



**RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO**  
**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, HYGIÈNE ET PRÉVOYANCE**  
**SOCIALE**  
**SECRETARIAT GÉNÉRAL À LA SANTÉ PUBLIQUE ET HYGIÈNE**  
**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME**  
**« P.N.L.P »**



---

## **REVUE ANNUELLE DES DONNÉES PALUDISME 2025**

*(Données de routine et de surveillance sentinelle)*

### **TERMES DE RÉFÉRENCE**

---

*Octobre- 2026*

# I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

## 1.1. Situation mondiale du paludisme

Le paludisme demeure une urgence sanitaire mondiale majeure. Selon les dernières estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reprises dans le rapport annuel 2025 du PNLP, environ **282 millions de cas** et **610 000 décès** ont été enregistrés dans le monde en 2024, soit une augmentation d'environ 9 millions de cas par rapport à 2023. La charge de la maladie stagne depuis 2015, sous l'effet conjugué de la croissance démographique, des perturbations des services et de la raréfaction des financements.

La Région africaine de l'OMS concentre à elle seule 94 % des cas et 95 % des décès (environ 579 000 décès en 2024), dont 75 % surviennent chez les enfants de moins de 5 ans. À l'opposé, les progrès vers l'élimination se poursuivent ailleurs : avec la certification du Cap-Vert et de l'Égypte en 2024, 44 pays et territoires sont désormais certifiés exempts de paludisme.

## 1.2. Situation du paludisme en RDC en 2025

La République Démocratique du Congo (RDC) occupe le deuxième rang mondial en termes de charge palustre, après le Nigéria. La transmission y est pérenne et touche la quasi-totalité de la population, avec plusieurs faciès épidémiologiques (équatorial, tropical, saisonnier au Sud et montagnard instable au Nord-Kivu). Le paludisme reste la première cause de morbidité et de mortalité dans le pays.

En 2025, le PNLP a enregistré **26 064 143 cas de paludisme**, dont **12 102 270 chez les enfants de moins de 5 ans** (46,4 %) et 1 389 051 chez les femmes enceintes. Les formes graves ont représenté **2 665 202 cas** (10,2 %), dont 1 376 723 chez les enfants de moins de 5 ans. Au total, **30 938 décès** liés au paludisme ont été notifiés, dont **25 344 chez les enfants de moins de 5 ans** (environ 82 %).

L'année 2025 se caractérise ainsi par une **évolution contrastée** des indicateurs d'impact :

- Une **baisse de l'incidence**, passée de 221 cas pour 1 000 habitants en 2024 à 183 pour 1 000 en 2025, atteignant la cible annuelle du PAO (185 ‰) ;
- Une **remontée marquée de la mortalité** : le taux de mortalité palustre est passé de 16 décès pour 100 000 habitants en 2024 à 22 décès pour 100 000 habitants en 2025 (+37,5 %), au-delà de la cible 2025 fixée à 18 pour 100 000. En nombre absolu, les décès sont passés de 21 695 en 2024 à 30 938 en 2025, soit une **hausse de 42,6 %** ;
- Une **hausse de la létalité hospitalière**, passée de 0,79 % en 2024 à 1,3 % en 2025, pour une cible 2025 inférieure à 0,85 %, traduisant des difficultés dans la prise en charge des cas graves.

Ces tendances masquent de fortes disparités provinciales. La mortalité dépasse 30 décès pour 100 000 habitants dans neuf provinces (Tshuapa : 102 ; Maniema : 78 ; Sankuru : 55 ; Maï-Ndombe : 52), et la létalité hospitalière atteint 6,1 % à la Tshuapa et 2,7 % au Sankuru. L'incidence reste supérieure à 250 ‰ notamment au Sud-Ubangi (438 ‰), au Maï-Ndombe, au Haut-Uélé, à la Mongala, au Kongo Central et au Kasai.

Tableau 1 : Évolution des principaux indicateurs entre 2024 et 2025

| Indicateur                        | 2024       | 2025       | Cible 2025 | Appréciation |
|-----------------------------------|------------|------------|------------|--------------|
| Impact                            |            |            |            |              |
| Nombre total de cas de paludisme  | 29 123 262 | 26 064 143 | –          | En baisse    |
| Incidence (pour 1 000 habitants)  | 221        | 183*       | 185        | Atteinte     |
| Nombre de décès liés au paludisme | 21 695     | 30 938*    | –          | +42,6 %      |

| Indicateur                                          | 2024        | 2025           | Cible 2025 | Appréciation |
|-----------------------------------------------------|-------------|----------------|------------|--------------|
| Mortalité (pour 100 000 habitants)                  | 16          | 22             | 18         | Non atteinte |
| Létalité hospitalière                               | 0,79 %      | 1,3 %          | < 0,85 %   | Non atteinte |
| <b>Prévention</b>                                   |             |                |            |              |
| Femmes enceintes ayant reçu une MII à la CPN1       | 84 %        | 64,8 % – 71 %* | 84 %       | Non atteinte |
| Enfants ayant reçu une MII à la CPS                 | 70,6 %      | 54,8 % – 63 %* | 68 %       | Non atteinte |
| Femmes enceintes ayant reçu le TPI3                 | 68 %        | 64 % – 67 %*   | 73 %       | Non atteinte |
| Enfants ayant reçu 6 doses de CPP (Kongo Central)   | 30 %        | 29 % – 33 %*   | 50–60 %    | Non atteinte |
| Couverture SMC (4 doses SPAQ, Haut-Katanga)         | –           | 99 %           | 85 %       | Atteinte     |
| <b>Diagnostic, prise en charge et intrants</b>      |             |                |            |              |
| Cas suspects testés (secteur public)                | 94 %        | 85 % – 88,7 %* | 96 %       | Non atteinte |
| Cas confirmés traités selon la politique nationale  | 96 %        | 96,5 %         | 100 %      | Proche       |
| ESS ayant connu une rupture de stock (TDR, ACT, SP) | –           | 36 %           | 0 %        | Non atteinte |
| <b>Surveillance et système d'information</b>        |             |                |            |              |
| Flambées investiguées et ripostées dans les délais  | 2 / 22      | 1 / 24 (4,2 %) | 100 %      | Non atteinte |
| Complétude des rapports des sites sentinelles       | –           | 98,2 %         | 95 %       | Atteinte     |
| Promptitude des rapports des sites sentinelles      | –           | 91,8 %         | 70 %       | Atteinte     |
| Promptitude des rapports des ESS                    | 58 % (base) | 95 %           | 70 %       | Atteinte     |

Sources : Rapport annuel PNLP 2024, Rapport annuel PNLP 2025, Rapport d'évaluation du PAO 2025. (\*) Valeurs divergentes selon les documents sources ; elles seront harmonisées et validées au cours de la revue (voir Annexe 1).

### 1.3. Contexte de mise en œuvre des interventions en 2025

L'évaluation du Plan d'Action Opérationnel (PAO) 2025, conduite à Kisantu (Kongo Central), fait ressortir un **taux global de réalisation des activités de 47,4 %** (69 activités réalisées, 27 partiellement réalisées et 78 non réalisées sur 174 planifiées). Aucun axe n'atteint le seuil minimum attendu de 80 % ; l'axe Gouvernance enregistre la plus faible performance (35 %).

Cette contre-performance s'explique principalement par des chocs externes et des faiblesses structurelles :

- Le **gel et les restrictions budgétaires de la subvention du Fonds Mondial (GC7)**, qui ont empêché notamment la formation des acteurs des sites sentinelles et leur supervision (0 % de réalisation) ;
- La **suspension de l'appui de l'USAID/PMI (Stop Work Order)** dès janvier 2025 dans neuf provinces, qui a interrompu l'évaluation de la résistance aux insecticides et de la durabilité des MII ;
- L'**insécurité persistante à l'Est** du pays, ayant empêché l'organisation des campagnes de masse de MII au Nord-Kivu et au Sud-Kivu ;
- Le « **paradoxe DPS/ESS** » : malgré une disponibilité des intrants au niveau des DPS, 36 % des établissements de soins de santé ont connu des ruptures de stock (dernier kilomètre défaillant) ;

- La **faible riposte aux épidémies** : sur 24 flambées détectées, une seule (Basankusu) a été investiguée et aucune n'a bénéficié d'une riposte dans le délai réglementaire de 15 jours, faute de cadre de collaboration formel entre PNLP, DSE et INSP/COUSP et en raison de lourdeurs administratives de décaissement ;
- La **déperdition entre les doses** pour le TPI, la CPP et le vaccin antipaludique (VAP), introduit dans 16 provinces, avec un taux d'abandon de 86 % entre la VAP3 et la VAP4 ;
- Une **planification sans financement sécurisé**, la reconduction d'activités sans analyse critique et des décaissements tardifs. Le gap de financement dépasse 309 millions USD en 2025.

Des acquis importants méritent toutefois d'être capitalisés : la nette amélioration de la promptitude (95 %) et de la complétude (99 %) des rapports des ESS, portée notamment par l'initiative MDC (221 infirmiers titulaires formés pour une cible de 50) ; la performance de 100 % des campagnes de masse de MII réalisées dans six provinces ; la couverture de 99 % de la chimioprévention saisonnière au Haut-Katanga ; l'extension du VAP à 16 provinces ; le lancement de l'eRDQA (juin 2025), l'avancement de l'entrepôt national de données paludisme (NMDR), des tableaux de bord Superset et la mise en place du groupe de travail sur la stratification infranationale (SNT).

#### 1.4. Cadre stratégique de référence

La RDC s'est engagée à mettre en œuvre la Stratégie Technique Mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 de l'OMS, qui vise à réduire d'au moins 90 % l'incidence et la mortalité d'ici 2030. Au niveau national, le Plan Stratégique National (PSN) 2024-2028, aligné sur le PNDS-PS 2024-2033, ambitionne de réduire de 70 % la mortalité et de 50 % la morbidité liées au paludisme d'ici 2028, par rapport à l'année de référence 2022. Ce PSN fait l'objet d'un **recadrage sur la période 2026-2030**, qui servira de base au PAO 2026 en s'appuyant sur la stratification infranationale (SNT) et la priorisation des interventions.

La surveillance épidémiologique s'appuie sur le système de routine (SNIS/DHIS2) et sur un réseau de **26 sites sentinelles** (104 ESS, dont 26 HGR et 78 CS) qui fournissent des données épidémiologiques, cliniques, parasitologiques, entomologiques et climatiques. L'extension du réseau à 52 sites, dont 9 sites transfrontaliers en collaboration avec le PNHF, est prévue.

#### 1.5. Justification de la revue

Dans un contexte de remontée de la mortalité, de contraintes financières sévères et de préparation du PSN recadré 2026-2030, il est indispensable que le PNLP dispose de données fiables, validées et analysées de manière approfondie pour orienter ses décisions. Les documents de 2025 révèlent par ailleurs des **divergences sur plusieurs chiffres clés** (nombre de décès, incidence, couverture en MII, TPI3, VAP, distribution de MII en campagne), qui doivent être harmonisées avant toute utilisation programmatique.

C'est dans ce cadre que le PNLP organise la **revue annuelle des données de routine et de surveillance sentinelle de l'année 2025**. Cette rencontre permettra d'évaluer la qualité des données, de valider les résultats 2025, d'analyser les causes profondes de la hausse de la mortalité et des contre-performances observées dans toutes les interventions de la lutte antipaludique (prévention, diagnostic et prise en charge, gestion des approvisionnements et des stocks, surveillance, suivi-évaluation, communication), et de formuler des recommandations réalistes qui alimenteront le PAO 2026.

L'atelier se tiendra à MATADI, du 20 au 29 novembre 2026, y compris les jours de voyage. L'appui technique et financier est attendu du Fonds Mondial et tous les partenaires techniques et financiers.

## II. OBJECTIFS

### 2.1. Objectif général

Contribuer à l'amélioration de la qualité de la mise en œuvre des interventions et des données du paludisme en RDC, en vue de renverser la tendance à la hausse de la mortalité palustre et d'orienter la planification 2026 dans le cadre du PSN recadré 2026-2030.

### 2.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques portent sur les interventions et les données de routine (secteurs public, privé et communautaire) et de surveillance sentinelle du PNLP :

1. Évaluer le niveau de mise en œuvre des recommandations de la revue annuelle 2024 ;
2. Présenter les principaux résultats obtenus en 2025 (routine et sites sentinelles) au regard des cibles du PAO 2025 et du PSN, ainsi que leur évolution par rapport à 2024 ;
3. Analyser la qualité des données 2025 (complétude, promptitude, exhaustivité, cohérence, valeurs aberrantes, doublons, concordance) et harmoniser les indicateurs clés présentant des divergences entre sources ;
4. Identifier les facteurs explicatifs de la performance des indicateurs de l'offre de services et de la qualité des données, en tenant compte du contexte de 2025 (restrictions du Fonds Mondial, arrêt de l'appui USAID/PMI, insécurité) ;
5. Analyser les causes profondes de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme dans les treize (13) provinces prioritaires de 2025 (Tshuapa, Maniema, Sankuru, Maï-Ndombe, Nord-Ubangi, Sud-Ubangi, Kasai, Bas-Uélé, Équateur, Tanganyika, Haut-Uélé, Kongo Central et Mongala) ;
6. Analyser les principaux goulots d'étranglement dans la mise en œuvre des interventions, notamment les ruptures d'intrants au niveau des ESS, la riposte aux épidémies, la déperdition entre les doses (TPI, CPP, VAP) et la distribution de routine des MII ;
7. Partager et documenter les bonnes pratiques et leçons apprises de 2025 ;
8. Formuler les recommandations de la revue annuelle 2025, assorties d'une feuille de route chiffrée et alignée sur le PAO 2026 ;
9. Valider les données 2025 de routine et de surveillance sentinelle.

## III. RÉSULTATS ATTENDUS

1. Le niveau de mise en œuvre des recommandations de la revue annuelle 2024 est évalué (réalisées, partiellement réalisées, non réalisées) et les raisons des non-réalisations sont documentées ;
2. Les principaux résultats 2025 (routine et sites sentinelles) sont présentés et comparés aux cibles du PAO 2025 et aux résultats de 2024 ;
3. La qualité des données 2025 est analysée et les divergences entre sources sur les indicateurs clés (cas, décès, incidence, couvertures MII, TPI3, CPP, VAP) sont corrigées et harmonisées ;
4. Les facteurs explicatifs de la performance des indicateurs de l'offre de services et de la qualité des données sont identifiés (routine et sites sentinelles) ;
5. Les causes profondes de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme sont analysées pour chacune des 13 provinces prioritaires et des actions ciblées sont proposées ;

6. Les principaux goulots d'étranglement dans la mise en œuvre des interventions et la gestion de la qualité des données sont analysés ;
7. Les bonnes pratiques et leçons apprises de 2025 sont documentées et partagées ;
8. Les recommandations de la revue annuelle 2025 sont formulées sur la base des causes profondes identifiées, et une feuille de route (responsables, échéances, ressources) est élaborée et intégrée au PAO 2026 ;
9. Les données 2025 de routine et de surveillance sentinelle sont validées par province et au niveau national.

## IV. MÉTHODOLOGIE

La revue suivra une démarche participative, basée sur les données et orientée vers l'action. Elle intègre dans une même analyse les données de routine (secteurs public, privé et communautaire) et celles de la surveillance sentinelle (épidémiologique, entomologique et climatique), et capitalise les conclusions de l'évaluation du PAO 2025.

### 4.1. Phase préparatoire

Cette phase sera conduite par un comité organisateur composé du PNLP, de la DSNIS et des partenaires techniques et financiers (PTF), sous la coordination du PNLP. Elle comprendra les étapes suivantes :

- **Actualisation des outils** de la revue (TDR, canevas harmonisé de présentation provinciale, grille d'évaluation des recommandations 2024, agenda) et partage avec les équipes provinciales lors de deux réunions d'orientation virtuelles ;
- **Extraction des données 2025** à une date de gel convenue, à partir du DHIS2, du NMDR et des bases des sites sentinelles, par la Division S&E et la Division de Surveillance épidémiologique ;
- **Analyse préalable de la qualité des données** (complétude, promptitude, cohérence interne et externe, valeurs aberrantes, doublons de cas et de décès, dénominateurs générant des couvertures supérieures à 100 %) et transmission d'un feedback écrit à chaque DPS, avec un délai de vérification et de correction ;
- **Harmonisation des indicateurs clés** présentant des divergences entre le rapport annuel 2025 et le rapport d'évaluation du PAO 2025 (Annexe 1) ;
- **Préparation des profils des 13 provinces prioritaires** (tendances 2020-2025 de l'incidence, de la mortalité et de la létalité ; disponibilité des intrants ; couverture des interventions) pour l'analyse des causes profondes ;
- **Pré-revue** avec l'ensemble des chefs de services provinciaux PNLP pour s'assurer de la finalisation des présentations selon le canevas harmonisé, puis collecte des présentations ;
- **Organisation logistique** et suivi de la mise à disposition des fonds en collaboration avec les PTF.

### 4.2. Phase de l'atelier proprement dit

La revue se tiendra pendant sept (7) jours, du 20 au 29 novembre 2026, hors jours de déplacement. Les travaux seront organisés en plénière et en deux salles parallèles. La facilitation sera assurée par les Divisions de Suivi-Évaluation et de Surveillance Épidémiologique du PNLP, avec l'accompagnement technique de la DSNIS, de la DSE, de l'INSP et des experts S&E des PTF.

Les activités porteront sur les éléments suivants :

- L'évaluation de la mise en œuvre des recommandations de la revue annuelle 2024 ;

- La présentation de la synthèse nationale des résultats 2025 (routine et sites sentinelles) et de l'analyse de la qualité des données ;
- La présentation des résultats 2025 des principaux partenaires d'appui à la lutte antipaludique ;
- Les présentations des 26 provinces, intégrant dans une même présentation les données de routine et des sites sentinelles ainsi que les corrections apportées suite aux feedbacks du niveau national ;
- Des sessions thématiques sur : (i) la prise en charge et la létalité hospitalière ; (ii) la gestion des intrants et le « paradoxe DPS/ESS » ; (iii) la surveillance, les flambées épidémiques et le cadre de riposte PNLP-DSE-INSP/COUSP ; (iv) la prévention (MII de routine et campagnes, TPI, SMC, CPP, VAP) ; (v) la surveillance entomologique et la résistance ; (vi) le système d'information (DHIS2, NMDR, eRDQA, Superset) ; (vii) la stratification SNT et la priorisation des interventions ; (viii) le financement de la lutte ;
- Des travaux de groupe consacrés à l'analyse des causes profondes dans les 13 provinces prioritaires et à la correction des données atypiques ;
- L'élaboration de la feuille de route des recommandations et la validation formelle des données 2025 ;
- Des réunions pédagogiques quotidiennes pour évaluer le déroulement des travaux.

**Outils d'analyse.** Les travaux s'appuieront sur les outils suivants :

| Outil                                                 | Utilisation                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grille d'évaluation des recommandations</b>        | Statut de chaque recommandation 2024 (réalisée / partiellement réalisée / non réalisée), preuves et causes de non-réalisation. |
| <b>Tableau de bord de qualité des données</b>         | Complétude, promptitude, cohérence, valeurs aberrantes et doublons par DPS ; suivi des corrections.                            |
| <b>Arbre à problèmes / méthode des « 5 pourquoi »</b> | Analyse des causes profondes de la mortalité et de la létalité dans les 13 provinces prioritaires.                             |
| <b>Analyse des goulots d'étranglement</b>             | Disponibilité, accessibilité, utilisation, couverture adéquate et effective pour chaque intervention clé.                      |
| <b>Matrice de priorisation</b>                        | Classement des problèmes selon leur ampleur, leur gravité et la faisabilité des solutions dans le contexte financier actuel.   |
| <b>Fiche de validation des données</b>                | Validation des données 2025 par DPS, signée par le chef de service provincial et le niveau central.                            |

**Tableau 2 : Provinces retenues pour l'analyse des causes profondes (données 2025)**

| Province    | Mortalité (/100 000 hab.) | Létalité hospitalière | Incidence (‰) |
|-------------|---------------------------|-----------------------|---------------|
| Tshuapa     | 102                       | 6,1 %                 | 158           |
| Maniema     | 78                        | 2,2 %                 | 230           |
| Sankuru     | 55                        | 2,7 %                 | 98            |
| Maï-Ndombe  | 52                        | 2,2 %                 | 294           |
| Nord-Ubangi | 37                        | 2,2 %                 | 195           |
| Sud-Ubangi  | 36                        | 1,5 %                 | 438           |
| Kasaï       | 32                        | 1,7 %                 | 269           |
| Bas-Uélé    | 31                        | 1,6 %                 | 152           |
| Équateur    | 30                        | 1,4 %                 | 257           |
| Tanganyika  | 21                        | 2,0 %                 | 118           |

| Province      | Mortalité (/100 000 hab.) | Létalité hospitalière | Incidence (‰) |
|---------------|---------------------------|-----------------------|---------------|
| Haut-Uélé     | 21                        | 0,6 %                 | 293           |
| Kongo Central | 28                        | 0,6 %                 | 273           |
| Mongala       | 18                        | 1,0 %                 | 274           |
| RDC           | 22                        | 1,3 %                 | 183           |

Critères de sélection : mortalité  $\geq 30$  pour 100 000 habitants, ou létalité hospitalière  $\geq 2$  %, ou incidence  $\geq 270$  ‰ en 2025. Source : Rapport annuel PNLP 2025.

### 4.3. Phase post-atelier

- Finaliser et diffuser le rapport de la revue dans un délai de quinze (15) jours après l'atelier ;
- Intégrer les données validées dans le DHIS2/NMDR et mettre à jour le rapport annuel 2025 sur la base des chiffres harmonisés ;
- Assigner les recommandations aux mentors du niveau central selon les DPS de responsabilité ;
- Intégrer les recommandations dans le PAO 2026 et le PSN recadré 2026-2030 ;
- Suivre trimestriellement la mise en œuvre de la feuille de route à travers un tracker partagé avec les DPS et les PTF.

### 4.4. Supports et matériel

- Ordinateurs portables, projecteurs (LCD), connexion Internet et accès au DHIS2/NMDR ;
- Canevas harmonisé de la revue annuelle (niveaux central et provincial) ;
- Normes et directives des sites sentinelles et directives nationales de prise en charge ;
- Rapport annuel 2025, rapport d'évaluation du PAO 2025 et rapport de la revue annuelle 2024 ;
- Bases de données et fiches de collecte disponibles pour chaque site sentinelle ;
- Tableaux à feuilles mobiles (flip charts) et fournitures.

## V. PARTICIPANTS

Les participants sont estimés à **106 personnes**, réparties comme suit :

| Catégorie                                   | Détail                                                                                                                                                                                    | Effectif |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>PNLP central</b>                         | Directeur (1), SURVEPI (5), S&E (4), PEC (2), Prévention multiple (2), Partenariat (2), Recherche opérationnelle (2), Communication (2), DAF (2), personnel d'appoint (2), chauffeurs (3) | 27       |
| <b>Ministère de la Santé</b>                | Cabinet du Ministre (2), Secrétariat Général (3), INSP/COUSP (1), DSE (1), DSNIS (1), CAGF (2)                                                                                            | 10       |
| <b>Partenaires techniques et financiers</b> | OMS (1), PATH (2), SANRU (4), CHAI (1), UNICEF (1), MSF (1), Bluesquare (1), BMGF (1), AFENET (1), Development Catalysts (1), autres PTF <b>à confirmer</b> (1)                           | 15       |
| <b>Universités / instituts de recherche</b> | Professeurs (dont INRB / École de Santé Publique)                                                                                                                                         | 2        |
| <b>Niveau provincial</b>                    | Chefs de services provinciaux PNLP (26) et Médecins Chefs de Zone des sites sentinelles (26)                                                                                              | 52       |
| <b>Total</b>                                |                                                                                                                                                                                           | 106      |

## VI. AGENDA PROVISOIRE

L'agenda détaillé (horaires, modérateurs, rapporteurs et responsables par salle) sera finalisé par le comité organisateur lors de la phase préparatoire.

| Jour          | Salle 1 / Plénière                                                                                                                                                                                                                                                                                | Salle 2                                                                                                                                         |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Jour 1</b> | Ouverture officielle (SG-SPH / Directeur PNLP)<br>Lecture des TDR<br>Orientation de la revue 2025 et synthèse nationale (routine et sites sentinelles)<br>Feedback national sur la qualité des données 2025<br>Suivi des recommandations de la revue 2024<br>Synthèse de l'évaluation du PAO 2025 | Présentation des résultats 2025 des PTF (Fonds Mondial/CAGF-SANRU, PATH/Bluesquare, CHAI, OMS, UNICEF, MSF, AFENET...) + échanges               |
| <b>Jour 2</b> | Présentations des DPS : Kinshasa, Kongo Central, Kwango, Kwilu, Mai-Ndombe, Équateur, Mongala                                                                                                                                                                                                     | Présentations des DPS : Nord-Ubangi, Sud-Ubangi, Tshuapa, Tshopo, Bas-Uélé, Haut-Uélé, Ituri                                                    |
| <b>Jour 3</b> | Présentations des DPS : Kasai, Kasai Central, Kasai Oriental, Lomami, Sankuru, Maniema                                                                                                                                                                                                            | Présentations des DPS : Nord-Kivu, Sud-Kivu, Tanganyika, Haut-Lomami, Haut-Katanga, Lualaba                                                     |
| <b>Jour 4</b> | Prise en charge : létalité hospitalière, secteur privé et communautaire<br>Gestion des intrants : « paradoxe DPS/ESS » et dernier kilomètre                                                                                                                                                       | Surveillance : flambées 2025 (Basankusu...), cadre de riposte PNLP-DSE-INSP/COUSP<br>Surveillance entomologique, TET et marqueurs de résistance |
| <b>Jour 5</b> | Prévention : MII (routine et campagnes), TPI, SMC, CPP, VAP<br>Stratification SNT et priorisation des interventions                                                                                                                                                                               | Système d'information : DHIS2, NMDR, eRDQA, Superset, MDC<br>Financement de la lutte : GC7/GC8, gap et mobilisation domestique                  |
| <b>Jour 6</b> | Travaux de groupe : analyse des causes profondes dans les 13 provinces prioritaires<br>Panels de correction des données atypiques                                                                                                                                                                 | Travaux de groupe (suite)<br>Panels de correction des données atypiques (suite)                                                                 |
| <b>Jour 7</b> | Restitution des travaux de groupe en plénière<br>Validation des données 2025 (fiches signées par DPS)<br>Lecture des recommandations et de la feuille de route<br>Clôture officielle                                                                                                              | Plénière                                                                                                                                        |

**Rapportage général** : Secrétariat technique (SURVEPI, S&E et PTF).

## VII. BUDGET ET FINANCEMENT

Le budget détaillé de la revue est présenté en annexe. Son financement est attendu du Fonds Mondial (via la CAGF et SANRU) et tous le PTF de LAP. Compte tenu des contraintes financières, le comité organisateur veillera à optimiser les coûts (choix du lieu, durée, nombre de participants) sans compromettre l'atteinte des objectifs.

Fait à Kinshasa, le 09/10/2026

**Le Directeur du PNLP**  
**Dr Baudouin MATELA BAANGI**

## ANNEXE 1 : Indicateurs à harmoniser avant la revue

Les documents de référence présentent des valeurs différentes pour plusieurs indicateurs clés de 2025. Ces écarts devront être clarifiés par le comité organisateur pendant la phase préparatoire, afin que la revue valide une valeur unique pour chaque indicateur.

| Indicateur                                  | Rapport annuel 2025                                                                                  | Évaluation du PAO 2025    |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>Nombre de décès 2025</b>                 | 30 938 (résumé) ; 30 854 (introduction)                                                              | 30 854                    |
| <b>Incidence 2025 (‰)</b>                   | 183 (résumé, tableau 21) ; 182 (conclusion)                                                          | 182                       |
| <b>MII à la CPN1 (femmes enceintes)</b>     | 64,8 % (résumé) ; 66 % (tableau 13)                                                                  | 71 %                      |
| <b>MII à la CPS (enfants)</b>               | 54,8 % (résumé) ; 62 % (tableau 14)                                                                  | 63 %                      |
| <b>TPI3</b>                                 | 67 %                                                                                                 | 64 %                      |
| <b>CPP6 (Kongo Central)</b>                 | 29 %                                                                                                 | 33 %                      |
| <b>VAP4</b>                                 | 56 % ayant complété le schéma (résumé) ; 50 % (figure 7)                                             | 30 %                      |
| <b>Cas suspects testés (public)</b>         | 85 %                                                                                                 | 88,7 %                    |
| <b>MII distribuées en campagne de masse</b> | 11,6 millions (résumé) ; 16 258 495 (texte) ; total du tableau 15 à recalculer                       | –                         |
| <b>Répartition des cas 2025 par secteur</b> | La somme public + privé + communautaire (13,7 millions) ne correspond pas au total de 26 064 143 cas | « xxxxx » (non renseigné) |
| <b>Effectif du personnel PNLP</b>           | 359, 372 ou 348 agents selon les sections                                                            | –                         |