent pas à tuer les vecteurs. À l'inverse, dans des sites comme Mikalayi, Kapolowe et Lodja, la résistance est surmontée aux doses 10X.

Efficacité absolue du Chlorfénapyr (100%) : Le Chlorfénapyr démontre une sensibilité totale (100% de mortalité) sur l'ensemble des 9 sites sentinelles sans aucune exception. Il constitue la molécule la plus performante et la plus homogène du territoire national.

Orientations stratégiques au regard de la résistance aux insecticides :

- Abandon progressif des MII simples à pyréthriinoïdes seuls.
- Généralisation des MII Bi-actifs (dual-AI, à base de Chlorfénapyr ou de Pyriproxifène) comme standard dans la grande majorité des provinces.
- Maintien du MII PBO uniquement dans les provinces où des données entomologiques des deux dernières années (2024 et après) confirment que le PBO continue de restaurer la sensibilité vectorielle ; en l'absence de telles données récentes, la priorité doit être donnée aux MII Bi-actifs.
- Maintien d'une surveillance entomologique renforcée et intégration de la rotation des molécules pour préserver l'efficacité du Chlorfénapyr.

2.2.3 Les parasites

En RDC, on trouve quatre espèces plasmodiales parmi les cinq espèces qui existent :

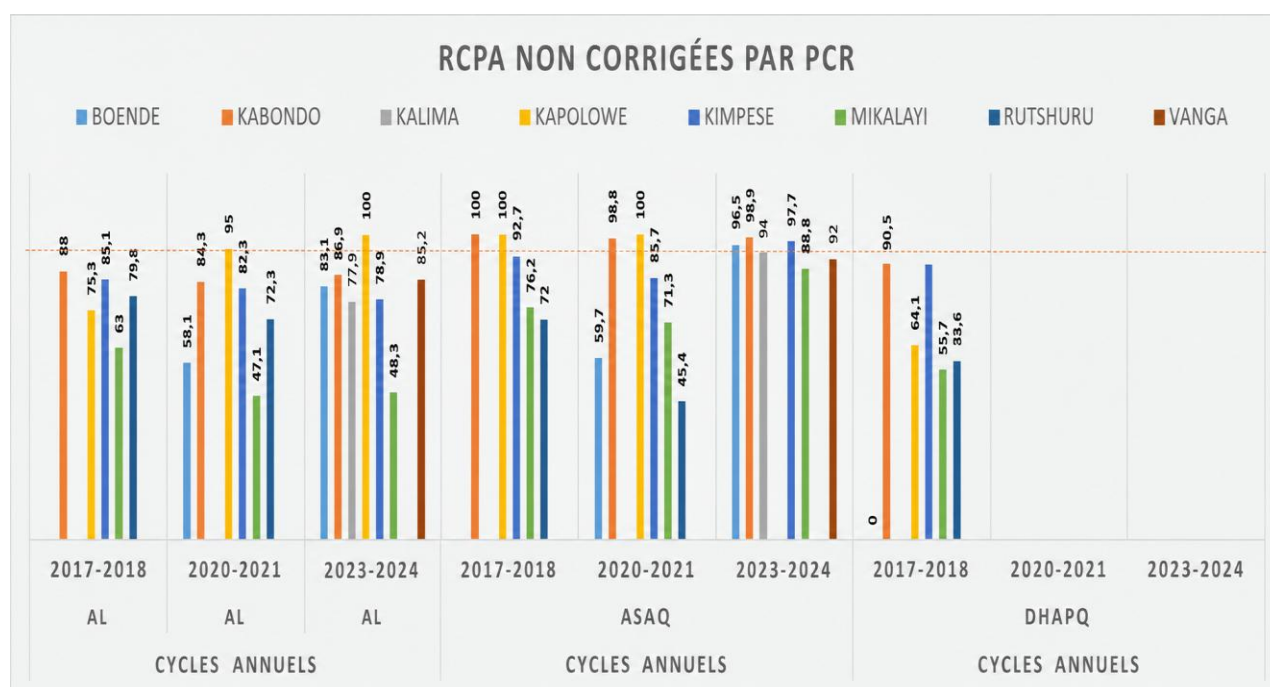
- *Plasmodium falciparum* (Pf) : c'est l'espèce la plus fréquente (95%) et la plus dangereuse. Elle est présente dans les régions du nord au sud et de l'Est à l'Ouest. Elle provoque les formes graves et mortelles (comme le neuropaludisme) [10].
- *Plasmodium vivax* : Les stratégies diagnostiques actuelles en RDC sont principalement orientées vers *Plasmodium falciparum*, ce qui peut entraîner une sous-détection d'autres espèces telles que *Plasmodium vivax* (2.97%) [17], dont la présence est de plus en plus rapportée en Afrique. Elle provoque les accès de fièvre tous les deux jours (fièvre tierce bénigne) et peut rester caché dans le foie pendant des mois.
- *Plasmodium ovale* : Des enquêtes semestrielles conduites auprès des ménages et des consultations de routine en clinique en RDC ont révélé un taux d'incidence des infections à *P. ovale* spp de 4,8 % [18]. Proche de *P. vivax*, cette espèce entraîne des formes de paludisme bénin avec des réactivations possibles depuis le foie.

- *Plasmodium malariae* (Pm) : L'étude ci-haut documente 7.8% de *P. malariae* [18], elle provoque une fièvre quarte (qui revient tous les trois jours). L'infection peut devenir chronique et durer très longtemps sans symptômes.

Le *Plasmodium Knowlesi* non encore documenté en RDC est un parasite primitif du singe présent en Asie du Sud-Est. Mais, il peut aussi infecter les humains soit naturellement ou artificiellement. Il peut devenir grave rapidement. Le risque de développer un paludisme grave est trois fois plus élevé avec le *Plasmodium Knowlesi* qu'avec le *Plasmodium falciparum*. Les manifestations sévères sont similaires à celles du Pf à l'exception du coma.

2.2.4 Résistance aux antipaludiques

Sur le plan de la résistance aux antipaludiques (AMDR), l'évolution des échecs thérapeutiques sur le paludisme à *P. falciparum* depuis 1983 montre une succession de changements de politiques : remplacement de la chloroquine par la SP (2000-2002), puis de la SP par les ACT (2004-2005). Les réponses cliniques et parasitologiques adéquates (RCPA) non corrigées de trois cycles des tests d'efficacité thérapeutique (2017-2018, 2020-2021 et 2023-2024) de AL, ASAQ et DHAPQ montrent des variations selon les sites comme indiquées dans la **figure 7** ci-dessous. Certains sites comme Mikalayi présentent des taux d'efficacité non corrigée de l'AL inférieurs à 50%, ce qui constitue un signal d'alerte.



Évolution de la RCPA non corrigée par PCR (%) par site sentinelle, molécule et cycle annuel (2017-2024).

Figure 5 : Statut de l'efficacité non corrigée par PCR des CTA de 2017-2024 (Rapport TET 2017-2018, 2020-2021 et 2023-2024)

Contexte et cadrage méthodologique

Le graphique ci-dessus présente la Réponse Clinique et Parasitologique Adéquante (RCPA) non corrigée par PCR pour trois combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) — Artemether-Luméfantrine (AL), Artésunate-Amodiaquine (ASAQ) et Dihydroartémisine-Pipéraquine (DHAPQ) —

évaluées dans huit sites sentinelles d'études d'efficacité thérapeutique (EET) en RDC au cours de trois cycles d'évaluation (2017–2018, 2020–2021 et 2023–2024).

Remarque méthodologique : Le seuil d'efficacité minimale recommandé par l'OMS pour maintenir une CTA en première ligne de traitement est fixé à 90 % de RCPA (matérialisé par la ligne pointillée orange). L'absence de correction par PCR intègre à la fois les réinfections parasitaires et les échecs thérapeutiques vrais (recrudescences).

Analyse comparative des combinaisons thérapeutiques (CTA)

Artemether-Luméfantrine (AL) : Une perte d'efficacité confirmée et généralisée

- **Érosion continue des performances :** Dans la majorité des sites sentinelles, la RCPA non corrigée de l'AL se situe sous le seuil critique des 90% pour l'ensemble des trois cycles.
- **Variabilité géographique et dégradation temporelle :**
 - Boende : Faible taux d'efficacité (58,1% en 2020–2021, remontant légèrement à 83,1% en 2023–2024).
 - Mikalayi : Baisse alarmante de la réponse thérapeutique, passant de 63,0% (2017–2018) à 47,1% (2020–2021) puis 48,3% (2023–2024).
 - Kapolowe : Seul site maintenant un niveau de réponse élevé (95,0% en 2020–2021 et 100,0% en 2023–2024).
- **Analyse technique :** la baisse observée de la RCPA non corrigée sous l'AL suggère une forte pression de réinfection précoce post-traitement (liée à la demi-vie relativement courte de la Luméfantrine) combinée à un risque d'émergence ou de propagation de la résistance à l'artémisinine et/ou à la Luméfantrine.

Artésunate-Amodiaquine (ASAQ) : Un profil d'efficacité supérieur et stable

- **Excellentes performances globales :** L'ASAQ montre une efficacité nettement supérieure à celle de l'AL sur la majorité des sites, avec des taux de RCPA dépassant le seuil de 90% lors du cycle le plus récent (2023–2024).
- **Dynamique par site :**
 - Kabondo, Kimpese, Kalima et Vanga : affichent des taux de RCPA remarquables compris entre 92,0% et 98,9% en 2023–2024.
 - Boende et Mikalayi : Bien qu'en nette progression par rapport aux cycles antérieurs, Mikalayi reste à 88,8% en 2023–2024.
 - Rutshuru : Présente une chute atypique et préoccupante (45,4% en 2020–2021), nécessitant une investigation ciblée sur le niveau de réinfection et l'observance du traitement dans cette zone de conflit.

Dihydroartémisine-Pipéraquine (DHAPQ) : Données historiques et baisse marquée de la protection

- **Profil d'efficacité faible (Données 2017–2018) :** Les évaluations disponibles pour la période 2017–2018 révèlent des taux de RCPA non corrigée très insuffisants dans presque tous les sites testés (ex. 55,7% à Mikalayi, 58,6% à Rutshuru, 64,1% à Kapolowe), à l'exception de Kabondo (90,5%).
- **Absence de données récentes :** L'absence de données pour les cycles 2020–2021 et 2023–2024 limite la réévaluation actuelle du profil de la DHAPQ sur le territoire national.

Synthèse et implications stratégiques pour le PSN 2026–2030

1. Révision des directives nationales de traitement :
 - Au vu de l'érosion marquée de la RCPA pour l'Artemether-Luméfantrine (AL), la RDC doit envisager un repositionnement de l'Artésunate-Amodiaquine (ASAQ) comme CTA préférentielle de première ligne dans les zones géographiques où l'AL montre un échec d'efficacité précoce.
2. Généralisation de la correction par PCR :
 - Il est impératif de finaliser et de publier systématiquement les résultats de la correction par PCR pour faire la distinction claire entre les échecs thérapeutiques vrais (recrudescences) et les réinfections, condition essentielle pour confirmer une éventuelle résistance moléculaire à l'artémisinine (mutations du gène *PfK13*).
3. Adoption des thérapies combinées triples (TACT) et diversification :
 - Pour contrer la baisse d'efficacité des bithérapies actuelles et retarder l'émergence de résistances croisées, le PNLP devrait évaluer l'introduction pilote des Thérapies Combinées Triples à base d'Artémisinine (TACT) ou mettre en œuvre une stratégie de rotation périodique des CTA de première ligne selon les profils locaux d'efficacité
4. Renforcement de la pharmacovigilance et de la surveillance moléculaire :
 - Accentuer la surveillance épidémiologique et moléculaire dans les sites critiques (ex. Mikalayi, Boende, Rutshuru) afin de coupler les données d'efficacité clinique à la recherche des marqueurs génétiques de résistance aux amino-8-quinolones et aux pyronaridines/Luméfantrine.

Les résultats corrigés de TET 2017-2018 confirment ces inquiétudes concernant l'ASAQ à Rutshuru, surtout l'AL et le DHAPQ à Mikalayi dont l'efficacité est en deçà du seuil de 90 % tel que fixé par l'OMS, comme indiqués dans la figure 8

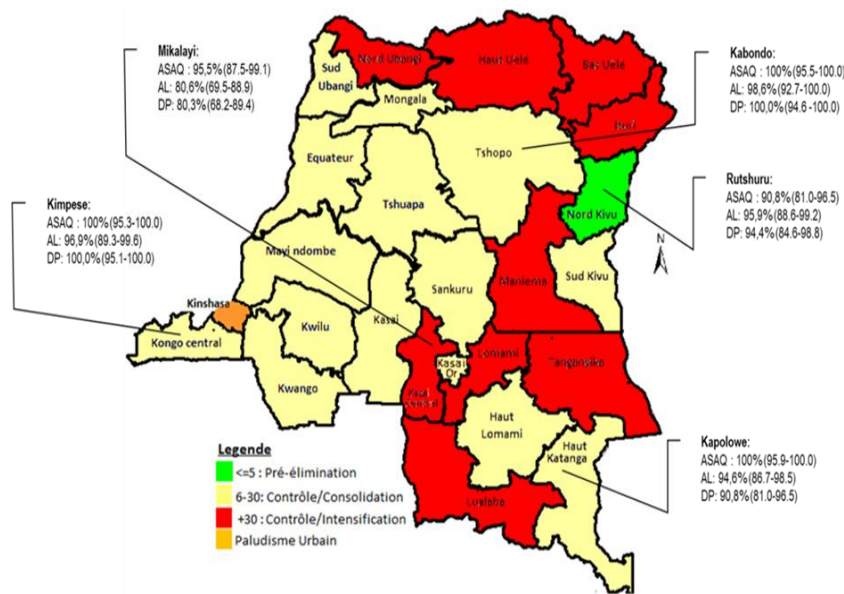


Figure 6 : Statut de l'efficacité des CTA (%RCPA) corrigée par PCR (IC à 95 %) 2017-2018 (Rapport TET 2018)

Des marqueurs moléculaires de résistance (*PfK13*, *Pfdhps*, *Pfdhfr*, *Pfcr1*, *Pfmdr1*) ont été identifiés sur plusieurs sites. Des mutations du gène *PfK13* validées pour la résistance à l'artémisinine ont été

détectées dans les provinces de l'Est comme le montre la figure 6 ci-dessous, appelant la mise en place d'un plan de mitigation de la résistance aux CTA.

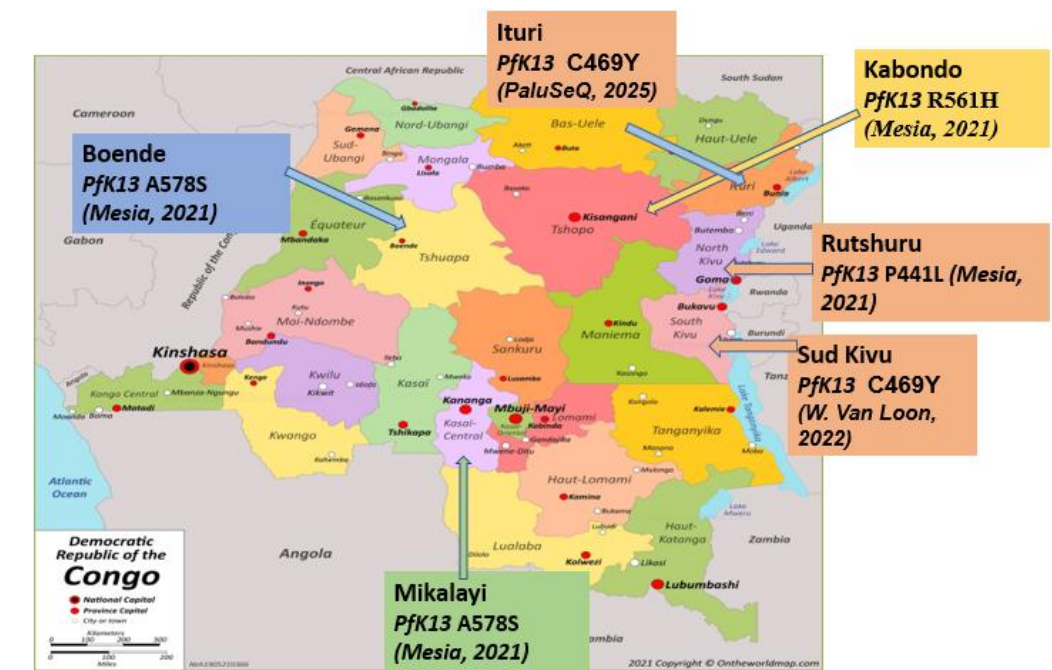


Figure 7 : Statut de la résistance aux CTA : cartographie des marqueurs moléculaires de la résistance *PfK13* en 2025

Contexte et cadrage méthodologique

La cartographie illustre la répartition spatiale et la caractérisation génomique des mutations validées ou candidates associées à la résistance partielle de *Plasmodium falciparum* à l'artémisinine (domaine *Kelch13* - *PfK13*) identifiées dans six provinces clés de la République Démocratique du Congo entre 2021 et 2025.

Cadre de référence de l'OMS : Les mutations du gène *PfK13* sont classées comme validées lorsqu'elles sont corrélées cliniquement et in vitro à un retard de clairance parasitaire (ex. R561H, C469Y), ou comme candidates/d'intérêt lorsqu'elles sont régulièrement détectées sans preuve phénotypique définitive à grande échelle (ex. A578S, P441L).

Analyse géographique et génomique des mutations *PfK13*

Mutations validées à haut risque clinique (Éléments critiques)

- Mutation *PfK13* R561H (Kabondo / Tshopo - Mesia, 2021) :
 - Analyse : La présence de la mutation R561H à Kabondo constitue une alerte épidémiologique majeure. Déjà responsable d'une résistance établie en Afrique de l'Est (notamment au Rwanda), cette mutation validée est directement associée au retard d'élimination parasitaire après traitement par CTA.
- Mutation *PfK13* C469Y (Ituri - PaluSeQ, 2025 & Sud-Kivu - W. Van Loon, 2022) :
 - Analyse : La détection récurrente de la mutation validée C469Y dans deux provinces de l'Est (Sud-Kivu et Ituri) confirme la circulation active et l'extension géographique de ce variant résistant le long du corridor transfrontalier de la région des Grands Lacs.

Mutations d'intérêt et variants émergents

- Mutation *PfK13* A578S (Boende/Équateur & Mikalayi/Kasai Central - Mesia, 2021) :
 - Analyse : Détectée dans la cuvette centrale (Boende) et au centre du pays (Mikalayi), la mutation A578S est le variant du gène *PfK13* le plus fréquemment rapporté sur le

continent africain. Bien qu'elle ne soit pas encore formellement associée à un échec thérapeutique précoce, sa persistance nécessite une surveillance continue.

- Mutation *PfK13* P441L (Rutshuru / Nord-Kivu - Mesia, 2021) :
 - Analyse : La mutation candidate P441L identifiée dans la zone d'endémie du Nord-Kivu s'ajoute au profil de vulnérabilité de la partie orientale du pays, fortement exposée aux flux de populations et à l'instabilité sécuritaire.

Synthèse et corrélation avec l'efficacité thérapeutique (EET)

- Corrélation épidémiologique : L'émergence des mutations validées (*R561H* et *C469Y*) dans les provinces de l'Est et du Nord-Est (Ituri, Tshopo, Nord-Kivu, Sud-Kivu) offre une explication moléculaire directe aux érosions de réponse clinique (baisses de la RCPA) observées dans les études d'efficacité thérapeutique pour l'Artemether-Luméfantrine (AL).
- Pression de sélection : L'utilisation massive et prolongée des combinaisons à base d'artémisinine en monothérapie de fait ou en bithérapie sous-dosée exerce une pression sélective favorisant l'expansion de ces clones mutants.

Directives et axes stratégiques pour le PSN 2026–2030

1. Instituer un réseau national de surveillance génomique intégrée :
 - Pérenniser le séquençage systématique des marqueurs *PfK13* (et des gènes partenaires *Pfmdr1*, *Pfcrt*, *Pfgdh*) couplé aux études d'efficacité thérapeutique (EET) dans l'ensemble des 13 sites sentinelles de RDC.
2. Mesures de riposte contenue dans l'Est de la RDC :
 - Classer l'Ituri, la Tshopo, le Nord-Kivu et le Sud-Kivu en zones d'alerte biologique prioritaire pour la résistance à l'artémisinine.
 - Retirer ou restreindre l'usage de l'AL dans ces zones au profit de molécules à partenaire à longue demi-vie (ex. ASAQ ou Dihydroartémisine-Pipéraquline sous surveillance strict).

Transition vers les thérapies combinées triples (TACT) :

- Préparer le cadre réglementaire et stratégique pour le déploiement pilote des TACT (ex. Artémether-Luméfantrine-Amodiaquine) afin d'interrompre la transmission des mutants *PfK13* résistant à la monothérapie d'artémisinine.



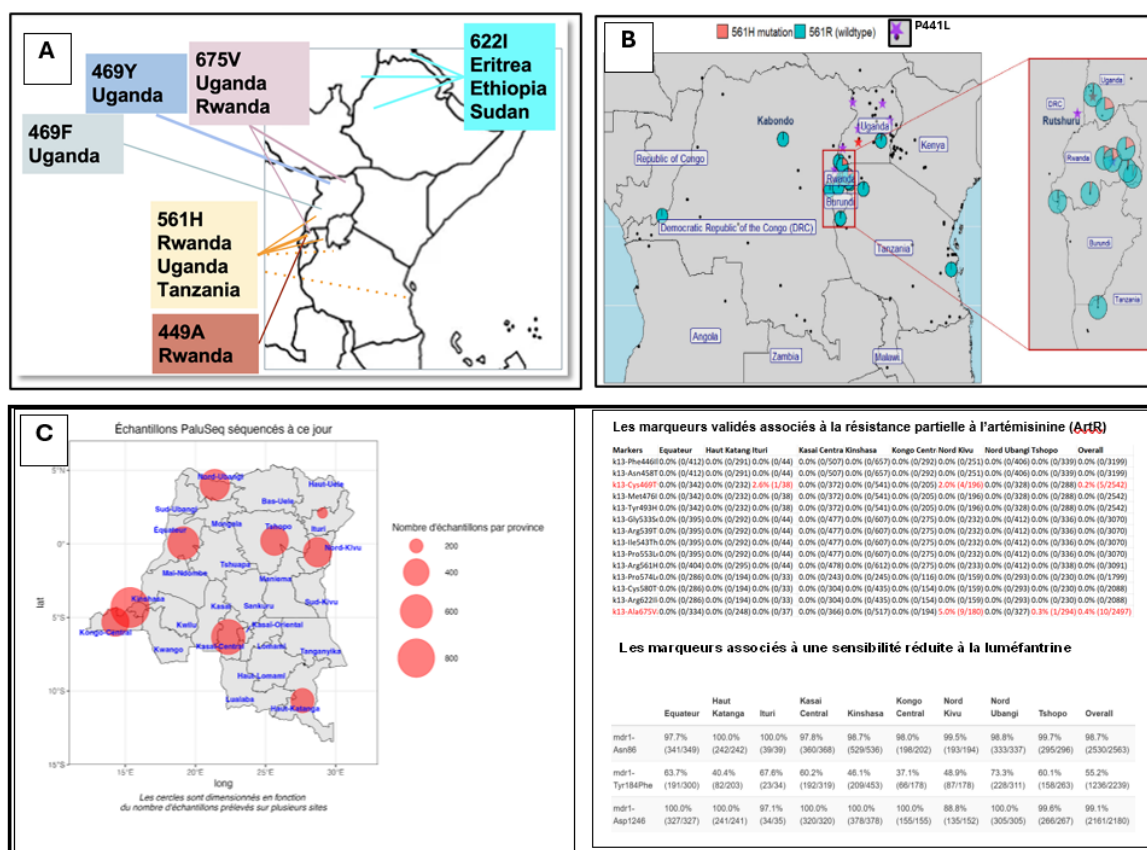


Figure 8 : Résultats de la surveillance de la résistance aux antipaludiques en RDC (A : Van Loon et Al, 2022 ; B : Mesia et Al ; C : Rapport Projet PaluSeq dans 9 sites sentinelles)

L'analyse de la cartographie génomique du réseau *PaluSeq* confirme la présence et la diffusion le long du corridor transfrontalier de l'Est de la RDC des mutations validées du domaine *PfK13* (notamment R561H, C469Y, A675V et P441L), déjà responsables de résistances établies à l'artémisinine en Afrique de l'Est. Les données de séquençage à large échelle réalisées à travers les différentes provinces congolaises mettent en évidence la détection ponctuelle mais critique de ces marqueurs de résistance partielle (ArtR), en particulier dans les zones d'Ituri, de la Tshopo et du Nord-Kivu. Concomitamment, l'évaluation des marqueurs moléculaires associés au gène *Pfmdr1* révèle des fréquences extrêmement élevées des allèles *Asn86* (globalement 98,7%) et *Asp1246* (globalement 99,1%), signalant une très forte sélection génétique en faveur d'une sensibilité réduite à la Luméfántrine à l'échelle nationale. Ces constats moléculaires combinés apportent une explication biologique directe à la dégradation progressive de l'efficacité clinique des combinaisons à base d'artéméther-luméfántrine (AL) observée sur le terrain. Face à cette menace biologique d'échec thérapeutique, il devient stratégiquement impératif pour le PSN 2026–2030 d'adapter les politiques de traitement de première ligne en introduisant des alternatives thérapeutiques comme l'ASAQ ou les thérapies combinées triples (TACT) dans les zones d'alerte épidémiologique.

2.3 Morbidité et mortalité : synthèse comparative

Tableau 3 : Évolution des indicateurs épidémiologiques du paludisme en RDC (2020–2025)

Indicateur	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Nombre de cas de paludisme (totaux)	22 627 349	22 395 551	27 357 636	27 676 634	29 123 262	26 064 143

Proportion de cas de paludisme grave (%)	9,58%	9,80%	8,80%	8,70%	9,40%	10,00%
Nombre de cas de paludisme chez les enfants <5 ans	11 370 102	10 407 197	13 300 804	13 440 922	13 903 437	1 376 723*
Nombre de cas de paludisme chez les femmes enceintes	N/D	1 115 617	1 259 066	1 261 705	1 496 714	1 389 051
Nombre de décès totaux	18 811	22 358	24 372	22 330	21 695	30 938
Proportion de décès chez les enfants <5 ans (%)	66,0%	67,0%	68,0%	67,0%	69,5%	82,0%
Incidence (cas / 1 000 hab.)	221	229	227	185	227	183
Mortalité hospitalière (décès / 100 000 hab.)	16	20	22	19	17	22
Létalité hospitalière (%)	0,87%	1,05%	1,01%	0,93%	0,79%	1,20%
Taux de testing des cas suspects (%)	91,5%	109,6%	97,5%	98,4%	100,5%	89,0%
Proportion de cas traités conformément aux directives nationales (%)	92,0%	93,0%	95,0%	95,0%	94,0%	93,0%

Source : SNIS / PNLP RDC (2020–2025). N/D = Données non disponibles.

*Note méthodologique : La valeur rapportée pour les cas <5 ans en 2025 (1 376 723) fait l'objet d'un audit de complétude statistique (sous-notification probable ou saisie partielle par rapport à la tendance historique).

Analyse narrative et faits marquants (PSN Recadré 2026–2030)

Tendance de la charge de morbidité (2020–2024) : Le nombre total de cas déclarés est passé de 22,6 millions en 2020 à un pic de 29,1 millions en 2024, traduisant à la fois une nette amélioration de la complétude du SNIS et du taux de confirmation biologique, mais aussi une persistance d'une forte transmission communautaire.

Mortalité et vulnérabilité pédiatrique (2025) : L'année 2025 marque une hausse critique de la mortalité enregistrée (30 938 décès) avec une concentration exacerbée chez les enfants de moins de 5 ans (82% du total des décès), soulignant l'urgence de renforcer la prise en charge précoce au niveau communautaire (iCCM) et le réapprovisionnement en CTA/Artésunate injectable.

(*) Données issues des tendances observées dans le DHIS2 et NMDR.

2.3.1. Incidence

En 2024, l'incidence nationale était de 227 cas/1 000 habitants. Les provinces du Sud-Ubangi (415), Haut-Uele (302), Kasai Central (304) et Kongo Central (297) affichent les taux les plus élevés (>250). Kinshasa (200) et le Sud-Est (Haut-Katanga : 109) présentent les incidences les plus faibles (<227), révélant de fortes disparités géographiques.

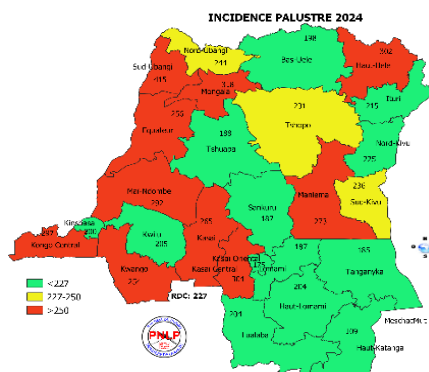


Figure 9 : Incidence du paludisme en RDC, en 2024

2.3.2. Évolution des cas et des décès de paludisme (2020–2025)

Le nombre de cas de paludisme en République démocratique du Congo a connu une trajectoire contrastée entre 2020 et 2025. Après une légère baisse en 2021 (22 395 551 cas) par rapport à 2020 (22 627 349 cas), on observe une augmentation significative à partir de 2022, atteignant 27 357 636 cas, puis 27 676 634 cas en 2023, et culminant à **29 123 262 cas en 2024**, ensuite une diminution à 26,16 millions en 2025 selon le rapport annuel du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP). Ce qui représente une augmentation de près de **29%** entre 2021 et 2024, confirmant la tendance à la hausse du fardeau palustre en RDC. Sur la même période, le nombre des décès est passé de 18 811 décès en 2020 à 24. 372 décès en 2022, en suite une diminution à 21.695 décès en 2024 avant de remonter et atteindre un record de 30. 938 décès en 2025, soit une augmentation annuelle de 42,6 %.

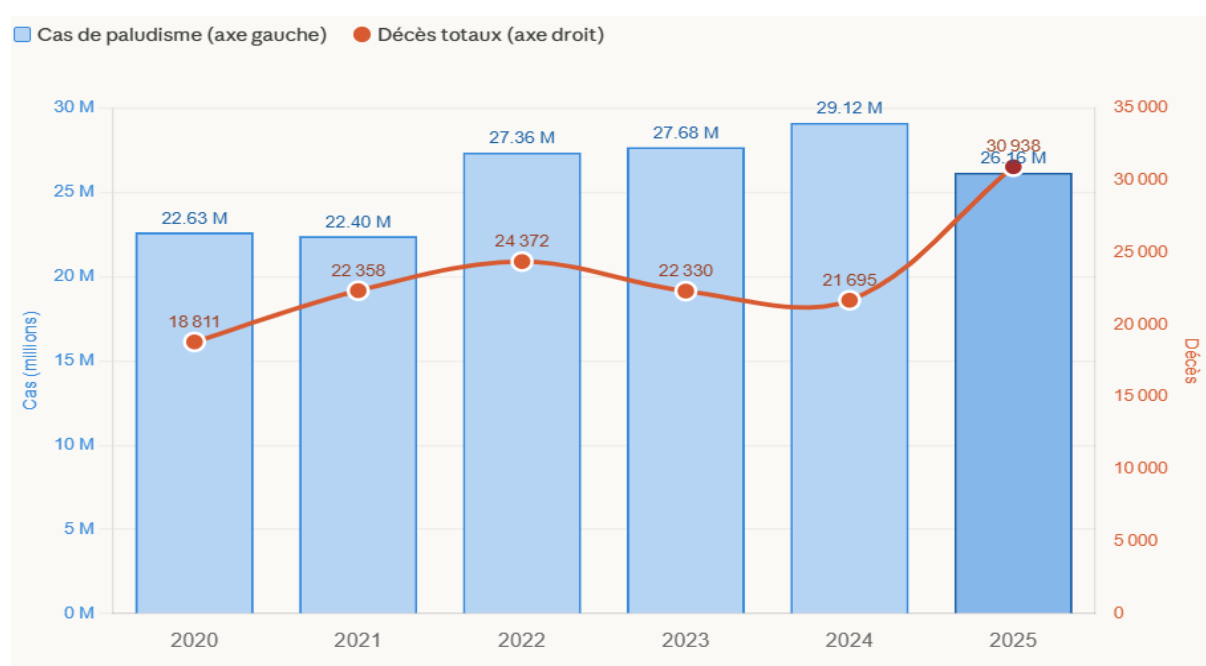


Figure 10 : Evolution des cas et des décès de paludisme (2020-2025).

L'augmentation du nombre de cas s'expliquerait en partie par l'amélioration du système de notification : le nombre de FOSA rapportant dans le DHIS2 est passé de 13 325 à environ **25102** entre 2017 et 2024 (+18%), et le nombre de SSC a augmenté de 9349 (2021) à 10116 (2024). En 2024, La complétude globale des données DHIS2 a atteint 99%. Ces facteurs peuvent avoir contribué à un meilleur enregistrement des cas, sans exclure une augmentation qui pourrait aussi être liée à la résistance aux insecticides et aux difficultés logistiques rencontrées lors des campagnes de distribution des MII.

Les audits de la qualité des données sont menés dans certaines provinces du pays, ce qui contribuera à confirmer ou à infirmer les tendances observées dans l'évolution des cas et de la mortalité liée au paludisme.

2.3.3. Populations vulnérables

En 2024, les cas graves représentaient 9,4% du total, soit 2 748 868 cas, dont 1 292 734 concernaient des enfants de moins de 5 ans. Les enfants de moins de 5 ans constituent la population la plus touchée

avec 13 903 437 cas en 2024 (47,7% de l'ensemble des cas), suivant une progression constante depuis 2020 (11 370 102 cas). Les cas chez les femmes enceintes ont également augmenté, passant de 1 115 617 cas en 2021 à 1 496 714 cas en 2024, dont 345 653 cas graves (30% des cas chez cette population). Les enfants de moins de 5 ans représentent 69,5% des décès totaux en 2024 (15 091 décès), confirmant leur vulnérabilité particulière face au paludisme.

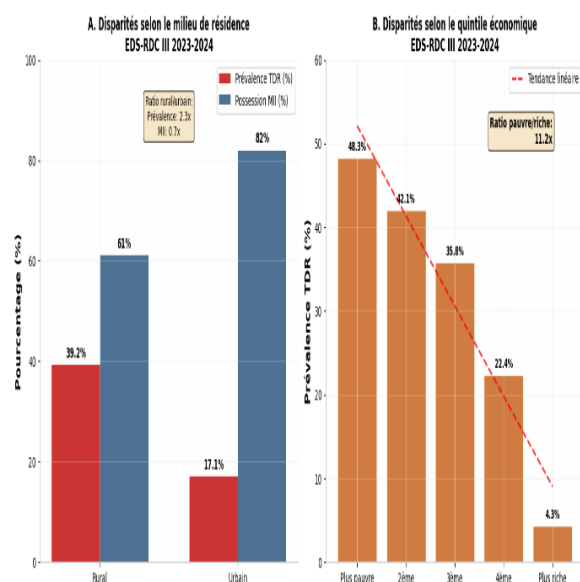


Figure 12 : Disparités dans la vulnérabilité au paludisme entre le milieu rural et urbains et selon le niveau économique (EDS-RDC III, 2023-2024)

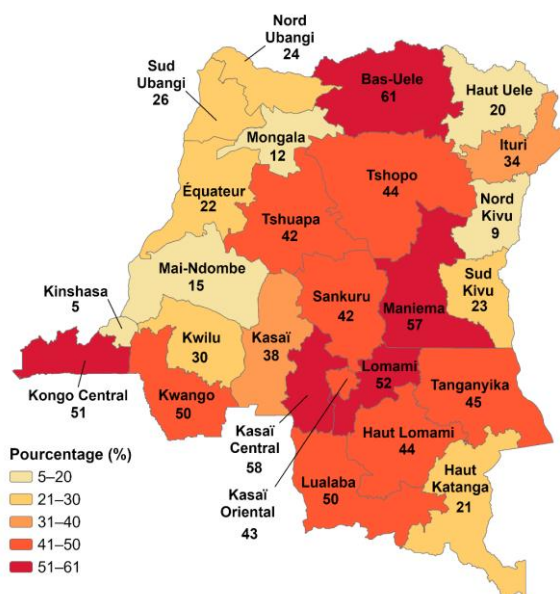


Figure 11 : Inégalités dans la prévalence du paludisme par provinces (EDS-RDC III, 2023-2024)

L'EDS-RDC III 2023-2024 révèle une prévalence du paludisme marquée par de fortes inégalités. Géographiquement, les provinces du centre-est (Bas-Uele 61%, Maniema 57%, Kasai Central 58%) sont les plus touchées, contrastant avec Kinshasa (5%) et le Sud-Kivu (23%). Entre milieux de vie, la prévalence est 2,3 fois plus élevée en rural (39,2%) qu'en urbain (17,1%), corrélée à un moindre accès aux moustiquaires imprégnées (61% vs 82%). Socialement, l'écart est criant : les ménages les plus pauvres présentent une prévalence 11,2 fois supérieure à ceux des plus riches (48,3% contre 4,3%). Cette tendance linéaire décroissante selon le quintile économique confirme que le paludisme est principalement une maladie de la pauvreté. Les stratégies de lutte doivent impérativement cibler les populations rurales défavorisées des provinces centrales et orientales.



3. NIVEAU DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS

3.1 Prévention

De la mise en œuvre des différentes interventions de prévention, il ressort plusieurs défis à relever : (i) Exécution insuffisante des campagnes de masse, (ii) Résistance aux pyréthrinoïdes et diminution de l'efficacité des MII de nouvelle génération et faible durabilité (MII PBO), (iii) Ruptures récurrentes des MII et faibles performances en routine, (iv) Manque de financement national pour la PID et GGL et dépendance au secteur privé, (v) Manque de cadre technique.

Pour améliorer la performance en rapport avec la prévention du paludisme, il serait souhaitable que certaines interventions spécifiques soient menées à petite échelle notamment :

- La mise à échelle le TPIg communautaire, de la CPP, de la VAP et de la Chimio prophylaxie du paludisme saisonnier (SMC) ;
- La gestion de l'environnement (assainissement péri et intra domiciliaire) dans les écoles et dans la communauté par CAC, CODESA et OSC (village) ;
- La gestion des gîtes larvaires (GGL) aux grandes villes (pilote) avec l'utilisation des drones suivant la saisonnalité ;
- La PID est mise en œuvre dans les ménages spécifiques tels que les camps militaires, milieux carcéraux, internats ainsi que dans les camps des sociétés minières.
- Le déploiement des émanateurs spatiaux ou mieux répulsifs spatiaux.

3.1.1. Lutte anti vectorielle

3.1.1.1. Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII)

Entre 2024 à 2025, **27 703 268** MII ont été distribuées dont 12 889 553 MII en campagne de masse (CDM), 8 617 042 MII aux femmes enceintes lors des CPN et 6 196 673 MII aux enfants lors des consultations préscolaires (CPS). Les campagnes de masse de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), bien qu'organisées régulièrement, souffrent d'une exécution insuffisante ; Seulement 41 % des campagnes planifiées ont été réalisées à cause de :

- La réduction des financements du Fonds Mondial ;
- La suspension des financements américains ;
- L'arrivée tardive des moustiquaires aux portes d'entrée pays ;
- L'insécurité dans la zone Est de la RDC ;
- La détérioration prononcée des infrastructures routières.

Bien que des campagnes de distribution de masse aient eu lieu tous les 36 mois dans le passé, il existe certaines preuves fondées sur la durabilité nette (c.-à-d. dans certains cas, la durabilité a été égale ou inférieure à 2 ans) que les campagnes pourraient devoir être menées plus fréquemment pour s'assurer que la population à risque est efficacement protégée. Toutefois, cette politique aura des répercussions importantes sur les coûts et les opérations, et devrait être évaluée dans le contexte plus large des ressources mobilisables par le programme. [22]

En effet, une analyse de la cartographie vectorielle couvrant la période 2021-2023 révèle une prédominance nette d'*Anopheles gambiae* s.l. sur l'ensemble du territoire national, secondé par



Anopheles funestus grp. Avec une présence significative dans la majorité des provinces. Cette distribution spatiale des espèces vectrices confirme la pertinence du maintien de la couverture universelle en MII, dont le choix des molécules doit être rigoureusement aligné sur les profils régionaux de sensibilité aux insecticides.

Cette analyse met en exergue le fait que toutes les provinces sont affectées par la résistance aux pyréthrinoides., d'où la nécessité pour le pays de ne plus déployer les MII standards traitées uniquement aux pyréthrinoides. Car la résistance aux pyréthrinoides et la diminution de l'efficacité des MII de nouvelle génération, ainsi que la faible durabilité des MII PBO — notamment liée au polyéthylène, (dont la durabilité physique est plus faible, avec des scores wRD (proxy de durabilité de terrain) inférieurs, impose au pays de recourir à des solutions alternatives, qu'il en soit pour des distributions de masse ou en routine.

Les différentes études menées depuis l'année 2020 à ce jour, ont décrit la situation des pyréthrinoides combinées aux synergistes (PBO) à travers quelques sites du pays. Dans l'ensemble, le PBO restaure la sensibilité aux pyréthrinoides dans plusieurs sites, notamment Katana, Kabondo, Bagata, Bandundu-ville, Mikalayi et Nyankunde. Une résistance partielle persiste cependant, dans plusieurs sites notamment à Tchonka, Vanga, Kenge et Fungurume, malgré l'effet synergiste du PBO. Enfin, une résistance persistante malgré le PBO est particulièrement observée à Kimpese, Kalima, Karawa et Fungurume pour certains insecticides, suggérant que les mécanismes métaboliques ne suffisent pas pour expliquer la persistance de toute la résistance.

Ces différents résultats nous appellent donc à orienter le choix des interventions de lutte antivectorielle en fonction des profils locaux de résistance aux insecticides, notamment par le déploiement de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) combinées à un synergiste tel que le PBO dans certaines provinces, et de moustiquaires à double principe actif (bi-traitées) dans la majorité des provinces, afin d'améliorer l'efficacité de la prévention contre les vecteurs du paludisme résistants aux pyréthrinoides.

Dans la quasi-totalité des 26 provinces surveillées, l'*Anopheles gambiae* s.l. présente une résistance marquée à l'alpha-cyperméthrine, la deltaméthrine et la perméthrine. Ce constat proscriit définitivement l'utilisation des MII de première génération (pyréthrinoides seuls).

Ainsi l'ajout du synergiste PBO (Pyréthrinoides + PBO pour les MII de nouvelle génération) qui restaure la sensibilité vectorielle dans plusieurs sites clés (ex. Nyankunde/Ituri, Katana/Sud-Kivu, Kabondo/Tshopo, Mikalayi/Kasaï-Central) peut-il constituer une voie de pour la lutte antivectorielle en RDC.

Dans certaines zones (ex. Karawa/Nord-Ubangi, Kimpese/Kongo-Central, Kalima/Maniema), la synergie PBO demeure inefficace, suggérant l'implication de mécanismes de résistance non métaboliques (mutations cible *kdr/ace-1* ou cuticulaires). Pour ces zones, l'introduction de MII bi-actives intégrant un second principe actif (ex. Chlorfénapyr ou Pyriproxyfène) est impérative.

Au-delà de ces provinces spécifiques, cette même transition vers les MII Bi-actifs (dual-AI) devrait être généralisée dans l'ensemble des provinces, sauf dans les cas où des données entomologiques récentes (des deux dernières années, à partir de 2024) confirment que le PBO continue de restaurer efficacement la sensibilité vectorielle. Ainsi donc, voici comment se présente cette cartographie :

Ciblage des MII par province, RDC, 2026

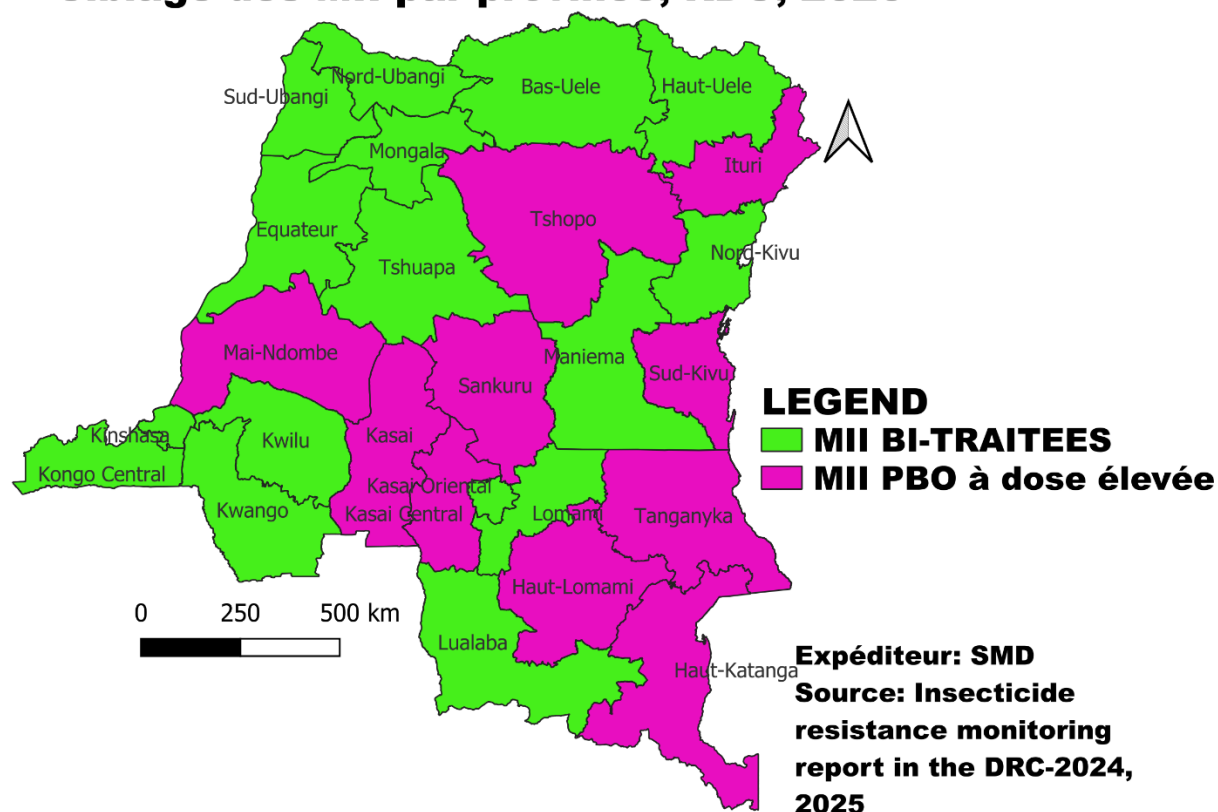


Figure 13 : Ciblage des MII tenant compte du début de la résistance.

Cette carte répertorie les **26 provinces** de la République Démocratique du Congo et les classifie selon deux catégories de types de MII (MII PBO à forte dose et MII bi-traitées) :

- **Provinces dans lesquelles les MII bi-traitées seront distribuées : 16 provinces** (soit environ 61,5% du total national). Il s'agit de Bas-Uele, Équateur, Haut-Uele, Kasai Oriental, Kinshasa, Kongo Central, Kwango, Kwilu, Lomami, Lualaba, Maniema, Mongala, Nord-Kivu, Nord-Ubangi, Sud-Ubangi et Tshuapa.
- **Provinces dans lesquelles les MII PBO à forte dose seront distribuées : 10 provinces** (soit environ 38,5% du total national). Il s'agit bel et bien du Haut-Katanga, Haut-Lomami, Ituri, Kasai, Kasai Central, Mai-Ndombe, Sankuru, Sud-Kivu, Tanganyika et Tshopo.

Pour atténuer l'impact de la résistance aux insecticides, le pays a introduit des moustiquaires PBO, qui combinent des pyréthrinoides avec un synergiste, le pipéronyl-butoxyde, et des moustiquaires chlorfénapyr-pyréthrinoides, qui sont une moustiquaire de nouvelle génération avec deux ingrédients actifs). Cependant, les études actuelles révèlent une baisse de l'efficacité des MII PBO. En effet, les résultats d'une étude réalisée dans la province du Kongo-Central révèlent qu'après 12 mois d'utilisation communautaire, la mortalité des moustiques exposés était de 46,7% pour le PBO indiquant une perte de bio-efficacité. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12197424/>

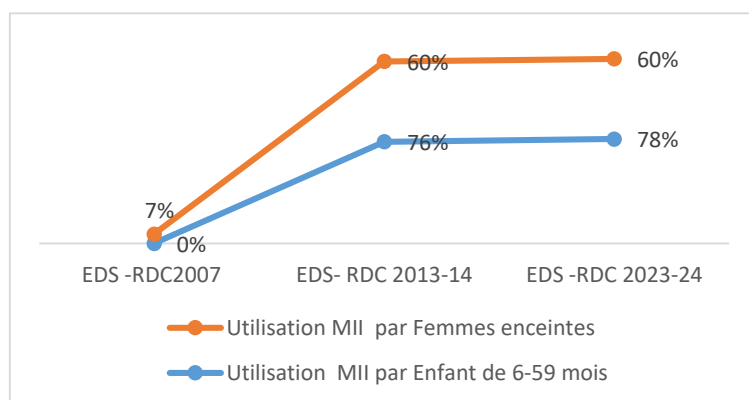


Figure 14 : Niveau d'utilisation de l'Ina MII par les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

imprégnée. Ces chiffres traduisent une faible disponibilité des MII et un manque de sensibilisation. Le paludisme frappait alors durement les populations vulnérables, contribuant à une mortalité infantile et maternelle élevée.

La période 2007–2013-14 marque une **progression spectaculaire**. Chez les enfants, l'utilisation est passée de 0% à **76%**, et chez les femmes enceintes de 7% à **60%**. Cette croissance reflète l'impact des campagnes massives de distribution et de communication pour le changement de comportement, ainsi que l'intégration des MII dans les services de santé, notamment les consultations prénatales.

Cependant, entre 2013-14 et 2023-24, on observe une **stagnation préoccupante**. L'utilisation chez les enfants n'a progressé que marginalement (76% → 78%), tandis que chez les femmes enceintes, elle est restée stable à 60%. Ce plateau suggère que les gains rapides obtenus grâce aux campagnes initiales n'ont pas été consolidés. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation : usure des moustiquaires distribuées, insuffisance des campagnes de remplacement, difficultés logistiques dans les zones reculées, mais aussi des barrières comportementales et culturelles.

La différence entre les deux groupes est notable : les enfants sont légèrement mieux protégés que les femmes enceintes. Cela peut refléter une priorisation des ménages ou des obstacles spécifiques rencontrés par les femmes enceintes (confort, croyances, pratiques locales).

La distribution de routine des MII chez les femmes enceintes au cours des CPN (CPN 1 ET CPN2) et chez les enfants de moins d'une année qui terminent leur calendrier vaccinal s'est poursuivie dans l'ensemble des ZS du pays. Selon le rapport de l'évaluation à mi-parcours du PSN 2024-2028, Les couvertures en MII de routine en CPN et CPS ont été satisfaisantes en 2024 soit une performance respectivement de 93% et 72% qui sont au-delà des cibles de 77% et 63%. Par contre, on note une faible performance en 2025 soit respectivement 71% et 63% qui restent en deçà des cibles de 83% et 68%.

Par ailleurs, les ruptures récurrentes de MII de routine compromettent la continuité des interventions et affectent les performances en routine.

Néanmoins, il est à souligner que la RDC a atteint une forte proportion d'utilisation 1,0 (ratio utilisation/accessibilité de la MII). Les données de l'EDS 2023–2024 montrent que l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) est globalement élevé en RDC, mais l'utilisation varie fortement selon les provinces. Le graphique "Accès vs Utilisation" illustre trois catégories distinctes.

Les données issues des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 2007, 2013-14 et 2023-24 montrent une évolution contrastée de l'utilisation des MII par deux groupes prioritaires : les enfants de 6 à 59 mois et les femmes enceintes.

En 2007, la situation était critique : **0% des enfants** et seulement **7% des femmes enceintes** déclaraient dormir sous une moustiquaire

1. Provinces au-dessus de l'équilibre (utilisation > accès) Kwango, Sud-Kivu, Maniema et certaines zones de l'Est se distinguent par une utilisation supérieure à l'accès. Cela traduit une appropriation communautaire remarquable : malgré un accès limité, les moustiquaires disponibles sont utilisées de manière optimale.

2. Provinces proches de l'équilibre (utilisation $\approx$ accès) Kinshasa, Kongo-Central, Nord-Kivu, Haut-Katanga et Lualaba se situent près de la diagonale. Ici, la disponibilité se traduit assez bien en usage, ce qui reflète une bonne cohérence entre distribution et adoption.

3. Provinces en déficit d'utilisation (utilisation < accès) Sankuru, Tshuapa, Mai-Ndombe, Mongala et Lomami présentent un accès relativement élevé mais une utilisation faible. Cela suggère des obstacles comportementaux (perceptions négatives, inconfort, croyances locales) ou des difficultés de ciblage des groupes vulnérables.

Si certaines provinces démontrent une efficacité comportementale, d'autres révèlent un écart préoccupant entre disponibilité et usage. Le défi est d'assurer que l'accès se transforme en utilisation régulière et universelle, afin de maximiser l'impact sur la lutte contre le paludisme.

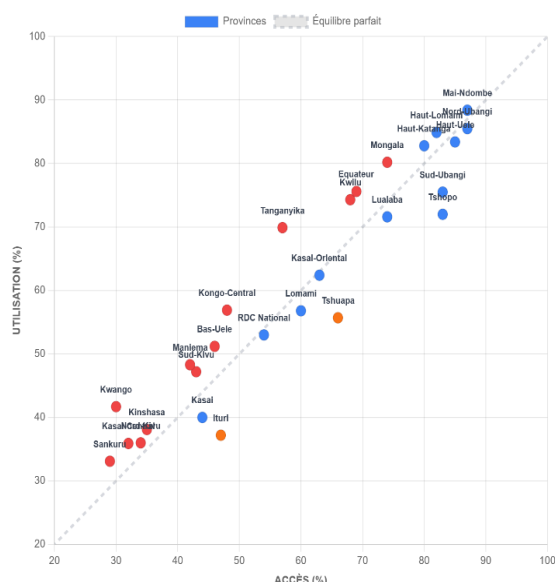


Figure 15 : Courbe d'Accès et utilisation de MII

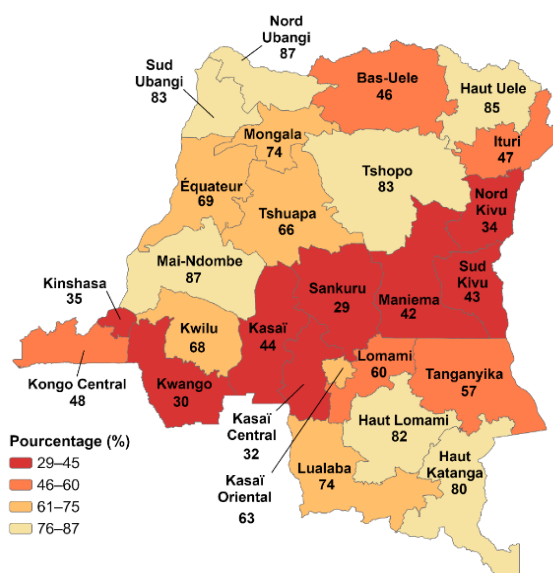


Figure 16 : Carte d'Accès et utilisation de MII

3.1.1.2. Pulvérisation intra domiciliaire à effet rémanent (PID)

La pulvérisation intra-domiciliaire (PID), pourtant complémentaire aux MII, est faiblement réalisée faute de financement. Depuis 2023, TFM a interrompu la PID à la demande de la population (remplacée par la MII). Par ailleurs, la société KCC Mining s'est engagée dans 2 ZS de la province de Lualaba, mais de manière ciblée dans les ménages de son aire de responsabilité sociétale (6 villages couverts dont 44298 maisons pulvérisées avec une population de 258954 protégées) et MUMI (16 villages couverts dont 15890 maisons pulvérisées avec une population de 86971 protégées)

L'absence de financement national et la dépendance quasi exclusive au secteur privé accentuent la vulnérabilité du programme.

La validation et vulgarisation des lignes directrices en matière de PID en RDC ainsi que le lancement d'activités de PID en pilote dans des zones ciblées sont deux étapes importantes qui doivent être entreprises.

3.1.1.3. Gestion des gîtes larvaires (GGL)

La GGL est reconnue par l'OMS comme une intervention complémentaire utile. Cependant, le manque d'engagement des PTF pour cette activité, le manque de cadre technique et des directives n'ont pas permis sa mise en œuvre. Toutefois, il y a lieu d'envisager l'intégration de la gestion de l'environnement (assainissement péri et intra domiciliaire) dans les écoles, villages et dans la communauté par CAC, CODESA et OSC.

3.1.1.4. Émanateurs spatiaux (S.E)

Les émanateurs spatiaux (S.E) ou mieux répulsifs spatiaux sont des dispositifs de lutte antivectorielle qui diffusent progressivement dans l'air un principe actif insecticide ou répulsif, créant dans un espace donné une zone de protection contre les moustiques vecteurs du paludisme (2–4).

Ils sont principalement destinés à réduire le contact entre les moustiques et les personnes dans les espaces où les individus séjournent, notamment à l'intérieur des habitations ou des structures collectives. Dans le cadre de la RDC, ils sont envisagés comme une intervention complémentaire aux moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), particulièrement dans certains environnements à forte densité humaine ou présentant une exposition importante aux vecteurs et dans les zones à risques. (4–8)

L'introduction de cette intervention, demande plusieurs activités dont :

- Cartographier les sites collectifs à haut risque ;
- Réaliser une stratification épidémiologique et entomologique ;
- Sélectionner les sites prioritaires selon des critères standardisés ;
- Mettre en œuvre des projets pilotes d'émanateurs spatiaux ;
- Assurer une couverture élevée et continue des locaux ciblés ;
- Former les responsables et agents chargés du déploiement ;
- Assurer le suivi de l'utilisation et de la fonctionnalité des dispositifs ;
- Renforcer la surveillance entomologique et épidémiologique ;
- Évaluer l'efficacité, l'acceptabilité et le coût de l'intervention ;
- Utiliser les résultats pour orienter une éventuelle extension à l'échelle nationale.
- Cette intervention bien qu'adoptée, sera intégrée progressivement en tenant compte de critères.

3.1.2. Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte

La RDC a adopté la Sulfadoxine-pyriméthamine (SP) pour le traitement préventif chez la femme enceinte (TPIg) pendant les 4 visites de CPN chez la femme enceinte en routine dans toute les zones de santé. À chaque contact avec le service de CPN (à partir de la 16ème semaine), la femme enceinte reçoit une dose de SP, à un intervalle minimum d'un mois. Le TPIg contribue de manière significative à la réduction du risque de faible poids de naissance (de 16 à 23 % selon le niveau de résistance à la SP), la diminution des accouchements prématurés, la réduction des mortinaissances et avortements spontanés, la baisse de l'anémie maternelle, une réduction d'environ 20 % du paludisme placentaire et maternel à l'accouchement. Face à la faible couverture du TPI3 observée en RDC, le PNLP a adopté l'approche du TPIg communautaire (TPIg-C), qui consiste à administrer la SP au niveau communautaire aux femmes enceintes éligibles, tout en assurant leur orientation vers les services de CPN pour une prise en charge

complète. Le TPIg-C est actuellement mis en œuvre dans 10 zones de santé réparties dans 5 Divisions Provinciales de la Santé HBHI (DPS) (Kasaï Oriental, Kasaï Central, Haut-Katanga, Sud-Kivu et Tanganyika), avec l'appui de l'Initiative du Président des États-Unis contre le Paludisme (PMI).

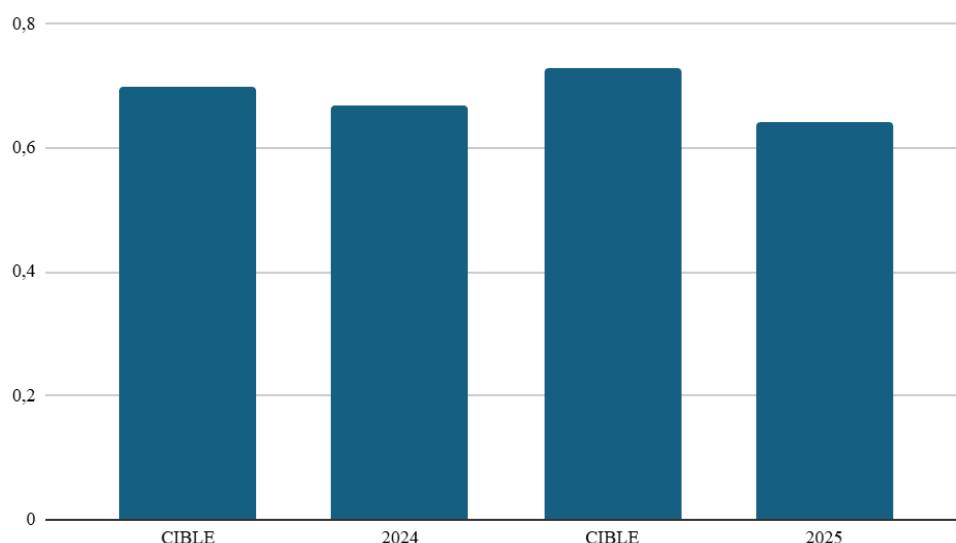


Figure 17 : Couverture du TPIg en 2024 et 2025 dans 10 Zones de santé de 5 DPS en RDC

Les données de couverture du TPI 2 et 3 (année 2024 et 2025) sont respectivement de 73 et 64% traduisant un bon accès initial des femmes enceintes aux services de CPN avec une déperdition progressive entre les visites prénatales successives. En ce qui concerne de TPI communautaire chez la femme enceinte, sur **165 732** femmes enceintes attendues dans les 10 Zones de santé (Bipemba, Kabeya Kamuanga, Likasi, Katuba, Dibaya Lukonga, Ibanda, Uvira, Kalemie et Nyunzu) dans les 5 DPS, **57 546** femmes ont été sensibilisées sur l'importance de la CPN et ont reçu la dose de la SP par l'entremise d'un relais communautaire soit **34.7%** et **37 833** femmes enceintes ont été orientées vers un établissement de soins pour un problème lié à la grossesse. L'enquête comportemental lié au paludisme révèle que seul un tiers des femmes effectuent leur première visite CPN au premier trimestre, bien que la majorité reconnaisse l'efficacité de ces soins. La plupart des femmes font une visite, seules 60 % atteignent les 4 CPN recommandées et seulement 40 % reçoivent les 3 doses de SP (Sulfadoxine-Pyriméthamine) nécessaires pour la protection optimale contre le paludisme. Les déterminants liés à ce mauvais comportement sont les barrières socioculturels, intellectuelles et économiques notamment la faible implication des hommes, les barrières financières et la faible autonomie de la femme.

On note une contre-performance de l'indicateur TPI3 par rapport à la cible en 2024 : 67% avec comme cible 70%, en 2025 : 64% contre une cible de 70%.

L'évaluation de la mise en œuvre du TPIg révèle un défi lié au faible taux d'achèvement du TPIg, du fait qu'un nombre limité des femmes enceinte reçoivent 3 doses.

3.1.3. La Chimio prévention du paludisme pérenne

La chimio prévention du paludisme pérenne (CPP) constitue une intervention complémentaire de lutte contre le paludisme, recommandée dans les zones de transmission pérenne et de faible résistance du parasite à la sulfadoxine-pyriméthamine (SP). Elle consiste à administrer six doses de SP aux enfants

selon le calendrier suivant : 10 semaines, 14 semaines, 6 mois, 9 mois, 12 mois et 15 mois. L'administration de la SP est alignée sur les contacts de routine du PEV ou sur l'administration de la vitamine A lors des visites de consultations préscolaires (CPS), afin d'optimiser l'intégration des services. La CPP confère une protection significative, notamment : 30,3 % de réduction du paludisme clinique au cours de la première année de vie ; 21,3 % de réduction de l'anémie ; 38,1 % de réduction des hospitalisations associées à une parasitémie palustre ; 22,9 % de réduction des hospitalisations toutes causes confondues. Vingt provinces de la RDC répondent aux critères d'éligibilité pour l'implémentation de la CPP. Toutefois, en raison de contraintes financières, l'introduction de cette intervention s'est faite de manière progressive. La mise en œuvre initiale a débuté dans la province du Kongo Central, dans quatre zones de santé (Boko Kivulu, Kisantu, Kwilu-Ngongo et Mbanza-Ngungu), dans le cadre du projet GiveWell, avec l'appui technique et financier de PATH, sur la période 2023–2024. Cette phase pilote a permis d'évaluer la faisabilité opérationnelle, l'acceptabilité communautaire et l'impact programmatique de la CPP. À la suite de l'évaluation positive du projet, l'appui du Fonds mondial a permis, en 2025, l'extension de la CPP aux 27 autres zones de santé de la province du Kongo Central. L'extension de cette intervention aux autres provinces est prévue à partir de 2027.

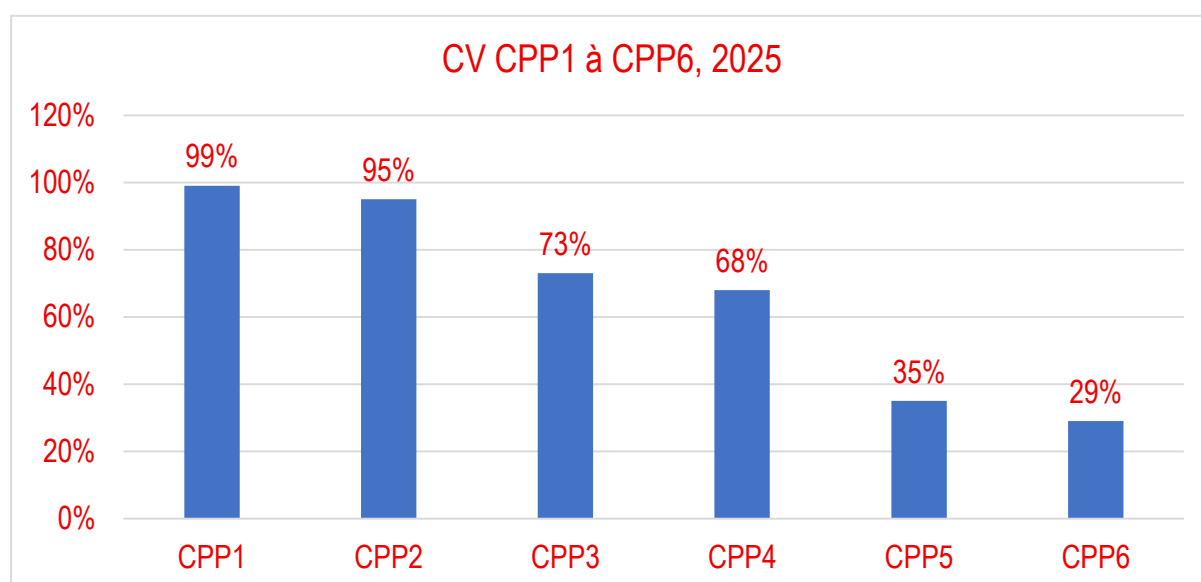


Figure 18 : Couverture de la CPP dans les 4 ZS pilotes

L'administration progressive de la CPP s'étendant sur les 2 années en commençant par les 4 ZS en janvier 2024 ensuite les 27 autres ZS en août 2025, entraîne la différence des cibles entre les 6 différents passages. L'analyse des couvertures en CPP met en évidence une bonne couverture en CPP1,2,3 et 4. On note une déperdition importante d'enfants entre la 4ème et la 6ème dose traduisant des faiblesses dans la communication et le suivi des enfants. Les défis retenus de l'évaluation de la mise en œuvre de la CPP est la progression insuffisante des couvertures en CPP (Géographique 1/9DPS et CPP4-6 ~47-33%).

3.1.4. Vaccination antipaludique (VAP)

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande l'utilisation des vaccins antipaludiques pour la prévention du paludisme à *Plasmodium falciparum* chez les enfants vivant dans des zones d'endémie, avec une priorité accordée aux zones de transmission modérée et élevée. Dans ce cadre, la République Démocratique du Congo a opté pour l'introduction du vaccin R21/Matrix-M, qui cible spécifiquement le stade sporozoïte du parasite. Ce vaccin est conditionné en flacons de 1 ml contenant deux doses, administrées par voie intramusculaire (deltoïde gauche ou face antéro-latérale de la cuisse gauche). Le coût unitaire du vaccin est estimé à 3,9 USD par dose. L'Alliance Gavi subventionne l'achat des vaccins à hauteur de 85 % ainsi que 100 % des coûts opérationnels dans les zones éligibles. Le gap financier résiduel est assuré conjointement par le Gouvernement et ses partenaires techniques et financiers (PTF). Au total, le pays compte 441 zones de santé (ZS) éligibles au financement Gavi et 78 ZS non éligibles. Le vaccin cible la cohorte des enfants âgés de 6 à 23 mois, avec un schéma vaccinal de quatre doses, administrées à 6 mois, 7 mois, 8 mois et 15 mois. Les données disponibles indiquent que le vaccin permet une réduction de 50 à 75 % des cas de paludisme dans les zones de transmission modérée et élevée et une réduction significative de la morbidité dans les zones à transmission fortement saisonnière.

Le ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale, a planifié l'introduction progressive du vaccin antipaludique blocs géographiques, en tenant compte de la disponibilité des doses et des critères d'éligibilité définis par Gavi. Ainsi, la première phase d'introduction a concerné les Zones de Santé des provinces suivantes : Kongo-Central, Kwilu, Mai-Ndombe, Kwango, Mongala, Tshuapa, Sud-Ubangi, Nord-Ubangi, Equateur, Lomami, Tshopo, Maniema, Haut-Lomami, Kasai Central, Haut-Uélé, Bas-Uélé. L'extension de la vaccination antipaludique aux 78 Zones de Santé restantes est prévue pour 2026 selon le plan du pays. Les 78 Zones de Santé non éligibles au financement Gavi, nécessitant une mobilisation accrue de ressources additionnelles pour l'acquisition des vaccins et la mise en œuvre des activités opérationnelles. La province du Kongo Central, Sud-Ubangi et Nord-Ubangi affichent les meilleures performances pour la première dose (VAP1). La majorité des autres provinces présentent des couvertures inférieures à 60 % pour la VAP1, traduisant des difficultés d'accès et d'utilisation des services de vaccination. Un constat majeur concerne le taux d'abandon élevé entre la VAP1 et la VAP3, observé dans la majorité des provinces excepté le Kongo-central et le Kasai-central. Ce phénomène reflète des faiblesses dans la communication et le suivi des enfants vaccinés et une insuffisante rétention des bénéficiaires dans le schéma vaccinal complet. Les défis retenus de l'évaluation de la mise en œuvre du VAP est la progression insuffisante des couvertures en VAP (Géographique 280/441 ZS et vaccinale).

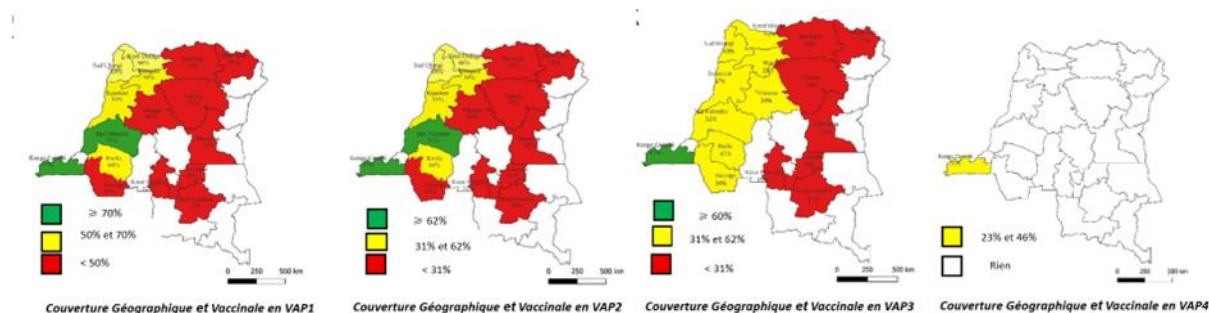


Figure 19 : Evolution de la couverture géographique de la VAP 1 à 4 en RDC

3.1.5. La chimioprophylaxie du paludisme saisonnier (SMC- seasonal malaria chemo prevention)

La SMC est le traitement préventif du paludisme saisonnier qui consiste à administrer la sulfadoxine-pyriméthamine + Amodiaquine (SP+AQ) chez les enfants de 3 à 59 mois lors des campagnes de masse. Elle permet d'éviter jusqu'à 75 % des accès palustres graves et pourrait être associée à une réduction de la mortalité. Les provinces concernées (Haut Katanga 27 ZS et Lualaba 14 ZS) sur base de la saisonnalité où il y a plus de décès des enfants de 3 à 59 mois, et dont la transmission dure entre 1 et 4 mois.

Ce traitement offre un degré élevé de protection, avec une efficacité d'environ 90 %, jusqu'à quatre semaines après le traitement. Cette procédure est renouvelée chaque mois pendant une période de trois à quatre mois par an. Le pays a adopté la stratégie porte à porte de façon générale donc les équipes de relais communautaires passent dans chaque ménage où les enfants cibles sont identifiés puis administrent la SP-AQ (en DOT) durant les 3 jours (1^{er} jour administration de la SP+AQ, 2^{ème} et 3^{ème} jour d'administration de l'AQ).

Actuellement, le Fonds Mondial couvre 6 zones de santé de la province du Haut-Katanga pendant les 3 années de la subvention du GC7 (Kampemba, Katuba, Kenya, Kisanga, Kamalondo et Mumbunda). Une extension de la mise en œuvre de la SMC est prévue après la phase pilote de 6 zones de santé d'appui du Fonds Mondial en 2027. La mise en œuvre de la SMC a démarré en octobre 2025 avec une cible nationale de la quatrième phase d'au moins 80% dont le taux d'abandon reste $\leq 20\%$.

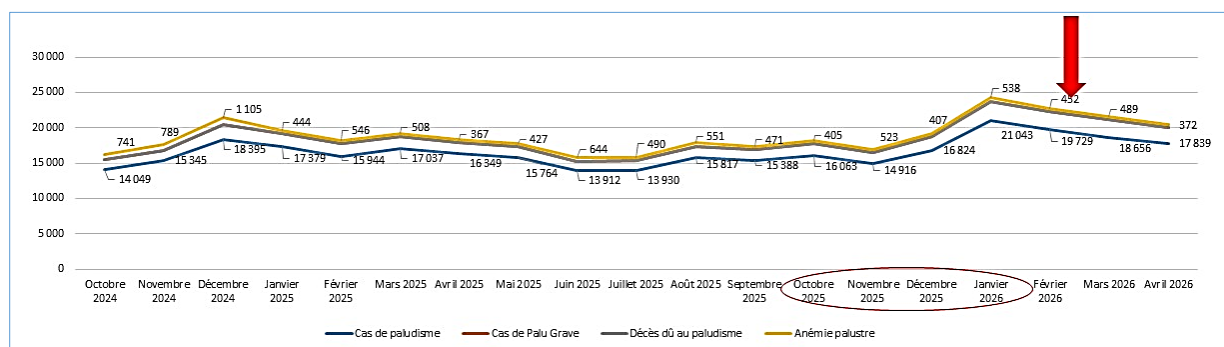


Figure 20 : Courbes évolutives des cas, décès, anémie et paludisme grave dans les 6 ZS du Haut-Katanga ayant implémenté la SMC, oct-24 à avril 26

- Cumul avant l'intervention: 47789 cas de paludisme, 4897 cas de palu grave, 2635 cas d'anémie et 8 décès;
- Cumul après l'intervention: 56224 cas de paludisme, 7203 cas de palu grave, 1313 cas d'anémie et 3 décès
- Il est encore trop tôt pour s'attendre à un impact après 3 mois de mise en œuvre de la SMC

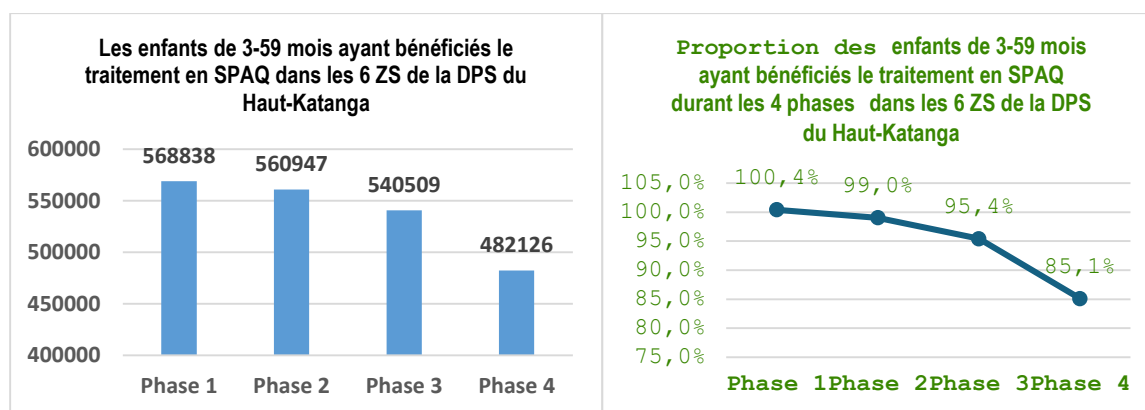


Figure 21 : Les enfants de 3-59 mois ayant bénéficiés le traitement en SPAQ dans les 6 ZS de la DPS du Haut-Katanga

Commentaires :

Cette intervention est réalisée dans les six zones de santé de la DPS du Haut-Katanga, on a assisté, au fil des quatre phases de mise en œuvre, à une tendance décroissante du nombre d'enfants âgés de 3 à 59 mois ayant reçu le traitement préventif saisonnier du paludisme (SPAQ). Il est passé de 568 838 enfants lors de la première phase à 560 947 lors de la deuxième, puis à 540 509 lors de la troisième et à 482 126 lors de la quatrième phase. La plus forte baisse est observée entre les phases 3 et 4 avec 10,8 %. Cette évolution se traduit par une diminution globale de 86 712 enfants, soit 15,2 %, entre les phases 1 et 4. La forte baisse est observée entre les phases 3 et 4 avec -10,8 %.

Par rapport aux proportions des de 3-59 mois ayant bénéficiés 4 doses de traitement en SPAQ durant les 4 phases, elle est largement aux supérieures à la cible nationale de 80%. Elle est passée de 100,4 % lors de la première phase à 99,0 % lors de la deuxième, puis à 95,4 % lors de la troisième et à 85,1 % lors de la quatrième phase. La diminution totale entre la première et quatrième phase est de 15,3 %.

Ces résultats indiquent une baisse progressive du nombre d'enfants bénéficiant du SPAQ et soulignant la nécessité d'analyser les facteurs pouvant expliquer cette évolution, notamment la Taille de la population cible, la disponibilité des médicaments, l'acceptabilité de l'intervention, la mobilisation communautaire et les performances de mise en œuvre.

Cette situation constitue une lacune stratégique dans la prise en charge intégrée du paludisme grave. L'introduction de la CPSH représenterait une opportunité majeure pour réduire la mortalité infantile et améliorer la continuité des soins, en s'alignant sur les recommandations internationales. Dans le contexte de la RDC, une mise en œuvre pilote est envisagée.

3.1.6. Chimio prévention du paludisme après la sortie de l'hôpital (CPSH)

L'Organisation mondiale de la Santé recommande la chimio prévention du paludisme après la sortie de l'hôpital pour le traitement du paludisme grave avec anémie sévère, afin de réduire le risque de réadmission à l'hôpital et de mortalité (1). Cependant, l'intervention n'est pas encore mise en œuvre, en raison de l'absence d'intégration dans les directives nationales, du manque de financement dédié, de contraintes opérationnelles (formation, protocoles, suivi post-sortie) et d'un système de données insuffisant pour documenter la mortalité post-hospitalière.

Cette situation constitue une lacune stratégique dans la prise en charge intégrée du paludisme grave. L'introduction de la CPSH représenterait une opportunité majeure pour réduire la mortalité infantile et améliorer la continuité des soins, en s'alignant sur les recommandations internationales. Dans le contexte de la RDC, une mise en œuvre pilote est envisagée.

3.1.7. Traitement Préventif Intermittent chez les enfants d'âge scolaire (Populations clés)

L'identification des populations clés et d'obstacles pour accéder au traitement et à la prévention du paludisme n'a pas été mise en œuvre bien que planifiée. Une mise en œuvre pilote est envisagée.

Dans les zones de forte transmission, les enfants d'âge scolaire représentent un réservoir important de parasites palustres, souvent asymptomatiques, contribuant à la transmission communautaire (2). Plusieurs études montrent que cette tranche d'âge présente une forte prévalence de parasitémie et d'anémie, avec des effets négatifs sur les performances cognitives et scolaires (3).

Le traitement préventif intermittent chez les enfants d'âge scolaire (IPTsc) a démontré une réduction significative de la parasitémie, de l'anémie et des épisodes cliniques de paludisme (4). L'Organisation mondiale de la Santé reconnaît l'intérêt des stratégies de chimioprévention ciblées dans les zones d'endémie élevée, notamment chez les groupes à risque insuffisamment couverts par les interventions classiques (1).

L'absence de mise en œuvre du TPI scolaire constitue ainsi une lacune programmatique, maintenant une charge parasitaire élevée et une transmission persistante. Son introduction pourrait contribuer à améliorer la santé des élèves, à réduire l'absentéisme scolaire et à réduire la transmission communautaire du paludisme. Dans le contexte de la RDC, une mise en œuvre pilote est envisagée.

Dans les zones à forte transmission, des groupes comme les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes, les populations rurales (pygmées...) et les personnes vivant dans des zones isolées présentent un risque élevé de paludisme (5). L'absence d'identification systématique de ces populations et des obstacles d'accès (géographiques, financiers, socioculturels et liés aux services de santé) limite l'efficacité des stratégies de prévention et de traitement (7,8).

Cette lacune conduit à une couverture inégale des interventions, à des retards de prise en charge et à la persistance des inégalités sanitaires. Une analyse situationnelle ciblée permettrait d'adapter les interventions, d'améliorer l'accès aux services essentiels et de réduire ainsi la morbidité et la mortalité palustres (6).

3.1.8. Administration de Masse des Médicaments Antipaludiques (AMMA)

L'Administration de masse de médicaments antipaludiques (AMM) est une intervention de santé publique consistant à administrer un traitement antipaludique à une population entière d'une zone géographique définie, indépendamment du fait que les personnes soient infectées ou non, afin de réduire rapidement le réservoir de parasites et la transmission du paludisme. L'objectif est de contribuer à la réduction de la transmission du paludisme dans les zones à forte transmission ou dans les foyers prioritaires par l'administration ciblée de médicaments antipaludiques à l'ensemble de la population éligible. (9–12)
Principales orientations (9–12)

- Identifier les zones ou foyers pouvant bénéficier de l'AMM sur la base des données épidémiologiques et entomologiques ;
- Définir clairement les populations et zones géographiques cibles ;
- Réaliser une évaluation préalable de la faisabilité et de l'acceptabilité ;
- Mobiliser les ressources nécessaires en médicaments, personnel et logistique ;
- Organiser des campagnes d'administration avec une forte mobilisation communautaire ;
- Assurer la pharmacovigilance et la surveillance des événements indésirables ;
- Maintenir parallèlement les MII, le diagnostic et le traitement efficace des cas ;
- Évaluer l'impact de l'intervention avant toute extension à d'autres zones.

3.2 Prise en charge

3.2.1. Prise en charge au niveau des établissements des soins de santé (ESS)

Selon les directives nationales de prise en charge des cas, tous les cas suspects de paludisme doivent être confirmés par un test parasitologique et soumis à un traitement adéquat et de qualité soit par une combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA), soit par la Quinine associée à la clindamycine soit quinine goutte pour les cas simples confirmés et par l'Artésunate injectable ou la quinine injectable ou par Artéméther injectable pour les cas graves confirmés et l'Artésunate en suppositoire pour le traitement de pré référence.

L'analyse du graphique révèle une **augmentation constante des cas suspects de paludisme** en RDC, passant de 32 millions (2020) à 41 millions (2024). Le taux de dépistage reste excellent (>93%), tout comme le traitement conforme aux protocoles nationaux (93-95%). Cependant, la **positivité élevée** (~70%) témoigne d'une transmission persistante. La baisse simultanée des indicateurs en 2024 (test et traitement à 93%) alerte sur d'éventuelles tensions logistiques. L'écart entre cas suspects et cas traités (~14 millions) souligne le défi de la cascade de soins, nécessitant le maintien de l'approvisionnement en intrants et le renforcement de la surveillance pour préserver les acquis.

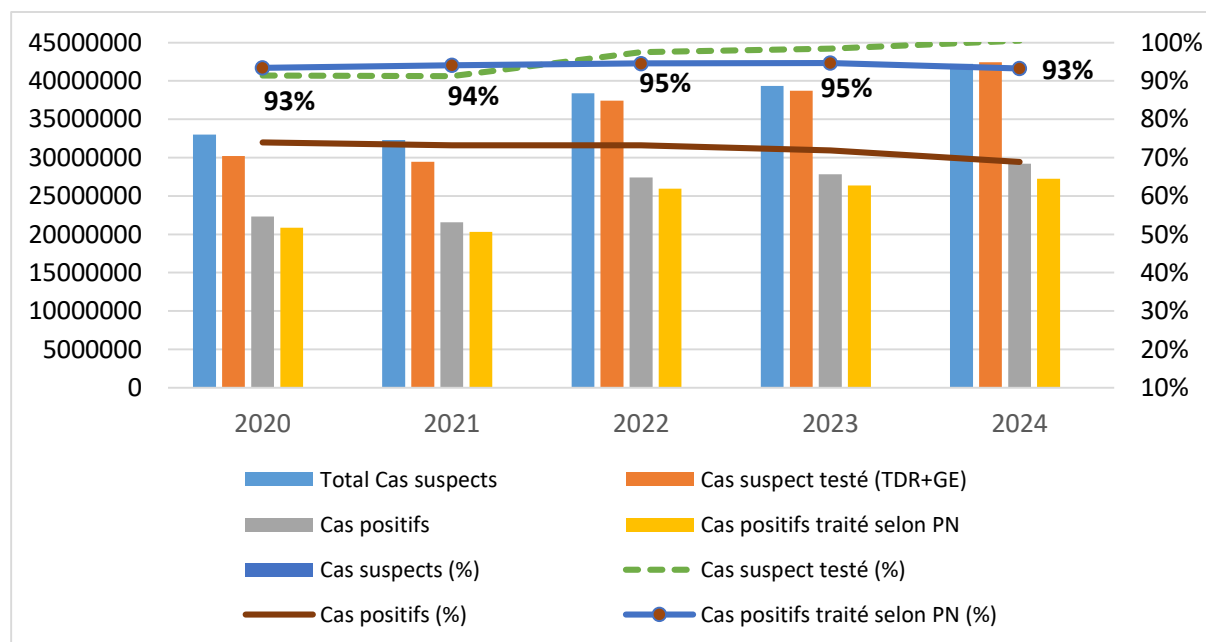


Figure 22 : Tendances effectives de la couverture au niveau national (DHIS2)

Les données de l'EDS 2023-2024 montrent une stabilité relative dans la répartition sectorielle de la recherche de soins par rapport à l'EDS 2013-2014, avec une légère diminution dans les deux secteurs (public : 48,6% → 47,2% ; privé : 46,8% → 45,8%), reflétant probablement l'émergence d'autres acteurs de santé ou une part croissante du secteur informel non capturée dans les enquêtes.

Les indicateurs de performance révèlent des tendances contrastées. Les taux de traitement par ACT restent élevés et stables (91-98% selon les niveaux de soins), témoignant d'une bonne couverture thérapeutique. Cependant, le testing positif diminue significativement, passant de 55% à 45% entre 2020 et 2024. La disponibilité des produits progresse globalement, atteignant 88-95% pour les ACT et l'AI 60mg en 2022, bien qu'une légère dégradation soit observée en 2024. Ces résultats appellent à pérenniser les gains tout en maintenant une vigilance sur la qualité et l'accessibilité des services, tout en soulignant l'importance d'assurer la formation à la gestion de cas de routine, la supervision et la disponibilité de produits de qualité garantie (TDR et CTA) dans les centres de santé et les pharmacies à travers le pays.



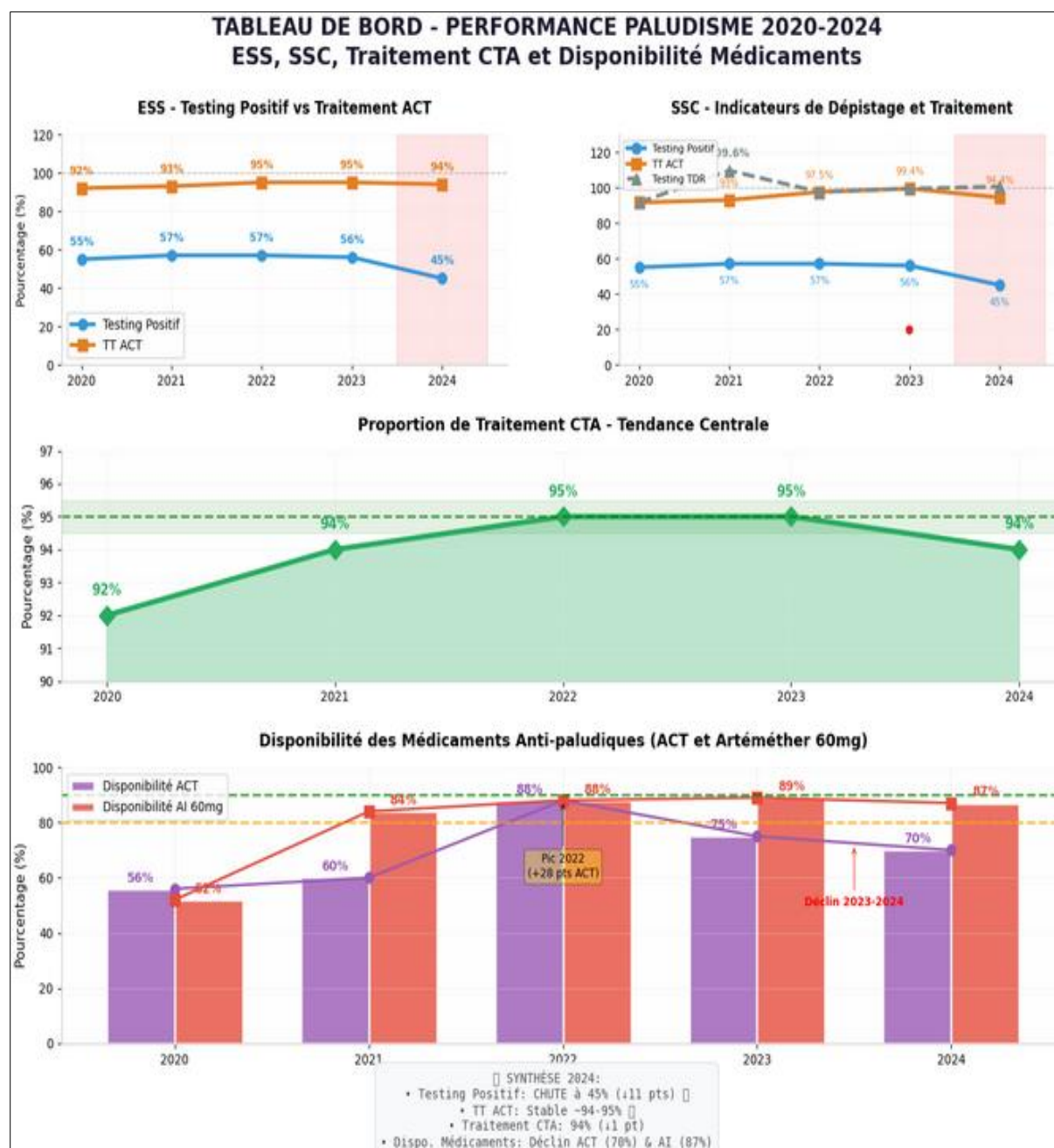


Figure 23 : Évolution de la PEC du paludisme en RDC de 2020 à 2024

3.2.2. Prise en charge au niveau des Sites de Soins Communautaires (SSC)

En seulement deux ans, le gap est passé de zéro en 2023 à plus de 3 000 SSC en 2024, représentant 23,4% de retard sur les objectifs annuels. Cette dérive s'explique par une stagnation quasi-totale des réalisations (+4 SSC en 2024 vs. +1 586 SSC projetés), alors que les cibles annuelles continuaient de croître de +15,4% en moyenne. Projection critique : À ce rythme, l'objectif 2027 de 15 000 SSC nécessiterait un rattrapage de 4 884 SSC en 3 ans (~1 628/an), soit 407 fois le rythme de 2024. Sans réorientation stratégique majeure (augmentation des ressources, levée des contraintes opérationnelles ou ajustement réaliste des cibles), l'écart structurel menace de se creuser davantage, compromettant la couverture sanitaire communautaire en RDC.

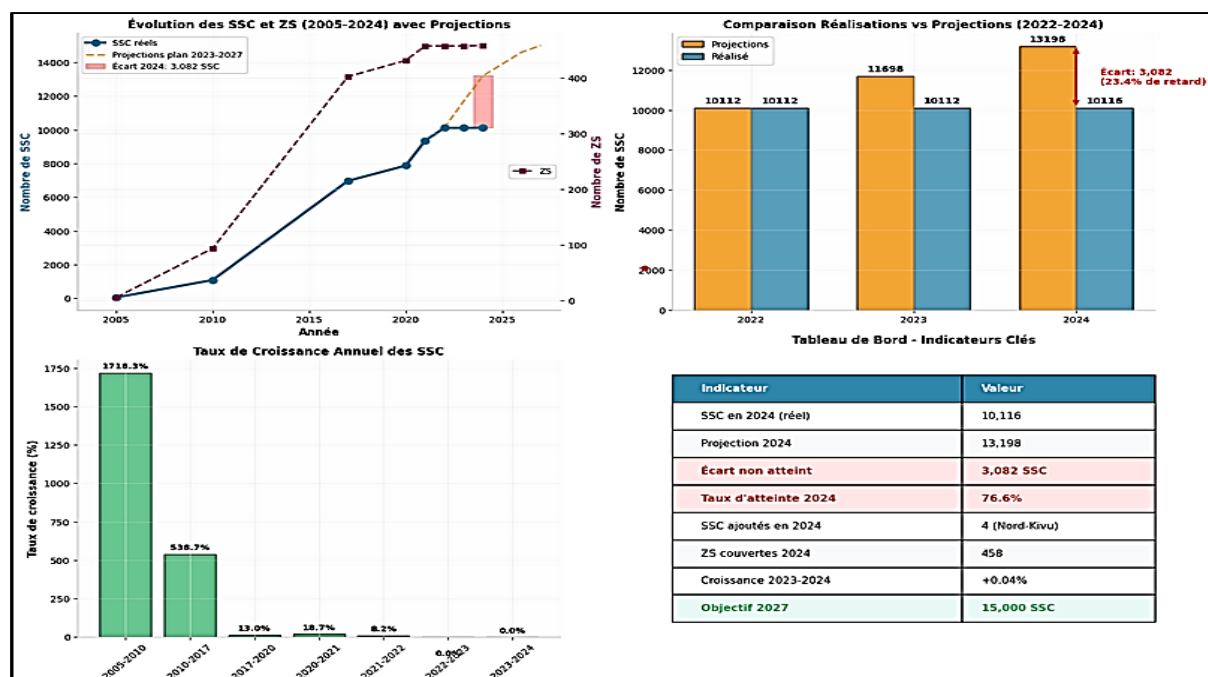


Figure 24 : Analyse de la couverture des Sites de Soins Communautaires en RDC, de 2005 à 2025.

Ce gap critique met en évidence que la majorité de la population, en particulier en milieu rural, ne bénéficie pas d'un accès effectif aux soins communautaires essentiels pour la lutte contre le paludisme. Le déploiement des services de santé de proximité demeure largement insuffisant et n'atteint pas l'échelle nécessaire pour répondre aux besoins des communautés. C'est dans ce cadre que l'objectif 2 du PSN SACO vise à *accroître la couverture des SSC à au moins 50% dans les villages/cellules éligibles (n'ayant pas accès facile aux ESS) d'ici à 2030*. Cette extension des SSC tiendra également compte des nouvelles orientations du pays avec la professionnalisation des acteurs communautaires. En effet la vision de la RDC décrit dans le PSN SACO est d'avoir des agents des santés communautaires (ASC) rémunérés mensuellement (30 à 50 dollars) avec une formation plus solide (14 à 21 jours) et un paquet d'activité plus élargie prenant en compte la reconnaissance de signes de danger pour l'orientation à l'ESS, la prise en charge des cas simples du paludisme, de la diarrhée, de la pneumonie, le dépistage de la malnutrition, l'hypertension artérielle, de la drépanocytose et autres.

Les critères de sélection des ASC, la population couverte, les mécanismes de motivation, le paquet des ASC sont bien décrits dans le PSN SACO 2025-2030. La mise en place de ces ASC se fera progressivement selon le plan de la DGOGSS.

Tableau 4 : Évolution du diagnostic et de la prise en charge du paludisme par les Agents de Santé Communautaires (RECO) en RDC (2020–2024)

Indicateur	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de cas suspects de paludisme testés par un RECO (TDR)	2 162 408	2 108 595	3 166 449	3 434 699	3 400 906
Nombre de cas de paludisme confirmés par un RECO	1 653 173	1 600 758	2 354 709	2 504 829	2 430 562
Taux de positivité des cas testés au niveau communautaire (%)	76,5%	75,9%	74,4%	72,9%	71,5%

Source : SNIS/PNLP RDC (2020–2024). RECO = Relais Communautaires/Agents de Santé Communautaires (ASC). La troisième ligne originale ('% de cas de paludisme déclarés par une ASC sur l'ensemble') représentait en réalité le taux de positivité des TDR communautaires (Cas confirmés / Cas testés = 76,4% à 71,4%). La contribution réelle du niveau communautaire à la charge nationale globale se situe autour de 8,5% à 10% des cas totaux.

Analyse stratégique et implications pour la iCCM (PSN Recadré 2026–2030)

Emprise et montée en puissance de la iCCM (2020–2023) : Le volume de cas suspects testés par les RECO a augmenté de plus de 57% entre 2020 (2,16 millions) et 2023 (3,43 millions), démontrant une extension continue de la couverture géographique des sites de soins communautaires (SSC) dans les zones d'accès difficile.

Clarification de la donnée d'efficacité (Taux de positivité) : La proportion ~71-76% mesurée par le SNIS correspond au taux de positivité biologique des TDR réalisés sur le terrain communautaire. Ce taux élevé confirme une excellente pertinence du tri des cas suspects par les RECO avant le test biologique.

Orientation stratégique pour le PSN 2026–2030 : Afin de désengorger les formations sanitaires et de réduire la mortalité pédiatrique (notamment chez les enfants de moins de 5 ans), le PSN recadré doit pérenniser l'approvisionnement des RECO en TDR, CTA pédiatriques et Artésunate rectale (RAS), tout en renforçant leur intégration formelle dans la chaîne de transmission des données du SNIS.

La baisse du taux de positivité malgré l'augmentation du nombre de tests est un indicateur positif. Cela montre que le dépistage s'étend au-delà des cas évidents, améliorant la détection précoce. Cependant, le fait que 71% des tests soient encore positifs en 2024 indique une endémie persistante élevée nécessitant une vigilance soutenue.

3.3 Surveillance épidémiologique et Riposte

La surveillance épidémiologique du paludisme en République Démocratique du Congo demeure un pilier central pour réduire la charge de la maladie et anticiper les flambées épidémiques. Le Plan Stratégique National 2024-2028 a fixé des objectifs ambitieux, notamment le renforcement de la fonctionnalité des sites sentinelles, l'amélioration de la couverture de la surveillance du parasite, du vecteur et des interventions, ainsi que la disponibilité de données fiables pour guider la prise de décision. Toutefois,



l'évaluation à mi-parcours révèle un contraste marqué entre les avancées techniques et les faiblesses structurelles qui persistent.

Sur le plan des acquis, les rapports issus des sites sentinelles affichent une complétude et une promptitude supérieures aux cibles fixées, dépassant 95 %. Cette performance est attribuable à la disponibilité des outils numériques tels que DHIS2, IDS et Ewars, ainsi qu'à l'appui constant des partenaires techniques et financiers. La production régulière de bulletins épidémiologiques hebdomadaires contribue à renforcer la visibilité des tendances et à améliorer la circulation de l'information. Par ailleurs, certaines activités entomologiques, notamment la bionomie des vecteurs du paludisme, les tests de résistance et l'évaluation de la durabilité des moustiquaires imprégnées, ont été menées avec succès. Enfin, bien que limitée, la surveillance communautaire a démontré une capacité de notification et de digitalisation dans certaines zones de santé.

Cependant, plusieurs défis majeurs compromettent l'efficacité globale du système. Le faible taux d'investigation et de riposte rapide aux épidémies reste préoccupant : moins de 10 % des flambées ont été investiguées ou ripostées dans les 15 jours, principalement en raison de l'absence de fonds d'urgence et du chevauchement institutionnel entre le PNLP, la DSE et l'INSP (COUSP). Les formations et supervisions des sites sentinelles sont quasi inexistantes, fragilisant la qualité des données collectées. La surveillance transfrontalière demeure embryonnaire, sans mécanismes formalisés avec les pays voisins, tandis que les données climatologiques et géo spatiales, l'insuffisance des informations entomologiques, pourtant essentielles pour anticiper les risques, sont encore peu exploitées. Enfin, le financement reste extrêmement limité : seulement 2,6 % du budget prévu pour la surveillance a été décaissé, ce qui réduit considérablement la mise en œuvre des activités planifiées.

Malgré ces contraintes, des opportunités existent. L'alignement du PSN avec la stratégie mondiale de l'OMS 2016-2030 et le PNDS 2024-2033 offre un cadre solide pour renforcer la surveillance. La digitalisation croissante des outils de collecte et d'analyse des données améliore la qualité et la rapidité du rapportage, la disponibilité des données entomologiques oriente le choix et la qualité des outils pour la LAV. Les partenaires techniques et financiers, tels que le Fonds Mondial, PMI, OMS, PATH et SANRU, demeurent engagés pour soutenir l'innovation et l'extension des activités. L'intégration progressive des données entomologiques et climatologiques ouvre également la voie à une planification plus anticipative et adaptée aux réalités locales.

Néanmoins, des menaces persistent. L'insécurité dans l'Est et certaines zones de l'Ouest perturbe la collecte des données et la continuité des services. La résistance croissante des vecteurs aux insecticides et des parasites aux médicaments complique la lutte antivectorielle. Les ruptures fréquentes d'intrants antipaludiques fragilisent la riposte, tandis que la dépendance financière vis-à-vis des bailleurs expose le système à des interruptions brutales en cas de gel ou de réduction des financements. Enfin, le changement climatique accentue les risques de transmission et rend la surveillance plus complexe.

En somme, la surveillance épidémiologique du paludisme en RDC se révèle performante sur le plan technique, notamment en matière de complétude, de promptitude et de digitalisation des données, mais demeure fragile sur les plans opérationnel et financier. Les questions stratégiques identifiées – faible riposte aux épidémies, surveillance sentinelle peu fonctionnelle, faible fréquence de suivi entomologique

et climatologique, directives non validées – traduisent un besoin urgent de financement sécurisé et de renforcement des capacités humaines pour garantir une surveillance efficace et durable.

3.4 Suivi-Évaluation et Recherche opérationnelle

L'analyse situationnelle système de Suivi et Évaluation (S&E) du Programme National de Lutte contre le Paludisme en RDC révèle un système produisant une performance de rapportage avec 99% de complétude et 95% de promptitude, sans amélioration de résultats programmatique pertinente.

3.4.1. Le paradoxe de la performance technique

Le bilan affiche des succès pour quelques indicateurs : notamment la proportion des enfants de moins de cinq ans testés lors de fièvres est passé de 22,3% à 95%, avec une progression significative de l'utilisation des moustiquaires chez les femmes enceintes 52% à 73% (MICS 2017-2018 et EDS 2023 à 2024). Ces indicateurs relèvent une infrastructure opérationnelle fonctionnelle et des capacités de déploiement réelles.

En dépit des progrès enregistrés en note une de la couverture du troisième traitement préventif intermittent de 43% à 22% (Entre MICS 2017-2018 & EDS 2023-2024) constitue un signal d'alerte majeur resté sans réponse programmatique. Cette chute de plus de 50% illustre l'absence de mécanismes de veille stratégique capables de détecter et réagir aux dérives opérationnelles. Parallèlement, l'introduction historique de la vaccination antipaludique, pourtant porteuse d'un potentiel de réduction de 13% de la mortalité infantile, se prépare sans plan de S&E budgétisé ni adaptation du système d'information, créant un risque considérable de déploiement aveugle (OMS, 2026 – RTS21).

3.4.2. La faible utilisation des données

L'abondance informationnelle coexiste avec une pauvreté d'action frappante. Sur dix provinces prioritaires dans le cadre de l'approche High Burden to High Impact, seulement sept ont effectivement bénéficié de paquets d'interventions renforcés. Les outils de visualisation peinent à se déployer : 12% de couverture pour les tableaux de bord spécifiques, 19% pour les cartes de score malaria. Cette sous-utilisation révèle une chaîne de valeur brisée entre production et décision.

Les déterminants structurels de cette inefficacité incluent une stratification inachevée des interventions, un Système de Notification des zones non opérationnel, des liens fragiles avec la recherche, et une déperdition des personnels formés en capacités analytiques. L'autonomie des niveaux périphériques reste limitée, tandis que l'implication communautaire dans la définition des priorités demeure marginale.

La mobilisation des ressources du financement de la santé en RDC est caractérisée par les principales sources à savoir : (i) les ménages (43%), DCS en 2023), (ii) les bailleurs bilatéraux et multilatéraux (38%) et le gouvernement (16%).

3.4.3. La faible qualité des données

Au-delà du volume, la qualité intrinsèque apparaît comme le talon d'Achille. Les taux élevés de rapportage créent une illusion de performance masquant des problèmes profonds. Une surévaluation systématique de 14% des réalisations par rapport aux objectifs suggère des biais de collecte ou de saisie. La concordance entre données terrain et DHIS2 standard fixé à 80% n'a pas pu être évaluée faute de mécanismes de vérification, créant une opacité dangereuse pour le pilotage.

Les doublons de comptage persistent entre tests de diagnostic rapide et gouttes épaisses, conduisant à une surévaluation des cas suspects testés dépassant 88% en 2025. Le suivi des patients reste très insuffisant, moins de 30%(EDS 2023-2024) et l'absence totale de traçabilité des cas graves prive le système d'informations cruciales sur la mortalité hospitalière. Les causes incluent la tenue irrégulière des registres, les incohérences entre sources documentaires, les capacités analytiques faibles au niveau déconcentré, et le turnover élevé du personnel formé.

3.4.4. L'introduction des nouvelles interventions : un risque systémique

Les innovations stratégiques s'insèrent dans un environnement de S&E inadapté. La vaccination antipaludique se déploie sans plan budgétisé, sans configuration DHIS2 adaptée, avec une pharmacovigilance structurellement insuffisante. La chimioprévention saisonnière rencontre des difficultés similaires : système non configuré pour quatre cycles annuels, plan de S&E non finalisé. Pour la distribution routine de moustiquaires, les données sont carrément indisponibles, créant un trou noir informationnel majeur. Ces lacunes trouvent leur origine dans l'absence de plans de S&E budgétisés pour les nouvelles interventions, la non-intégration systématique dans DHIS2, l'absence d'indicateurs de processus standardisés, et une pharmacovigilance inadéquate. L'analyse de la recherche opérationnelle (sur la lutte contre le paludisme pour la période 2024-2025 révèle un tournant stratégique majeur : le passage d'une approche standardisée à une stratégie de précision guidée par les données pour contrer la stagnation des progrès mondiaux. La recherche actuelle se concentre sur des axes critiques pour surmonter les obstacles biologiques et environnementaux

- **Stratification infranationale** : Utilisation de la recherche opérationnelle pour adapter les interventions de lutte anti vectorielles et des interventions spécifiques (MII, chimio prévention : CPP, SMC, VAP/R21 TPI-g...) selon les données spécifiques de chaque zone de santé plutôt que d'appliquer une stratégie uniforme.
- **Renforcement du système de surveillance** : Transformation des systèmes d'information sanitaire en outils de riposte pour détecter les flambées épidémiques précocement.

La lutte contre le paludisme souffre des ruptures de stock des médicaments et d'une forte dépendance à l'aide extérieure compliquant la pérennité des actions.

3.5 Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC)

3.5.1. Etat des lieux et acquis stratégiques

Le PNLP dispose d'un socle institutionnel établi à travers sa Stratégie Nationale de Communication et ses instances de coordination, notamment le Groupe de Travail Communication (GTC) qui assure la concertation entre le PNLP, le Programme National de Communication pour la Promotion de la Santé (PNCPS), les directions clés du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance sociale (PEV, PRONANUT, DGOSS) et les partenaires d'appui.

L'engagement politique en faveur de l'élimination du paludisme est réel, comme en témoigne la forte mobilisation sociale ainsi que le plaidoyer, notamment : auprès des APA, des Cellules d'Animation Communautaire (CAC), des leaders religieux, des médias, des Relais Communautaires (RECO) et OAC.

Historiquement focalisée sur les moustiquaires, la CCSC a su élargir son champ d'action pour accompagner les avancées cliniques et préventives du programme :

- **Diagnostic et prise en charge (PEC) de routine** : L'utilisation intensive de la communication interpersonnelle (CIP) par les prestataires dans les Établissements de Soins de Santé (ESS) et par les RECO dans les Sites de Soins Communautaires (SSC) a permis d'atteindre des niveaux d'excellence remarquables, notamment un **taux de testing** supérieur à 95% (TDR/microscopie) et un taux de traitement conforme aux directives nationales de 94% à 95% (administration d'ACT de qualité).
 - **Prévention intégrée et chimioprophylaxie** : Au-delà du succès opérationnel des campagnes de distribution de masse des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) via l'approche « dénombrement couplé à la distribution » et les canaux scolaires, la communication a soutenu l'adoption du traitement préventif intermittent chez la femme enceinte (TPIg au Sulfadoxine-Pyriméthamine) en CPN. De plus, les phases pilotes de la chimioprophylaxie du paludisme saisonnier (SMC), de la chimioprévention du paludisme pérenne (CPP au Kongo Central) et du TPIg communautaire (TPIg-c) ont démontré l'efficacité de la mobilisation de proximité pour garantir l'acceptabilité de ces schémas multi-doses par les familles.
 - **Canaux et outils diversifiés** : Ces réussites reposent sur un mix stratégique éprouvé combinant la communication de masse (radios communautaires, télévisions locales), la communication de proximité (causeries éducatives, visites à domicile, tribunes d'expression populaire), les outils d'écoute active (téléphone communautaire, boîtes à images) et les mobilisations scolaires.
- 1) L'introduction, l'acceptation et rétention des nouvelles interventions de chimioprévention de chimioprévention et vaccination antipaludique (CPP, SMC, TPIg-c) chez les enfants de moins de 5 ans.
 - **Mobilisation politique et communautaire de haut niveau** impliquant les leaders d'opinion, chefs coutumiers et responsables religieux pour l'introduction et la rétention du vaccin chez les enfants de 6 à 23 mois, afin de réduire les taux d'abandon entre la première dose (VAP1) et la dose de rappel (VAP4) à 15 mois.
 - **Communication ciblée, simplifiée et transparente** sur la CPP et la SMC pour expliquer aux parents l'importance de donner des médicaments préventifs à un enfant sain, en levant les craintes liées aux effets secondaires mineurs et en insistant sur la gratuité totale de ces interventions.
 - 2) Le renforcement des capacités, mise à jour et stabilisation des outils des prestataires : Stabilisation du personnel formé à travers un mécanisme d'évaluation de la performance de communication interpersonnelle (CIP) au niveau des ESS et des SSC,
 - Mise à jour, harmonisation et numérisation des outils de formation (adaptation des cartes-conseils pour les ASC, guides de CIP, plans de formation locaux, guides du facilitateur communautaire).

- Briefing systématique des RECO/ASC sur la gestion de l'expérience patient et la communication empathique, afin de restaurer la confiance des communautés dans le système de santé public de premier échelon et d'encourager la fréquentation des structures de soins.
- 3) L'implication dynamique du secteur privé selon l'approche PPP :
- Relance du marketing social des produits de qualité garantie (TDR et ACT conformes aux directives du PNLP) dans les officines pharmaceutiques, dépôts de médicaments et établissements de soins privés à but lucratif, pour décourager l'utilisation de monothérapies ou de molécules interdites.
 - Engagement des grandes entreprises nationales et provinciales (mines, télécoms, cimenteries) pour intégrer la lutte contre le paludisme dans leurs programmes de Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE), en cofinçant des activités de CCSC de proximité, des séances de PID (Pulvérisation Intra-domiciliaire) ou l'assainissement des zones d'influence logistique et minière.

3.6 Gestion du programme

À mi-parcours, la gestion du programme a permis certaines avancées, notamment dans la mise en œuvre des activités planifiées, malgré les contraintes budgétaires. Sur les 57 activités planifiées durant ces deux années, 24 ont été totalement réalisées et 10 partiellement réalisées, soit un taux de réalisation de 59,6%.

Partant des indicateurs fixés, l'évaluation des résultats attendus planifiés nous a montré les réalisations mitigées, selon les différents domaines de la gestion du programme. Les résultats de cette mise en œuvre avec les performances réalisées sont présentés en deux catégories : les principaux défis identifiés par domaine de la gestion du programme et les questions de coordination et du partenariat.

3.6.1. Analyse des principaux défis

3.6.1.1. Gouvernance et leadership

Le PSN 2024-2028 prévoit un renforcement de la gouvernance et du leadership du programme à tous les niveaux. Cependant, à mi-parcours, il se dégage qu'il y a eu un faible renforcement de la gestion de programme. En effet, ce pilier a été affecté de manière significative par la réduction des financements extérieurs qui s'est traduite par un ralentissement ou même un arrêt de certaines activités. La diminution des ressources a limité le fonctionnement régulier des cadres formels de gouvernance, comme les revues programmatiques, les réunions de coordination stratégique, ainsi que les supervisions conjointes, ce qui a affaibli la capacité de pilotage stratégique du programme.

Par ailleurs, l'insécurité persistante dans certaines provinces a restreint la présence effective du leadership programmatique sur le terrain. La gouvernance du programme est ainsi apparue comme étant réactive plutôt que stratégique, face aux arbitrages budgétaires et aux contraintes liées au report ou à la suppression de plusieurs activités, mais aussi au manque de stabilité du cadre de travail, avec l'absence d'un siège et des bureaux.

3.6.1.2. Gestion des Ressources humaines

De l'analyse des effectifs du personnel du niveau central, il ressort que 114 agents sont en place pour un organigramme prévu de 60 postes, traduisant un effectif pléthorique et des chevauchements de responsabilités. La motivation du personnel est faible en raison d'un accès limité aux salaires et primes.

En effet, sur l'effectif du niveau central, 51 agents sont non mécanisés aux salaires et 24 sont non alignés à la prime de risque. En plus, seuls 27 agents (23,7%) reçoivent la prime de performance du Fond Mondial, ce qui démotive le reste du personnel qui n'est pas aligné à cette prime. Le tableau ci-dessous, présente les détails sur les effectifs du personnel au niveau central.

Tableau 5 : Ressources humaines du niveau central du PNLP

N°	Catégories	Nombre/Sexe			Statuts		Rémunérations			
		Nbr e	M	F	Matriculés	N.U.	Salariés	Primés	Non-salariés	Non-primés
1	Médecins	48	30	18	48	0	25	42	23	6
2	Pro-Santé AG	8	6	2	8	0	6	7	2	1
3	Pharmaciens	2	1	1	2	0	1	2	1	0
4	Infirmiers (ères)	10	1	9	10	0	4	6	6	4
5	Biologistes médicaux	5	2	3	5	0	3	4	2	1
6	Techniciens de Laboratoire	1	1	0	1	0	1	1	0	0
7	Techniciens d'Assainissement	1	1	0	1	0	1	1	0	0
8	Administratifs	39	25	14	34	5	22	27	17	12
TOTAL GENERAL		114	67	47	109	5	63	90	51	24

Source : Rapport annuel du PNLP 2025.

Au niveau provincial, 245 agents sont recensés et la grande majorité a un numéro matricule (215/245 agents). Cependant, seuls 120 agents (49%) perçoivent le salaire de l'Etat. Un total de 57 agents ne recevait pas la prime de risque, soit 23%. Les détails sur les effectifs des agents au niveau provincial sont repris dans le tableau ci-dessous. Il faut noter que sur un total de 245 agents du niveau provincial, seuls 33 agents reçoivent la prime de performance du Fond Mondial soit 12,9%, ce qui démotive les agents non alignés à cette prime.

Tableau 6 : Ressources humaines du programme dans les 26 provinces

N°	Catégories	Nombre/Sexe			Statuts		Rémunérations			
		Nbr e	M	F	Matriculés	N.U.	Salariés	Primés	Non-salariés	Non-primés
1	Médecins	71	60	11	68	2	41	66	30	6
2	Pro-Santé AG	24	16	8	21	3	11	14	13	10
3	Pharmaciens	1	0	1	1	0	0	1	1	0
4	Infirmiers (ères)	83	51	32	76	7	48	62	33	21
5	Biologistes médicaux	3	2	1	2	1	2	2	1	1
6	Techniciens de Laboratoire	6	3	3	5	1	2	5	4	0
7	Techniciens d'Assainissement	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Administratifs	57	40	17	42	11	16	36	39	19
TOTAL GENERAL		245	172	73	215	25	120	186	121	57

Source : Rapport annuel du PNLP 2025

En matière de renforcement des capacités, des progrès ont été observés, notamment en management des Soins de Santé Primaires où 147 cadres ont été formés en 2025. Pour les autres formations, il faut noter que pour la paludologie, 31 cadres ont été formés en 2024, en leadership, 9 cadres ont été formés en 2024 et 11 autres en 2025. Pour l'analyse des données avec le logiciel R, 11 cadres ont été formés en 2025. Les besoins de formation exprimés et identifiés sont nombreux et ne pourraient être couverts dans les prochaines années qu'avec des ressources sécurisées.

3.6.1.3. Gestion des Ressources financières

Les estimations des besoins totaux pour le PSN 2024 – 2028 s'élevaient à USD 2 494 255 851 dollars américains. Face à ces besoins, les ressources prévisionnelles planifiées étaient de USD 1 376 768 844, laissant apparaître un gap global de USD 1 117 487 007. Dans ce schéma, il faut déjà souligner que la contribution de l'Etat était déjà relativement faible, avec un total cumulé de USD 19 250 000.

La contribution la plus importante était attendue des partenaires du programme, principalement des fonds attendus de l'AMF, du Fonds Mondial, du PMI / USAID, de GAVI et d'autres partenaires. La difficulté de retracer les fonds disponibles et les dépenses engagés limitent les analyses financières effectuées. Néanmoins, des quelques informations reçues, il se dégage que la ventilation des financements du PNLP présente des situations variées selon les sources de financement.

Les financements publics se distinguent par une exécution complète, avec 100 % pour les salaires et primes sur les deux années, avec des engagements tenus pour l'achat de médicaments et autres intrants, traduisant un effort accru de l'État. Dans le cadre de la couverture santé universelle (CSU), la lutte contre le paludisme bénéficiera des financements liés à l'amélioration des capacités des ESS, notamment avec la dotation des matériels et équipements médicaux.

Parmi les partenaires extérieurs, les contributions du Fonds Mondial via CAGF et SANRU sont les plus importantes, avec une progression des taux de décaissement entre 2024 et 2025, respectivement de 39 % (4,2 / 10,7 millions USD) à 67 % (5,5 / 8 millions USD) pour la CAGF et de 25 % (41,6 / 162,4 millions USD) à 68 % (78,7 / 115,3 millions USD) pour SANRU, bien que les montants restent en deçà des prévisions initiales. Le PMI/USAID affiche une bonne performance en 2024 avec 92 % de décaissement (46,1 / 50 millions USD). Il faut noter l'arrêt des financements dès 2025. La BMGF a maintenu un taux d'exécution optimal de 100 % avec 408,7 mille USD en 2024 et 621,8 mille USD en 2025. D'autres partenaires ont également contribué au financement du programme avec des ressources limitées. Des écarts importants subsistent entre les fonds attendus et effectivement mobilisés, surtout du côté des financements extérieurs.

Une ventilation des financements planifiés, mobilisés, reçus et dépensés par domaine d'intervention est présentée dans le tableau ci-dessous :

Tableau 7 : Ventilation des fonds attendus pour le PNLP par interventions

Interventions/ Modules	Montant prévu 2024 (USD)	Montant mobilisé 2024 (USD)	Taux de décaissement 2024	Montant dépensé 2024 (USD)	Taux d'absorption 2024 (%)	Montant prévu 2025 (USD)	Montant mobilisé 2025 (USD)	Taux de décaissement 2025	Montant dépensé 2025 (USD)	Taux d'absorption 2025 (%)
Diagnostic et traitement	160 435 338	54 183 101	34	63 484 183	117	163 856 282	43 623 202	27	35 936 766	82
Gestion & Planification	24 421 301	11 825 660	48	11 882 196	100	20 903 349	7 287 941	35	5 005 905	69
Interventions spécifiques	59 602 024	7 193 757	12	6 630 292	92	60 961 833	5 985 815	10	3 520 587	59
Lutte antivectorielle	216 117 728	49 132 450	23	40 419 072	82	174 874 168	78 177 793	45	48 688 098	62

Suivi & Évaluation	44 127 482	1 439 903	3	1 558 451	108	8 120 270	1 881 287	23	1 303 334	69
Surveillance	24 565 421	7 290 285	30	6 823 549	94	18 064 824	769 394	4	882 561	115
Total	529 269 294	131 065 155	25	130 797 743	99	446 780 726	137 725 432	31	95 337 251	76

Source : Rapport annuel du PNLP 2024 et 2025

Pour l'année 2024, les prévisions de financement du PSN étaient de 409 129 868\$. Ce chiffre a été réduit à 231 685 544,35\$ suivant le tableau de ventilation des fonds attendus pour le PNLP (Tableau 5). Les fonds décaissés représentent 101 400 193 \$ pour les sources renseignées soit 43% et le GAP du financement s'élevait à 57%. Ce gap qui avoisine le 2/3 des prévisions auraient impacté la mise en œuvre des activités prévues.

En 2025, on a noté une réduction drastique des financements des principaux bailleurs notamment à cause de l'interruption du financement du Gouvernement américain (PMI/USAID) ainsi que la réduction des allocations du Fonds mondial. Les prévisions du financement du PSN étaient de 324 739 754 \$ et ce chiffre a été réduit à 131 657 179, 89\$ selon le tableau de ventilation des fonds attendus pour le PNLP (Tableau 5). Les fonds décaissés représentent 96 007 164,84\$ soit 72%.

3.6.1.4. Gestion des Ressources matérielles

Le problème du manque de siège permettant un cadre de travail adéquat persiste. Cette situation fait que les services sont dispersés à travers la ville et ont des localisations temporaires, ce qui impacte négativement la performance du programme. Le financement du Fonds Mondial qui prévoyait la réhabilitation du bâtiment du PNLP a été annulé à la suite de la réduction des financements.

3.6.1.5. Mobilisation des ressources

La mobilisation des ressources constitue un des piliers le plus fortement affecté à mi-parcours. Le programme demeure largement dépendant des financements extérieurs, alors que la contribution des ressources domestiques reste un défi. La réduction ou le retrait de certains bailleurs a creusé l'écart entre les besoins financiers exprimés dans le PSN et les ressources effectivement disponibles.

En ce qui concerne les ressources locales, la cible pour la mobilisation des ressources locale était de 17,42% en 2024 et 19,42% en 2025 par rapport aux ressources financières totales de lutte contre le paludisme. Le Niveau de mobilisation des ressources locales a été peu renseigné. Cependant, le financement des rémunérations ne représente que 2% du budget global du programme en 2024.

Cette situation a fragilisé la planification pluriannuelle, réduit la prévisibilité financière et exposé le programme à une forte vulnérabilité face aux chocs externes, compromettant ainsi l'effectivité des interventions.

Le cofinancement pour le FM (fonds de contrepartie ou fonds catalytiques) dans la lutte anti paludique était prévu à hauteur de 5% par année, pendant que les fonds du co-financement de la lutte contre le paludisme sont beaucoup plus élevés. Dans l'exécution, les chiffres communiqués par les Comptes Nationaux de Santé rapportent deux paiements à la FEDECAM respectivement de 4,7 millions USD pour 2024 et 7,2 millions USD pour 2025, enregistré pour le compte de fonds de contrepartie. Il n'existe pas

encore de mobilisation des ressources domestiques connue au niveau des partenaires locaux dont ceux du secteur privé (ex FEC, des miniers, des exploitants forestiers, des pétroliers, etc.).

3.6.1.6. Prise de décision fondée sur des évidences

La prise de décision fondée sur des données probantes a été affectée par la réduction des financements alloués aux activités de suivi, de surveillance et de recherche opérationnelle. Certaines études clés et évaluations programmatiques n'ont pas été réalisées selon la périodicité prévue et ne sont pas répertoriées au niveau du Programme. En outre, l'insécurité a limité la disponibilité et la représentativité des données dans certaines zones, réduisant la capacité du programme à ajuster ses stratégies sur la base d'évidences complètes et fiables.

3.6.2. Coordination et partenariat

3.6.2.1. Coordination des structures de mise en œuvre

La coordination des interventions, bien que formellement organisée, a été affaiblie par le manque d'alignement des multiples acteurs intervenant dans les contextes humanitaires. Dans certaines zones, la réponse au paludisme s'est inscrite davantage dans une logique d'urgence que dans une approche programmatique intégrée. Dans la mise en œuvre des activités programmatiques par les structures coordonnées par la direction du programme, il existe des mécanismes comme : la réunion SNT-COOP, la réunion du comité Elargi, la réunion CNT

Au-delà de la coordination, Il existe un cadre de concertation avec les différents intervenants dans la LAP tel que : La Task force FRP présidée par la DGLM, la réunion quadripartite regroupant le PNLP, FM, US Gouv et autres, la réunion des humanitaires.

Dans leur fonctionnement, ces mécanismes ne répondent pas de manière optimale aux attentes malgré la fréquence des réunions de concertation tenues (les réunions quadripartites PNLP, FM, US Gouv et autres soit 10/12 en 2024 et 11/12 en 2025)

La redevabilité du programme vis-à-vis de toutes les parties prenantes est assurée par la tenue des revues et la diffusion des rapports annuels par le Secrétaire Général à travers une distribution électronique et en physique, avec ampliation aux provinces.

Dans le domaine de la gestion des approvisionnements en médicaments et intrants, le processus de quantification n'a pas tenu compte des besoins exprimés à la base. L'approbation des commandes des médicaments spécifiques et autres intrants pour la lutte contre le paludisme par la direction ne concernait que les 9 DPS d'appui PMI pour l'année 2024. En 2025, elle a concerné toutes les 26 DPS y compris les DPS d'appui Fonds mondial. L'absence d'approbation par le Programme avait entraîné des cas de non-conformité aux normes et directives nationales du pays. Par ailleurs, concernant l'achat des médicaments antipaludiques, le gouvernement ne prend en charge que les Artésunate injectables.

3.6.2.2. Coopération avec les partenaires.

- **Partenaires locaux**

Le PNLP entretient une collaboration étroite avec les institutions nationales notamment les autres ministères sectoriels, les provinces et les organisations à assises communautaires. Ce partenariat permet d'assurer l'appropriation locale des interventions, la mobilisation communautaire et l'intégration des

activités de lutte contre le paludisme dans les plans de développement sanitaire. Les institutions locales jouent un rôle clé dans la mise en œuvre des campagnes de sensibilisation, la distribution des moustiquaires imprégnées et le suivi des indicateurs au niveau communautaire. Cette synergie garantit que les actions du PNLP répondent aux réalités et aux besoins spécifiques des populations congolaises.

- **Partenaires techniques et financiers et les bailleurs**

Le PNLP bénéficie du soutien technique et financier des partenaires internationaux tels que l'OMS, le Fonds mondial, BMGF, USAID, PMI et d'autres agences de coopération bilatérale et multilatérale. Ces partenariats renforcent la capacité du programme à déployer des interventions à grande échelle, à assurer l'approvisionnement en médicaments et en intrants stratégiques, et à maintenir une veille scientifique sur les meilleures pratiques mondiales. Les institutions étrangères apportent également un appui dans le renforcement des capacités du personnel de santé, la formation continue et l'amélioration des systèmes de gestion et de suivi-évaluation.

- **Partenariat avec les institutions de recherche**

Le PNLP collabore avec des universités (Unikin, ESPK/UNIKIN, Unilu, Unikis, Université de Bukavu, université de Caroline du Nord, UCLA...) et centres de recherche nationaux (INRB, Centre National de Pharmacovigilance, Unité de Pharmacologie clinique et pharmacovigilance) et internationaux afin de générer des données probantes sur l'épidémiologie du paludisme en RDC. De cette collaboration sont sorties des résultats comme la redynamisation des sites sentinelles.

Ces partenariats permettent de documenter l'efficacité des interventions, d'évaluer la résistance des parasites et des vecteurs, et de développer des innovations adaptées au contexte congolais. Les résultats issus de la recherche orientent les politiques nationales et garantissent que les stratégies mises en œuvre reposent sur une base scientifique solide. En 2024, on peut compter plusieurs publications scientifiques sur le paludisme en RDC.

3.6.2.3. Approche multisectorielle

L'approche multisectorielle, pourtant inscrite dans le PSN, reste faiblement opérationnalisée à mi-parcours. Les contraintes financières et le manque de dynamisme ont limité la mise en place de cadres structurés de collaboration avec les secteurs connexes (environnement, assainissement, éducation, affaires sociales...) réduisant la prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux du paludisme. Cette faiblesse représente une opportunité manquée pour le renforcement de la synergie et de l'impact des interventions.

Dans l'ensemble, il faut retenir que l'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du Plan Stratégique National (PSN 2024-2028) dans sa composante « Gestion du Programme » met en évidence une performance mitigée caractérisée par des avancées réelles mais insuffisantes pour garantir l'atteinte optimale des objectifs stratégiques.

La réduction drastique des financements en 2025, notamment suite à l'interruption de certains appuis extérieurs, a accentué la vulnérabilité du programme et mis en évidence la forte dépendance aux partenaires techniques et financiers.





4. APPROCHES STRATEGIQUES

La définition de la stratégie est basée sur les priorités identifiées dans l'analyse de la situation. La vision et les axes stratégiques restent les mêmes, mais la formulation et les cibles des objectifs sont ajustées pour les adapter au contexte actuel.

4.1 Orientations stratégiques

4.1.1. Vision

Faire de la République Démocratique du Congo un « pays sans paludisme ».

4.1.2. Mission

L'organisation de la lutte contre le paludisme en RDC est assurée par le PNLP qui a été créé par l'Arrêté Ministériel N° 1250/CAB/MIN/SP/008/1998 du 22/07/1998. Sa mission est « d'élaborer et faire appliquer des stratégies garantissant à tous les habitants de la RDC, l'accès à des interventions efficaces de lutte contre le paludisme, à un coût abordable et réduire ainsi les pertes socio-économiques attribuables à cette endémie ».

4.1.3. Principes directeurs

Pour guider et accompagner la mise en œuvre de ce plan stratégique recadré, les principes directeurs ont été regroupés en cinq points essentiels :

- Appropriation et Leadership

Il est essentiel que le processus d'élaboration et de mise en œuvre du PSN soit dirigé par les autorités nationales. Cela garantira que ce plan est aligné au PNDS-PS. Le PSN devrait également s'aligner autant que possible sur les cycles nationaux de planification et de financement.

- Partenariat coordonné et inclusif

La lutte contre le paludisme et son élimination sont dirigées par le PNLP et est soutenue par des nombreux acteurs et partenaires à différents niveaux du système de santé. Des actions conjointes et harmonisées par tous les partenaires en appui à ce PSN aideront à garantir que les efforts et l'utilisation des ressources correspondantes soit aussi efficace et efficient que possible, réduire le double emploi et soutenir le principe de « Trois Un ». Dans le contexte du principe d'approche multisectorielle, il est essentiel de mobiliser et d'impliquer les différents acteurs et partenaires du paludisme pour une mobilisation adéquate selon leurs avantages comparatifs garantissant une meilleure coordination, harmonisation et alignement.

- Redevabilité et responsabilisation

La mise en œuvre du PSN est placée sous la responsabilité du PNLP qui est redevable vis-à-vis du ministère de la santé, des partenaires et de la population. Cette responsabilité doit conduire le PNLP à fédérer les engagements spécifiques de toutes les parties prenantes jusqu'aux bénéficiaires afin de conduire vers l'élimination du paludisme.



- Gestion fondée sur des données factuelles et axée sur les résultats

Ce plan stratégique doit permettre une utilisation optimale et efficace des ressources, tout en garantissant une action rapide et un circuit de rétroaction solide afin de garantir une gestion axée sur les résultats.

Pour être techniquement solide, la mise en œuvre des activités de ce plan doit générer des données probantes, en tenant compte de l'épidémiologie et de la stratification du paludisme dans le pays. Elle doit être adaptée au contexte du pays et alignée aux recommandations de l'OMS pour l'élimination du paludisme.

Pour être réalisable, la mise en œuvre du PSN doit s'appuyer sur les capacités du système de santé du pays et les compétences des prestataires, en prenant en compte la pertinence et l'acceptabilité des interventions de prévention et de prise en charge des cas par la population.

- Inclusion socio-économique et équité

Les populations pauvres, vulnérables, difficiles à atteindre, les déplacés ou les migrants affectés par le paludisme doivent prioritairement bénéficier des interventions les plus efficaces pour une évolution vers la couverture santé universelle. Le principe de l'équité s'appliquera aussi entre les zones rurales et les zones urbaines. L'accès gratuit aux services doit être garanti par les ressources déjà disponibles et par des mécanismes de financement innovants.

4.1.4. Objectifs généraux

Les objectifs généraux sont formulés pour avoir un impact épidémiologique à l'échéance :

- Réduire le taux de mortalité lié au paludisme dans la population générale de 17 décès pour 100 000 habitants en 2024 à 10 décès pour 100 000 habitants d'ici décembre 2030.
- Réduire l'incidence du paludisme dans la population générale de 227 cas pour 1000 habitants en 2024 à 114 cas pour 1000 habitants d'ici décembre 2030.
- Réduire la prévalence du paludisme chez les enfants âgés de 5 à 59 mois de 33% en 2024 à 17% d'ici décembre 2030.

4.2 Axes stratégiques

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme (PSN) est articulé autour de six axes stratégiques qui définissent les principaux domaines de travail à activer et à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés :

- 1) Amélioration et optimisation de la prévention, y compris l'intensification des interventions spécifiques (TPI, CPP, SMC et VAP)
- 2) Renforcement de la prise en charge
- 3) Surveillance épidémiologique et Riposte
- 4) Suivi-Évaluation, Recherche opérationnelle et innovations
- 5) Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC)
- 6) Renforcement de la gestion et du leadership du programme.

Tous ces axes peuvent être regroupés en deux catégories, à savoir : Les axes prioritaires (de mise en œuvre directe), comprenant l'amélioration et optimisation de la prévention, y compris l'intensification des interventions spécifiques (TPI), le renforcement de la détection et de la prise en charge, ainsi que la

surveillance épidémiologique et la riposte ; et les axes transversaux (de soutien), comprenant le suivi-évaluation, la recherche opérationnelle et l'innovations, la communication pour le changement social et comportemental, ainsi que le renforcement de la gestion et du leadership du programme.

4.2.1. Amélioration et optimisation de la prévention

4.2.1.1. Lutte anti vectorielle

Conformément aux lignes directrices de l'OMS, toutes les personnes exposées au risque de paludisme bénéficieront d'une des deux interventions recommandées pour un déploiement à grande échelle de la lutte anti vectorielle que sont la MII et la PID. En effet, la couverture à large échelle des communautés en MII permet de réduire de 50% les accès palustres et de 20% les décès chez les enfants de moins 5 ans [30].

Par ailleurs, d'après des études à grande échelle sur le terrain et des modèles de transmission, une couverture absolue supérieure ou égale à 50% par des moustiquaires bien imprégnées devrait entraîner une protection à l'échelle de la communauté pour les non-utilisateurs dans la plupart des contextes et les bénéfices obtenus devraient s'accroître à mesure que la couverture augmente [30].

En outre, la PID réduit significativement la mortalité juvénile toutes causes confondues, la mortalité liée au paludisme, l'incidence du paludisme à *P. falciparum* et la prévalence de *P. falciparum*, ainsi que l'incidence des maladies graves par rapport à l'absence de PID [30].

La pulvérisation intra-domiciliaire (PID) sera déployée en fonction de la prépondérance des preuves de l'impact, de la faisabilité et des coûts de la PID et autres méthodes de LAV. Il pourrait être utile de déployer une campagne à titre pilote ou dans certains contextes, tels que les zones à fort potentiel épidémique.

Les données les plus récentes de la distribution spatiale de la résistance aux insecticides seront prises en compte pour le processus de ciblage des interventions de LAV et le choix des insecticides. Cela sera pris en compte à travers un processus continu de stratification des interventions de lutte contre le paludisme.

Dans le cadre de la gestion intégrée des vecteurs (GIV), des outils complémentaires de LAV pourront être vulgarisés en l'occurrence (i) la gestion des gîtes larvaires utilisant des larvicides dans les sites de reproduction pourraient également être déployés là où ils respectent les lignes directrices nationales conformes aux orientations de l'OMS [31], (ii) les répulsifs topiques, les vêtements imprégnés d'insecticide et les répulsifs aériens et (iii) l'amélioration de l'urbanisme, de l'aménagement et habitat. Le ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale renforcera la collaboration avec les autres secteurs notamment l'Environnement, l'Urbanisme et Habitat, l'Intérieur, le Développement Rural, les Infrastructures et Travaux Publics, l'Aménagement du territoire, l'Agriculture, Pêche et Elevage, la Communication, l'Enseignement, la Recherche Scientifique... au travers d'un cadre multisectoriel.

4.2.1.2. Distribution des MII et Gestion opérationnelle des déchets des MII

En RDC, la stratégie de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) repose sur une combinaison de distribution de routine et de campagnes de distribution de masse, et sont retenues pour toutes les 519 ZS (26 DPS). La distribution de routine est assurée principalement à travers les services de santé, notamment lors de la première consultation prénatale chez la femme enceinte et de la consultation préscolaire chez l'enfant de moins d'un an. Les campagnes de distribution de masse

constituent une intervention majeure de lutte antivectorielle et visent à assurer un accès large et équitable aux MII au niveau communautaire. Deux approches principales sont retenues, il s'agit de l'approche standard et de l'approche basée sur les résultats (RBC). Ces approches peuvent être réalisées en mode communautaire. Elles sont complétées par des approches spécifiques, notamment la distribution en milieu scolaire et les distributions ciblées dans certaines situations particulières ou auprès de populations insuffisamment couvertes (catastrophes, épidémie : MVE, Rougeole, Mpox, ...) Cette combinaison vise à maintenir une disponibilité élevée des MII dans les ménages entre les campagnes et à réduire les inégalités d'accès à la prévention du paludisme.

La distribution des MII en milieu scolaire sera mise en œuvre prioritairement dans les DPS des catégories 1 et 2, en complément de la distribution de masse, qu'elle soit standard ou basée sur les résultats, lorsque des ressources financières suffisantes et une disponibilité adéquate des MII sont garanties. En cas de ressources financières limitées ou d'insuffisance de MII, cette modalité pourra être appliquée de manière ciblée dans les DPS de catégorie 3, en fonction des priorités épidémiologiques et des ressources disponibles. Les déchets générés au cours des activités (emballages, MII endommagées ou non utilisables, matériels usagés, etc.) devront être collectés, stockés, transportés et éliminés conformément aux normes nationales de gestion des déchets biomédicaux et environnementaux.

L'élimination des déchets va privilégier :

- L'incinération à haute température lorsque cette option est disponible ;
- Ou, à défaut, l'enfouissement dans des sites appropriés, sécurisés, éloignés des points d'eau et situés de préférence sur des sols peu perméables.

L'incinération à l'air libre devra être évitée.

4.2.1.3. Intensification des Interventions Spécifiques

- **Traitement Préventif Intermittent chez la femme enceinte au Sulfadoxine-Pyriméthamine.**

La RDC s'aligne à la recommandation de l'OMS d'administrer le TPIg-SP aux femmes enceintes dans les régions où la transmission du paludisme est modérée à forte, bien que la circulation des gènes de la résistance ait été documentée dans le pays. Le TPIg à la SP (TPIg-SP) reste efficace pour prévenir les conséquences néfastes du paludisme sur la mère et le fœtus dans les zones où la proportion de parasite porteuse de mutation dhpsA581G dépasse le seuil de 10% [30].

Le TPIg-SP sera administré aux femmes enceintes à la fois dans les ESS à travers les CPN et au niveau communautaire. Son implémentation dans la communauté réalisée en phase pilote dans trois ZS (Kenge, Bulungu et Kunda), a permis de générer des bases factuelles solides pour sa mise à l'échelle. La mise en œuvre du TPIg-C se poursuit actuellement dans le cadre d'un partenariat avec FHI 360, couvrant 11 zones de santé réparties dans deux provinces de la RDC : six zones de santé dans le Haut-Katanga et cinq dans le Kasai-Oriental. En contexte de ressources limitées, ce passage à l'échelle du TPIg-SP communautaire se fera prioritairement dans les zones de santé des provinces retenues pour l'approche HBHI qui présentent une faible couverture en TPI3 (< 64% en 2025), il s'agit de 5 DPS (Bas Uélé, Haut Uélé, Ituri, Maniema, Nord Ubangi) mais aussi au Kongo Central avec l'appui au paquet intégré des ASC.

Toutefois, les autres DPS présentant une faible couverture en TPI3 pourront être intégrées à cette intervention en fonction des priorités identifiées et sous réserve de la mobilisation de ressources financières suffisantes. [19] Cependant, dans le cadre de la redynamisation de l'approche communautaire, des synergies avec d'autres interventions communautaires (PEV, TB, VIH, Vaccination, MTN, Planning familial) pourraient permettre une portée plus élargie de l'extension du TPIg-SP communautaire.

- **La chimioprophylaxie du paludisme saisonnier**

La chimioprophylaxie du paludisme saisonnier (SMC) à la SP + Amodiaquine (SP+AQ) sera fournie aux enfants âgés de 3 mois à 59 mois conformément aux lignes directrices de l'OMS [34]. Cette intervention est recommandée pour les zones où (i) la transmission du paludisme et la plupart des cas cliniques de paludisme s'observent sur une période courte d'environ 4 mois, (ii) le taux d'attaque clinique du paludisme est $>0,1$ épisode par enfant pendant la saison de transmission et (iii) l'Amodiaquine + Sulfadoxine - pyriméthamine reste efficace (>90 % d'efficacité).

Bien que l'intervention soit recommandée principalement chez les enfants de 3 à 59 mois, des études récentes avaient démontré un bénéfice chez les enfants de 5 à 15 ans. Les régions situées dans les zones de faible et de forte transmission du paludisme semblent répondre aux critères recommandés pour l'introduction de la Chimioprophylaxie du paludisme saisonnier (SMC) [34]. Une micro stratification provinciale combinant plusieurs variables a démontré une transmission saisonnière dans les régions du Sud Est de la RDC, notamment le Haut Katanga et Lualaba [21]. A ces facteurs, s'ajoutent le délai relativement proche des dates cibles pour l'atteinte des objectifs du plan stratégique et une forte volonté politique nationale à réduire le fardeau du paludisme et son impact sur la croissance économique. La mise en œuvre de la Chimioprophylaxie du paludisme saisonnier (SMC) dans les provinces du sud Est, en complément aux stratégies déjà existantes, est hautement justifiée pour renforcer la lutte contre le paludisme.

C'est dans cette logique que la stratégie de la Chimioprophylaxie du paludisme saisonnier (SMC) a été adoptée en RDC en 2020 pour accélérer la lutte contre le paludisme. La SMC sera mise en œuvre dans les ZS du Haut Katanga et du Lualaba, de préférence par une approche porte à porte. Pour une bonne efficacité de la SMC, la proportion des enfants ayant bénéficiés SP+AQ à la quatrième phase doit être $\geq 80\%$.

- **La chimioprévention du paludisme pérenne**

La chimioprévention du paludisme pérenne (CPP) consiste à administrer un traitement complet d'un médicament antipaludique à des intervalles prédéfinis, que l'enfant soit ou non infecté par le paludisme, afin de prévenir la maladie dans les régions où la transmission du paludisme pérenne est modérée ou élevée. La CPP à travers un traitement préventif intermittent du nourrisson à la SP (TPIIn-SP). La CPP confère une protection individuelle contre le paludisme clinique pendant une période de 35 jours environ après l'administration de chaque dose. Initialement recommandée pour les nourrissons de moins de 12 mois, cette intervention est actuellement recommandée jusqu'aux nourrissons < 24 mois dans les zones où la transmission palustre est modérée à forte (> 250 cas pour 1000 habitants et une prévalence parasitaire $\geq 10\%$) en fonction de la cartographie de la résistance des parasites à la SP. En RDC, un

modèle de CPP avec de 6 doses est retenu dont 4 doses à la première année de vie et 2 doses à la deuxième année de vie.

La CPP étant intégrée dans les activités de routine, le PNLP veille à garantir la disponibilité continue de la SP nécessaire à sa mise en œuvre. La SP pédiatrique dispersible est privilégiée lorsqu'elle est disponible grâce à un financement dédié. En son absence, la SP destinée à l'adulte peut être utilisée conformément aux directives nationales afin d'assurer la continuité de l'intervention. Les besoins en SP pour la CPP doivent ainsi être intégrés dans la quantification et les commandes de SP destinées à la prévention du paludisme chez la femme enceinte, afin de limiter les ruptures de stock et d'assurer la continuité des prestations. Actuellement, elle mise en œuvre dans les 31 zones de santé de la province du Kongo central, son extension vers les autres provinces est prévue en 2028.

- **La vaccination antipaludique**

A ce jour, l'OMS recommande les vaccins RTS, S/AS01 et R21/Matrix-M pour prévenir le paludisme chez les enfants vivant dans les zones à transmission modérée et élevée du paludisme. Ces vaccins se sont montrés efficaces et sûrs. Ils permettent de réduire de 50 à 75% le nombre de cas de paludisme respectivement dans les zones à transmission modérées à élevées et les zones à transmission fortement saisonnière [30]. Le vaccin antipaludique doit être administré selon un schéma à 4 doses aux enfants âgés de 6 à 23 mois à travers le PEV [30]. Le choix du vaccin à utiliser s'est fondé sur les caractéristiques programmatiques, l'offre de vaccins et l'accessibilité économique des vaccins. La RDC a opté pour l'introduction du vaccin R21/Matrix-M en raison de son faible coût et de sa disponibilité. Un plan d'introduction du vaccin R21/Matrix-M a été élaboré pour un démarrage de la vaccination en 2024 en collaboration avec le PEV et le PRONANUT. Au-delà des 16 DPS qui ont déjà introduit le vaccin en 2024 et 2025, 10 DPS vont introduire en 2026. Dans la suite, la VAP se poursuivra dans les activités vaccinales de routine.

- **Identification des Populations Clés**

Outre les inégalités entre les sexes et l'exclusion, certains groupes tels que les déplacés internes, les réfugiés, les groupes minoritaires (populations autochtones), les populations situées dans les zones éloignées et les travailleurs de l'exploitation minière artisanale, peuvent être plus vulnérables à la transmission du paludisme ou faire face à davantage d'obstacles pour accéder au traitement et à la prévention du paludisme [35]. Une analyse des données sur les inégalités aidera à orienter les interventions visant à réduire les obstacles et à atteindre les populations vulnérables. Au besoin, ces données peuvent être utilisées pour élaborer des plans opérationnels chiffrés afin d'aider à obtenir des ressources supplémentaires. Le dialogue social autour des normes de genre, pourront être engagés avec les communautés et toutes les parties prenantes avec pour objectif d'éliminer les inégalités qui compromettent l'accès à la prévention et aux soins du paludisme.

- **Chimioprévention du paludisme après la sortie de l'hôpital**

La Chimioprévention du paludisme après la sortie de l'hôpital (CPSH) consiste à administrer à intervalles réguliers un traitement antipaludique complet aux enfants admis pour cause d'anémie grave. L'objectif de la chimioprévention du paludisme après la sortie de l'hôpital est de prévenir les nouvelles infections paludéennes chez les enfants atteints d'anémie grave pendant la période qui suit leur sortie de l'hôpital,

lorsqu'ils sont exposés à un risque élevé de réadmission ou de décès. La CPSH doit être administrée même lorsque la ou les causes de l'anémie sévère chez un individu ne peuvent pas être identifiées [30].

- **Emanateurs spatiaux**

Etant une intervention complémentaire de lutte antivectorielle, ciblée sur des populations et des environnements à risque, et non comme un remplacement des MII ou de la PID. Depuis 2025, l'OMS recommande conditionnellement les émanateurs spatiaux en intérieur, en complément des MII, dans les zones où la transmission du paludisme persiste. L'OMS insiste notamment sur la nécessité d'une couverture élevée et continue et recommande l'utilisation de produits préqualifiés (4–6,8).

Intégration des émanateurs spatiaux comme intervention complémentaire de lutte antivectorielle en RDC, sera fait dans les milieux fermés, à forte densité humaine ou présentant des conditions particulières d'exposition aux vecteurs, notamment les camps miniers, casernes militaires, prisons, internats et autres structures collectives, sur la base d'une stratification du risque et des données entomologiques et épidémiologiques locales. D'où l'approche stratégique est le Déploiement ciblé des émanateurs spatiaux dans les environnements à forte exposition au risque de transmission du paludisme (2,4,6)

- **Administration de Masse des Médicaments Antipaludiques**

L'approche stratégique est de mettre en œuvre l'AMM de manière ciblée et fondée sur les données dans les zones présentant une transmission élevée ou des foyers de transmission persistante, en complément des interventions de prévention, de diagnostic et de traitement, après évaluation de la faisabilité, de l'acceptabilité, de la sécurité et de la disponibilité des médicaments. Actuellement la RDC retient cette intervention dans les zones à fortes transmissions et dans les circonstances des épidémies (9–12).

4.2.2. Renforcement de la prise en charge des cas

Tout cas suspect de paludisme doit être soumis à un Test de diagnostic rapide (TDR), au niveau de l'ESS de premier échelon, du site de soins communautaire (SSC) ou d'une officine pharmaceutique agréée conformément aux directives nationales. La goutte épaisse/ frottis mince sera réalisée pour tout cas présumé d'échec thérapeutique ou tout cas grave au niveau des structures de référence. Le réseau national de diagnostic sera soutenu par la fourniture de matériaux de référence, d'équipements normalisés, d'assurance de la qualité et de tous les réactifs et matériels de diagnostic nécessaires.

Tout cas confirmé de paludisme sera traité, conformément aux directives nationales (Directives Nationales de prise en charge du Paludisme, en tenant compte du plan d'introduction des nouvelles molécules en regard de la cartographie des résistances....

Considérant que les patients se font également soigner par des fournisseurs non intégrés du secteur privé. Ces fournisseurs devraient être cartographiés, formés, accompagnés dans la prise en charge du paludisme et le rapportage des données. Des efforts seront déployés et concentrés sur la disponibilité des antipaludiques de qualité et recommandés par le Programme ainsi que l'accès aux moyens de diagnostic. Ces fournisseurs seront également intégrés dans l'assurance de la qualité des soins.

À la suite de l'expérimentation menée depuis 2020 dans les ESS non intégrés et les officines pharmaceutiques, le PNLP entend institutionnaliser cette approche en l'intégrant aux activités de routine. Cette intégration reposera sur l'inclusion des données de prestation du secteur privé dans le SNIS/DHIS2, ainsi que sur leur prise en compte dans la quantification des besoins, la planification des

approvisionnements et les commandes d'ACT. Elle permettra ainsi d'améliorer simultanément l'accès aux traitements antipaludiques, la disponibilité des médicaments et la surveillance de leur utilisation, tout en assurant une meilleure représentativité des données nationales sur la prise en charge du paludisme

D'autres produits et fournitures assureront le succès du traitement, y compris des produits sanguins pour la prise en charge des formes anémiques de paludisme grave. Il devrait également y avoir des produits disponibles pour le traitement d'autres maladies infantiles mortelles majeures comme le SRO-Zinc et l'amoxicilline au niveau des SSC, non seulement pour aider à traiter ces maladies, mais aussi pour encourager les parents/gardiens à faire soigner les enfants malades [33].

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'enfant et progressivement pour certaines pathologies de l'adulte et même certains services de SRMNE sous la supervision de l'infirmier titulaire de l'AS. 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. Ainsi la couverture en SSC sera étendue en fonction de facteurs épidémiologiques tels que la charge de morbidité due au paludisme, la répartition de la population et l'accès aux soins. Des mécanismes de suivi des patients seront mis en place pour aider à orienter les patients au besoin vers les centres de santé référents. Une supervision de proximité sera menée au niveau communautaire pour assurer et améliorer les services.

Le plan SACO estime les besoins en SSC à 48 906, ce qui correspond à 97 812 ASC d'ici 2030. De 2027 à 2028, nous avons retenu les ambitions du gouvernement de mettre en place 60 000 ASC et avons projeté les besoins de 2029 à 80% de 97 812 ASC, soit 78 250 ASC pour arriver à 100% en 2030.

La cible du plan SACO est de couvrir 50% de besoin d'ici 2030 soit 24 453 SSC, soit 48 906 ASC. La vision du gouvernement est d'arriver à 60 000 ASC rémunérés, ce qui correspond à 61%. Nous retenons cette ambition du gouvernement à partir de 2027 même si elle est très ambitieuse.

En 2026, 21 628 ASC/RECOsites ne reçoivent pas une rémunération mais plutôt des frais de transport pour aller récupérer les intrants au niveau des ESS et pour réaliser le traitement à domicile au niveau des ménages. Ces 21 628 ASC /RECOSITES sont appuyés par le FM via SANRU, par Rotary club/WVi/Path et par US GOUV via FHI

Dans le contexte d'émergence documentée de mutations liées à la résistance partielle du plasmodium aux CTA et celles liées à la résistance partielle aux CTA, le PNLP a inscrit dans son Plan Stratégique National 2024-2028, conformément aux piliers 2 et 3 de la « Strategy to respond to antimalarial drug resistance in Africa. Geneva: WHO; 2022 » de l'OMS, à la première ligne multiple (Multiple firstline therapy – MFT) incluant l'introduction progressive d'une nouvelle molécule, l'Artésunate Pyronaridine (AP), ayant été évalué dans le pays concomitamment à la migration des 2 autres CTA (ASAQ et AL), afin de ralentir la progression de la résistance qui menace la qualité de la prise en charge (Réf). Il s'agit de l'option « déploiement ciblé/stratifié », une des 3 option de mise en place de la MFT recommandées par l'OMS. Dans le cas de la RDC, il consiste au déploiement concomitant de 2 CTA (ASAQ et AL) dans 20 DPS et de 3 CTA (ASAQ, AL et AP dans les 6 autres DPS ayant une réduction documentée de l'efficacité thérapeutique et/ou une circulation des marqueurs validés de la résistance aux CTA, et cela de manière

progressive (Figure 20). Ce déploiement orienté par la sensibilité locale du Pf aux CTA et la présence des gènes de résistance tient compte également d'une stratification rurale/urbaine comme présenté dans la figure 25.

2023		2024				2025-2028							
26 DPS		20 DPS		3 DPS		3 DPS		20 DPS		3 DPS		3 DPS	
				KS, KC, TU		IT, NK, SK				KS, KC, TU		IT, NK, SK	
Rural : ASAQ (70%)		Rural : ASAQ (70%)		Rural: ASAQ: Ad & Ado AL: Enf.		Rural: AL: Ad & Ado ASAQ: Enf.		Rural: ASAQ: Ad & Ado AL: Enf.		Rural: ASAQ: Ad & Ado AL: Enf.		Rural: AL: Ad & Ado ASAQ: Enf.	
Urbain : AL (30%)		Urbain : AL (30%)		Urbain: ASAQ: Ad & Ado AP: Enf.		Urbain: AL: Ad & Ado AP: Enf.		Urbain: AL: Ad & Ado ASAQ: Enf		Urbain: ASAQ: Ad & Ado AP: Enf.		Urbain: AL: Ad & Ado AP: Enf.	
Elaboration du plan		Mobilisation des ressources pour pré-positionner la DHA dans les provinces à risque d'épidémie du Plan de riposte						Pré-positionner la DHA dans les provinces à risque d'épidémie du Plan de riposte					

Progressivité dans les combinaisons et rotations de l'utilisation des antipaludiques dans différents DPS (2023 - 2028).

Figure 25 : Progressivité dans les combinaisons et rotations de l'utilisation des antipaludiques dans différents DPS (2023 - 2028)

Source : Rapport PNLP, 2025.

Il est à noter qu'un projet pilote MFT suivant l'option cyclique est mis en place dans 3 ZS (Kingasani, Vanga et Kenge) pour des besoins d'apprentissage et d'ajustements ultérieurs.

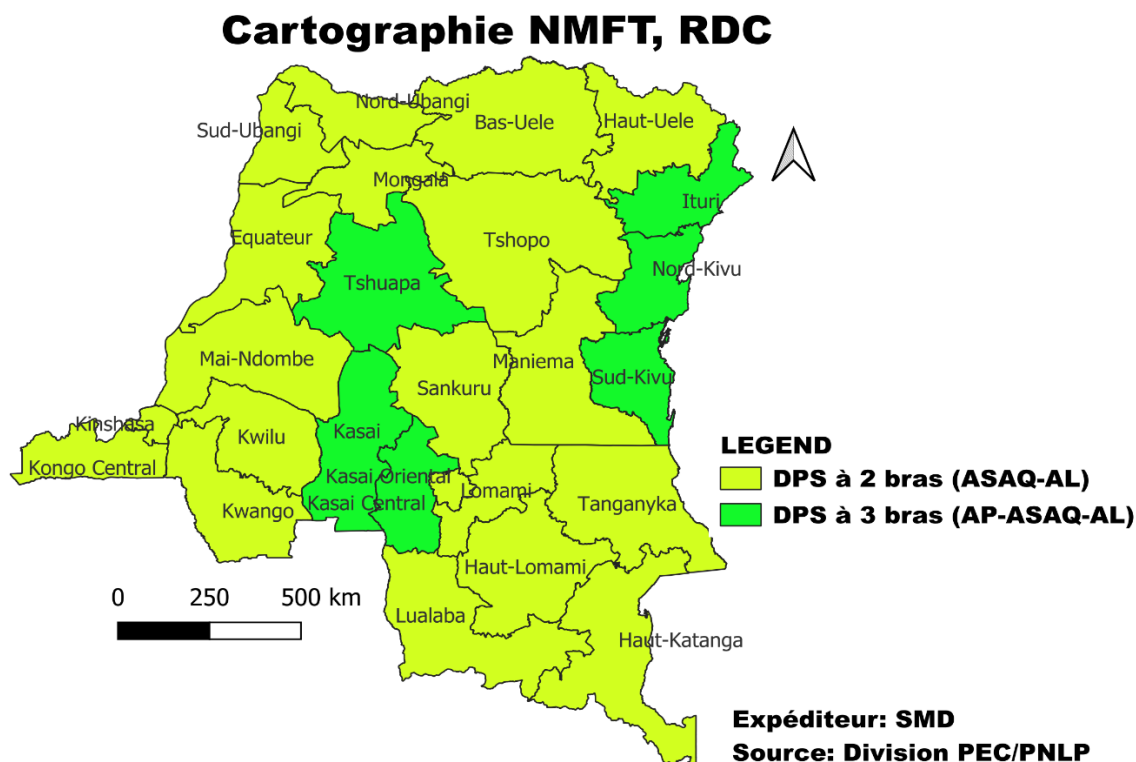


Figure 26 : cartographie **MFT** (Multi-First-Line Treatments ou *Traitements de première intention multiples*)

4.2.3. Surveillance épidémiologique et Riposte

4.2.3.1. Augmentation de la sensibilité du système de Surveillance épidémiologique

Comme décrit dans la Stratégie technique mondiale (STM) de lutte contre le paludisme de l'OMS, la surveillance est l'un des trois piliers stratégiques et une intervention de base qui peut être déployée au niveau national, intermédiaire et opérationnel à des fins stratégiques critiques [1]. Elle est considérée comme une intervention de base dans tous les contextes d'endémie palustres et dans ceux ayant éliminé le paludisme mais où la transmission pourrait reprendre.

La RDC utilise une plate-forme DHIS2 commune depuis 2017 qui est gérée par la Division en charge du Système National d'Information Sanitaire (DSNIS) du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance sociale pour rapporter les données sur le paludisme au niveau des ESS. Les DPS et les zones de santé amélioreront leur système de surveillance pour aider le PNLP à collecter, rapporter, analyser et utiliser les informations en vue d'une prise de décision. Le PNLP s'efforcera également d'améliorer le système de surveillance, notamment la surveillance épidémiologique de routine, la surveillance sentinelle, transfrontalière, climatologique et la surveillance à base communautaire. La surveillance épidémiologique du paludisme représente donc la base des activités opérationnelles, quel que soit le niveau de transmission de la maladie.

Pour renforcer son système de surveillance, le PNLP s'est engagé à :

- Assurer la fonctionnalité des sites sentinelles à l'échelle nationale, en mettant l'accent sur les zones transfrontalières.
- Améliorer la couverture de la surveillance de la maladie, du parasite, du vecteur, des médicaments, de l'environnement et des interventions,

- Intégrer l'approche climat santé,
- Etendre les activités entomologiques dans les 26 Divisions Provinciales de la santé
- Renforcer la qualité des activités de surveillance pour disposer de données fiables, complètes et promptes.

Concernant la surveillance de l'efficacité des médicaments, elle est aussi renforcée compte tenu de la menace croissante de la résistance aux médicaments à l'échelle mondiale, conformément aux directives de l'OMS qui stipule qu'un médicament antipaludique recommandé dans la politique nationale de traitement du paludisme devrait être modifié si la proportion totale d'échec du traitement est supérieure ou égale à 10%.

S'agissant de la surveillance entomologique, le PNLP de la RDC a lancé une initiative multi partenariale depuis 2021, avec toutes les parties prenantes entomologiques, y compris les institutions de recherche et universitaires locales (ESPK, Med Trop/UNIKIN, INRB) et les partenaires internationaux et nationaux (OMS, FM, DoS, CHAI, UCSF, Abt-PMI/Abt Global, Gates Foundation, UNICEF, GAVI, Palladium, FHI360/EpiC Santé Intégrée, Impact Santé Afrique-ISA, DEVELOPMENT CATALYSTS, CNRCS, SPEAK UP AFRICA, PATH, SANRU, PNUD) pour renforcer la surveillance entomologique. Des résultats significatifs ont été obtenus quant au renforcement des capacités, à la formation des Acteurs et à l'équipement de 15 sites sentinelles additionnels, lesquels ont été rendus opérationnels et continueront d'être renforcés.

Il sera aussi nécessaire de mettre en place un système opérationnel d'alerte climatique intégré au DHIS2, croisant données météorologiques (précipitations, températures, humidité) et seuils épidémiques pour anticiper les flambées saisonnières.

Ainsi, la prise en compte des facteurs climatiques et environnementaux est essentielle pour adapter les stratégies de prévention et de riposte, anticiper les pics de transmission et renforcer la résilience des communautés face aux effets du changement climatique.

4.2.3.2. Mise en œuvre d'une réponse adaptée

La surveillance du paludisme s'aligne à la stratégie de la surveillance intégrée de la maladie et riposte (SMIR). Le système doit s'étendre à l'échelle communautaire à un plus grand nombre de SSC, et des outils de collecte de données et de production de rapports doivent être fournis à tous les sites. 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) [36]. Le PNLP accompagnera la gestion des épidémies qui est actuellement confiée à l'INSP sous la responsabilité du COUSP. Dans cette gestion un expert du PNLP travaillera en collaboration directe de l'Incident Manager désigné par l'INSP.

L'administration de masse des médicaments anti paludique couplé à la distribution de masse des MII et des Emanateurs spatiaux Guardian ainsi que la PID seront des moyens efficaces de lutte préconisés pour répondre aux épidémie ou recrudescence importante du paludisme, situation d'urgence humanitaire ou des déplacements massifs de population, catastrophes naturelles, contexte de transmission très élevée, flambée dans une zone géographique bien circonscrite, contexte où les interventions classiques sont insuffisantes ou difficilement accessibles.

4.2.4. Suivi-Évaluation et Recherche opérationnelle

4.2.4.1. Renforcement du système de suivi-évaluation

Le suivi et évaluation, en tant qu'axe stratégique transversale, est intégré dans l'ensemble des stratégies de lutte antipaludique afin d'assurer un suivi efficace, une amélioration continue des performances et une évaluation harmonisée des interventions. Dans le cadre de ce PSN, il assure l'efficacité des interventions à travers la régularité de l'élaboration et la diffusion des rapports narratifs trimestriels du programme dans toutes les DPS, l'extension de l'utilisation et des mises à jour des tableaux de bord du PNLP et des cartes score au niveau des DPS et des ZS et de la numérisation des données.

Le suivi-évaluation devra passer par la vision stratégique « Transformer les données en action : passer d'une culture de "production de rapports" à une culture de "décision fondée sur des données certifiées et utilisées en temps réel". Cela en réponse aux questions stratégiques.

La première question stratégique vise à améliorer l'utilisation des données pour la prise de décision et l'action stratégique. À cet effet, il s'agit de mettre en place un cadre de collaboration structuré entre le PNLP et les institutions de recherche, de renforcer le ciblage des interventions par la stratification dynamique via le Système de Notification des zones de santé, et de déployer le Monitoring Amélioré pour l'Action dans chaque Aire de Santé et Zone de Santé avec des tableaux de bord locaux. Par ailleurs, des mécanismes de partage trimestriel des évidences entre les institutions de recherche et le PNLP doivent être établis, ainsi que des rétroactions automatisées vers les niveaux déconcentrés et opérationnels. Cependant, l'amélioration de l'utilisation des données ne saurait être efficace sans une qualité et une fiabilité préalable de ces mêmes données, ce qui nous conduit à la deuxième question stratégique.

En effet, pour renforcer la qualité des données et la fiabilité des indicateurs, plusieurs actions s'imposent. Il faut institutionnaliser le Monitoring Amélioré pour l'Action dans chaque Aire de Santé et Zone de Santé, étendre le mécanisme de Routine Data Quality Assurance à l'ensemble des vingt-six provinces avec des vérifications terrain-DHIS2, et mettre en place un système de certification des données avant leur utilisation pour le pilotage. Les capacités analytiques au niveau déconcentré doivent être renforcées par une formation continue, tandis que l'harmonisation des registres de collecte primaire et l'élimination des incohérences garantiront la standardisation des outils. La formation de l'intégralité des cadres des Directions Provinciales de Santé, Zones de Santé et Aires de Santé en analyse et interprétation des données, le déploiement d'outils simplifiés au niveau périphérique, ainsi qu'un programme de mentorship continu PNLP-DPS avec autonomisation progressive, complètent ce volet. Toutefois, disposer de données fiables et de capacités d'analyse renforcées ne suffit pas si les nouvelles interventions stratégiques ne disposent pas de systèmes de suivi-évaluation adaptés, d'où la nécessité d'aborder la troisième question stratégique.

Ainsi, pour assurer le suivi-évaluation des nouvelles interventions, il convient d'élaborer des plans spécifiques pour le Vaccin Antipaludique, la Chimio-prévention du Paludisme chez les Enfants et la Chimio-prévention Saisonnière, en allouant dix à vingt pour cent du coût total à ces dispositifs. Le système DHIS2 doit être configuré pour le suivi des doses multiples, notamment le schéma TPI3+ et les quatre cycles de SMC, tandis que des indicateurs de processus standardisés doivent être définis pour l'ensemble des interventions. La formalisation des modalités de collecte et transmission des données, avec une attention particulière à la validation des micro-plans, s'accompagne du renforcement de la pharmacovigilance pour le Vaccin Antipaludique et de la planification d'une évaluation post-introduction.

Enfin, des monitorages post-couverture systématiques et des missions de suivi de la mise en œuvre externe doivent être organisés pour garantir la qualité technique de l'ensemble des interventions spécifiques. En définitive, ces trois volets complémentaires forment un système cohérent où la qualité des données, leur utilisation optimisée et le suivi rigoureux des innovations convergent vers une décision programmatique éclairée et une amélioration continue de la lutte contre le paludisme en République Démocratique du Congo.

La supervision permet d'améliorer le rendement au point de prestation. Les supervisions doivent être réalisées à tous les niveaux, 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 les IT des aires de santé vers les SSC.

Le PNLP s'assurera qu'il y a des suivis post-formation pour les prestataires des SSC, et que la supervision régulière des SSC par l'équipe de santé (DPS, ECZS et IT) est effectuée. Les supervisions intégrées (p. ex. GAS, paracliniques et cliniques) seront effectuées à l'échelle provinciale à l'aide de l'outil HNQIS (Health Network Quality Improvement System). La supervision des prestataires du secteur privé dans la prise en charge du paludisme sera essentielle.

Des lignes directrices en matière d'encadrement à l'intention des superviseurs seront mis à jour et intégrées dans les systèmes de supervision à tous les niveaux afin d'améliorer également la qualité de la supervision. 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. Après la supervision un débriefing devra être effectué à tous les niveaux en vue des actions correctrices.

4.2.4.2. Renforcement de la recherche opérationnelle et innovations

Une stratification épidémiologique en fonction de l'intensité de transmission de la maladie est nécessaire car elle permet le ciblage des interventions en fonction du faciès épidémiologique de chaque zone de santé, de la résistance aux insecticides et aux médicaments, de la sensibilité du parasite au traitement et de la biologie du vecteur, afin d'obtenir le meilleur rapport coût/efficacité [37].

Une carte de ciblage des moustiquaires basée sur les données de surveillance entomologique les plus récentes, ainsi que des cartes des zones éligibles pour le vaccin antipaludique, la SMC, le TPI et la PID ont été produites. Les cartes des zones où le TPI et la distribution des moustiquaires pendant la CPN doivent être renforcées.

Les sujets de recherche opérationnelle qui ont été entrepris au cours du dernier cycle comprennent : (i) des études sur la durabilité des moustiquaires imprégnées d'insecticide, (ii) l'identification des vecteurs du paludisme et (iii) les TET. Au cours de la mise en œuvre du présent PSN, les évidences générées seront traduites en décision stratégique pour l'amélioration de la LAP.

Des nouvelles thématiques seront abordées, notamment (i) l'évaluation de la valeur ajoutée de l'approche stratifiée de la distribution de masse des MII, (ii) la mise en place d'un réseau de surveillance moléculaire de la résistance aux antipaludiques à travers un nombre sélectif de sites sentinelles en fonction de la dynamique de l'émergence des mutations Pfk13 dans les pays limitrophes et à l'intérieur du pays en compléments aux TET, (iii) l'exploration des causes de fièvre chez les sujets TDR négatif en vue de l'optimisation des ordinogrammes vu le contexte de limitation des plateaux techniques des ESS, (iv) les

effets des changements climatiques sur l'incidence du paludisme, (v) PCR portable et séquençage génomique, (vi) évaluer la faisabilité de l'utilisation des téléphones androïds afin d'optimiser la lecture des résultats des TDR, (vii) évaluer l'efficacité de la formulation fixe quinine-clindamycine, (viii) évaluer la faisabilité de la prolongation de la durée du traitement aux CTA, (ix) évaluer la couverture des mesures préventives pour limiter la propagation des parasites résistants, (x) évaluer l'accès équitable au service de diagnostic et de traitement de qualité.

D'autres innovations devraient être prises en compte, notamment la synergie avec les autres secteurs du gouvernement en ce qui concerne l'habitat, les assurances médicales pour favoriser l'accès aux soins et alléger les coûts des soins liés au paludisme.

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

La CCSC est érigée en pilier stratégique transversal, garant de l'appropriation et de l'efficacité de l'ensemble des interventions de lutte antipaludique. L'impact des stratégies de diagnostic, de traitement et de prévention incluant les MII, la chimioprévention (CPP, SMC), la vaccination et la prise en charge clinique dépend fondamentalement de la compréhension, de l'adhésion active, de l'appropriation, et de l'inculturation des pratiques recommandées pour en finir avec le paludisme dans des communautés. Pour briser les barrières socioculturelles et transformer les perceptions, le PNLP déploie des interventions basées sur les preuves, combinant des méthodes de communication pour le développement (C4D), le marketing social et des approches numériques modernes de lutte contre l'infodémie. Ces stratégies s'articulent autour de canaux de proximité éprouvés, tels que le téléphone communautaire, l'éducation par l'écoute, les tribunes d'expression populaire et le recours systématique aux Relais Communautaires (RECO), tout en intégrant des mécanismes rigoureux de suivi comportemental pour mesurer l'évolution des pratiques et garantir l'efficacité de chaque investissement.

Dans une dynamique de mobilisation sociale intégrée, le PNLP catalyse une synergie multi-acteurs où chaque partenaire joue un rôle déterminant dans le changement durable. Les organisations de la société civile sont redynamisées pour ancrer la prévention dans le quotidien des populations, notamment par l'assainissement et la lutte contre l'hésitation vaccinale, tandis que le secteur privé est mobilisé via des partenariats publics-privés (PPP) et la Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE) pour cofinancer et promouvoir les actions de santé. Parallèlement, le plaidoyer de haut niveau auprès des parlementaires vise la sécurisation de ressources domestiques pérennes (End Malaria Fund), et l'implication stratégique des médias permet une diffusion massive et responsable des messages de prévention. Cette approche holistique, couplée à une redevabilité renforcée par la mesure constante des progrès comportementaux, garantit une mobilisation sociale résiliente, capable d'inscrire durablement la lutte contre le paludisme dans la prise de conscience individuelle et l'engagement collectif national vers l'élimination.

4.2.6. Renforcement de la gestion et du leadership du Programme

L'amélioration de l'environnement de la mise en œuvre du PSN 2026- 2030 s'appuie sur le renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles du PNLP, à travers l'amélioration des conditions et de l'environnement travail, la rationalisation des ressources humaines et le renforcement de la coordination et du leadership du PNLP.

L'amélioration de la mise en œuvre du PSN passe aussi par l'accroissement des ressources financières locales à travers le renforcement du plaidoyer et de l'engagement des autorités nationales et provinciales.

L'approche multisectoriel et le développement des partenariats constituent d'autres composantes du renforcement de la gestion du Programme.

4.2.6.1. Amélioration des conditions et de l'environnement travail

Dans le cadre de ce PSN, un souci majeur est d'accroître l'efficacité du Programme et d'améliorer de façon continue les performances. Il est donc important de doter le PNLP d'un cadre de travail fonctionnel en termes d'infrastructures. En effet, la construction et l'équipement de bureaux modernes, dotés d'ordinateurs performants, de mobiliers adéquats et d'une connexion fiable, favoriseront la productivité, la coordination des équipes et une gestion optimale des activités.

4.2.6.2. Renforcement des capacités managériales par la formation des cadres

Au cours de la mise en œuvre du présent PSN, le renforcement des capacités institutionnelles du programme sera poursuivi à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, en mettant un accent particulier sur l'efficacité et l'efficience des interventions. Cela se traduira par des formations ciblées et adaptées en paludologie, en santé publique, en communication, en management de la lutte contre le paludisme ainsi qu'en diagnostic biologique, prévention et prise en charge des cas, avec l'appui des universités. Un focus particulier sera accordé aux nouvelles provinces décentralisées ainsi qu'au suivi post-formation, afin d'optimiser l'utilisation des compétences acquises et d'améliorer les performances sur le terrain.

Pour stimuler l'émulation et la compétition positive, la reconnaissance des compétences de chaque cadre et staff à tous les niveaux se fera par la remise des brevets de mérite, l'organisation des cérémonies publiques de certification ainsi que des primes de mérite.

L'élaboration des normes et directives de lutte contre le paludisme relève de la compétence exclusive du niveau central, garantissant la cohérence et l'efficacité des stratégies, 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 des Provinces, favorisant ainsi une mise en œuvre efficiente et adaptée aux contextes locaux.

4.2.6.3. Renforcement de la coordination et du leadership du Programme

Les mécanismes de coordination de la lutte passeront par : (i)

- L'alignement au Comité National de Pilotage dans le Secteur de la Santé (CNP-SS), structure de concertation intra et intersectorielle au niveau national, et au Comité de Coordination Technique (CCT) jouant le rôle de groupe thématique de la santé en matière de lutte contre la maladie ; au niveau central.
- Le renforcement de la coordination interne du programme à travers des réunions régulières des comités directeurs et de gestion, ainsi que celles de la Task-force Faire reculer le Paludisme et de ses groupes thématiques.
- La consolidation de la plateforme de coordination et de suivi entre le PNLP, les principaux récipiendaires et les bailleurs afin d'améliorer la fluidité de la mise en œuvre et les ajustements mutuels.

Le pilotage de la mise en œuvre s'appuiera sur un renforcement de la décentralisation et de la responsabilisation des niveaux décentralisés dans la planification, la gestion et la mise en œuvre au niveau des entités régionales et des zones de santé. L'organisation de la lutte au niveau décentralisé intégrera une responsabilisation accrue des chefs de services provinciaux du PNLP, afin d'affirmer leur leadership vis-à-vis des partenaires.

Le renforcement du leadership du PNLP sera assuré par la clarification des rôles et responsabilités, l'affirmation de son rôle de coordination stratégique, la redevabilité à tous les niveaux, ainsi que le développement des capacités managériales et décisionnelles des cadres. Il reposera également sur une communication institutionnelle renforcée avec une ligne hiérarchique de redevabilité allant de la zone de santé, à la Direction du Programme, en passant par la Coordination Provinciale de LAP de la DPS. A ceci s'ajoute une meilleure mobilisation des ressources et un positionnement affirmé du PNLP comme instance de référence technique en matière de lutte contre le paludisme.

4.2.6.4. Prise de décisions basée sur des évidences

À cet effet, les recommandations issues de l'évaluation du système d'information (PNLP, CHAI, PATH, Measure Malaria, 2022) seront mises en œuvre, notamment : l'intégration des données dans le DHIS2, la formation des acteurs, la supervision et le contrôle qualité, l'intégration du secteur privé, l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des données, la diffusion régulière des analyses, le partage de rétro-informations et l'évaluation périodique des décisions et recommandations.

4.2.6.5. Mobilisation de ressources pour la lutte contre le paludisme

Des activités de plaidoyer soutenues seront organisées au plus haut niveau tant de l'exécutif national que provincial ainsi qu'auprès des organes délibérants (Parlement et Assemblées Provinciales) afin d'augmenter la contribution financière de l'État à la lutte contre le paludisme. Des dialogues sociaux seront organisés avec les partenaires du secteur privé et des entités décentralisées en vue d'obtenir la mise en place des mécanismes innovants pour l'augmentation des ressources domestiques.

Au cours de la mise en œuvre, le partage des informations financières liées aux activités menées par les PTF sera renforcé afin d'améliorer le processus d'allocation des ressources et de rapportage financier.

4.2.6.6. Renforcement de la multisectorialité et du partenariat

L'élimination du paludisme en République Démocratique du Congo requiert une approche multisectorielle structurée, en raison des déterminants multiples de la maladie, notamment environnementaux, socio-économiques, climatiques, institutionnels et comportementaux. Dans ce contexte, le Cadre Multisectoriel constitue le référentiel national d'orientation stratégique permettant d'organiser la contribution coordonnée des différents secteurs publics, privés, communautaires et des partenaires autour des priorités du Plan Stratégique National (PSN).

Pour soutenir l'opérationnalisation de cette approche, la RDC s'est engagée dans la mise en place d'un Conseil pour l'Élimination du Paludisme (End Malaria Council – EMC). Le processus est actuellement à la phase de mise en œuvre, avec un acte de création déjà élaboré et soumis à l'approbation des autorités compétentes. Le Cadre Multisectoriel, l'EMC et le futur End Malaria Fund (EMF) constituent trois mécanismes complémentaires et interdépendants, avec des rôles distincts mais convergents :

- Le **Cadre Multisectoriel** définit les orientations stratégiques, les responsabilités sectorielles, les axes d'intervention et les mécanismes de coordination pour la réponse multisectorielle au paludisme ;
- L'**EMC** agit comme une plateforme de haut niveau de plaidoyer, de mobilisation des engagements, de redevabilité et de coordination stratégique entre les secteurs afin d'accélérer la mise en œuvre des priorités du PSN ;
- L'**EMF** constitue le mécanisme de mobilisation et de canalisation des ressources additionnelles destinées à soutenir les gaps prioritaires identifiés dans le PSN et le Cadre Multisectoriel.

Ces mécanismes interagiront de manière complémentaire sans chevauchement fonctionnel. Le Cadre Multisectoriel fournira les orientations et priorités d'action ; le PNLP identifiera les gaps programmatiques, les besoins de financement et les goulots d'étranglement ; l'EMC mobilisera les engagements politiques, institutionnels et communautaires nécessaires ; tandis que l'EMF appuiera la mobilisation des ressources financières et en nature pour soutenir les interventions prioritaires.

Dans cette dynamique, les réunions trimestrielles de coordination multisectorielle constitueront un espace de suivi des engagements, d'analyse des progrès et de redevabilité collective. Cette approche permettra de renforcer l'appropriation nationale de la lutte contre le paludisme, de diversifier les sources de financement, de favoriser les innovations multisectorielles et d'améliorer la durabilité des interventions dans un contexte marqué par la pression croissante sur les financements extérieurs et les nouveaux défis liés au changement climatique, à l'urbanisation et aux résistances biologiques.

4.3 Objectifs spécifiques par axe stratégique

Les objectifs spécifiques sont de niveau stratégique parce qu'ils engagent les parties prenantes à apporter des améliorations dans la réduction de la morbidité et de la mortalité lié au paludisme à l'horizon 2030.

4.3.1. Amélioration et optimisation de la prévention

- 1) Augmenter la proportion des ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) pour deux personnes, passant de 69% en 2024 à 85 % d'ici décembre 2030, dans les populations ciblées selon la stratification nationale.
- 2) Augmenter la proportion d'enfants des moins de 5 ans ayant dormi sous MII, passant de 57% en 2024 à 63 % d'ici décembre 2030.
- 3) Augmenter la proportion des femmes enceintes ayant dormi sous MII, passant de 60% en 2024 à 68 % d'ici décembre 2030.
- 4) Accroître la proportion des ménages protégés par la pulvérisation intra-domiciliaire (PID) à au moins 90% d'ici décembre 2030 dans les zones saisonnières et à forte incidence.
- 5) Assurer le traitement d'au moins 85% des gîtes larvaires identifiés dans les sites d'intervention, de manière régulière (au moins une fois par semaine) d'ici décembre 2030.
- 6) Réduire la proportion de population de moustiques présentant une résistance aux insecticides de 40% en 2024 à 20 % d'ici décembre 2030, dans les zones de surveillance entomologique.

- 7) Augmenter la proportion des femmes enceinte (FE) ayant bénéficié de TPI1 passant de 87 % en 2025 à 95 % d'ici décembre 2030.
- 8) Augmenter la proportion des femmes enceinte (FE) ayant bénéficié de TPI3 passant de 64 % en 2025 à 80% d'ici décembre 2030.
- 9) Augmenter la proportion d'enfants âgés de 3 à 59 mois ayant reçu les quatre doses de SPAQ dans le cadre de la chimioprévention saisonnière (SMC), de 85,1 % en 2025 à 95 % d'ici décembre 2030.
- 10) Augmenter la proportion d'enfants âgés de 0 à 24 mois ayant reçu six doses de sulfadoxine-pyriméthamine (SP) dans le cadre de la chimioprévention du paludisme pérenne (CPP), de 30% en 2025 à 70% d'ici décembre 2030.
- 11) Contribuer à l'optimisation de la vaccination antipaludique en appui au PEV, en réduisant à ≤ 5 % la proportion de doses administrées à des enfants non éligibles selon l'âge ou les intervalles recommandés, lors de la supervision formative.
- 12) Assurer le déploiement ciblé des émanateurs spatiaux dans au moins 80% des ménages des environnements à forte transmission du paludisme, afin de réduire l'exposition aux vecteurs en complément des interventions de lutte antivectorielle existantes d'ici décembre 2030.
- 13) Assurer l'administration de masse de médicaments antipaludiques (AMMA) dans au moins 80 % de la population éligible, des zones à forte transmission, en complément des interventions préventives et curatives d'ici décembre 2030.
- 14) Assurer la gestion appropriée et écologiquement sûre d'au moins 80 % des déchets générés par les activités de distribution des MII, conformément aux normes nationales en vigueur d'ici décembre 2030

4.3.2. Renforcement de la prise en charge

- 1) Augmenter la proportion des ESS n'ayant pas connu des ruptures de stock en médicaments antipaludiques et autres intrants, passant de 70% en 2024 à 95% d'ici 2030
- 2) Augmenter la proportion de cas suspect de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique dans les établissements de soins de santé (ESS), de 94 % en 2024 à 100% d'ici décembre 2030.
- 3) Accroître la proportion des cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique conforme à la politique nationale, de 96 % en 2024 à 100% d'ici décembre 2030.

4.3.3. Surveillance épidémiologique et Riposte

- 1) Accroître le taux de détection des épidémies de paludisme, de 7% en 2024 à 100% d'ici décembre 2030 en collaboration avec la DSE.
- 2) Assurer dans les 15 jours une réponse aux épidémies détectées en collaboration avec l'INSP (COUSP)
- 3) Améliorer la qualité de la surveillance sentinelle et entomologique, passant de 45% en 2025 à 80% d'ici décembre 2030.
- 4) Intégrer la surveillance climatologique à 30% dans toutes les DPS d'ici 2030.

4.3.4. Suivi-Évaluation, Recherche opérationnelle et Innovations

- 1) Améliorer la qualité des données du paludisme issu des établissements de soins de santé (ESS) de 65% en 2025 à 90% d'ici 2030.
- 2) Améliorer l'utilisation des données du paludisme à différents niveaux du système de santé, passant de 65% en 2025 à 90% d'ici 2030.
- 3) Accompagner la réalisation de toutes les enquêtes sur le paludisme à tous les niveaux d'ici décembre 2030.

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

- 1) Augmenter la couverture et l'exposition aux messages stratégiques : porter la proportion de la population exposée à des messages intégrés de lutte contre le paludisme (prévention, diagnostic, traitement et vaccination) de 33% en 2024 à 75% d'ici fin 2030 avec un focus spécifique sur les zones à haute transmission.
- 2) Améliorer la capacité de reconnaissance des signes de danger : Accroître de 35% à 80% la proportion des mères et gardiens d'enfants de moins de 5 ans capables d'identifier au moins deux signes de danger chez un enfant fébrile et de prendre la décision de recourir à une structure de santé qualifiée (ou site de soins communautaire) dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes.
- 3) Renforcer l'adoption effective des comportements de prévention et de soins : Atteindre un taux d'adoption de 85% des comportements favorables à l'élimination du paludisme d'ici 2030, mesuré par :
 - L'utilisation effective des MII de nouvelle génération (PBO/Dual AI) par tous les membres du ménage ;
 - L'observance rigoureuse des schémas de chimioprévention (CPP, SMC) et du cycle vaccinal (R21) ;
 - L'adhésion au diagnostic biologique préalable à tout traitement antipaludique (recours systématique au TDR/Microscopie).
- 4) Accroître la résilience communautaire face à l'infodémie : Mettre en place un système de veille et de réponse aux rumeurs dans 100% des Zones de Santé d'ici 2030, permettant de réduire de 50% l'impact de la désinformation sur le taux d'abandon des nouvelles interventions (notamment le vaccin R21 et la CPP) par rapport aux valeurs de référence de 2025.

4.3.6. Renforcement de la gestion et du leadership du Programme

- 1) D'ici 2030, améliorer les capacités institutionnelles et organisationnelles du PNLP en dotant un siège avec une infrastructure complètement opérationnelle, en révisant le cadre organique et en formant au moins 80 % des cadres aux nouvelles compétences de gestion et de leadership.
- 2) Accroître la part des ressources financières domestiques et locales mobilisées pour la lutte contre le paludisme, de 15 % en 2026 à au moins 30 % d'ici décembre 2030, à travers le financement public national et provincial, la mobilisation du secteur privé, la communauté, la diversification des partenaires financiers, le renforcement de la redevabilité financière et des mécanismes innovants de financement du paludisme.



- 3) D'ici 2030, consolider l'approche multisectorielle et les partenariats de la LAP en organisant au moins deux forums nationaux annuels de coordination multisectorielle, en incluant toutes les parties prenantes clés dans la planification et le suivi des activités, et en développant un plan de partenariat officiel signé par au moins 90 % des parties prenantes identifiées.

4.4 Alignement au PNDS-PS 2024-2033

Le Plan Stratégique National de la lutte contre le paludisme est aligné sur le PNDS-PS 2024-2033 en cours de mise en œuvre. Le rapprochement est opéré au niveau des axes stratégiques et des objectifs qui s'y rattachent qui sont mis en alignement avec les axes stratégiques et les Produits formulés dans le PNDS-PS. La matrice développée ci-dessous montre les liens qui relient les deux documents stratégiques, sachant que c'est le Plan Stratégique National du PNLP qui s'aligne au PNDS-PS, selon les directives et le cycle de planification du Ministère de la Santé, Hygiène et Prévoyance Sociale.

Tableau 8 : Matriciel d'alignement des Axes et Objectifs stratégiques au PNDS-PS 2024-2033

Axes & Objectifs du PSN-PNLP	Alignement aux Axes du PNDS-PS	Alignement aux Produits du PNDS-PS
L'Axe 1 relatif à l'amélioration et optimisation de la prévention, avec tous ses objectifs spécifiques relatifs aux interventions concernant la MII, PID, TPI, SMC, CPP, vaccination.	Axe 1 du PNDS-PS relatif à l'accès et la couverture des prestations des services de santé de qualité et continuité des soins.	Produit 1.1 de l'extension de la couverture sanitaire
L'Axe 2 relatif au renforcement de la détection et de la prise en charge des cas du paludisme avec les objectifs spécifiques apparentés. La prise en charge est tributaire des médicaments et des autres intrants.	L'Axe 1 du PNDS-PS sur l'accès et la couverture des prestations des services de santé de qualité et continuité des soins.	Produit 1.2 du PNDS-PS qui concerne la disponibilité des vaccins, médicaments, matériel de diagnostic et autres produits de santé de qualité.
L'Axe 3 qui concerne la Surveillance épidémiologique et Riposte, avec les objectifs liés à la détection, à la réponse en cas d'épidémie, et à la qualité de la surveillance sentinelle.	L'Axe 2 du PNDS-PS sur la résilience du système de santé aux urgences et risques sanitaires.	Produit 2.1 du PNDS-PS sur les capacités de mise en œuvre du règlement sanitaire international à tous les niveaux, comprenant la surveillance, la disposition des médicaments et autres intrants, etc.
L'Axe 4 du Suivi-Évaluation, Recherche opérationnelle et Innovations. Les objectifs spécifiques sont relatifs à la qualité des données, à l'utilisation des données collectées et à l'accompagnement des enquêtes sur le paludisme dans le pays.	Axe 1 du PNDS-PS sur l'accès et la couverture des prestations des services de santé de qualité et continuité des soins.	Produit 1.4 sur le système d'information sanitaire.
	Axe 6 du PNDS-PS sur la gouvernance du système de santé.	Produit 6.3 sur La coordination de la recherche en santé
Axe 5 de la Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC). C'est dans les principales activités que la communication intervient.	Axe 1 du PNDS-PS sur l'accès et la couverture des prestations des services de santé de qualité et continuité des soins.	Produit 1.1 de l'extension de la couverture sanitaire dont une des interventions consiste à renforcer la participation de la population dans le diagnostic et des propositions d'amélioration des services de santé. Les activités de communication qui s'y rattachent sont notamment l'Appui aux prestations sanitaires communautaires et l'Amélioration de l'expérience santé (approche centrée sur le patient, optimisation du parcours du patient).

Axe 6 du renforcement de la gestion et du leadership du Programme. Cet axe stratégique et ses objectifs sont alignés sous plusieurs axes stratégiques du PNDS-PS.	L'Axe 1 du PNDS-PS sur l'accès et la couverture des prestations des services de santé de qualité et continuité des soins.	Produit 1.3 relatif aux Infrastructures pour les EES, les structures administratives de la santé et autres qui doivent être améliorées. L'objectif stratégique du PSN-PNLP de doter le Programme d'un siège avec une infrastructure complètement opérationnelle s'inscrit dans cette priorité nationale.
	Axe 6 du PNDS-PS sur la gouvernance du système de santé	Produit 6.1 sur la Gouvernance du système de santé et de prévoyance sociale pour une meilleure redevabilité. L'objectif stratégique pour consolider l'approche multisectorielle et les partenariats, ainsi que la coordination multisectorielle s'y rattache. Produit 6.2 sur le cadre managérial et institutionnel sont favorables pour des ressources humaines de qualité en santé.
	L'Axe 3 du PNDS-PS sur les financements et d'autres investissements pour une meilleure performance du système de santé. L'objectif spécifique du PSN-PNLP sur la mobilisation des ressources s'inscrit sous cet axe.	Produit 3.1 concernant les mécanismes de financement pour la santé.



5. MISE EN ŒUVRE DU PSN 2026-2030

5.1 Stratification épidémiologique pour le ciblage des interventions

Afin d'affiner le cadre de mise en œuvre des interventions, une stratification de vulnérabilité a été faite en plus de la stratification épidémiologique. Cette stratification a été mise à jour lors d'un atelier SNT x COOP organisé en mars 2026 à Kinshasa. L'objectif principal poursuivi était de préparer la base technique du GC8, mais aussi guider l'élaboration du présent Plan Stratégique National recadré en termes de priorisation des interventions et d'estimations budgétaires.

La stratification a été réalisée sur la base d'un index, en termes de score de risque basé sur 10 indicateurs dont 3 indicateurs épidémiologiques (Mortalité, Incidence, Prévalence) ; 4 indicateurs programmatiques (Poids démographique, Utilisation des MII, Utilisation des services curatifs, Accessibilité aux soins curatifs) et 3 indicateurs contextuels (Présence de déplacés, Population rurale, Niveau économique). Pour cet exercice de stratification, une méthodologie participative a été adoptée pour la sélection des indicateurs, leur classification en 3 catégories et les critères utilisés pour leur pondération (Réf.).

Les résultats de la stratification sont présentés sous forme de cartes et de tableaux montrant le score de risque et la catégorie de risque pour les 26 provinces de la RDC, comme illustré dans la figure ci-dessous qui présente des visualisations comprenant : (i) La Carte choroplèthe de la représentation spatiale des catégories de risque (Prioritaire, Moyenne, Faible) ; (ii) Le Tableau des scores de risque par variable pour chaque province ; (iii) La catégorisation finale avec l'assignement de chaque province à l'une des trois catégories de priorité.

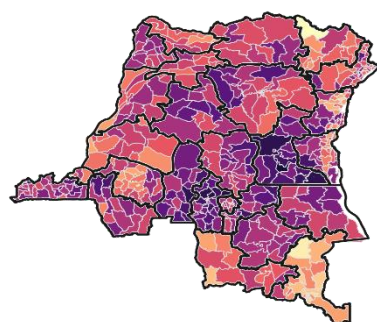
Les provinces ont ainsi été classées selon la distribution démographique en tertile de leurs scores composites, ce qui a permis d'identifier :

- 10 provinces prioritaires (tertile supérieur) : Tshopo, Sud Ubangi, Sankuru, Maniema, Lomami, Kwango, Kongo Central, Kasai Central, Kasai, Equateur.
- Environ 10 provinces à priorité moyenne (tertile intermédiaire) : Tshuapa, Tanganyika, Sud Kivu, Nord Ubangi, Mongala, Mai Ndombe, Ituri, Haut Uélé, Haut Lomami, Bas Uélé.
- Environ 6 provinces à priorité faible (tertile inférieur) : Nord Kivu, Lualaba, Kwilu, Kinshasa, Kasai Oriental, Haut Katanga.

L'ensemble de ces résultats sont présentés dans la figure ci-dessous.



Risk Score



Risk Category

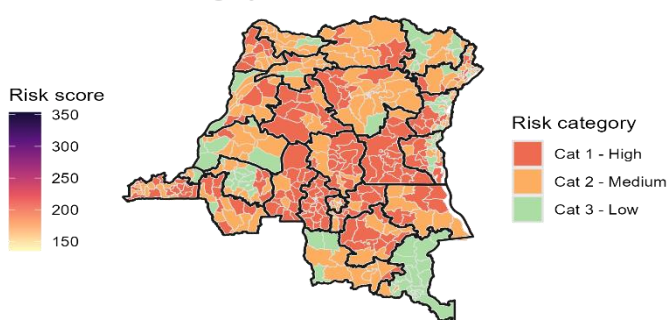


Figure 28. Modélisation de la SNT pour la stratification au niveau de Zones de santé en 3 catégories de priorité, selon le degré du risque pour le Paludisme

5.2 Regroupement indicatif des principales interventions par catégorie de priorité

Tableau 9. Regroupement des interventions par catégories/strates des provinces prioritaires

Catégorie de risque	Principales interventions ciblées
Provinces prioritaires (Risque élevé)	- Toutes les interventions visant le diagnostic et le traitement des cas simples et sévères du paludisme (Prise en charge) - Distribution de la MII en campagne de masse, aux femmes enceintes pendant la CPN, aux enfants < 2 ans à la CPS. - Distribution scolaire des MII - Vaccination contre le paludisme - Administration de SP aux femmes enceintes pendant la CPN (TPIg) - Administration Communautaire de SP pour les femmes enceintes (TPIg-C) - Surveillance épidémiologique de routine, surveillance des sites sentinelles, et participation à la gestion des épidémies - Surveillance épidémiologique transfrontalière. - Chimio prévention du paludisme pérenne (CPP) : administration de la SP aux nourrissons et jeunes enfants de moins de 5 ans (10 semaines à 23 mois) vivants dans des zones de transmission pérenne (élevée) - Chimio prévention du paludisme saisonnier (SMC), - Pulvérisation intra domiciliaire (PID) si applicable - Assainissement de l'environnement si possible - Émanateurs spatiaux - Sensibilisation et Mobilisation sociale (CCSC) : activité transversale
Provinces à priorité moyenne (Risque modéré)	- Toutes les interventions visant le diagnostic et le traitement des cas simples et sévères du paludisme - Distribution de la MII en campagne de masse, aux femmes enceintes pendant la CPN, aux enfants < 2 ans à la CPS. - Vaccination contre le paludisme - Administration de la SP aux femmes enceintes pendant la CPN (TPIg) - Administration Communautaire de la SP pour les femmes enceintes (TPIg) - Surveillance épidémiologique de routine, surveillance des sites sentinelles, et participation à la gestion des épidémies - Chimio prévention du paludisme pérenne (CPP) : administration de la SP aux nourrissons et jeunes enfants de moins de 5 ans (10 semaines à 23 mois) vivants dans des zones de transmission pérenne (modérée) - Sensibilisation et Mobilisation sociale (CCSC) : activité transversale

Provinces à faible priorité (Risque bas)	- Toutes les interventions visant le diagnostic et le traitement des cas simples et sévères du paludisme - Distribution de la MII aux femmes enceintes pendant la CPN, aux enfants < 2 ans à la CPS. - Distribution scolaire des MII - Vaccination contre le paludisme - Administration de SP aux femmes enceintes pendant la CPN (TPIg) - Surveillance épidémiologique de routine, surveillance des sites sentinelles, et participation à la gestion des épidémies - Sensibilisation et Mobilisation sociale (CCSC) : activité transversale
--	---

5.3 Modélisation de l'impact des scénarios SNT pour la RDC

En plus de la catégorisation des provinces selon les trois strates présentées ci-dessus, le pays a recouru à une approche de modélisation mathématique pour comprendre le « potentiel de transmission » de chaque ZS, à partir duquel il a été possible d'estimer l'impact des interventions futures, avec des résultats agrégés au niveau provincial. Ce modèle mathématique a déjà été utilisé pour orienter les efforts de priorisation du GC7 (<https://mrc-ide.github.io/malariasimulation/>).

Au niveau mondial, le modèle a éclairé un ensemble de questions importantes, notamment les allocations du Fonds mondial, la stratégie technique mondiale de l'OMS contre le paludisme, les orientations sur les vaccins antipaludiques, le développement de nouvelles interventions et la planification stratégique nationale dans les pays d'endémie palustre.

Les résultats de la modélisation montrent que le scénario 1 devrait conduire à une incidence moyenne de 312 cas pour 1 000 personnes par an, ce qui correspond à une moyenne de 38,3 millions de cas par an. Par contre, le scénario 2, qui comporte davantage des interventions combinées pour la distribution de MII (masse, communautaire, CPN et CPS, scolaire), permettrait d'éviter 2,9 millions de cas de paludisme par an par rapport au scénario 1. Ce scénario est donc retenu pour la programmation des interventions et pour la budgétisation du Plan stratégique.

Un scénario supplémentaire d'intervention maximale (« Scénario-Max ») a été développé afin de simuler l'impact d'un déploiement maximal des interventions sur la charge du paludisme (Figure 27). Ce scénario repose sur trois hypothèses principales : (i) des campagnes de distribution de masse de MILD menées dans toutes les provinces, tous les trois ans, sans plafonnement du nombre maximal de MILD distribuées par ménage, contrairement au scénario 2, qui combine la distribution communautaire, la distribution en milieu scolaire et des campagnes de masse plafonnées à trois MILD par ménage ; (ii) une vaccination antipaludique généralisée sur l'ensemble du territoire ; et (iii) la mise en œuvre de la chimioprophylaxie saisonnière (SMC) ou de la chimioprévention du paludisme pérenne (PMC) dans les zones de santé, selon les modalités prévues au scénario 2.

Les résultats de la modélisation indiquent que le scénario « Max » offrirait les meilleurs résultats en termes de cas évités : il permettrait d'éviter 1,4 million de cas de paludisme par an de plus que le scénario 2. Le scénario 2 conduirait en effet à 5,35 millions de cas supplémentaires par an, soit une augmentation de 18,0 % par rapport au scénario « Max ». Au niveau des zones de santé, la plupart d'entre elles connaîtraient une baisse de l'incidence par rapport aux niveaux d'avant 2025 ; quelques provinces du sud et du nord-est présenteraient toutefois une légère hausse, en raison d'un niveau de référence faible avant 2025, période durant laquelle des distributions massives de MILD s'étaient succédé à un rythme

soutenu — c'est le cas du Lualaba, qui a mené des campagnes de masse en 2021 et 2023, non soumises à la règle des 87 %, celle-ci découlant de l'hypothèse d'un maximum de trois MILD par foyer lors des futures campagnes.

Le scénario « Max » représente ainsi le plafond ambitieux d'impact atteignable dans le cadre du présent Plan stratégique (Figure 28). Il éclaire le choix du scénario retenu pour la programmation et la budgétisation, tout en fournissant la référence supérieure contre laquelle l'efficacité des interventions financées pourra être suivie et évaluée.

Intervention mixtes- based on Scenario - Max

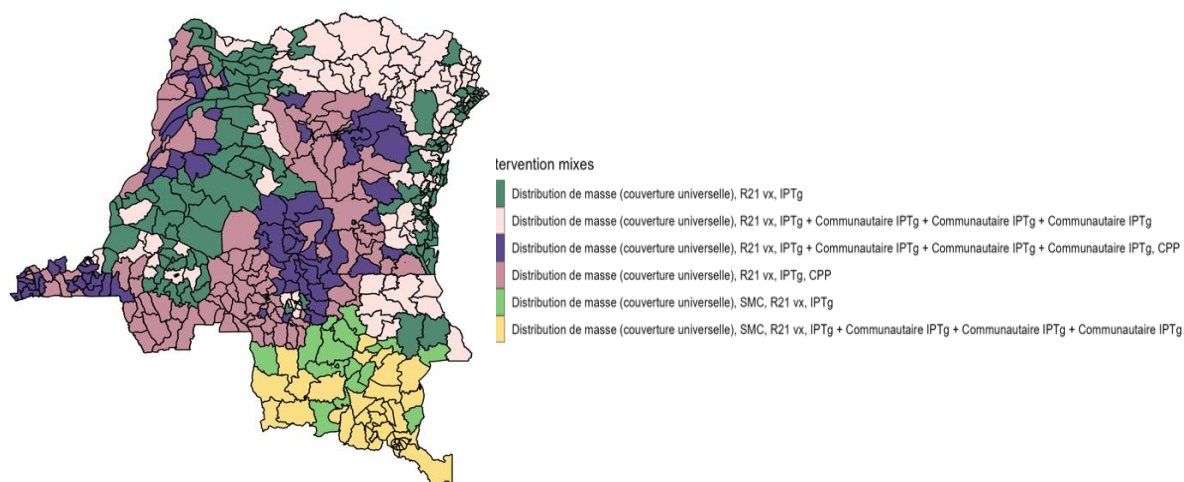


Figure 29. Scénario d'intervention maximale

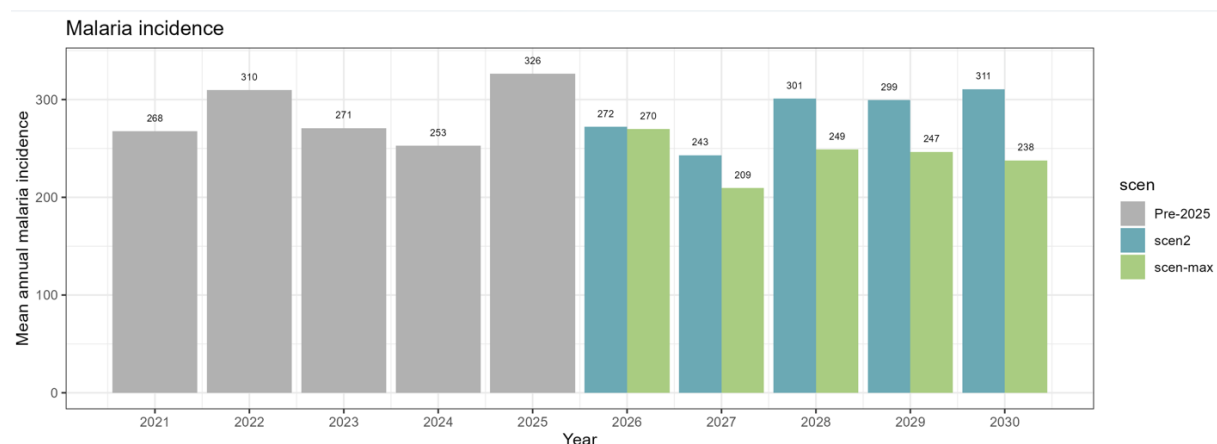


Figure 30. Estimation de l'impact du scénario maximal sur le paludisme

5.4 Interventions stratégiques et activités prioritaires par objectif spécifique

Tableau 10 : Interventions et activités par objectif spécifique

N°	Axe stratégique 1 : Amélioration et optimisation de la prévention		Zones/Strates de concentration des interventions
Objectif spécifique 1 : Augmenter la proportion des ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) pour deux personnes, passant de 69% en 2024 à 85 % d'ici décembre 2030, dans les populations ciblées selon la stratification nationale.			
	Intervention prioritaire 1 : Distribution de routine des MII (CPN/CPS)		Catégories 1,2 et 3
1		Activité1 : Assurer l'acquisition des MII les plus performantes disponibles pour les campagnes de masse et en routine , en tenant compte de la diversité actuelle des options de MII Bi-actifs (dual-AI) sur le marché.	
2		Activité2 : Organiser la distribution des MII lors de la CPN	
3		Activité3 : Organiser la distribution des MII lors de la CPS	
4		Activité4 : Organiser les ateliers de validation des données de routine concernant la distribution des MII lors de CPN/CPS	
	Intervention prioritaire 2: Campagne de masse		Catégories 1,2
5		Activité1 : Assurer l'acquisition des MII pour les campagnes de masse	
6		Activité2 : Organiser la campagne de distribution des MII dans les ménages cibles	
7		Activité3 : Organiser les ateliers de validation des données de campagne de la distribution des MII	
8		Activité 4 : Utiliser les données et outils géospatiaux avec l'approche GRID3 pour optimiser les campagnes de distribution de masse des MII par	
	Intervention prioritaire 3 : Campagne scolaire		Catégorie 3
8		Activité 1 : Assurer l'acquisition des MII pour les campagnes scolaires	
9		Activité 2 : Effectuer les états de lieu des écoles primaires	
10		Activité 3 : Organiser la distribution des MII dans les écoles primaires	
11		Activité 4 : Organiser les ateliers de validation des données des campagnes scolaires de distribution des MII	
Objectif spécifique 2 : Augmenter la proportion d'enfants des moins de 5 ans ayant dormi sous MII, passant de 57% en 2024 à 63 % d'ici décembre 2030.			
11	Intervention prioritaire 1 : Communication sur l'utilisation des MII par les mères/tuteurs d'enfants de moins de 5 ans		Catégories 1,2
12		Activité1 : Sensibiliser les ménages sur l'utilisation effective des MII avant, pendant et après la distribution à travers les canaux communautaires.	
13		Activité2 : Sensibiliser les ménages sur l'utilisation effective des MII avant, pendant et après la distribution à travers les mass média.	
	Intervention prioritaire 2 : Monitoring 5% et suivi post distribution des MII		Catégories 1,2
13		Activité1 : Assurer le monitoring 5% pendant la distribution des MII	

14		Activité2 : Réaliser les enquêtes post distribution des MII (à 0, 9, 18 et 27 mois)	
Objectif spécifique 3 : Augmenter la proportion des femmes enceintes ayant dormi sous MII, passant de 60% en 2024 à 68 % d'ici décembre 2030.			Catégoriesn1,2,3
	Intervention prioritaire 1 : Distribution des MII lors des CPN		
15		Activité1 : Organiser des séances de sensibilisations des femmes enceintes sur la consultation précoce des CPN	
16		Activité2 : Distribuer les MII chez les femmes enceintes lors des séances de CPN	
Objectif spécifique 4 : Accroître la proportion des ménages protégés par la pulvérisation intra-domiciliaire (PID) à au moins 90% d'ici décembre 2030 dans les zones saisonnières et à forte incidence.			Zones spécifiques
17	Intervention prioritaire 1 : Suivi des activités de PID du Pays		
18		Activité1 : Assurer le suivi des activités de PID du Pays dans les zones minières et autres zones spécifiques.	
19		Activité2 : Organiser des enquêtes sur la rémanence des insecticides dans les habitations	
20		Activité3 : Gérer les données de la PID	
21		Activité 4 : Organiser les ateliers de validation des normes et directives en rapport avec la PID	
22		Activité 5 : Organiser les ateliers de dissémination sur les normes et directives de la PID	
Objectif spécifique 5 : Assurer le traitement d'au moins 85% des gîtes larvaires identifiés dans les sites d'intervention, de manière régulière (au moins une fois par semaine) d'ici décembre 2030.			
	Intervention prioritaire 1 : Mettre en place les directives ou normes national pour le traitement des gîtes larvaires		Catégories 1,2,3
23		Activité1 : Développer un guide national de traitement des gîtes larvaires	
24		Activité2 : Organiser des briefings et expéditions pour vulgariser le guide national et autres directives pour le traitement des gîtes larvaires	
	Intervention prioritaire 2 : L'assainissement de l'habitat		Catégories 1,2,3
25		Activité1 : Sensibiliser les ménages sur les pratiques d'assainissement de l'habitat	
26		Activité2 : Impliquer les écoles, les OAC et les leaders communautaires dans les pratiques d'hygiène environnementale	
27		Activité3 : Accompagner les municipalités et les localités dans l'assainissement du milieu	
	Intervention prioritaire 3 : Cartographier et traiter les gîtes larvaires		4 ZS et sociétés minières
28		Activité 1 : Faciliter l'acquisition des équipements et intrants nécessaires à la cartographie et au traitement des gîtes larvaires	
29		Activité 2 : Conduire des activités de cartographie et traitement des gîtes larvaires à l'aide des drones pour en démontrer l'efficacité dans 4 ZS et dans les zones minières.	
30		Activité 3 : Introduire les émanateurs spatiaux dans le pays à petit échelle dans 2 ZS (Mikalay et Tshikaji)	
Objectif spécifique 6 : Réduire la proportion de population de moustiques présentant une résistance aux insecticides de 40% en 2024 à 20 % d'ici décembre 2030, dans les zones de surveillance entomologique.			



	Intervention prioritaire 1 : Alternier l'utilisation des insecticides de différentes classes		
31		Activité1 : Faire des tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides	
32		Activité2 : Approvisionner le pays avec des insecticides auxquels les vecteurs du paludisme sont sensibles.	
33		Activité3 : Accompagner l'ACOREP et l'OCC dans le contrôle des insecticides de qualité.	
	Intervention prioritaire 2 : Suivre l'efficacité des insecticides sur la population des vecteurs		
34		Activité1 : Organiser des enquêtes sur la bionomie des vecteurs	
35		Activité2 : Identifier les mécanismes de résistance aux insecticides sur base des données moléculaires	
Objectif spécifique 7 : Augmenter la proportion des femmes enceinte (FE) ayant bénéficié de TPI1 passant de 87 % en 2025 à 95 % d'ici décembre 2030			Catégories 1,2,3
	Intervention prioritaire 1 : Administration de la SP en routine aux femmes enceintes lors de la CPN1.		
36		Activité1 : Assurer l'approvisionnement des ESS en SP	
37		Activité2 : Garantir l'administration de la SP aux FE à la CPN1.	
Objectif spécifique 8 : Augmenter la proportion des femmes enceinte (FE) ayant bénéficié de TPI3 passant de 64 % en 2025 à 80% d'ici décembre 2030.			
	Intervention prioritaire 1 : Administration de la SP en routine aux femmes enceintes lors de la CPN avant 36 semaines.		Catégories 1,2,3
38		Activité1 : Garantir l'administration de la SP aux FE au cours de CPN	
39		Activité2 : Sensibiliser les ménages dans les zones à accès difficiles sur les bénéfices de la SP.	
40		Activité3 : Garantir l'administration de la SP aux FE au niveau communautaire dans les zones à faible performance en TPIg (inférieure à la médiane nationale).	
Objectif spécifique 9 : Augmenter la proportion d'enfants âgés de 3 à 59 mois ayant reçu les quatre doses de SPAQ dans le cadre de la chimioprévention saisonnière (SMC), de 85,1 % en 2025 à 95 % d'ici décembre 2030.			
	Intervention prioritaire 1 : Administration la SPAQ aux enfants de 3 à 59 mois dans les zones à transmission saisonnière		
41		Activité 1 : Assurer l'approvisionnement des ESS en SPAQ	2 DPS cibles
42		Activité 2 : Organiser les campagnes de l'administration de la SPAQ en distribution de masse et/ou communautaire aux enfants âgés de 3 à 59 mois les DPS cibles	
43		Activité 3 : Organiser les ateliers de validation des données	
44		Activité 4 : Organiser les ateliers des micro plan au niveau provincial	
45		Activité 5 : Organiser les ateliers de l'évaluation de campagne au niveau provincial	
	Intervention prioritaire 2 : Suivre l'efficacité de la SPAQ dans les zones à transmission saisonnière		
46		Activité1 : Mener des enquêtes de suivi de l'efficacité de la SPAQ	
47		Activité2 : Mettre à jour une base de données pour documenter les résultats du suivi et des enquêtes sur l'efficacité de la SPAQ	



Objectif spécifique 10 : Augmenter la proportion d'enfants âgés de 0 à 24 mois ayant reçu six doses de sulfadoxine-pyriméthamine (SP) dans le cadre de la chimioprévention du paludisme pérenne (CPP), de 30% en 2025 à 70% d'ici décembre 2030.			Catégorie 1
	Intervention prioritaire 1 : Administration la SP pédiatrique aux enfants âgés de 0 à 24 mois		
48		Activité1 : Assurer l'approvisionnement des ESS en SP pédiatrique ou adultes	
49		Activité2 : Garantir l'administration de la SP pédiatrique en routine aux enfants âgés de 0 à 24 mois, à travers la CPS	
	Intervention prioritaire 2 : Suivre l'efficacité de la SP pédiatrique		Catégorie 1
50		Activité 1 : Mettre à jour une base de données pour documenter les résultats du suivi et des enquêtes sur l'efficacité de la SP	
51		Activité 2 : Assurer mensuellement/ trimestriellement les analyses/validations des données de la qualité de la CPP.	
52		Activité 3 Organiser les missions de suivies /supervisions sur la CPP	
53		Activité 4 Mener des études/enquêtes de suivi de l'efficacité de la SP de l'évaluation de l'impact de la CPP	
Objectif spécifique 11 : Contribuer à l'optimisation de la vaccination antipaludique en appui au PEV, en réduisant à ≤ 5 % la proportion de doses administrées à des enfants non éligibles selon l'âge ou les intervalles recommandés, lors de la supervision formative.			
	Intervention prioritaire 1 : Renforcement des compétences des vaccinateurs sur la VAP		
54		Activité1 : Organiser des sessions de formation des vaccinateurs sur la VAP, avec focus sur les critères d'éligibilité (âge et intervalle)	
55		Activité2 : Assurer les supervisions formatives pour une VAP de qualité	
56		Activité3 : Sensibiliser les mères/gardiennes d'enfants sur les bénéfices de la vaccination en VAP	
	Intervention prioritaire 2 : Amélioration du système de vérification et de suivi de l'efficacité de la VAP		
57		Activité1 : Mettre en place un système de double vérification (vaccinateur et RECO)	
58		Activité2 : Mener des enquêtes de suivi de l'efficacité de la VAP	
59		Activité3 : Mettre à jour une base de données pour documenter les résultats du suivi et des enquêtes sur l'efficacité de la VAP	
60		Activité 4 : Assurer mensuellement les analyses des données de la qualité de la VAP	
61		Activité 5 : Mener les études d'évaluation de l'impact de VAP sur l'incidence du paludisme	
Objectif spécifique 12 : Assurer le déploiement ciblé des émanateurs spatiaux dans au moins 80% des ménages des environnements à forte transmission du paludisme, afin de réduire l'exposition aux vecteurs en complément des interventions de lutte antivectorielle existantes d'ici décembre 2030.			
	Intervention prioritaire 1 : Déploiement de manière ciblée les émanateurs spatiaux dans les environnements à forte transmission.		
62		Activité 1 : Cartographier les sites prioritaires pour la mise en œuvre des émanateurs spatiaux	
63		Activité 2 : déployer les dispositifs des émanateurs spatiaux dans les environnements éligibles	



64		Activité 3 : assurer le suivi de la couverture des ménages éligibles équipés d'émanateurs spatiaux	
65		Activité 4 : Mener les études d'acceptabilité et d'évaluation dans les ménages éligibles équipés d'émanateurs spatiaux ainsi que de de cout-efficacité de l'intervention.	
Objectif spécifique 13 : Assurer l'administration de masse de médicaments antipaludiques (AMMA) dans au moins 80 % de la population éligible, des zones à forte transmission, en complément des interventions préventives et curatives d'ici décembre 2030			
	Intervention prioritaire 1 : Administration de masse de médicaments antipaludiques dans les zones à forte transmission répondant aux critères d'éligibilité		
66		Activité 1 : Cartographier les zones éligibles au pays pour l'organisation de campagnes d'AMMA	
67		Activité 2 : Organiser les campagnes d'AMMA dans les zones éligibles ciblées.	
68		Activité 3 : Organiser les ateliers de validation des données des campagnes d'AMMA des zones éligibles ciblées.	
69		Activité 4 : assurer la pharmacovigilance d'AMMA dans les zones ayant organisées la campagnes	
70		Activité 5 : Mener les études d'évaluation de l'impact sur l'incidence du paludisme et de cout-efficacité de l'intervention.	
Objectif spécifique 14 : Assurer, d'ici décembre 2030, la gestion appropriée et écologiquement sûre d'au moins 80 % des déchets générés par les activités de distribution des MII, conformément aux normes nationales en vigueur.			
	Intervention prioritaire 1 : gestion sécurisée et respectueuse de l'environnement des déchets générés par les activités de distribution des MII.		
71		Activité 1 : Mettre en place un dispositif de collecte, de tri, de stockage temporaire, de transport et d'élimination sécurisée des déchets issus de la distribution des MII dans les sites de distribution	
72		Activité 2 : Former et sensibiliser les équipes de distribution, les gestionnaires des dépôts et les acteurs communautaires sur le tri, la manipulation et l'élimination appropriée des déchets de MII, avec un suivi de la conformité des pratiques.	
Axe stratégique 2 : Renforcement de la prise en charge			Zone d'intervention
Objectif spécifique 1: Augmenter la proportion des ESS n'ayant pas connu des ruptures de stock en médicaments antipaludiques et autres intrants, passant de 70% en 2025 à 95% d'ici 2030			
	Intervention prioritaire 1 : Renforcement de la chaine d'approvisionnement des médicaments antipaludiques et autres intrants du PNLP en collaboration PNAM et les CDR		
73		Activité1 : Renforcer le système informatisé de suivi de la gestion logistique interconnecté à tous les niveaux du Programme depuis les CDR	
74		Activité2 : Organiser des formation/recyclages des agents sur la gestion logistique des médicaments et autres intrants du PNLP	
75		Activité3 : Mettre en place un système d'alerte précoce intégré pour prévenir les ruptures de stock dans les ESS.	
	Intervention prioritaire 2 : Mise en place des mécanismes de redevabilité pour appuyer la GAS		
76		Activité1 : Assurer l'approbation des commandes passées par les PTF sur l'acquisition des antipaludiques et autres intrants du programme	



77		Activité2 : Soutenir l'organisation des réunions mensuelles de la GAS	
Objectif spécifique 2 : Augmenter la proportion de cas suspect de paludisme ayant bénéficié d'un test immunologique et/ou parasitologique dans les établissements de soins de santé (ESS), de 94% en 2024 à 100% d'ici décembre 2030.			
	Intervention prioritaire 1 : Assurer le diagnostic biologique du paludisme (TDR/GE)		
78		Activité1 : Assurer l'approvisionnement des ESS en TDR et autres intrants	
79		Activité2 : Garantir le test chez tous les cas suspects du paludisme dans les ESS	
	Intervention prioritaire 2 : Contrôle qualité des tests et des lames (GE)		
80		Activité1 : Organiser le contrôle de qualité des lames de laboratoire	
81		Activité2 : Organiser des enquêtes sur la qualité des tests disponibles dans les ESS	
Objectif spécifique 3 : Accroître la proportion des cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique conforme à la politique nationale, de 96% en 2024 à 100% d'ici décembre 2030.			
	Intervention prioritaire 1 : Assurer le traitement de tous les cas diagnostiqués positifs		
82		Activité1 : Assurer l'approvisionnement des ESS en médicaments antipaludiques	
83		Activité2 : Garantir le traitement de tous les cas diagnostiqués positifs	
84		Activité3 : Déployer le MFT dans les provinces avec résistance avérée	
85		Activité4 : Organiser la formation des prestataires (clinique, laboratoire et pharmacie)	
86		Activité 5 : Organiser semestriellement une supervision formative des acteurs des 26 DPS d'ici 2030	
87		Activité 6 : Organiser un atelier de mise à jour des directives et document de politique nationale de LAP d'ici 2027	
88		Activité 7 : Organiser semestriellement la vulgarisation des directives et fiches techniques de PEC dans 26 DPS d'ici 2030	
89		Activité 8 : Organiser trimestriellement les réunions de GT PEC d'ici 2030	
90		Activité 9 : Organiser semestriellement une supervision de CNPV vers les CPPV dans les 10 DPS d'ici 2030	
91		Activité 10 : Assurer trimestriellement l'abonnement de UPSALA d'ici 2030	
92		Activité 11 : Réaliser une analyse géospatiale de couverture et de la charge palustre afin de produire des cartes de priorisation des SSC.	
	Intervention prioritaire 2 : Suivre l'efficacité et la disponibilité de médicaments antipaludiques		
93		Activité1 : Mener les enquêtes EUV	
Axe stratégique 3 : Surveillance épidémiologique et Riposte			Zone d'intervention
Objectif spécifique 1 : Accroître le taux de détection et réponse aux épidémies de paludisme, de 8.6% en 2024 à 100% d'ici décembre 2030. (1/22 épidémies)			
	Intervention prioritaire 1 : Surveillance de routine		



94		Activité1 : Organiser les réunions bihebdomadaires avec les MCP et les Gestionnaires des données PNLP des 26 DPS d'ici 2030	26 DPS
95		Activité2 : Produire des bulletins épidémiologiques hebdomadaires d'ici 2030	26 DPS et PTF
96		Activité 3: Reproduire le guide de surveillance du paludisme et les fiches techniques de surveillance aux DPS	26 DPS
97		Activité 4 ; Vulgariser le guide de surveillance du paludisme et les fiches techniques de surveillance aux DPS	26 DPS
98		Activité 5: Renforcer les capacités des RECO comme lanceur d'alerte pour la Surveillance à base Communautaire (SBC).	26 DPS
Intervention prioritaire 2 : Surveillance sentinelle			
99		Activité 1: Actualiser les directives techniques de la surveillance sentinelles aux standards internationaux.	
100		Activité 2: Actualiser le plan de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides.	
101		Activité 3: Vulgariser les directives techniques de la surveillance sentinelle et les fiches de notification des effets indésirables aux ACT aux DPS	26 DPS, 26 ZS SS et PTF
102		Activité 4 : Organiser les réunions mensuelles d'analyse des données sites sentinelles avec les 26 DPS et les 26 zones de santé sites sentinelles	26 DPS et 26 ZS SS
103		Activité 5 : Organiser la réunion trimestrielle du groupe thématique de Surveillance et Sites sentinelles	
104		Activité 6 : Former les acteurs des sites sentinelles en surveillance sentinelle et prise en charge des 26 DPS, y compris 9 sites sentinelles transfrontaliers (à raison de 10 acteurs par DPS)	26 DPS
105		Activité 7: Organiser semestriellement une supervision formative des acteurs des 26 sites sentinelles d'ici 2030	26 DPS
106		Activité 8: Organiser la revue annuelle des données sites sentinelles avec les 26 DPS et PTF	26 DPS
107		Activité 9: Organiser des enquêtes communautaires dans les sites sentinelles, à savoir Kenge, Kamina, Boende, Nyankunde, Kalemie, Fungurume, Buta, Pawa, Inongo, Lisala, Gemena, Karawa, Lodja, Dibindi, Mweka	
108		Activité 10: Amener les 15 sites sentinelles de la catégorie 2 à la catégorie 3 c.-à-d. Kenge, Kamina, Boende, Nyankunde, Kalemie, Fungurume, Buta, Pawa, Inongo, Lisala, Gemena, Karawa, Lodja, Dibindi, Mweka	
109		Activité 11: Digitaliser la collecte des données au niveau des ESS dans les 26 sites sentinelles	26 sites sentinelles
110		Activité 12: Renforcer / appuyer la tenue des réunions de validation des données du paludisme à tous les niveaux	
Intervention prioritaire 3 : Surveillance entomologique et climatologique			
111		Activité1 : Assurer deux (2) missions par an sur la collecte des données entomologiques (bionomie) dans les 26 sites sentinelles	26 DPS
112		Activité2 : Assurer le suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides usuels dans 26 provinces d'ici 2030,	26 DPS
113		Activité3 : Assurer le suivi des analyses moléculaires des échantillons d'anophèles provenant de terrain chaque semestre	26 DPS



114		Activité 4: Organiser les réunions d'analyse trimestrielles du groupe thématique LAV d'ici 2030	
115		Activité 5 : Faire le suivi de l'An. Stephensi et l'identification moléculaire au Kongo Central (Moanda, Boma et Matadi)	
116		Activité 6 : Organiser la surveillance classique de l'anophèle Stephensi dans toutes les zones transfrontalières	
117		Activité 6: Organiser le suivi de la durabilité des MII	
118		Activité 7: Formaliser le cadre de collaboration entre la Metelsat et le PNLP pour le partage des données météorologiques (MOU)	
119		Activité 8 : Assurer un suivi des données géo climatiques	
120		Activité 9: Organiser la surveillance intégrée climat-santé (l'analyse croisée des données météorologiques avec les cas de paludisme)	
121		Activité 10: Finaliser la base des données entomologiques et Importer les données entomologiques, des cas historiques et des enquêtes dans DHIS2	
Intervention prioritaire 4 : Surveillance à base communautaire			
122		Activité1 : Appuyer le renforcement des capacités des RECOsites / vérificateurs des Sites de Soins Communautaires à la détection précoce et riposte sur les alertes ou épidémies du paludisme	10112 SSC
123		Activité 2 : Appuyer l'assainissement du milieu pour réduire les eaux stagnantes, en particulier après les inondations qui favorisent la prolifération des vecteurs par la communauté (gestion des gîtes larvaires).	
124		Activité 3 : Renforcer la résilience communautaire	
Intervention prioritaire 5 : Surveillance transfrontalière			
125		Activité1 : Formaliser le cadre de collaboration de la surveillance transfrontalière en interne et avec les pays voisins d'ici 2030	
126		Activité2 : Renforcer la détection des épidémies au niveau des sites sentinelles dans les zones frontalières d'ici 2030	
Intervention prioritaire 6 : Investigation			
127		Activité 1: Formaliser le cadre de collaboration avec l'INSP/COUSP/DSE	
128		Activité 2: Organiser les missions d'investigation des épidémies.	
Intervention prioritaire 7: Réponse			
129		Activité1 : Organiser la gestion des cas : diagnostic rapide (TDR) et traitement efficace, sur base des (CTA).	
130		Activité 2 : Organiser la lutte anti vectorielle	
131		Activité 3 : Organiser l'administration de masse des médicaments anti paludique aux groupes vulnérables	
132		Activité 5 : Renforcer la surveillance épidémiologique et (recherche active des cas)	
133		Activité 6 Renforcer la mobilisation et communication pour le changement de comportement.	
Intervention prioritaire 9 : Suivi et évaluation			
134		Activité1 : Organiser le renforcement de capacité des prestataires de terrains sur la PEC, surveillance et rapportage des données	



135		Activité2 : Organiser le suivi des interventions pendant la réponses (MII, AMMA, ESG, PID,..)	
136		Activité3 : Analyser des données (vérification de la complétude et la promptitude des rapports)	
Objectif spécifique 2 : Améliorer la qualité des données de surveillance épidémiologique dans les sites sentinelles, passant de 45% en 2025 à 80% d'ici décembre 2030			
	Intervention prioritaire 1 : Renforcement des capacités		
137		Activité 1 : Former le personnel de terrain à la collecte et à l'analyse pour assurer l'exactitude des informations	
	Intervention prioritaire 2 : Digitalisation, Intégration des données et standardisation		
138		Activité 1 : Fusionner les données hétérogènes (hospitalières, laboratoires et communautaires)	
139		Activité 2 : Définir des protocoles des données communs pour garantir la cohérence spatio-temporelle	
140		Activité 3 : Mettre en place les tableaux de bord pour auditer régulièrement la complétude et la fiabilité des données	
Axe stratégique 4 : Suivi-évaluation, Recherche opérationnelle et Innovations			Zone d'intervention
Objectif spécifique 1 : Améliorer la qualité des données du paludisme issu des établissements de soins de santé (ESS) de 65% en 2025 à 90% d'ici 2030.			
	Intervention prioritaire 1 : Formation des prestataires à différents niveaux de la pyramide sur la gestion des données.		
141		Activité 1 : Former l'intégralité des cadres des Divisions Provinciales de Santé (DPS), Zones de Santé (ZS) et Aires de Santé (AS) en analyse et interprétation des données du paludisme (tendances épidémiologiques, indicateurs de performance et l'utilisation des tableaux de bord), ScoreCard, SuperSet, NMDR	
142		Activité 2 : Former les prestataires à l'utilisation optimale du DHIS2 et des outils numériques de collecte et de visualisation des données.	
143		Activité 3 : Organiser des formations ciblées sur l'Assurance Qualité des Données de *Rapide (RDQA), la certification des données avant leur utilisation pour le pilotage, le NMDR, le Superset et la Carte de Score Malaria.	
144		Activité 4 : Assurer un suivi post-formation systématique pour garantir l'application des compétences acquises dans la pratique quotidienne.	
	Intervention prioritaire 2 : Audit de qualité des données du paludisme		
145		Activité 1 : Organiser des réunions d'analyse et retro information des données de malaria	
146		Activité 2 : Organiser les audits sur les cas et les décès du paludisme dans les provinces ayant dépassé le troisième quartile	
147		Activité 3 : Accompagner les cadres du niveau intermédiaire dans le mRDQA	
148		Activité 5 : Organiser des certifications des données du paludisme dans les Zones de Santé.	
149		Activité 1 : Étendre le mécanisme de Routine Data Quality Assessment (RDQA) à l'ensemble des 26 provinces avec des vérifications terrain-DHIS2 régulières.	



150		Activité 2 : Harmoniser les registres de collecte primaire des données paludisme et éliminer les incohérences entre sources documentaires.	
151		Activité 3 : Mettre en place un système de certification des données avant leur utilisation pour le pilotage programmatique.	
	Intervention prioritaire 3 : Renforcement du plaidoyer en faveur de l'amélioration de la qualité des données de paludisme		
152		Activité 1 : Faire le plaidoyer pour la réduction de la multiplicité des outils de collecte, le rapportage des données, la numérisation de la transcription des données papier SNIS vers le DHIS2 en collaboration avec les autres programmes spécialisés.	
153		Activité 2 : Mettre en place un programme de mentorship et de supervision continue entre le PNLP, les DPS et les ZS avec autonomisation progressive des niveaux inférieurs.	
154		Activité 3 : Réaliser des supervisions intégrées (utilisant l'outil HNQIS) combinées à des séances de renforcement des capacités sur place (on-the-job training) sur l'analyse et l'utilisation des données.	
Objectif spécifique 2 : Améliorer l'utilisation des données du paludisme à différents niveaux du système de santé, passant de 65% en 2025 à 90% d'ici 2030.			
	Intervention prioritaire 1 : Déploiement du Monitoring Amélioré pour l'Action (MAA)		
155		Activité 1 : Organiser la formation en gestion et utilisation des données	
156		Activité 2 : Institutionnaliser le MAA dans chaque AS et ZS avec des tableaux de bord locaux fonctionnels permettant la prise de décision en temps réel.	
157		Activité 3 : Déployer des outils simplifiés de Suivi-évaluation au niveau périphérique (registres harmonisés, fiches de collecte standardisées).	
158		Activité 4 : Établir des mécanismes de rétro-action vers les niveaux déconcentrés et opérationnels après analyse des données.	
159		Activité 5 : Mettre à jour l'entrepôt national des données	
	Intervention prioritaire 2 : Production des rapports pour la redevabilité		
160		Activité 1 : Assurer la régularité de l'élaboration et de la diffusion des Rapports narratifs trimestriels dans toutes les DPS,	
161		Activité 2 : Suivi de la mise en œuvre des recommandations	
162		Activité 3 : Organiser les réunions des groupes thématiques pour le monitoring de la qualité des données	
163		Activité 4 : Organiser des séances de sensibilisation des parties prenantes sur des résultats spécifiques à mettre en exergue	
Objectif spécifique 3 : Accompagner la réalisation de toutes les enquêtes sur le paludisme à tous les niveaux d'ici décembre 2030.			
	Intervention prioritaire 1 : Tenir à jours une base des données sur les enquêtes et rapports publiés en lien avec la LAP en RDC		
164		Activité 1 : Maintenir une base des données des enquêtes et des rapports spécifiques sur le paludisme pour constituer une mémoire institutionnelle du Programme.	
165		Activité 2 : Mobiliser les ressources en faveur de la recherche opérationnelle dans les domaines identifiés par le Programme	

166		Activité 3 : Aligner les protocoles de recherche en lien avec le Paludisme sur les priorités du PSN recadré 2026-2030.	
167		Activité 4 : Mener les enquêtes de vérification de la cohérence entre les données de la chaîne d'approvisionnement et la gestion des cas de paludisme (EUV)	
	Intervention prioritaire 2 : Entretenir un partenariat avec les institutions de recherche locales et international		
168		Activité 1 : Établir des mécanismes de partage trimestriel des évidences entre les institutions de recherche (UNIKIN, INRB, etc.) et les gestionnaires du programme.	
169		Activité 2 : Organiser des ateliers de transfert de compétences entre chercheurs et prestataires opérationnels sur la traduction des données en actions programmatiques.	
170		Activité 3 : Initier l'organisation des journées scientifiques	
171		Activité 4 : Participer aux rencontres scientifiques locales et internationales	
172		Activité 5 : Utiliser les résultats pertinents issus des études dans la prise des décisions	
Axe stratégique 5 : Communication pour le Changement Social et du Comportement (CCSC)			Zone d'intervention
Objectif spécifique 1 : Augmenter la proportion des personnes exposées à des messages de sensibilisation sur la LAP, passant de 33% en 2024 à 75% d'ici décembre 2030.			
	Intervention prioritaire 1 : Communication de masse hybride (Campagne médiatique)		
173		Activité 1 : Produire des kits de communication multilingues (audiovisuels, imprimés) axés sur les 5 piliers du PSN.	
174		Activité 2 : Organiser une campagne SMS interactive (U-Report, plateforme PNLP).	
175		Activité 3 : Vulgariser des documents normatifs en CCSC en faveur de la LAP à tous les niveaux du système de santé	
176		Activité 4 : Assurer le renforcement des capacités des journalistes sur la conduite des émissions interactives en faveur de la LAP (Radio/TV)	
177		Activité 5 : Organiser des campagnes digitales par l'animation de réseaux sociaux (Facebook/WhatsApp/Tiktok/Youtube).	
178		Activité 6 : Contractualiser la diffusion des messages sur le paludisme auprès des radios communautaires ciblées.	
179		Activité 7 : Organiser des campagnes nationales périodiques de "Portes-à-Portes" pour saturer les zones à haute transmission.	
180		Activité 8 : Evaluer la portée et la mémorisation des messages via des sondages flash trimestriels.	
	Intervention prioritaire 2 : Communication digitale et veille		
181		Activité 1 : Mettre en place une plateforme de veille infodémique.	
182		Activité 2 : Animer une communauté d'influenceurs digitaux pour relayer les bonnes pratiques sur les réseaux sociaux.	
183		Activité 3 : Installer des écrans solaires mobiles dans les marchés et hubs de transport pour une diffusion continue.	
184		Activité 4 : Monitorer les interactions digitales pour ajuster la stratégie de contenu en temps réel.	
185		Activité 5 : Digitaliser le carnet de santé SMC de l'enfant avec des alertes sur les signes de danger.	

Objectif spécifique 2 : Accroître la proportion des mères et gardiens d'enfants capables d'identifier au moins deux signes de danger chez un enfant fébrile de moins de 5 ans de 35% en 2025 à 80% d'ici décembre 2030.			
	Intervention prioritaire 1 : Renforcement de la CIP communautaire		
186		Activité 1 : Actualiser les supports et outils de communication en faveur de la LAP (Guides de causeries éducatives, boîtes à image, affiches...)	
187		Activité 2 : Former 30% des RECO aux outils de triage standardisés (boîtes à images, fiches aide-mémoire).	
188		Activité 3 : Appuyer les provinces à superviser trimestriellement les performances de communication interpersonnelle des ASC en milieu rural.	
189		Activité 4 : Standardiser le langage de communication des prestataires dans les structures de soins (ESS) par la production de guides spécifiques dédiés sur la communication soignant-soigné.	
190		Activité 5 : Renforcer les capacités des cadres provinciaux sur les nouvelles directives de formation en faveur des agents communautaires, des Leaders Communautaires (religieux), des enseignants pour influencer les comportements favorables à la LAP	
191		Activité 6 : Organiser des sensibilisations et mobilisations nationale et provinciales en faveur des activités de la LAP	
	Intervention prioritaire 2 : Focus-mère et engagement paternel		
192		Activité 1 : Elaborer des directives sur la mise en place des séances d'éducation "Focus-Mère" systématiques lors de chaque CPN/CPS.	
193		Activité 2 : Développer des supports d'engagement spécifique pour les pères (cartes d'accompagnement à la santé).	
194		Activité 3 : Mettre en place le système de désignation des "Pères modèles" comme relais de sensibilisation dans chaque quartier.	
195		Activité 4 : Organiser des journées d'échange "Famille et Santé" pour lever les barrières liées au genre.	
Objectif spécifique 3 : Accroître de 85% la proportion des chefs de ménages, des mères et des gardiens d'enfants qui ont adopté les comportements favorables à l'élimination du paludisme (MII, TPIg, VAP, CPP, Assainissement, SPAQ, PEC, etc.)			
	Intervention prioritaire 1 : Marketing social et prévention		
196		Activité 1 : Promouvoir l'accès et l'utilisation des MII de nouvelle génération via des réseaux de distribution certifiés.	
197		Activité 2 : Labelliser et promouvoir les officines privées respectant les directives du PNLP pour le TDR/ACT.	
198		Activité 3 : Elaborer des aide-mémoires pour l'élimination des gîtes larvaires.	
199		Activité 4 : Elaborer une directive sur la réaliser des visites de suivi à domicile pour vérifier l'utilisation effective des MII après les campagnes.	
	Intervention prioritaire 2 : Observance thérapeutique et préventive		
200		Activité 1 : Produire des supports visuels simples (pictogrammes) pour expliquer le cycle des 3 jours de traitement ACT.	
Objectif spécifique 4 : Renforcer l'engagement communautaire dans la lutte contre le paludisme			



	Intervention prioritaire 1 : Gestion de crise vaccinale et médicamenteuse		
201		Activité 1 : Créer une Cellule Nationale de Veille Infodémique (CNVI) pour traquer les rumeurs en temps réel.	
202		Activité 2 : Rédiger des "Fiches de réponse rapide" sur les nouvelles molécules (R21, SP, SPAQ) pour les autorités sanitaires.	
203		Activité 3 : Organiser des sessions de briefing d'urgence des journalistes lors d'alertes médiatiques.	
204		Activité 4 : Réaliser des simulations de crise communicationnelle pour tester la réactivité des DPS.	
	Intervention prioritaire 2 : Célébration des événements spécifiques de lutte contre le paludisme dans des communautés		
205		Activité 1 : Accompagner la célébration des événements spécifiques de lutte contre le paludisme par les OAC et autres structures communautaires	
206		Activité 2 : Accompagner les campagnes de distribution des MII, SMC, VAP... avec des animations célébratoires par des messages éducatifs	
	Intervention prioritaire 3 : Communication de proximité contre les rumeurs		
207		Activité 1. Former les leaders religieux et coutumiers comme "Ambassadeurs de confiance" pour les interventions spécifiques.	
208		Activité 2 : Animer des forums de dialogue permanent dans les ZS où le taux d'abandon/perdition est le plus élevé pour les interventions spécifiques	
209		Activité 3 : Instaurer le système de collecte et d'analyse des questions/préoccupations locales lors des visites à domicile.	
210		Activité 4 : Produire des capsules vidéos avec des témoignages de parents satisfaits des nouvelles interventions.	
Axe stratégique 6 : Le renforcement de la gestion et du leadership du Programme			Zone d'intervention
Objectif spécifique 1 : D'ici 2030, améliorer les capacités institutionnelles et organisationnelles du PNLP en le dotant d'un siège avec une infrastructure complètement opérationnelle, en révisant le cadre organique et en formant au moins 80 % des cadres aux nouvelles compétences de gestion et de leadership.			
	Intervention prioritaire 1 : Amélioration des conditions et de l'environnement de travail		
211		Activité1 : Mener le plaidoyer pour doter le PNLP d'un siège	
212		Activité2 : Acquérir les outils de travail (Kits informatiques, véhicules, hors bords, motos,...)	
	Intervention prioritaire 2 : Rationalisation des ressources humaines		
213		Activité1 : Initier la révision du cadre organique	
214		Activité2 : Organiser les formations (paludologie, management, leadership, logistique, NTIC et IA, suivi et évaluation...) à courte durée pour le renforcement de capacités des cadres du programme	
	Intervention prioritaire 3 : Renforcement de la Coordination et du leadership du PNLP		
215		Activité1 : Suivre la mise en œuvre du cadre multisectoriel de la LAP (ordonnance)	
216		Activité2 : Renforcer la coordination et la collaboration intra sectorielle en faveur des activités de LAP à tous les niveaux du système de santé	



217		Activité3 : Organiser les réunions statutaires de toutes les plateformes de LAP	
218		Activité4 : Optimiser la prise des décisions basée sur les évidences	
219		Activité5 : Entretenir une ligne hiérarchique de redevabilité pour un flux d'échanges d'informations techniques de la zone de santé à la Direction du Programme.	
220		Activité 6 : Organiser les réunions de team building du programme	
	Intervention prioritaire 4 : Renforcement de la planification stratégique et opérationnelle		
221		Activité 1 : Evaluer les plans d'action opérationnels	
222		Activité 2 : Elaborer les plans d'action opérationnels	
223		Activité 3 : Organiser l'évaluation à mi-parcours du PSN 2026-2030	
224		Activité 4 : organiser la revue de performance du programme	
Objectif spécifique 2 : Augmenter de 15% en 2026 à 30% d'ici décembre 2030, le pourcentage des ressources financières mobilisées localement pour financer la LAP.			
	Intervention prioritaire 1 : Renforcement du plaidoyer et de l'engagement des autorités nationales le financement domestique de la LAP		
225		Activité1 : Mener un plaidoyer en faveur de l'augmentation de la proportion du budget national de paludisme	
226		Activité2 : Assurer la promptitude dans la programmation des décaissements des fonds de la LAP	
227		Activité3 : Assurer le suivi et la redevabilité des engagements financiers domestiques au niveau national	
228		Activité4 : Assurer la traçabilité des fonds de contrepartie et autres financements locaux	
	Intervention prioritaire 2 : Renforcement du plaidoyer et de l'engagement des autorités provinciales pour leur contribution au financement de la LAP		
229		Activité1 : Améliorer l'engagement des parties prenantes au niveau provincial	
230		Activité2 : Mener un plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources au niveau des gouvernements provinciaux	
	Intervention prioritaire 3 : Développement d'un plan national d'investissement pour la lutte contre le paludisme		
231		Activité 1 : Élaborer un plan national d'investissement démontrant le coût économique et social du paludisme, les gains attendus des interventions prioritaires et le retour sur investissement pour l'État, les partenaires et le secteur privé.	
232		Activité 3 : Organiser une table ronde nationale de mobilisation des ressources pour le financement du PSN 2026-2030.	
233		Activité 4 : Organiser des dialogues budgétaires annuels avec les ministères sectoriels, les provinces, les PTF, le secteur privé et la société civile.	
	Intervention prioritaire 4 : Mise en place d'une cartographie dynamique des financements et des gaps		
234		Activité 1 : Développer une matrice annuelle de suivi des ressources prévues, engagées, décaissées et dépensées par source de financement, intervention et province.	
	Intervention prioritaire 5 : Mobilisation structurée du secteur privé et des partenariats public-privé		



235		Activité 1 : Élaborer un portefeuille national de partenariats public-privé pour la lutte contre le paludisme.	
236		Activité 2 : Mobiliser les ressources auprès des entreprises minières, forestières, pétrolières, agro-industrielles, bancaires, télécoms et logistiques pouvant contribuer au financement ou à la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme	
237		Activité 3 : Mettre en place un mécanisme de suivi des contributions du secteur privé, incluant les contributions financières, matérielles, logistiques et techniques.	
Objectif spécifique 3 : D'ici 2030, consolider l'approche multisectorielle et les partenariats de la LAP en organisant au moins deux forums nationaux annuels de coordination multisectorielle, en incluant toutes les parties prenantes clés dans la planification et le suivi des activités, et en développant un plan de partenariat officiel signé par au moins 90 % des parties prenantes identifiées.			
	Intervention prioritaire 1 : Renforcement des partenariats internationaux		
238		Activité1 : Entretenir des relations continues avec les plateformes de partenariat internationaux sur la base des accords existants (RBM, ALMA, MMV, AMFm, CS4ME, AMF...)	
239		Activité2 : Développer des nouveaux accords de partenariat internationaux pour le cofinancement des activités de LAP.	
	Intervention prioritaire 2 : Développement des partenariats innovants		
240		Activité1 : Développer des accords de partenariat public-privé pour le financement des activités de LAP	
241		Activité2 : Impliquer les entreprises du secteur privé dans la CCSC , le transport des médicaments antipaludiques et autres intrants pour la LAP	

5.5 Structures et acteurs de la mise en œuvre

5.5.1. La coordination de la lutte contre le paludisme

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) est le Programme spécialisé du Ministère de la Santé Publique Hygiène et Prévoyance Sociale qui est chargé d'organiser la lutte contre le paludisme en RDC. Créé par l'Arrêté Ministériel N° 1250/CAB/MIN/SP/008/1998 du 22 Juillet 1998, le Programme a pour mission « d'élaborer et faire appliquer des stratégies garantissant à tous les habitants de la RDC, l'accès à des interventions efficaces de lutte contre le paludisme, à un coût abordable et réduire ainsi les pertes socio-économiques attribuables à cette endémie ». Cette mission dérive d'un mandat qui définit ses principales attributions qui consistent à définir la politique générale de lutte contre le paludisme, à faciliter le partenariat avec les autres secteurs publics et privés, à assurer le plaidoyer pour l'appropriation de la lutte contre paludisme par les différents partenaires, à accompagner le Ministère dans la mobilisation des ressources nécessaires, et surtout à planifier et coordonner les activités de lutte contre le paludisme dans tout le pays.

C'est fort de ce mandat que toutes les activités de lutte contre le paludisme mené par les parties prenantes sont toutes placées sous la coordination du PNLP qui rend compte au Ministre de la Santé. Ceci implique la nécessité de reconnaître au PNLP l'autorité et le leadership nécessaires pour mener à bien cette coordination qui passe par les mécanismes appropriés de régulation et de redevabilité mis en

place par le Ministère de la Santé, d'abord au niveau central, mais aussi au niveau intermédiaire avec les coordinations provinciales et au niveau opérationnel de façon intégrée dans les Zones de santé.

La coordination du PNLP s'exerce sur toutes les parties prenantes constituées des partenaires au développement, les acteurs du secteur privé, les organisations de la société civile, et les réseaux de lutte antipaludique, de la communauté des bénéficiaires qui tous apportent une contribution importante dans la réalisation des progrès enregistrés à ce jour dans la lutte contre le paludisme. En effet, les Coordinations provinciales du PNLP travaillent en collaboration avec les partenaires de mise en œuvre et les sous-réceptaires des subventions. Dans l'ensemble, la lutte contre le paludisme s'inscrit dans la politique nationale de la CSU avec toutes les synergies des interventions.

5.5.2. Les acteurs de la lutte contre le paludisme

Le développement de ce plan s'est réalisé tout au cours de plusieurs réunions de planification qui ont regroupés toutes les parties prenantes notamment, les agents du PNLP, les partenaires techniques et financiers, les universités et même les délégués des autres structures du ministère la santé à savoir, le secrétariat général à la santé, l'INSP et les autres programmes spécialités (PEV, PRONANUT...).

Des groupes thématiques ont été constitué avec une composition mixte des partenaires des différents horizons (OMS, UNICEF, KSPH, SWISS TPH, DoS, CHISU, PATH, SANRU, PALADIUM, IMA WORLD HEALTH, BLUESQUARE, JHPIEGO, MSF, CHAI, AGAINST MALARIA FONDATION, CARITAS CONGO Asbl, ANICNS, SAMARITAIN PURSE, ISA, Fondation GATES, Epic/FSH360, CHEMONICS, EVOLVE, etc.) pour discuter des améliorations à apporter au PSN existant en vue de produire un PSN recadré.

Le projet de lutte contre le paludisme financé par le Fonds Mondial (CG7 : subvention COD-M-SANRU, COD-M-MOH) mis en œuvre d'octobre 2024 à décembre 2026, couvre plusieurs provinces de la RDC appuyées par les deux principaux réceptaires. Le modèle repose sur une mise en œuvre décentralisée. La coordination est assurée par le PNLP qui travaille avec les deux principaux réceptaires. Pour les activités régaliennes telles que la supervision et la formation, le CAGF apporte l'appui financier. Par contre, le SANRU FM approvisionne le pays en intrants et déploie un paquet intégré d'interventions adapté aux réalités provinciales. Il assure également la supervision, le suivi-évaluation et de l'encadrement des sous-réceptaires.

Les sous-réceptaires mettent en œuvre les activités au niveau provincial avec un paquet d'interventions comprenant la prévention, la prise en charge, la surveillance, la communication, le suivi-évaluation, avec quelques spécificités suivant la stratification du pays. A titre d'exemples, les partenaires de mise en œuvre ci-dessous sont actifs dans différentes provinces : APEC (Bas-Uele, Haut-Uele, Tshopo et Ituri); l'ECC (Équateur), ABEF-ND (Kongo Central, Kwilu), CHAI (Mai-Ndombe), UWAKI (Maniema), PPSSP (Nord-Kivu), Caritas Congo (Nord-Ubangi), CDI Gemena (Sud-Ubangi, Tshuapa), CNRSC (Kwango, Mongala), World Vision et PATH (Kasaï). Ces partenaires assurent un paquet complet incluant : Prévention : distribution de MII via CPN/CPS, TPI chez la femme enceinte, appui à la chaîne logistique ; Prise en charge (PEC) : dotation en TDR et CTA aux ESS et SSC ; Surveillance : appui aux sites sentinelles et gestion des flambées ; Suivi : monitoring des agents de santé et supervision des structures ; Activités communautaires : campagnes de masse, recherche active des cas et appui aux CAC/CODESA.

Tous ces intervenant sont en appui à la Zone de santé qui est la seule unité opérationnelle et intégrée qui organise les Soins de Santé Primaires dans ses ESS jusqu'au niveau communautaire, en assurant la continuité et de globalité des soins centrés sur l'homme. La Zone de Santé est subdivisée en Aires de Santé (AS) avec les Centres de Santé et parfois des Centres Hospitaliers (CH). La gouvernance de la Zone de Santé est assurée par le Médecin Chef de Zone (MCZ) qui est secondé par le Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS). Dans sa composition, le BCZS a souvent un Infirmier Supérieur (IS) en charge de la lutte contre le paludisme, parmi d'autres. En bref, la ZS occupe une place clé dans le système de santé du pays, comme déjà décrit dans un chapitre antérieur.

5.5.3. Partenariats à consolider

5.5.3.1. Partenariat entre le PNLP et les partenaires techniques et financiers (PTF)

Le partenariat entre le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) constitue un levier central pour la mise en œuvre efficace, coordonnée et durable des interventions de lutte contre le paludisme en République Démocratique du Congo. Ce partenariat repose sur une logique d'alignement aux priorités nationales, de complémentarité des interventions et de redevabilité partagée, avec pour finalité l'atteinte des résultats en matière de réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme.

Sur le plan stratégique, la collaboration entre le PNLP et les PTF s'appuie sur des mécanismes de coordination multisectorielle permettant d'assurer la cohérence des interventions à travers des cadres formels existants et les revues conjointes des activités.

Les PTF apportent un appui financier, technique et logistique essentiel, pour la prévention, la prise en charge de cas et la surveillance, notamment avec l'approvisionnement en médicaments et autres intrants, le renforcement du système de santé, le renforcement des capacités, ainsi que dans les actions de plaidoyer et de communication. Cette dynamique s'inscrit dans une approche orientée vers les résultats, avec un partage des responsabilités entre les parties prenantes.

La collaboration entre le PNLP et les PTF se réalise à différents niveaux.

- Au niveau stratégique, elle permet la définition des orientations et la mobilisation des ressources avec les principaux bailleurs et institutions internationales.
- Au niveau technique, elle se traduit par un appui à l'élaboration des politiques, des normes et des outils, ainsi que par le renforcement des capacités.
- Au niveau opérationnel, les interventions sont déployées sur le terrain à travers les structures provinciales de santé, avec l'accompagnement des partenaires de mise en œuvre.
- Au niveau communautaire, les organisations locales de la société civile contribuent à la sensibilisation, à la génération de la demande de services et au renforcement de la redevabilité sociale.

Cette architecture traduit des relations multiples, interdépendantes et dynamiques entre le PNLP et ses partenaires, ce qui requiert un leadership affirmé du PNLP, à travers sa Direction. Cependant, si les PTF et les organisations de la société civile contribuent activement à la mise en œuvre des activités de lutte contre le Paludisme, la coordination et même le leadership stratégique du PNLP nécessitent d'être

renforcé. La dynamique actuelle repose encore largement sur une logique d'initiatives proposées par les partenaires, ce qui accentue encore plus la dépendance aux ressources extérieures.

Ce déséquilibre est accentué par des facteurs institutionnels qui ont pu affecter la continuité, la lisibilité et l'efficacité. En pratique, cette situation se traduit par la sous-exploitation des leviers stratégiques des mécanismes de coordination, tels que le plaidoyer conjoint, l'utilisation optimale des plateformes existantes (notamment les coalitions parlementaires et les réseaux communautaires) ainsi que l'utilisation efficace des données pour la prise de décision. De ce fait, le partenariat devrait davantage fonctionner comme un système intégré, structuré et orienté vers les résultats sous le leadership efficace du PNLP, plutôt que comme une juxtaposition d'initiatives diverses des partenaires.

Dans un contexte marqué par une contraction des financements extérieurs, le renforcement des capacités du PNLP apparaît prioritaire, notamment en matière de planification stratégique, de coordination, de leadership institutionnelle et d'alignement aux priorités du pays.

L'institutionnalisation des cadres de concertation à tous les niveaux, une utilisation stratégique des plateformes existantes, l'amélioration des mécanismes de suivi-évaluation et de redevabilité, ainsi que la mobilisation de plus de ressources domestiques sont essentielles pour garantir la durabilité des interventions.

5.5.3.2. Exploitation des plateformes et du partenariat public privé (PPP)

Dans le cadre de la mise en œuvre du PSN 2026-2030, le PNLP renforcera l'exploitation des plateformes nationales, régionales et internationales existantes comme leviers de plaidoyer, de mobilisation des ressources, d'assistance technique, d'accès aux innovations et de redevabilité. Ces partenariats permettront d'améliorer l'alignement des appuis techniques et financiers sur les priorités nationales, de renforcer le leadership politique, de soutenir la mobilisation domestique et de promouvoir des mécanismes innovants de financement de la lutte contre le paludisme. Le PNLP veillera à utiliser ces plateformes non seulement comme espaces de coordination, mais aussi comme instruments stratégiques pour influencer les décisions budgétaires, mobiliser les partenaires techniques et financiers, renforcer les partenariats public-privé, documenter les gaps de financement et orienter les ressources vers les interventions à haut impact selon la stratification épidémiologique.

Les partenariats ci-dessous constituent des opportunités stratégiques que le Programme devrait davantage approcher et exploiter. Cette liste n'est pas exhaustive :

- RBM: Partnership to End Malaria. Plateforme mondiale regroupant plus de 500 partenaires pour coordonner les efforts, le plaidoyer et les ressources contre le paludisme. Elle apporte un appui stratégique au niveau politiques, financement, coordination multisectorielle.
- ALMA: African Leaders Malaria Alliance (ALMA). Plateforme issue du leadership politique africain, créée par les Chefs d'État, avec pour objectif la promotion de la redevabilité via les scorecards et mobilisation politique de haut niveau
- Medicines for Malaria Venture (MMV), PPP créé en 1999 avec pour mission de développer et faciliter l'accès aux médicaments antipaludiques. Partenaires impliqués, les industries (Novartis, Sanofi), les bailleurs de fonds, les gouvernements. Contribution dans le développement de nouvelles combinaisons thérapeutiques (ACT), mais aussi co-développement de médicaments comme Coartem. C'est le PPP de référence mondial pour les médicaments antipaludiques.

- Affordable Medicines Facility – malaria (AMFm) Mécanisme innovant piloté par le Fonds mondial qui subventionne les ACT de qualité pour les rendre accessibles dans le secteur privé. Déjà très actif dans plusieurs pays africains comme : RDC, Ghana, Kenya, Nigeria, Tanzanie, Ouganda, Niger, Madagascar... Cette facilité vise à réduire le prix des ACT et encourage leur utilisation dans les pharmacies privées.
- Département d'Etat Américain. Partenaire majeur en Afrique qui travaille avec les gouvernements en coopération bilatérale, mais aussi avec les fabricants et distributeurs privés.
- CS4ME: Civil Society for Malaria Elimination. Réseau mondial de la société civile engagé dans l'élimination du paludisme. Prône le Renforcement du plaidoyer communautaire, transparence et redevabilité
- COPEMA : Coalition des Parlementaires pour l'Élimination du Paludisme en Afrique. C'est un réseau des parlementaires qui en RDC est appelé COPEMA-RDC. Il s'agit d'un lobby politique et stratégique important dans la lutte contre le paludisme. Son rôle est différent des structures médicales parce qu'elle agit surtout au niveau des décisions politiques, des lois et du financement.
- L'AMS : Africa Malaria Strategy. C'est une stratégie adoptée au niveau africain souvent alignée avec les orientations de l'OMS et de l'Union africaine pour réduire fortement les cas et les décès liés au paludisme et aller vers l'élimination du paludisme sur le continent. Elle sert de feuille de route commune pour tous les pays africains, y compris la RDC.

En complément de ces plateformes, le PNLP développera progressivement un portefeuille de partenariats public-privé au niveau national et provincial. Ce portefeuille ciblera notamment les entreprises minières, forestières, pétrolières, agro-industrielles, bancaires, télécoms, logistiques, médiatiques et les grandes entreprises employeuses. Ces partenariats pourront contribuer au financement ou au cofinancement des interventions prioritaires, à l'appui logistique, à la communication pour le changement social et comportemental, à la distribution des intrants, à la surveillance communautaire et à la prévention dans les zones de forte activité économique.

Le PNLP veillera à ce que les partenariats mobilisés soient formalisés, suivis et évalués à travers des mécanismes clairs de coordination, de redevabilité et de rapportage. Les contributions financières, matérielles, logistiques ou techniques issues de ces plateformes et partenariats seront intégrées dans la cartographie nationale des ressources afin d'améliorer la planification, l'allocation des ressources et le suivi des gaps de financement.

5.5.4. Mécanismes de coordination des parties prenantes par le PNLP

La mise en place d'un mécanisme de coordination a été nécessaire pour renforcer la gouvernance du PNLP. Les activités des partenaires de mise en œuvre sont orientées par le PNLP afin de s'assurer de leur alignement aux documents normatifs et stratégiques de lutte contre le paludisme. Pour coordonner toutes ces activités, plusieurs réunions sont organisées par ou à l'initiative du PNLP avec les différentes parties prenantes. Il s'agit entre autres de :

- Réunions mensuelles ou trimestrielles des groupes thématiques : GAS, PEC incluant la PCIMEC, Suivi & Evaluation, Surveillance épidémiologique, Sub National Tailoring (SNT-COOP) ...

- Réunions mensuelles de revue des données qui rassemblent les gestionnaires des données du PNLP à tous les niveaux et les partenaires travaillant dans la qualité des données.
- Réunions bimensuelles de revue des données des Sites Sentinelles (SS).
- Réunions quadripartites mensuelles entre le PNLP et ses partenaires qui ont lieu tous les premiers vendredis du mois.
- Réunions du Task Force paludisme qui est une réunion stratégique de haut niveau qui se tient tous les trimestres.

Ces différentes plateformes de coordination ont leurs propres termes de référence ainsi que leurs compositions incluant les experts du PNLP, les autres Programmes et Directions du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale, les représentants des partenaires de mise en œuvre et des partenaires techniques et financiers qui collaborent à la lutte contre le paludisme. A noter également que le PNLP assure le suivi de la mise en œuvre des activités des partenaires sur le terrain.

5.5.5. Gestion des risques

5.5.5.1. Risques liés aux ressources financières

La gestion des risques liés aux ressources financières est cruciale dans les programmes de lutte contre le paludisme pour garantir leur pérennité et leur efficacité. Voici quelques stratégies pour gérer ces risques :

1. Diversifier les sources de financement : réduire la dépendance à un seul donateur. Explorer les partenariats avec plusieurs donateurs, gouvernements, ONG et entités du secteur privé.
2. Suivi et rapports financiers : suivre et rendre compte régulièrement des transactions financières afin d'identifier les sources d'inefficacité et d'optimiser l'allocation des ressources. La mise en place d'un suivi budgétaire rigoureux et des audits réguliers permettra de minimiser le gaspillage et les pertes de ressources.
3. Optimisation des achats : renforcer le leadership du programme dans la validation des commandes des achats et leur distribution jusqu'à des FOSA. On doit associer le programme à la gestion efficace et efficiente des médicaments, les TDR, et autres matériels afin de minimiser le gaspillage et les pertes des intrants.

5.5.5.2. Risques liés au renforcement des systèmes de santé résilient

1. Assurer la distribution des intrants jusqu'au dernier mile
2. Gestion des surstocks des intrants au niveau des Aires et zones de santé et même des CDR, ainsi que le défis de la logistique inverse.

Outre les deux risques majeurs, on trouve les risques liés aux événements (dans les zones des conflits), les risques opérationnels qui demandent l'intégration de la LAP dans les programmes de réponse humanitaire, et les risques environnementaux nécessitant la mise en place des plans de gestion des déchets et autres produits chimiques.



6. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

Le présent Cadre de Suivi et d'Évaluation (CSE) du Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme recadré 2026-2030 (PSN PNLP 2026-2030) constitue le document de référence opérationnel pour apprécier, dans le temps et dans l'espace, les progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs stratégiques du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) de la République Démocratique du Congo. Dans ce contexte de fardeau élevé, un système de suivi-évaluation robuste, structuré et orienté vers les résultats est indispensable pour garantir que les interventions à fort impact atteignent les populations les plus vulnérables en particulier, les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, et pour permettre des ajustements programmatiques en temps réel.

6.1 Objectifs du Cadre de Suivi-Évaluation

Le CSE poursuit les objectifs spécifiques suivants :

- Fournir un cadre de performance unifié avec des indicateurs clairs, des valeurs de référence (Baseline) et des cibles annuelles pour la période 2026-2030 ;
- Définir les mécanismes de collecte, de traitement, d'analyse et d'utilisation des données à tous les niveaux du système de santé ;
- Préciser les rôles et responsabilités de chaque acteur ainsi que les modalités de redevabilité institutionnelle vis-à-vis du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale, des Partenaires techniques et financiers, et de la population ;
- Identifier les risques pesant sur la performance du SE et les mesures d'atténuation correspondantes ;

6.2 Fondements Stratégiques et Alignements

Le présent CSE s'inscrit dans un ensemble cohérent de cadres normatifs nationaux et internationaux :

- La Stratégie Technique Mondiale de l'OMS contre le Paludisme 2016-2030 (GTS), qui définit les jalons d'impact (réduction de 90% de la mortalité et de la morbidité d'ici 2030 par rapport à 2015) ;
- Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2024-2033, qui constitue le cadre sectoriel de référence ;
- Les Objectifs de Développement Durable (ODD 3 : Bonne Santé et Bien-être).

Il convient de souligner explicitement que les cibles nationales retenues dans le présent PSN recadré (réduction d'environ 50% de la mortalité et de l'incidence, et de 48% de la prévalence, par rapport à des bases de référence 2024-2025) ne sont pas directement comparables aux jalons de la GTS 2016-2030, qui mesurent une réduction d'au moins 90% de la mortalité et de l'incidence par rapport à l'année de référence 2015. Ce choix méthodologique, bien que justifié par le contexte de contraction des financements et par la nécessité d'objectifs réalistes et atteignables, a explicitement été motivé dans le présent document afin d'éviter toute ambiguïté dans le dialogue avec les partenaires techniques et financiers et lors du rapportage international à l'OMS. Voilà pourquoi, il y a une présentation, à titre indicatif, la trajectoire équivalente par rapport à 2015 (année de référence GTS) en complément de la trajectoire par rapport à 2024-2025, afin de situer la RDC dans la dynamique mondiale de suivi de la GTS.



6.3 Architecture Globale du Cadre de Résultats

Le cadre de résultats du PSN 2026-2030 s'articule selon une logique d'intervention à trois niveaux :

- Niveau Impact (indicateurs d'impact) : mesure des changements épidémiologiques dans la population générale (mortalité, incidence et prévalence) principalement mesurée par les enquêtes nationales ;
- Niveau Résultats (indicateurs de résultats) : mesure de la couverture des interventions clés (MII, TPI, SMC, CPP...) dans la population cible, captée essentiellement par le DHIS2 et les enquêtes ménages à travers la mise en œuvre du Plan d'action opérationnel (PAO).
- Niveau Activités/Extrants : mesure les activités réalisées et ressources mobilisées, suivie à travers les plans de travaux trimestriels (PTT) et rapports programmatiques.

Le présent document se concentre sur les indicateurs d'impact et de résultats, regroupés en 86 indicateurs couvrant les 6 axes stratégiques du PSN.

6.4 Objectifs stratégiques et cibles d'impact 2026-2030

6.4.1. Objectifs Généraux d'Impact

Tableau 11 : Objectifs généraux d'impact

Objectif	Objectif Général	Baseline	Cible 2030	Réduction attendue et Source de vérification
OG1	Réduire le taux de mortalité lié au paludisme dans la population générale	22/100 000 hab. (2025)	11/100 000 hab.	-50% Enquêtes EDS/MICS/MIS + DHIS2
OG2	Réduire l'incidence du paludisme dans la population générale	227 cas/1 000 hab. (2024)	114 cas/1 000 hab.	-50% DHIS2 + Enquêtes nationales
OG3	Réduire la prévalence du paludisme chez les enfants de 5 à 59 mois	33% (2017-18)	25% horizon 2030	-48% Enquêtes EDS/MICS/MIS

6.4.2. Axes Stratégiques et Objectifs Spécifiques

Le PSN 2026-2030 est structuré autour de six axes stratégiques couvrant l'ensemble de la chaîne de valeur de la lutte antipaludique :

Tableau 12 : Les 6 axes stratégiques

Axe Stratégique		Objectif(s) Spécifique(s) Principal(aux)	Interventions Clés
Axe 1	Amélioration et optimisation de la prévention	Réduire l'exposition au vecteur et la charge parasitaire dans les populations vulnérables	MII (campagne, CPN/CPS, scolaire), PID, GGL, TPI, CPP, SMC/CPS, VAP (R21-Matrix)
Axe 2	Renforcement de la prise en charge des cas	Augmenter l'accès à un diagnostic et traitement conformes pour 100% des cas confirmés	Diagnostic (TDR + microscopie), CTA, gestion stocks ACT/SP, PCIME, RECO/SSC
Axe 3	Surveillance épidémiologique et Riposte	Détecter 80% des épidémies et y répondre en ≤15 jours	Sites sentinelles, SIMR, DHIS2 Tracker, RDQA, détection-réponse aux épidémies
Axe 4	SE, Recherche opérationnelle et Innovations	Assurer 90% de données de qualité et leur utilisation pour la prise de décision	DHIS2, Dashboard Malaria, NMDR, RDQA, MIS/EDS/MICS, recherche opérationnelle
Axe 5	CCSC (Communication)	70% des personnes exposées aux messages LAP ; 70% des mères connaissant les signes de danger	Campagnes médias, mobilisation communautaire, CAC, OAC, approche comportementale
Axe 6	Renforcement gestion et leadership	Renforcer les capacités institutionnelles et mobiliser 30% du financement local	Révision cadre organique, siège PNLP, formation des cadres, forum multisectoriel, partenariats

6.5 Cadre de performance

Il inclut un ensemble d'indicateurs et cibles à renseigner pour la période d'exécution du plan stratégique afin d'apprécier les résultats obtenus dans la LAP en RDC. L'interprétation de ces résultats sert à juger du niveau de performance de la mise en œuvre des interventions prioritaires et d'en mesurer l'impact sur la population.

Tableau 13 : Cadre de performance des indicateurs

N°	INDICATEURS	BASELINES	2026	2027	2028	2029	2030	SOURCES	FREQUENCE
A. INDICATEURS D'IMPACT									
1	Incidence (brute) du paludisme pour 1.000 habitants	227 (2024)	204	182	159	136	114	DHIS2/Enquêtes	Annuelle
2	Prévalence du paludisme chez les enfants 5–59 mois	33% (2017-2018)			27.60%		25.0%	EDS/MICS/MIS/ECV	Tous les 2-5 ans
3	Cas de paludisme signalés (présumés + confirmés)	30 765 758 (2024)	27,689,182	24,612,606	21,536,031	18,459,455	15,382,879	DHIS2	Annuelle
4	Létalité hospitalière palustre	1,3% (2025)	1.17%	1.04%	0.91%	0.78%	0.65%	DHIS2	Annuelle
5	Taux de mortalité lié au paludisme pour 100.000 hab./Décès imputables au paludisme chez les personnes hospitalisées : taux pour 100.000 personnes par an	22 (2025)	19.8	17.6	15.4	13.2	11	DHIS2/Enquêtes	Tous les 2-5 ans
6	Taux de mortalité proportionnelle palustre	11% (2024)	9.90%	8.80%	7.70%	6.60%	≤5%	DHIS2	Annuelle
7	Taux de létalité des cas de paludisme confirmés	1% (2024)	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	DHIS2/Enquêtes	Tous les 2-5 ans
8	Hospitalisations pour le paludisme pour 10.000 hab.	215,6 (2024)	194	172	151	129	108	DHIS2	Annuelle
9	Mortalité hospitalière proportionnelle	10,5% (2024)	9.45%	8.40%	7.35%	6.30%	5.25%	DHIS2	Annuelle
10	Proportion de femmes enceintes atteintes de paludisme	28% (2024)	25.20%	22.40%	19.60%	16.80%	14%	DHIS2	Annuelle
B. AXE 1 – AMÉLIORATION ET OPTIMISATION DE LA PRÉVENTION									
Objectif spécifique 1 : Augmenter la proportion des ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MI) pour deux personnes, passant de 69% en 2024 à 85 % d'ici décembre 2030, dans les populations ciblées selon la stratification nationale.									



11	% ménages disposant d'au moins une MII pour 2 personnes	69% (2024)	72%	75%	78%	83%	85%	Enquête ménage	Tous les 3-5 ans
12	% personnes ayant dormi sous MII la nuit précédente	63% (2024)	67%	69%	71%	73%	75%	Enquête ménage	Tous les 3-5 ans
13	% enfants <1 an ayant reçu une MII lors des CPS	63% (2025)	65.25%	67.50%	69.75%	72%	75%	DHIS2	Annuelle
14	Nombre de MII distribuées (campagne + milieu scolaire)	45 044 243 (2024)	52,186,833	53,303,464	54,452,478	55,634,814	56,851,437	Rapport PNLP	Annuelle
Objectif spécifique 2 : Augmenter la proportion d'enfants des moins de 5 ans ayant dormi sous MII, passant de 57% en 2024 à 63 % d'ici décembre 2030.									
15	% enfants <5 ans ayant dormi sous MII la nuit précédente	57% (2024)	57.50%	60%	61.50%	62%	63%	Enquête ménage	Tous les 3-5 ans
Objectif spécifique 3 : Augmenter la proportion des femmes enceintes ayant dormi sous MII, passant de 60% en 2024 à 68 % d'ici décembre 2030.									
16	% femmes enceintes ayant dormi sous MII la nuit précédente	60% (2024)	61.60%	63.20%	64.80%	66.40%	68%	Enquête ménage	Tous les 3-5 ans
17	% femmes enceintes ayant reçu une MII à la CPN	71% (2025)	75.40%	79.80%	84.20%	88.60%	93%	DHIS2	Annuelle
Objectif spécifique 4 : Accroître la proportion des ménages protégés par la pulvérisation intra-domiciliaire (PID) à au moins 90% d'ici décembre 2030 dans les zones saisonnières et à forte incidence.									
18	% ménages protégés par la PID	93,7% (2024)	97.70%	98.70%	99.70%	100%	100%	Enquête ménage	Annuelle
19	% de ménages couverte par le PID ciblés selon la stratification	ND (2024)	0.50%	1%	1.50%	1.80%	2%	Enquête ménage	Annuelle
20	% ZS ayant atteint la cible nationale pour la PID	ND (2024)	20%	40%	60%	80%	100%	Enquête ménage	Annuelle
Objectif spécifique 5 : Assurer le traitement d'au moins 85% des gîtes larvaires identifiés dans les sites d'intervention, de manière régulière (au moins une fois par semaine) d'ici décembre 2030.									
21	% gîtes larvaires traités régulièrement (≥1 fois/semaine)	ND (2024)	80%	80%	80%	80%	80%	DHIS2/Rapport PNLP	Annuelle
Objectif spécifique 6 : Réduire la proportion de population de moustiques présentant une résistance aux insecticides de 40% en 2024 à 20 % d'ici décembre 2030, dans les zones de surveillance entomologique.									
22	% de sites opérationnels de surveillance entomologique ayant réalisé les activités de suivi bionomique et d'évaluation de la sensibilité/résistance des vecteurs aux insecticides au cours de la période.	50% (2025)	50%	75%	80%	90%	100%	Rapport PNLP	Annuelle
23	<i>Proportion de la population de moustiques (vecteurs) présentant une résistance aux insecticides</i>	40% (2024)					20%	À définir	À définir
Objectif spécifique 7 : Augmenter la proportion des femmes enceinte (FE) ayant bénéficié de TPI1 passant de 87 % en 2025 à 95 % d'ici décembre 2030									
24	% femmes enceintes ayant reçu TPI1	87% (2025)	88.60%	90.20%	91.80%	93.40%	95%	DHIS2	Annuelle



25	% femmes enceintes ayant reçu TPI2	73% (2024)	77.40%	81.80%	86.20%	90.60%	95%	DHIS2	Annuelle
Objectif spécifique 8 : Augmenter la proportion des femmes enceinte (FE) ayant bénéficié de TPI3 passant de 64 % en 2025 à 80 % d'ici décembre 2030.									
26	% femmes enceintes ayant reçu TPI3	64% (2025)	67.20%	70.40%	73.60%	76.80%	80%	DHIS2	Annuelle
27	% femmes enceintes ayant reçu TPI4	51% (2025)	52%	53%	54%	55%	56%	DHIS2	Annuelle
28	% des ZS ayant atteint la cible nationale pour la proportion de femmes enceintes fréquentant les centres de consultations prénatales ayant reçu au moins 3 doses de TPI pour le paludisme	46% (2024)	55.7%	60.5%	65.3%	70.2%	75.0%	DHIS2	Annuelle
Objectif spécifique 9 : Augmenter la proportion d'enfants âgés de 3 à 59 mois ayant reçu les quatre doses de SPAQ dans le cadre de la chimioprévention saisonnière (SMC), de 85,1 % en 2025 à 95 % d'ici décembre 2030.									
29	% enfants 3–59 mois ayant reçu 4 doses SPAQ (SMC)	80% (2025)	80%	80%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Annuelle
30	% districts ayant atteint la cible nationale (SMC)	50% (2025)	60%	70%	80%	90%	100%	DHIS2	Annuelle
Objectif spécifique 10 : Augmenter la proportion d'enfants âgés de 0 à 24 mois ayant reçu six doses de sulfadoxine-pyriméthamine (SP) dans le cadre de la chimioprévention du paludisme pérenne (CPP), de 30% en 2025 à 70% d'ici décembre 2030.									
31	% enfants 0–24 mois ayant reçu CPP6 (série complète)	29% (2025)	39,3 %	49,5 %	59,8 %	70.0%	70.0%	DHIS2	Annuelle
32	% enfants 0–24 mois ayant reçu CPP1	99% (2025)	99,3 %	99,5 %	99,8 %	100.0%	100.0%	DHIS2	Annuelle
33	% enfants 0–24 mois ayant reçu CPP2	95% (2025)	96,3 %	97,5 %	98,8 %	100.0%	100.0%	DHIS2	Annuelle
34	% enfants 0–24 mois ayant reçu CPP3	73% (2025)	78,5 %	84%	89,5 %	95.0%	95.0%	DHIS2	Annuelle
35	% enfants 0–24 mois ayant reçu CPP4	68,1% (2025)	73,6 %	79,1 %	84,5 %	90.0%	90.0%	DHIS2	Annuelle
36	% enfants 0–24 mois ayant reçu CPP5	35% (2025)	46,3 %	57,5 %	68,8 %	80.0%	80.0%	DHIS2	Annuelle
Objectif spécifique 11 : Contribuer à l'optimisation de la vaccination antipaludique en appui au PEV, en réduisant à ≤ 5 % la proportion de doses administrées à des enfants non éligibles selon l'âge ou les intervalles recommandés, lors de la supervision formative.									
37	Couverture Vaccin Anti-Paludique dose 1	91% (2025)	92%	93%	94%	95%	95%	DHIS2/PEV	Annuelle
38	Couverture Vaccin Anti-Paludique dose 2	76% (2025)	80%	83%	87%	90%	90%	DHIS2/PEV	Annuelle
39	Couverture Vaccin Anti-Paludique dose 3	65% (2025)	70%	75%	80%	85%	85%	DHIS2/PEV	Annuelle
40	Couverture Vaccin Anti-Paludique dose 4	56% (2025)	62%	68%	74%	80%	80%	DHIS2/PEV	Annuelle
Objectif spécifique 12 : Assurer le déploiement ciblé des émanateurs spatiaux dans au moins 80% des ménages des environnements à forte transmission du paludisme, afin de réduire l'exposition aux vecteurs en complément des interventions de lutte antivectorielle existantes d'ici décembre 2030.									
41	% de ménages cibles équipés d'émanateurs spatiaux	ND	80%	80%	80%	80%	80%	Routine	Annuelle



42	% de ménages cibles disposant d'au moins un émanateur spatial fonctionnel	ND		70%			70%	Enquête	Annuelle
Objectif spécifique 13 : Assurer l'administration de masse de médicaments antipaludiques (AMMA) dans au moins 80 % de la population éligible, des zones à forte transmission, en complément des interventions préventives et curatives d'ici décembre 2030									
43	% de la population éligible ayant reçu l'AMMA	ND	85%	85%	85%	85%	85%	Routine/Enquête	Annuelle
44	% de la population éligible enquêtée déclarée avoir reçu l'AMMA au cours de la dernière campagne	ND		85%		85%		Enquête	Annuelle
Objectif spécifique 14 : Assurer, d'ici décembre 2030, la gestion appropriée et écologiquement sûre d'au moins 80 % des déchets générés par les activités de distribution des MII, conformément aux normes nationales en vigueur.									
45	% des déchets générés par les activités de distribution des MII gérés de manière appropriée et écologiquement sûre	ND					80%	À définir	À définir
C. AXE 2 – RENFORCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DES CAS									
Objectif spécifique 1 : Augmenter la proportion des ESS n'ayant pas connu des ruptures de stock en médicaments antipaludiques et autres intrants, passant de 70% en 2025 à 95% d'ici 2030									
46	% ESS sans rupture de stock en antipaludiques	69% (2024)	75.20%	81.40%	87.60%	93.80%	100%	DHIS2/EUV	Annuelle
47	% ESS disposant d'ACT en stock	88% (2024)	90.40%	92.80%	95.20%	97.60%	100%	DHIS2	Mensuel
Objectif spécifique 2 : Augmenter la proportion de cas suspect de paludisme ayant bénéficié d'un test immunologique et/ou parasitologique dans les établissements de soins de santé (ESS), de 94% en 2024 à 100% d'ici décembre 2030.									
48	% cas suspects testés aux TDR/GE/Automates (ESS + SSC)	89% (2024)	97%	98%	99%	100%	100%	DHIS2	Annuelle
49	% cas suspects testés par microscopie (ESS)	91% (2024)	92.80%	94.60%	96.20%	98.00%	100%	DHIS2	Annuelle
50	% cas suspects testés par TDR (SSC)	93% (2024)	97%	98%	99%	100%	100%	DHIS2	Annuelle
51	% des cas suspects testés par les automates (ESS)	ND	92.80%	94.60%	96.20%	98.00%	100%	Rapport PNLP/DHIS2	Annuelle
52	% cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique (microscopie ou test de diagnostic rapide ou automate) dans une structure de santé du secteur public chez les enfants <5 ans	86.45% (2025)	97%	98%	99%	100%	100%	DHIS2	Annuelle
53	% enfants <5 ans fébriles consultés dans un ESS	30,7% (2018)	37.00%	43.00%	49.00%	55.00%	61%	Enquête ménage	Tous les 3-5 ans
54	% enfants <5 ans fébriles ayant reçu un TDR	22,3% (2024)	28.00%	34.00%	40.00%	46.00%	52%	Enquête ménage	Annuelle
55	% ZS atteignant la cible nationale (tests)	42% (2024)	53.00%	58.50%	64.00%	69.50%	75%	DHIS2	Annuelle



56	Taux de positivité au TDR malaria	68,9% (2024)	65.10%	60.30%	55.60%	55.80%	45%	DHIS2	Annuelle
57	Taux de positivité à la microscopie (GE/FM)	60% (2025)	55.00%	50.00%	45.00%	40.00%	35%	DHIS2	Annuelle
58	Taux de positivité aux automates	ND	55.00%	50.00%	45.00%	40.00%	35%	Rapport annuel/DHIS2	Annuelle
59	Taux de positivité TDR + microscopie + automates combiné	71% (2025)	65.80%	60.60%	55.40%	50.20%	45%	DHIS2	Annuelle

Objectif spécifique 3 : Accroître la proportion des cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique conforme à la politique nationale, de 96% en 2024 à 100% d'ici décembre 2030.

60	% cas confirmés traités selon la politique nationale (ESS)	98% (2024)	99.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100%	DHIS2	Annuelle
61	% cas confirmés traités selon la PN (SSC)	98% (2024)	99.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100%	DHIS2	Annuelle
62	% ZS atteignant la cible nationale (traitement)	52% (2024)	59.70%	63.50%	67.30%	71.20%	75%	DHIS2	Annuelle

D. AXE 3 – SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET RIPOSTE

Objectif spécifique 1 : Accroître le taux de détection et réponse aux épidémies de paludisme, de 5% en 2024 à 100% d'ici décembre 2030. (1/22 épidémies)

63	Proportion des épidémies déclarées du paludisme ayant fait l'objet de détection précoce et riposte dans les 15 jours	8,6% (2024)	35%	50%	65%	80%	100%	Rapport PNL P	Annuelle
64	Proportion des sites sentinelles ayant été supervisés/visités au cours de 12 derniers mois	24% (2024)	42.70%	52.00%	61.30%	70.70%	80%	Rapport PNL P	Annuelle
65	Proportion des sites sentinelles transfrontaliers mis en place	ND (2024)	11%	22%	44%	66%	88%	Rapport PNL P	Annuelle
66	% de zones cartographiées avec données climatiques et épidémiologiques	ND	20%	40%	60%	80%	100%	Rapport PNL P	Annuelle
67	% des DPS ayant bénéficié de la formation en climat et santé	ND	20%	40%	60%	80%	100%	Rapport PNL P	Annuelle

Objectif spécifique 2 : Améliorer la qualité des données de surveillance épidémiologique dans les sites sentinelles, passant de 45% en 2025 à 80% d'ici décembre 2030

68	% provinces ayant organisé l'audit qualité des données SS malaria	20% (2024)	36%	52%	68%	84%	100%	Rapport PNL P	Annuelle
69	Taux de complétude des rapports sites sentinelles	98,8% (2024)	99%	99%	100%	100%	100%	DHIS2	Annuelle
70	Taux de promptitude des rapports des sites sentinelles	88,8% (2024)	93%	94%	96%	98%	100%	DHIS2	Annuelle

E. AXE 4 – SUIVI-ÉVALUATION, RECHERCHE OPÉRATIONNELLE ET INNOVATIONS



Objectif spécifique 1 : Améliorer la qualité des données du paludisme issu des établissements de soins de santé (ESS) de 65% en 2025 à 90% d'ici 2030.									
71	% ESS avec données concordantes après RDQA	80% (2024)	84%	88%	92%	96%	100%	Rapport PNLP	Annuelle
72	% ESS disposant de données de qualité sur le paludisme	20% (2024)	36%	52%	68%	84%	100%	Rapport PNLP	Annuelle
Objectif spécifique 2 : Améliorer l'utilisation des données du paludisme à différents niveaux du système de santé, passant de 65% en 2025 à 90% d'ici 2030.									
73	% structures sanitaires utilisant les données pour décision avec la carte de score ,SuperSet et NMDR	20% (2024)	36%	52%	68%	84%	100%	Rapport PNLP	Annuelle
Objectif spécifique 3 : Accompagner la réalisation de toutes les enquêtes sur le paludisme à tous les niveaux d'ici décembre 2030.									
74	% enquêtes réalisées sur le paludisme planifiées	ND (2024)	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Annuelle
75	% d'enquêtes post-introduction VAP réalisées dans les DPS ayant introduit au cours des 12 derniers mois	0% (2024)	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP/PEV	Trimestrielle
76	% enquêtes/monitorage post-distribution dans les DPS ayant distribué la MII au cours des 12 derniers mois	ND (2024)	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Annuelle
77	% enquêtes/monitorage post-administration SMC dans les ZS ayant distribué l'ASAQ-SP lors de la SMC au cours des 12 derniers mois	ND (2024)	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Annuelle
78	% des JSP organisées sur les planifiées	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Annuelle
79	% enquêtes d'évaluation de la couverture SMC	ND	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Annuelle
80	% enquêtes d'évaluation d'impact de l'administration de la SMC	ND	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Annuelle
F. AXE 5 – COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT SOCIAL ET COMPORTEMENTAL (CCSC)									
Objectif spécifique 1 : Augmenter la proportion des personnes exposées à des messages de sensibilisation sur la LAP, passant de 33% en 2024 à 75% d'ici décembre 2030.									
81	% personnes exposées à des messages de sensibilisation LAP	70% (2024)	76%	82%	88%	94%	100%	Enquête comportement	Annuelle
82	Proportion de campagne de CIP en appui aux campagnes de distribution de masse de MII	ND (2024)	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Annuelle
83	Proportion de messages diffusés par les mass médias	ND (2024)	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Annuelle
Objectif spécifique 2 : Accroître la proportion des mères et gardiens d'enfants capables d'identifier au moins deux signes de danger chez un enfant fébrile de moins de 5 ans de 35% en 2025 à 80% d'ici décembre 2030.									



84	% mères/gardiens capables d'identifier ≥2 signes de danger du paludisme	ND (2024)			45%		80%	Enquête ménage	Tous les 3-5 ans
Objectif spécifique 3 : Accroître de 85% la proportion des chefs de ménages, des mères et des gardiens d'enfants qui ont adopté les comportements favorables à l'élimination du paludisme (MII, TPIg, VAP, CPP, Assainissement, SPAQ, PEC, etc.)									
85	% de répondants ayant une perception favorable des établissements de santé concernant la prise en charge des cas	ND (2024)			80%		80%	Enquête ménage	Tous les 3-5 ans
86	% de personnes impliquées dans la décision concernant les soins et traitement du Paludisme	ND (2024)			80%		80%	Enquête ménage	Tous les 3-5 ans
87	Proportion d'activités de marketing social réalisé en faveur de la LAP	ND (2024)	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Annuelle
88	% de FE connaissant l'importance du TPIg	ND (2024)			50%		70%	Enquête ménage	Tous les 3-5 ans
89	% de la population connaissant les modes de prévention du paludisme	ND (2024)			50%		70%	Enquête ménage	Tous les 3-5 ans
Objectif spécifique 4 : Renforcer l'engagement communautaire dans la lutte contre le paludisme									
90	% des CODESA ayant mis en œuvre les activités de LAP	ND (2024)	80%	80%	80%	80%	80%	Rapport PNLP	Annuelle
91	% des CAC ayant mis en œuvre les activités de LAP	ND (2024)	80%	80%	80%	80%	80%	Rapport PNLP	Annuelle
92	% des églises ayant mis en œuvre les activités de LAP	ND (2024)	80%	80%	80%	80%	80%	Rapport PNLP	Annuelle
93	% des associations féminines ayant mis en œuvre les activités de LAP	ND (2024)	80%	80%	80%	80%	80%	Rapport PNLP	Annuelle
94	% des écoles ayant mis en œuvre les activités de LAP	ND (2024)	80%	80%	80%	80%	80%	Rapport PNLP	Annuelle
95	% des VAD réalisées par les RECO	ND (2024)	80%	80%	80%	80%	80%	Rapport PNLP	Annuelle
G. AXE 6 – RENFORCEMENT DE LA GESTION ET DU LEADERSHIP DU PROGRAMME									
Objectif spécifique 1 : D'ici 2030, améliorer les capacités institutionnelles et organisationnelles du PNLP en le dotant d'un siège avec une infrastructure complètement opérationnelle, en révisant le cadre organique et en formant au moins 80 % des cadres aux nouvelles compétences de gestion et de leadership.									
96	Existence du cadre organique révisé et adopté	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Rapport PNLP	Annuelle
97	% de cadres formés aux nouvelles compétences de gestion	100% (2025)	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Annuelle
98	% réunions hebdomadaires de gestion tenues	100% (2025)	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Annuelle
99	Existence de PAO PNLP élaboré et validé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Rapport PNLP	Annuelle
Objectif spécifique 2 : Augmenter de 15% en 2026 à 30% d'ici décembre 2030, le pourcentage des ressources financières mobilisées localement pour financer la LAP.									
100	% ressources financières domestiques mobilisées pour la LAP	15% (2025)	15%	15%	20%	25%	30%	Rapport PNLP	Annuelle



101	% fonds décaissés/disponibles	95% (2025)	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Annuelle
102	Taux d'exécution ou absorption budgétaire du PAO consolidé du PNLP	ND	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Annuelle
Objectif spécifique 3 : D'ici 2030, consolider l'approche multisectorielle et les partenariats de la LAP en organisant au moins deux forums nationaux annuels de coordination multisectorielle, en incluant toutes les parties prenantes clés dans la planification et le suivi des activités, et en développant un plan de partenariat officiel signé par au moins 90 % des parties prenantes identifiées.									
103	% réunions de coordination PNLP-partenaires tenues	0% (2025)	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Semestrielle
104	% groupes de travail techniques nationaux actifs (≥4 réunions/an)	75% (2025)	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Trimestrielle
105	% des PTF Palu alignés sur le PSN recadré 2026-2030	ND	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Annuelle



6.6 Mécanismes de collecte et de traitement des données

6.6.1. Architecture du Système d'Information

Le système d'information du PNLP repose sur une architecture intégrée combinant des outils numériques et des processus organisationnels à tous les niveaux du système de santé. Le District Health Information Software 2 (DHIS2) constitue le référentiel central de toutes les données de routine du paludisme, complété par le National Malaria Data Repository (NMDR) et le Dashboard Malaria PNLP.

- DHIS2 : plateforme nationale de gestion des données de santé de routine, utilisée pour la saisie, la validation, l'analyse et le rapportage des indicateurs du paludisme à tous les niveaux (ESS → BCZ → DPS → National) ;
- Dashboard Malaria PNLP / Apache Superset : outil de visualisation et d'analyse avancée permettant le drill-down (forage) du niveau national jusqu'à l'aire de santé, le benchmarking des zones de santé et le suivi de tendances saisonnières ;
- NMDR (National Malaria Data Repository) : entrepôt de données consolidant les données de routine, les enquêtes et les données issues des partenaires dans un référentiel unifié ;
- InfoMed / LMIS : système de gestion de la logistique pharmaceutique pour le suivi des stocks d'antipaludiques, d'ACT et de matériels diagnostiques ;
- DHIS2 Tracker : outil de suivi individuel des patients pour certaines interventions (TPIg, CPP, VAP) permettant un suivi nominal.

La gestion de qualité des données du paludisme est un prérequis fondamental pour le suivi du Plan Stratégique National (PSN 2024–2028) de la RDC. Face à des lacunes persistantes en exhaustivité, cohérence et utilisation des données, le PNLP — avec l'appui de PATH — a structuré un mécanisme intégré articulé autour de cinq étapes successives, de la collecte terrain jusqu'à la redevabilité au plus haut niveau politique.

Tableau 14 : Les 5 étapes du processus de collecte et traitement des données

1	COLLECTER	Registres / RMA / DHIS2
2	TRAITER	Compilation → Encodage DHIS2
3	ANALYSER	Dashboard · Benchmarking · Tendances
4	INTERPRÉTER	5 Pourquoi · FFOM · Causes racines
5	UTILISER/RENDRE COMPTE	Plan d'action SMART · Carte de Score

6.6.2. Collecte et traitement (Étapes 1 & 2)

La collecte s'effectue quotidiennement dans les établissements de soins de santé (CS, HGR, SSC) via des registres standardisés (curatif, CPN/CPS, laboratoire, RUMER), des fiches de consultation et le DHIS2 Tracker. Le traitement comprend la compilation page par page des registres, la transcription dans le canevas SNIS, la certification par l'infirmier titulaire, et la transmission au BCZ dans un délai maximal de 7 jours. Le BCZ procède ensuite à la vérification de l'exhaustivité, de la cohérence et à l'encodage dans DHIS2. Un score qualité sur 120 points (Très faible <50% → Très performant ≥90%) permet d'évaluer objectivement chaque structure.

6.6.3. Analyse via le Dashboard Malaria (Étape 3)

Le Dashboard Malaria (DHIS2 / Tableau de bord PNLP / Superset) constitue le principal outil d'analyse des données de routine. Trois méthodes sont déployées :

- Exploration en profondeur (drill-down) : du niveau national vers les DPS, ZS, AS et ESS pour localiser précisément les sous-performances ;
- Tri et benchmarking : classement des zones de santé selon un score 0–4 par indicateur, généré via tableau croisé dynamique Excel et visualisé en graphiques code-couleur ;
- Analyse de tendance : évolution mensuelle et saisonnière, détection des valeurs atypiques et comparaisons inter-années.

Le processus de benchmarking PNLP se déroule mensuellement selon une méthodologie structurée en cinq étapes :

- Étape 1 — Sélection des indicateurs traceurs : identification des 8 à 12 indicateurs de performance clés à analyser pour le cycle en cours (ex. TPR, couverture TPI3, taux de dépistage) ;
- Étape 2 — Tableau croisé dynamique : extraction des données depuis DHIS2 et structuration dans un tableau croisé permettant la comparaison des ZS entre elles ;
- Étape 3 — Calcul des indicateurs et scoring : calcul de chaque indicateur pour chaque ZS et attribution d'un score de 0 à 4 selon la distance à la cible PSN ;
- Étape 4 — Visualisation en code-couleur : production de graphiques de performance par unité organisationnelle (rouge → orange → jaune → vert) permettant l'identification visuelle immédiate des sous-performances ;
- Étape 5 — Plan de remédiation SMART : élaboration d'actions correctrices Spécifiques, Mesurables, Atteignables, axées sur les Résultats et Délimitées dans le Temps.

Un score qualité sur 120 points est appliqué à chaque niveau de la pyramide sanitaire pour évaluer objectivement la qualité des données rapportées :

Tableau 15 : Niveau de performance et actions recommandées

Niveau de Performance	Score / 120	Actions recommandées
Très faible	< 50% (<60 pts)	Supervision d'urgence, accompagnement intensif, formation à la collecte des données
Faible	50–64% (60-77 pts)	Supervision formative rapprochée, plan de remédiation mensuel
Moyen	65–74% (78-89 pts)	Supervision trimestrielle, revue de données mensuelle
Satisfaisant	75–89% (90-107 pts)	Supervision semestrielle, partage de bonnes pratiques

Très performant	≥ 90% (≥108 pts)	Supervision annuelle, rôle de structure modèle
-----------------	------------------	--

6.6.4. Interprétation et utilisation (Étapes 4 & 5)

L'interprétation repose sur la méthode des 5 Pourquoi pour identifier les causes racines des problèmes prioritaires (ex. : TPI3 < 64% → rupture SP → livraison CDR tardive → commande non transmise → gestionnaire non formé), complétée par une analyse FFOM participative. Les données sont ensuite mobilisées pour élaborer un plan de remédiation SMART : actions Spécifiques, Mesurables, Atteignables, axées sur les Résultats et Délimitées dans le temps, avec responsables et échéances clairement assignés.

6.6.5. La Carte de Score de Redevabilité pour l'Action

Outil trimestriel de l'Alliance des Leaders Africains contre le Paludisme (ALMA), la Carte de Score traduit les données DHIS2 en signaux politiques accessibles. Elle code en vert (cible atteinte), jaune (progrès insuffisants) ou rouge (hors trajectoire) la performance de chaque indicateur prioritaire du PSN, avec des flèches indiquant la tendance (↑ amélioration / ↓ dégradation). Son processus trimestriel comprend quatre phases :

- Charger : alimentation à partir des sources DHIS2 existantes ;
- Analyser : priorisation des sous-performances et recherche des causes profondes ;
- Exécuter : mise en œuvre des actions par les équipes et partenaires ;
- Suivre : suivi par les gestionnaires avec mobilisation des ressources si nécessaire.

Elle est diffusée aux niveaux national, provincial (26 DPS) et des zones de santé (519 ZS), et remontée trimestriellement aux Chefs d'État et Ministres membres d'ALMA.

Tableau 16 : Comparaison entre le Dashboard Malaria versus la Carte de Score

Critère	Dashboard Malaria (DHIS2)	Carte de Score ALMA/PNLP
Fréquence	Continue / mensuelle	Trimestrielle
Niveau	National → DPS → ZS → ESS	National → DPS → ZS
Indicateurs	Tous les éléments DHIS2 (routine)	Indicateurs prioritaires PSN
Audience	Équipes programme, BCZ, DPS	Ministres, Chefs d'État, PNLP
Résultat	Score qualité + benchmarking	Plan d'action SMART + plaidoyer

6.6.6. Organisation de la réunion d'analyse des données

La réunion d'analyse constitue le moment institutionnel clé du cycle. Elle s'organise en trois phases : (i) phase préparatoire — compilation, vérification et présentation des données en tableaux/graphiques ; (ii) réunion proprement dite — analyse des tendances, classification des ESS, identification des goulots et élaboration du plan de redressement ; (iii) phase post-réunion — diffusion du PV sous une semaine, suivi du plan d'action et programmation de visites de mentorat dans les structures défaillantes.

6.7 Redevabilité et système de rapportage du Programme

Le système de redevabilité du PNLP s'appuie sur plusieurs principes fondamentaux :

- Transparence : obligation de rendre compte à toutes les parties prenantes sur l'utilisation des ressources et les résultats obtenus.
- Participation : implication active des partenaires, des autorités locales et des communautés dans les processus de suivi et d'évaluation.
- Orientation résultats : priorité accordée à la mesure des changements concrets dans la santé des populations (réduction de la morbidité et de la mortalité palustre).
- Responsabilisation à tous les niveaux : de l'aire de santé jusqu'au niveau central, chaque acteur est tenu de rendre compte de sa contribution au programme.

6.7.1. Mécanismes de redevabilité institutionnelle

Tableau 17 : Mécanismes de redevabilité et leurs fonctions

Mécanisme	Niveau	Présidence / Pilotage	Fonction principale
Task Force Paludisme	National et provincial	Direction de Lutte contre la Maladie	Coordination stratégique et prise de décision
Comité de suivi du PSN	National	PNLP + tous partenaires (SNT)	Suivi de la mise en œuvre du Plan Stratégique
Groupe thématiques Hebdomadaire / Mensuelle	National	PNLP (leadership)	Coordination par axe programmatique

6.7.2. Mécanisme de coordination de suivi-évaluation

Le suivi-évaluation constitue le socle de la redevabilité, de l'apprentissage organisationnel et de la prise de décision fondée sur les données dans la mise en œuvre du Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme 2026-2030. Il s'inscrit dans la vision du PNLP de faire de la République Démocratique du Congo un « pays sans paludisme », en soutenant l'atteinte des deux objectifs stratégiques globaux.

Le mécanisme de coordination du suivi-évaluation PNLP repose sur une approche intégrée, multi-niveaux et participative, alignée sur la pyramide sanitaire nationale et ancrée dans le Système National d'Information Sanitaire (SNIS).

Des réunions régulières de coordination seront organisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour : (i) Examiner les données de performance par rapport aux cibles ; (ii) Identifier les goulots d'étranglement et définir des mesures correctives ; (iii) Partager les bonnes pratiques et capitaliser sur les expériences ; (iv) Aligner les interventions des partenaires sur les priorités nationales. Tout le processus de suivi évaluation nécessite la génération des rapports qui sont des documents de redevabilité et qui sont repris dans le tableau ci-dessous.

Tableau 18 : Récapitulatif des rapports/documents périodiques produits par le PNLP

	Document / Rapport	Périodicité	Responsable	Contenu principal
1	Rapport annuel d'activités du PNLP	Annuelle	PNLP / Ministère de la Santé	Bilan complet des activités, couvertures, finances et résultats
2	Rapport de suivi du Plan Stratégique National (PSN)	Semestrielle / Annuelle	PNLP / Comité de suivi	Évaluation de la mise en œuvre des objectifs stratégiques
3	Bulletin épidémiologique du paludisme	Mensuelle / Trimestrielle	PNLP – Unité S&E	Données de morbidité, mortalité et tendances épidémiologiques
4	Rapport de monitoring des zones de santé	Mensuelle	BCZS / PNLP provincial	Suivi des indicateurs de performance par zone de santé
5	Rapport d'enquête MICS / EDS	Tous les 5 ans	INS / PNLP / partenaires	Indicateurs d'impact : prévalence, mortalité infantile, couverture MILD
6	Rapport d'enquête PALU/Malaria Indicator Survey (MIS)	Tous les 2-3 ans	PNLP / ICF / partenaires	Indicateurs spécifiques au paludisme (parasitémie, MILD, TPI)
7	Rapport de campagne de distribution de MILD	Après chaque campagne	PNLP / partenaires	Couverture, stock, distribution et résidus de moustiquaires
8	Rapport de Routine Data Quality Assessment (RDQA)	Trimestrielle	PNLP – Unité S&E	Audit qualité des données DHIS2 au niveau zones de santé
9	Rapport financier et d'utilisation des fonds	Semestrielle / Annuelle	PNLP / DAF / Partenaires	Absorption des ressources, dépenses par axe stratégique
10	Revue du Programme National (Mid-term / End-term)	À mi-parcours et fin du PSN	PNLP / Gouvernement / PTF	Évaluation externe de la performance globale du programme
11	Tableau de bord DHIS2 (indicateurs clés)	En continu / Mensuelle	PNLP – Unité S&E	Indicateurs de couverture et de résultats en temps (quasi) réel
12	Lettre de rétro-information S&E	Mensuelle / Trimestrielle	Chef Division S&E / PNLP	Feedback qualité aux BCZS sur la complétude et promptitude
13	Rapports narratifs trimestriels	Trimestrielle	Chef Division S&E / PNLP	Bilan complet des activités, couvertures, finances et résultats
14	Rapport d'évaluation du PAO	Annuel	Chef Division S&E / PNLP	Évaluation de la performance globale annuelle du programme
15	Rapport de supervision intégrée	Trimestrielle	DPS / PNLP provincial	Observations terrain sur la mise en œuvre au niveau opérationnel
16	Référentiel national des données sur le paludisme (NMDR)	En continu	PNLP – Unité S&E	Répertoire de toutes les données sur le paludisme, mis à jour en continu

6.7.3. Renforcement des Capacités en Suivi-Évaluation

Un plan de renforcement des capacités en SE est intégré au PSN, comprenant les actions prioritaires suivantes :

- Formation initiale et continue des agents des BCZ à la collecte, compilation et encodage des données dans DHIS2 ;
- Organiser un atelier d'élaboration du manuel de suivi-évaluation dans la lutte contre le paludisme

- Organiser un atelier d'élaboration du plan de mise à échelle de la PID
- Formation des EPP et points focaux provinciaux à l'utilisation du Dashboard Malaria et à l'analyse de la performance ;
- Formation des cadres PNLP central à la gestion axée sur les résultats et à l'analyse des données pour la décision ;
- Formation des superviseurs à la méthode RDQA (Routine Data Quality Assessment) pour l'audit de qualité des données ;
- Ateliers régionaux de partage de bonnes pratiques entre provinces performantes et provinces en difficulté ;
- Appui technique des partenaires (OMS, PATH, UNICE, ALMA, RBM, FM, DoS, GREED3...) pour le renforcement du système de SE.



6.7.4. Plan d'Evaluation des Enquêtes

Les enquêtes nationales constituent la principale source de mesure des indicateurs d'impact, qui ne peuvent pas être captés par les données de routine. Le calendrier prévisionnel des évaluations sur la période 2026-2030 est le suivant :

Tableau 19 : Plan de d'évaluation des enquêtes

Type d'Enquête / Évaluation	Année	Maître d'œuvre	Financement	Indicateurs Mesurés	Observations
Malaria Indicator Survey (MIS)	2027	INS + PNLP	FM/PMI/BM GF	Prévalence (5-59 mois), mortalité, couverture MII/TPI/traitement	Enquête représentative à l'échelle nationale ; données désagrégées par province et par zone de stratification
Évaluation à Mi-Parcours du PSN	2028	PNLP + Évaluateurs Ind.	FM + PTF	Tous indicateurs PSN (résultats et processus)	Revue documentaire + visites terrain + entretiens avec les parties prenantes
EDS (Enquête Démographique et de Santé) ou MICS	2029	INS + MSPHP	Gouvernement + BM + UNICEF	Prévalence, mortalité, couverture MII, accès aux soins	Enquête intégrée multisectorielle incluant un volet paludisme renforcé
Évaluation Finale du PSN 2026-2030	2031	PNLP + Évaluateurs Ind.	FM + PTF	Tous indicateurs d'impact et de résultats	Évaluation indépendante externe de l'impact global du PSN
RDQA Annuelle (Audit Qualité Données)	2026-2030 (annuel)	PNLP + PTF	FM / PMI	Qualité des données de routine (exhaustivité, concordance)	Couverture progressive : 36% des provinces en 2026 → 100% en 2030
Enquête EUV (End Use Verification)	Annuelle	PMI / USAID	PMI	Disponibilité des ACT, TDR, MII en stocks	Vérification de l'utilisation finale des intrants antipaludiques aux niveaux BCZ et ESS
Surveillance entomologique	Trimestrielle	PNLP (sites sentinelles)	FM / PMI	TIE, résistance aux insecticides, densité vectorielle	Sites sentinelles opérationnels dans les 26 provinces ; rapport trimestriel
Surveillance de la résistance aux antipaludiques	Annuelle	PNLP + Universités	FM / OMS	Taux de résistance, mécanismes moléculaires (1014F)	Collaboration avec UNIKIN et sites de surveillance OMS

6.8 Ressources nécessaires au système de suivi-évaluation

6.8.1. Besoins en Ressources Humaines

Le fonctionnement optimal du système de SE requiert des ressources humaines dédiées et compétentes à tous les niveaux :

- Niveau central (PNLP) : Division SE avec au minimum 6 cadres spécialisés (gestionnaire de données, biostatisticien, coordinateur SE, 2 analystes, archiviste) ;
- Niveau provincial (DPS) : point focal paludisme/SE dans chacune des 26 DPS, renforcé par les EPP ;
- Niveau zonal (BCZ) : responsable des données dans chaque Bureau Central de Zone de Santé (520 ZS) ;
- Niveau opérationnel (ESS) : infirmier titulaire responsable de la collecte et de la certification des données.

6.8.2. Besoins en Ressources Matérielles et Technologiques

- Équipements informatiques (laptops, tablettes) pour les BCZ et DPS dans les zones à faible connectivité ;
- Connectivité internet (VSAT, 4G) pour la transmission des données depuis les zones enclavées ;
- Serveurs et infrastructure DHIS2 : maintenance, hébergement sécurisé et mises à jour ;
- Outils de collecte mobile (ODK, CommeCare) pour la collecte offline dans les zones sans connectivité ;
- Logiciels d'analyse (Tableau/Superset, R, Stata) pour les analystes SE au niveau central.

6.8.3. Axes Prioritaires de Financement SE

Tableau 20 : Axes prioritaires de financement

Domaine de financement SE	Priorité	Description
Enquêtes nationales (MIS 2027, EDS/MICS 2029)	CRITIQUE	Financement pluriannuel sécurisé dès 2026 ; coordination avec INS et PTF pour la programmation budgétaire
Renforcement du DHIS2 et du Dashboard Malaria	CRITIQUE	Maintenance serveurs, formation utilisateurs, développement de nouveaux tableaux de bord, NMDR
Formation des agents SE (BCZ, EPP, DPS)	ÉLEVÉ	Formation initiale + recyclage annuel ; formation aux outils d'analyse ; coaching par les EPP
RDQA et audits qualité des données	ÉLEVÉ	Couverture progressive 36%→100% des provinces ; intégration dans les plans de supervision provinciaux
Supervision formative du SE	ÉLEVÉ	Visites trimestrielles BCZ/EPP ; supervision conjointe PNLP/PTF ; utilisation de la check-list SE standardisée
Équipements informatiques et connectivité	MOYEN	Doter les BCZ en tablettes/laptops ; connexion VSAT dans les zones enclavées
Recherche opérationnelle et innovations	MOYEN	Financement de 3-5 études opérationnelles par an sur les questions programmatiques prioritaires



7. CADRE BUDGETAIRE

7.1 Cartographie des bailleurs de fonds

Dans le cadre de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme, le PNLP s'appuie sur un partenariat diversifié de bailleurs de fonds. Ces partenaires contribuent au financement et à l'appui technique d'un large éventail d'interventions, en commençant par des actions spécifiques telles que la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), les interventions spécifiques, la prise en charge des cas. À celles-ci s'ajoutent les interventions transversales incluant la surveillance épidémiologique, le suivi-évaluation, la communication pour le changement social et comportemental et la gestion & leadership du programme. Cette collaboration multi-acteurs est essentielle pour renforcer l'efficacité, la synergie, la couverture et la pérennisation des actions de lutte contre le paludisme en RDC. Le tableau ci-dessous reprend les interventions et leurs bailleurs respectifs.

Tableau 21 : Cartographie des principaux bailleurs de fonds et leurs interventions spécifiques

Interventions	Bailleurs de fond
A. Interventions spécifiques	
VAP	GAVI USGov Givewell Gouvernement
MII	GFTAM (FM), USGov AMF
MII Ecole	USGov AMF
MII - R	GFTAM (FM),, USGov
SMC	GFTAM (FM), Gouvernement provincial des provinces éligibles(à confirmer)
CPP	GFTAM (FM), Givewell
TPIg	GFTAM (FM), USGov
TPI-communautaire	GFTAM (FM), USGov
PID	Autre (entreprises privées) Gouvernement
Emanateurs spatiaux	USGov (Département d'Etat-US)
PEC-Publique	GFTAM (FM), USGov (Département d'Etat-US), UNITAID Gouvernement
PEC-SSC	GFTAM (FM), USGov (Département d'Etat-US), Gates Foundation, Rotary
PEC-Privée (Co paiement)	USGov (Département d'Etat-US), Gouvernement Entreprises privées
Recherche Opérationnelle	GFTAM (FM), UNITAID Gates Foundation USGov (Département d'Etat-US), autres
B. Interventions transversales	
Suivi et évaluation	Transversal, USGov (Département d'Etat-US), GFTAM (FM), Gate Foundation
Surveillance épidémiologique	GFTAM (FM), USGov (Département d'Etat-US), Gates Foundation Gouvernement
Communication (CCSC)	GFTAM (FM), USGov (Département d'Etat-US), Gates Foundation
Gestion du programme	GFTAM (FM), Gates Foundation, USGov (Département d'Etat-US)



7.2 L'estimation des couts

L'approche utilisée pour l'estimation des couts de ce plan s'est reposé sur l'outil « Plan opérationnel chiffré et optimisé (COOP) » qui a servi avant tout au processus de planification infranationale (SNT). Ce processus vise à croiser les analyses d'impact et les données de coûts afin d'identifier les meilleurs scénarios d'intervention dans un contexte de ressources limitées. Quatre étapes clés ont été suivies :

- 1) Collecter les données nécessaires pour définir les méthodes de calcul ;
- 2) Déterminer les coûts unitaires des interventions du PSN ;
- 3) Estimer les montants potentiellement disponibles pour leur mise en œuvre entre 2027 et 2029 ;
- 4) Générer l'outil de visualisation budgétaire afin d'évaluer différents scénarios d'interventions, dont les coûts sont comparés aux enveloppes budgétaires disponibles.

Pratiquement, le calendrier ci-dessous a été suivi avec l'appui et l'accompagnement de PATH MACEPA (Malaria Control and Elimination Partnership in Africa) et d'autres PTF qui accompagnent le PNLP dans l'élaboration du COOP :

- Juin 2025 : Validation de l'approche SNT par le PNLP.
- Juillet–Septembre 2025 : Structuration du fichier des coûts unitaires ainsi que la collecte et l'agrégation des données.
- Octobre–Novembre 2025 : Atelier de revue des coûts unitaires à Kinshasa et Intégration des feedbacks après l'atelier.
- Décembre 2025 : Mise à jour des coûts unitaires et développement de l'outil de visualisation budgétaire en fonction du contexte congolais.
- Janvier 2026 : Détermination des formules de quantification.
- Février 2026 : Présentation au PNLP de la version test de l'outil de visualisation budgétaire et validation de l'utilisation de l'outil pour générer des budgets PSN. Revue des hypothèses SNT et des questions analytiques définies pour le PSN. Atelier de cadrage de GC8 organisé par le Fonds Mondial.
- Mars 2026 : Atelier COOP x SNT : validation de la priorisation provinciale, des méthodes de quantification de l'outil de visualisation budgétaire et affinage des nouveaux scénarios à modéliser.

Sur cette base, les arbitrages ont été réalisés pour retenir les options les plus adaptées au contexte et aux financements annoncés.

7.3 Synthèse du budget

La synthèse du budget du Plan Stratégique National recadré pour la période 2026–2030 met en évidence la répartition des ressources financières par grandes rubriques d'intervention. Elle illustre les priorités stratégiques du Programme, avec une allocation dominante en faveur de la lutte antivectorielle et de la prise en charge des cas (diagnostic et traitement), tout en assurant le financement des autres domaines d'interventions. Une répartition annuelle de ce budget est également proposée pour faciliter l'opérationnalisation de sa mise en œuvre.

Tableau 22 : Synthèse du Budget par intervention principale en USD (Scénario 2 retenu).

Ce plan financier pluriannuel s'élève à un coût global de plus de **2,418 milliards USD**, atteignant un pic d'investissement en 2029 à près de 515,8 millions USD.

Le pôle **Diagnostic & Traitement** constitue le poste financier le plus important, représentant **37,00 %** du budget total avec un montant d'environ 892,9 millions USD tiré principalement par la prise en charge dans le secteur public.

Les **Interventions Spécifiques** représentent **35,50 %** de l'enveloppe globale (soit 856,2 millions USD), enregistrant une progression constante d'année en année tirée majoritairement par le déploiement du Vaccin R21.

La **Lutte Antivectorielle (LAV)** absorbe **26,50 %** du budget total avec 638,8 millions USD, caractérisée par une forte cyclicité sur les campagnes de masse en complément d'une distribution de routine régulière. Les fonctions d'appui (surveillance épidémiologique, suivi et évaluation, communication et gestion/planification) représentent ensemble un investissement complémentaire stabilisé équivalent à **1,10 %** de la budgétisation globale

N°	Rubriques	Coût 2026	Coût 2027	Coût 2028	Coût 2029	Coût 2030	Coût Total (2026-2030)	%
LUTTE ANTI VECTORIELLE								
1	Dont Campagne de masse ménages	136,036,589	0	68,997,787	58,390,811	0	263,425,187	
2	Dont Campagnes de masse communautaire	0	40,484,283	6,102,557	36,627,552	44,109,534	127,323,926	
3	Dont Campagnes de masse dans les écoles	0	9,000,627	12,405,699	9,530,246	13,135,659	44,072,231	
4	Dont Distribution de routine	38,566,030	39,648,383	40,762,129	41,908,091	43,087,398	203,972,031	
S/total LAV		174,602,619	89,133,293	128,268,172	146,456,700	100,332,591	638,793,375	26.50%
INTERVENTION SPECIFIQUE ET INTERVENTION								
5	dont SMC	18,763,099	19,307,223	19,867,160	20,443,292	21,036,128	99,416,901	
6	dont TPIg	3,536,287	3,638,839	3,744,368	3,852,955	3,964,687	18,737,136	
7	dont TPIg communautaire	2,265,899	2,331,612	2,399,228	2,468,797	2,540,400	12,005,936	
8	dont CPP	3,414,767	3,513,768	3,615,684	3,720,525	3,828,439	18,093,183	
9	dont Assainissement	189,526	195,022	200,678	206,498	212,486	1,004,211	
10	dont Vaccin R21	114,624,385	137,276,248	147,376,837	151,651,009	156,048,267	706,976,746	
S/total Intervention Spécifiques		142,793,963	166,262,712	177,203,955	182,343,076	187,630,407	856,234,113	35.50%
DIAGNOSTIC & TRAITEMENT								
11	dont Prise en charge dans le secteur public	111,207,617	114,432,638	117,751,185	121,165,969	124,679,781	589,237,189	
12	dont Prise en charge dans les SSC (commu.)	60,731,424	60,731,424	60,731,424	60,731,424	60,731,424	303,657,120	

S/total Diagnostic & Traitement		171,939,041	175,164,062	178,482,609	181,897,393	185,411,205	892,894,309	37.00%
13	Surveillance épidémio. et riposte	850,902	850,902	850,902	850,902	850,902	4,254,510	0.20%
14	Suivi & Eval., Recherche opérat. & Innovations	741,598	741,598	741,598	741,598	741,598	3,707,990	0.20%
15	Communication (CCSC)	1,242,433	575,038	938,437	902,295	626,532	4,284,736	0.20%
16	GESTION ET PLANIFICATION	2,568,687	2,568,687	2,568,687	2,568,687	2,568,687	12,843,435	0.50%
TOTAL		494,739,243	435,296,292	489,054,360	515,760,651	478,161,922	2,413,012,468	100.00%

N.B. : Intégration de 2 rubriques budgétaires

- Assainissement : constitué avec 1% retiré de la SMC, dans la même catégorie
- Communication (CCSC) : constitué avec 0.5% retire de Campagne de masse et de 0.5% retire de la PEC secteur public.

TABLEAU B – FINANCEMENT IDENTIFIÉ DU PSN 2026–2030

Répartition du coût total selon le bailleur renseigné dans le fichier source

Bailleur	Montant (USD)	% du coût total	Statut
Fonds mondial	354,025,926.00	28.4%	Financement attribué
USG	238,008,000.00	19.0%	Financement attribué
Gavi	280,898,575.90	22.4%	Financement attribué
Givewell	276,000,000.00	22.0%	Financement attribué
AMF	104,642,713.52	8.3%	Financement attribué
Gouvernement	106 207 777,8	8.5%	Financement attribué
TOTAL	1,253,575,215.41	100.0%	

Commentaire:

Le PSN Paludisme 2026–2030 dispose déjà d'un socle significatif de financements de **1 253 575 215,41 USD** provenant du **Fonds mondial, de l'USG, de Gavi, de l'AMF et du Gouvernement de la RDC**. Toutefois, au regard d'un besoin global estimé à **2,413 milliards USD**, des ressources additionnelles importantes restent nécessaires pour assurer la couverture complète des interventions prévues.

Le GAP résiduel constitue une opportunité d'investissement structurée dans un cadre national unique, chiffré et aligné sur les priorités de la lutte contre le paludisme. Les contributions additionnelles pourront être orientées vers les interventions et périodes présentant les déficits de financement les plus importants, tout en assurant la complémentarité avec les financements déjà attribués.

Le total de USD 2 413 012 468 représente le budget total pour les 5 années que couvre ce Plan stratégique 2026 - 2030. Ce budget est comparable à celui du Plan stratégique initial qui s'élevait à USD 2 494 255 850, ce qui ne représente qu'une diminution de 3% comparé au budget initial du Plan Stratégique avant le recadrage. Toutefois, il faut souligner que ce budget inclus les coûts du vaccin qui pourrait également émerger dans le budget du Programme Elargi de Vaccination (PEV). Cependant, dans

sa configuration actuelle, ce statu quo dans l'évolution du budget peut interroger sur le renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources, certainement dans une perspective de diversification des sources de financements de la lutte contre le paludisme, dans un contexte de réduction des financements au niveau international. Une augmentation dans la mobilisation de ressources domestiques peut s'avérer être un indicateur majeur pour évaluer la capacité du pays à couvrir, même partiellement, le gap budgétaire dans la mise en œuvre de ce Plan stratégique.

Le montant total du financement actuellement attribué s'élève à **1 148 932 501,90 USD**, l'ensemble des fonds répertoriés bénéficiant déjà d'un statut « Financement attribué ». Les bailleurs internationaux assurent la quasi-totalité de cette couverture budgétaire, menés par le **Fonds mondial** (30,8 %, soit 354,0 millions USD), suivi de près par **Gavi** (24,4 %), **AMF** (24,0 %) et le gouvernement américain **USG** (20,7 %). La contribution directe du **Gouvernement** s'établit à 106,2 millions USD, représentant une quote-part de **9,2 %** dans le financement global identifié du plan.

TABLEAU C – GAP DE FINANCEMENT DU PSN 2026–2030

Écart entre le coût total et les financements explicitement attribués

Poste	Montant (USD)	% du Coût total	Observations
Coût total du PSN	2,413,012,468.00	100.0%	Référence du Tableau A
Financement explicitement attribué	1,253,575,215.42	51.9%	Fonds Mondial + USG + AMF + GIVEWELL Gavi + Gouvernement
GAP À MOBILISER	1,159,437,252.58	48.0%	

Point de vigilance

Sur un besoin global de **2,413 milliards USD** pour la période 2026–2030, **1,253 milliard USD** de financements sont actuellement explicitement attribués, tandis que **1,159 437 252 milliard USD** restent à mobiliser. Le PSN offre ainsi un cadre national chiffré permettant aux partenaires de contribuer de manière complémentaire et coordonnée au financement des interventions prioritaires de lutte contre le paludisme en RDC.

Le coût global du Plan Stratégique National (PSN) pour la période 2026–2030 s'élève à **2 413 012 468,00 USD**. Face à ce besoin budgétaire, les financements explicitement attribués par l'ensemble des partenaires (Fonds mondial, USG, AMF, Gavi et le Gouvernement) atteignent **1 148 932 501,90 USD**, couvrant ainsi **48,0 %** du coût total du plan. En conséquence, un gap financier majeur reste à mobiliser, s'élevant à **1 264 079 966,10 USD**, soit **52,0 %** de l'enveloppe globale nécessaire à la mise en œuvre intégrale des activités.

7.4 Modalités de financement

Dans le cadre du financement de la lutte contre le paludisme, la RDC bénéficie d'appui de 2 grands bailleurs des fonds : le GFATM et le Département d'Etat Américain qui se répartissent respectivement 16

et 9 provinces découlant d'un consensus dans le cadre de la rationalisation des financements destinés aux provinces. Une seule province, à savoir le KASAI, est appuyée en mode hybride notamment par le GFATM et le Rotary, en remplacement de DFID. A ces financements s'ajoutent les financements du gouvernement.

7.4.1. Le Fonds Mondial (GFATM)

Le GFATM passe à travers l'instance pays de coordination des fonds à savoir le Country Coordination Mechanism (CCM) qui est un organe national multipartite mis en place pour piloter, coordonner et superviser l'accès aux financements du Fonds mondial pour le paludisme, le VIH/sida et la tuberculose. Son rôle central est de garantir que les subventions financées par le Fonds mondial sont pertinentes, transparentes, inclusives et alignées sur les priorités nationales de santé. Son mandat principal est de soumettre la demande de subventions, de superviser et de renforcer la performance des subventions du pays. Pratiquement, le CCM (i) identifie les besoins nationaux en lien avec les trois maladies, (ii) mobilise les parties prenantes pour des consultations inclusives, (iii) valide et soumet officiellement la Demande de Financement (Funding Request) au Fonds mondial, (iv) s'assure que les documents soumis reflètent les priorités nationales sur base des données épidémiologiques et des gaps réels, (v) lance un processus transparent pour identifier les Récipiendaires Principaux (PR) responsables de la mise en œuvre des subventions, (vi) s'assure que la sélection des PR repose sur leurs capacités financières, programmatiques et sur leurs expériences en gestion des subventions. Le CCM s'assure que les ressources du Fonds mondial sont utilisées efficacement pour réduire la morbi-mortalité lié au paludisme, au VIH et à la tuberculose, tout en renforçant les systèmes de santé du pays.

7.4.2. Le Département d'Etat des Etats-Unis d'Amérique (DoS)

Le Département d'Etat des États-Unis d'Amérique va contribuer au financement de la lutte contre le paludisme en RDC dans le cadre d'une coopération bilatérale en santé avec le gouvernement congolais, formalisée par un Mémoire d'entente (MOU) de cinq ans (2026–2030). Ce cadre vise à renforcer la collaboration entre les deux pays dans les domaines prioritaires définis conjointement, en privilégiant l'alignement des appuis extérieurs sur les priorités nationales de santé et au renforcement progressif de l'appropriation nationale.

Dans le cadre de ce MOU, la lutte contre le paludisme constitue l'un des domaines prioritaires de financement, avec une enveloppe de référence de 238,008 millions de dollars américains sur la période 2026–2030. Dans une logique d'intégration, ces ressources sont destinées à soutenir la mise en œuvre des stratégies prioritaires de la lutte contre le paludisme à travers les domaines suivants : (i) la surveillance et réponse aux épidémies ; (ii) les systèmes de laboratoires, les prestataires de première ligne, (iii) l'approvisionnement en intrants et la logistique, (iv) les systèmes des données, (v) l'appui stratégique pour l'accélération de la digitalisation du système de santé, le renforcement des activités communautaire, la couverture santé universelle, le renforcement du système intégré de santé et l'innovation. La programmation financière prévoit une diminution annuelle progressive de la contribution américaine, passant de 65,8 millions USD en 2026 à 31,02 millions USD en 2030.

La mise en œuvre de cet appui repose sur des mécanismes conjoints de gouvernance, de coordination, de suivi de la performance et de redevabilité entre les parties congolaise et américaine. Les interventions financées s'alignent sur les priorités du PSN 2026–2030 du PNLP, font l'objet de plans de travail et de budgets annuels, et seront suivies au regard des résultats attendus.

Ce financement s'inscrit dans une logique de transition : la diminution progressive de la contribution américaine devra s'accompagner d'un renforcement des capacités institutionnelles, techniques et financières des structures nationales et d'une contribution croissante du Gouvernement de la RDC, afin d'assurer le transfert des fonctions soutenues, la continuité des interventions prioritaires et la pérennisation des acquis au-delà de la période du MOU. Le financement du Gouvernement congolais

Les deux principales modalités de financement de la lutte contre le paludisme en RDC requièrent une contrepartie gouvernementale comme contribution domestique pour permettre la mise en œuvre des subventions. Le fonds de contrepartie du PNLP font partie des fonds catalytiques du financement de l'État pour la lutte contre le paludisme. Les fonds du co-financement du gouvernement sont prévus pour financer la lutte contre le paludisme à travers la mise en œuvre du budget de l'Etat. Les Comptes Nationaux de Santé (CNS) rapportent que les dépenses publiques de santé restent faibles, insuffisant mais obligatoire pour accéder aux financements internationaux.

7.4.3. Le financement du Gouvernement congolais

Les deux principales modalités de financement de la lutte contre le paludisme en RDC requièrent une contrepartie gouvernementale comme contribution domestique pour permettre la mise en œuvre des subventions. Le fonds de contrepartie du PNLP font partie des fonds catalytiques du financement de l'État pour la lutte contre le paludisme. Les fonds du co-financement du gouvernement sont prévus pour financer la lutte contre le paludisme à travers la mise en œuvre du budget de l'Etat. Les Comptes Nationaux de Santé (CNS) rapportent que les dépenses publiques de santé restent faibles, insuffisant mais obligatoire pour accéder aux financements internationaux.

7.4.4. Le financement des autres contributeurs

Le financement du Gouvernement Japonais de 3 millions en faveur de l'assainissement



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 (French Edition). French Edition. ISBN-13 : 978-9242564990, ISBN-10 : 9242564990. Révisée 2021 (GTS/STM)
2. World Malaria Report 2023. 30 November 2023. Global Report
3. Aide-mémoire, revue des performances du programme national de lutte contre le paludisme en RDC, Décembre 2022.
4. Ministère du Plan, INS. Annuaire statistique RDC 2020. INS ; 2021 : 433p.
5. Banque Mondiale. Rapport annuel 2021
6. Ministère de la Santé Publique. Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la couverture sanitaire universelle. MSP, Septembre 2018.
7. Statista Research Department. Population totale de la République Démocratique du Congo (RDC) de 1980 à 2023, avec des prévisions jusqu'en 2028. Statista Research Department, 1 mars 2024. Disponible sur : <https://fr.statista.com/statistiques/1454124/population-totale-republique-democratique-congo/#statisticContainer>
8. Programme des Nations Unies pour le Développement. Rapport sur le développement humain 2023-2024. PNUD, 2024.
9. Programme des Nations Unies pour le Développement. Rapport sur le développement humain 2020. PNDU Janvier 2021.
10. Programme National de Lutte contre Le Paludisme. Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2016-2020. PNL P 2016.
11. Ministère de la Santé. Cadre organique de la santé. Avril 2017.
12. USAID. Evaluation du secteur privé de la santé en République Démocratique du Congo. Democratic Republic of Congo ; Year : 2019-08-01T08.
13. Abigail MC Daniel, Danielle Boyda. Programme pour l'Intégration de la Santé Communautaire : Aperçu du Pays, RDC. 2021.
14. Malaria Ministrial conference .Tackling malaria in countries hardest hit by the disease. Yaoundé, Cameroon, 6 March 2024
15. . (MR4) MR4 Staff. MR4: methods in Anopheles research, 2nd edn. 2010
16. Projet PMI Evolve. Rapport Annuel de Surveillance Entomologique en RDC January – Décembre 2023.
17. Leah F. Moriarty, Papy Mandoko Nkoli, Joris Losimba Likwela et al. Therapeutic Efficacy of Artemisinin-Based Combination Therapies in Democratic Republic of the Congo and Investigation of Molecular Markers of Antimalarial Resistance. Am.J. Trop. Med. Hyg., 105(4), 2021, pp. 1067–1075



18. RDC-Institut National de la Statistique, École de Santé Publique de Kinshasa et ICF. 2024. RDC, Enquête Démographique et de Santé 2023–24 : Rapport des indicateurs clés. Kinshasa, RDC et Rockville, Maryland, USA : ICF.
19. INS, Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, rapport de résultats de l'enquête. Kinshasa, République Démocratique du Congo.
20. OMS. Rapport_Annuel_dActivites_du_PNLP_2021.pdf
21. RDC.Rapport_Annuel_dActivites_du_PNLP_2023.pdf
22. USAID. durability-monitoring-of-llin-in-drc-final-report-after-36-months-follow-up-2019
23. IS Global. (2022). Principaux résultats des enquêtes ménages du projet TIPTOP
24. PMI/Measure Malaria. Évaluation du système de surveillance du paludisme en République démocratique du Congo : Rapport final. Eval-SSP-RDC-Rapport_TR-53-509-PMM-FR_508c.pdf – Janvier 2023.
25. Basosila, N., Ngbolua, K. N., Mbembo, B., Masengo C. A., Agossa, F., Zanga et al. J.Entomological study of Anopheles vector bionomics and persistent malaria transmission at National Malaria Control Program Sentinel sites in the Democratic Republic of the Congo. Orapuh Journal, 5(5), e1144.
26. Mesia Kahunu G, Wellmann Thomsen S, Wellmann Thomsen L, Muhindo Mavoko H, Mitashi Mulopo P, Filtenborg Hocke E et al. Identification of the PfK13 mutations R561H and P441L in the Democratic Republic of Congo. International Journal of Infectious Diseases 139 (2024) 41–49.
27. Losimba Likwela J 1 2, Kalonji Ntumba A 3, Ndolerire Isingoma C 4, Mukomena Sompwe E 5 6, Tsasa Mbuku E 4, Mbuse Angembo F et Al. Activity-based contracting for optimization of the mass distribution of insecticide-treated nets in the Democratic Republic of Congo: pilot implementation in Kwilu province. BMC Public Health. 2024 Oct 16; 24(1):2847.
28. : Breakthrough ACTION. Enquête sur les Comportements liés au Paludisme : République Démocratique du Congo. Breakthrough ACTION. Novembre 2021.
29. Ministère de la Santé. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2024-2030
30. World Health Organization. Guidelines for malaria - November 2024.
31. OMS. Gestion Des Gîtes Larvaires. Manuel de procédure. 2013.
32. OMS. Répulsifs topiques, vêtements imprégnés d'insecticide et répulsifs aériens. ISBN 978-92-4-255049-8. 2019.
33. OMS. Module de formation à la lutte contre le paludisme : prise en charge du paludisme. 2014.
34. OMS. Chimio prévention du paludisme saisonnier par administration de Sulfadoxine Pyriméthamine et d'Amodiaquine aux enfants : guide de terrain. Genève. 2013: p, 24.
35. Mesia Kahunu Gauthier. Évaluation de l'efficacité thérapeutique et de l'innocuité des combinaisons Artésunate-Amodiaquine et Artéméter-Luméfantrine pour le traitement du paludisme non compliqué à Plasmodium falciparum en RDC. Rapport d'étude, février 2022.



36. OMS. Guide Technique Pour la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte dans la Région Africaine. Version française 2021.
37. OMS. Cadre conceptuel d'un plan national de suivi et de gestion de la résistance aux insecticides chez les vecteurs du paludisme [Framework for a national plan for monitoring and management of insecticide resistance in malaria vectors] 201
38. WHO Guidelines for Malaria — Lignes directrices consolidées de l'OMS pour le paludisme, édition du 10 septembre 2026
39. Malaria Surveillance, Monitoring and Evaluation: A Reference Manual (OMS)
40. Manual for Developing National Malaria Strategic Plans (OMS)

Références additionnelles

1. OMS. Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030, édition 2021. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240031357>. Accessed 10 April 2026.
2. Rapport PNLP 2025. Plan mis à jour de l'introduction d'une nouvelle molécule pour la prise en charge du paludisme simple. Juillet 2025
3. Organisation mondiale de la Santé. (2026). Questions et réponses sur les vaccins antipaludiques (RTS,S et R21). <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/q-a-on-rt-s-malaria-vaccine>
4. Plan d'introduction du vaccin anti paludique (R21-MATRIX-M) dans le PEV systématique en République Démocratique du Congo, Janvier 2026
5. Wat'senga BG, Mupemba MN, Kengne P, et al. Intensity of pyrethroid resistance in *Anopheles gambiae* before and after a mass distribution of insecticide-treated nets in Kinshasa and in 11 provinces of the Democratic Republic of Congo. *Malar J*. 2020; 19:169. doi:10.1186/s12936-020-03240-6.
6. N'Do S, Boussari O, Kpanyam T, et al. Insecticide resistance profiles in malaria vector populations from Sud-Kivu in the Democratic Republic of the Congo. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2021; 115(11):1339-44. doi:10.1093/trstmh/traab116.
7. Mugenzi LM, Epopa PS, Moubinou P, et al. Evidence of intensification of pyrethroid resistance in the major malaria vectors in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *Sci Rep*. 2023; 13:15156. Doi: 10.1038/s41598-023-42152-6.
8. Metelo-Matubi E, Ngatu NR, et al. Insecticide susceptibility of *Anopheles gambiae* s.l. and identification of some resistance mechanisms in Kwilu Province in the Democratic Republic of Congo. *Pan Afr Med J*. 2020; 37:79. doi:10.11604/pamj.2020.37.79.23868.
9. Pelloquin B, Agossa F, Axford-Palmer H, Clark T, Ogoma SB, Williams M, et al. Novel insecticide resistance mutations associated with variable PBO synergy in *Anopheles gambiae* s.l. from the Democratic Republic of Congo. *Sci Rep*. 2025; 15:27618. Doi: 10.1038/s41598-025-09016-9.
10. Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP). Rapport annuel 2023 des activités de lutte contre le paludisme. Kinshasa: Ministère de la Santé publique, Hygiène et Prévention; 2024.
11. Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP). Rapport annuel 2024 des activités de lutte contre le paludisme. Kinshasa: Ministère de la Santé publique, Hygiène et Prévention; 2025.
12. Essai AEGIS, Kenya, publié en 2025 dans *The Lancet* : évaluation d'un émanateur passif à base de transfluthrine chez l'enfant.
13. Essai d'émanateurs spatiaux au Nigeria, publié en 2025/2026 : évaluation de l'incidence du paludisme dans un contexte de camps de personnes déplacées.



14. Essai de Sumba, Indonésie : évaluation d'un émanateur passif à base de transfluthrine chez les jeunes enfants.
15. Études de protection vectorielle utilisant la transfluthrine dans le Yunnan, Chine.
16. Méta-analyse de 2025 des essais randomisés sur les répulsifs spatiaux et le risque d'infection palustre.
17. Nicholas F. Brazeau, Cedar L. Mitchell, Andrew P. Morgan, Molly Deutsch-Feldman, Oliver John Watson, Kyaw L. Thwai et al. The epidemiology of *Plasmodium vivax* among adults in the Democratic Republic of the Congo. *Nature Communications* (2021) 12 :4169. <https://doi.org/10.1038/s41467-021-24216-3>
18. Rachel Sendor, Kristin Banek, Melchior M. Kashamuka, Nono Mvuama, Joseph A. Bala et al. Epidemiology of *Plasmodium malariae* and *Plasmodium ovale* spp. in Kinshasa Province, Democratic Republic of Congo. *Nature Communications* (2023) 14:6618

