MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
HYGIENE ET PREVOYANCE SOCIALE
SECRETARIAT GENERAL DE LA SANTE PUBLIQUE ET HYGIENE

PROGRAMME
NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME

RAPPORT Annuel 2024

Programme National de Lutte Contre le Paludisme

Février 2025

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ACRONYMES ____ iii
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES ____ v
A. Liste des tableaux ____ v
B. Liste des figures ____ vi
AVANT-PROPOS ____ vii
RESUME ____ viii
I. INTRODUCTION ____ 1
II. CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS ____ 3
II.1. Organisation de la lutte contre le paludisme ____ 3
II.2. Environnement de travail ____ 3
II.3. Financement de la lutte ____ 3
II.4. Ressources humaines ____ 4
2.4.1. Effectif général ____ 4
2.4.2. Catégorisation du personnel ____ 4
II.5. Ressources matérielles ____ 6
III. RESULTATS ATTENDUS ET OBTENUS EN 2024 PAR AXE DU PNDS ____ 7
III.1. Axe 1 du PNDS recadré : Amélioration des prestations de services de santé et continuité des soins de qualité aux différents niveaux du système de santé. ____ 7
3.1.1. Objectif Stratégique 1 – LAV: ____ 7
- Intervention 1 : Prévention du paludisme par la promotion de la possession et l'utilisation des MII ____ 7
- Intervention 2 : Pulvérisation Intra Domiciliaire à effet rémanent (PID) ____ 11
- Intervention 3 : Stratégies de lutte anti vectorielle complémentaires ____ 11

3.1.2. Objectif Stratégique 3 – TPIg:. ____ 11
3.1.3. Objectif stratégique 5 : ____ 13
3.1.4. Objectif 4 : ____ 14
Les activités réalisées ____ 15
3.1.5. Objectif stratégique Non défini : ____ 15
3.1.6. Objectif Stratégique 2 – PEC : ____ 17
III.2.2. Axe 2 du PNDS recadré 2019-2022 : Appui aux piliers du système de santé du système de santé pour l'amélioration de la disponibilité et l'accès aux soins de qualité. ____ 22
3.2.2.1. Objectif stratégique 6 : ____ 22
Axe 3 du PNDS recadré : Appui à la gouvernance, au leadership et au pilotage du système de santé ____ 30
3.3.1. Objectif stratégique 7 : Renforcer la gouvernance et le leadership du Programme ____ 30
3.3.3. Objectif 8. Amener au moins 80% de la population à utiliser les mesures préventives et de prise en charge préconisées dans la LAP ____ 32
IV. RESULTATS OBTENUS ____ 35
4.1. ACTIVITES PROGRAMMATIQUES ____ 35
4.2. Mobilisation des ressources ____ 37
4.2.1. Ressources financières ____ 37
4.3. Impact ____ 41
V. ANALYSE FFOM ____ 45
FORCES ____ 45
FAIBLESSES ____ 45
OPPORTUNITES ____ 45
MENACES ____ 45
VI. RECOMMANDATIONS ____ 45
AU PNLP CENTRAL ____ 45
VII. CONCLUSION ____ 46

LISTE DES ACRONYMES

AL	Artémether-Lumefantrine
AMF	Against Malaria Funds
ASAQ	Artésunate-Amodiaquine
ASTMH	American Society of Tropical Medecine and Hygiene
CCSC	Communication pour le changement social et de comportement
CAGF	Cellule d'Appui à la Gestion Financière
CD	Chef de division
CODESA	Comité de Développement de Santé
CPN	Consultation Prénatale
CPP	Chimio prévention du Paludisme Pérenne
CPS	Consultation préscolaire
CT	Consultant technique
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
DHIS 2.0	District Health Information System
DN	Directeur national
DNA	Directeur national adjoint
DPS	Division Provinciale de la Santé
DSNIS	Division du Système National d'Information Sanitaire
ECP	Equipe Cadre Provinciale
ECZS	Equipe Cadre de la Zone de Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
Enquête CAP	Enquête de Comportement, Attitude et Pratique
EUV	End User Verification
ESS	Etablissement des Soins de Santé
FM	Fonds Mondial
FOSA	Formation sanitaire
GAS	Gestion des achats et des stocks
GE	Goutte épaisse
HBHI	High Burden High Impact
HLC	Human Landing Catch
IEC	Information Education Communication
INRB	Institut national de recherche biomédicale
LAP	Lutte Anti Paludique
MICS	*Multiple Indicator Cluster Surveys*
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MOSO	Mobilisation Sociale
NMF3	Nouveau Modèle de Financement 3è grant
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAO	Plan opérationnel
PBO	Butoxyde Pipéronyl

PEC	Prise en charge
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PID	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PMI	US *President's Malaria Initiative*
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PSN	Plan Stratégique National
PSNC	Plan Stratégique National de Communication
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RBM	Roll Back Malaria
RDC	République Démocratique du Congo
RPP	Revue des Performances du Programme
S&E	Suivi et Evaluation
SMIR	Surveillance des Maladies Intégrée et Riposte
SNAME	Système National d'Approvisionnement des Médicaments Essentiels
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
SSC	Sites des Soins Communautaires
SURVEPI	Surveillance épidémiologique
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TET	Test d'Efficacité Thérapeutique
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development
ZS	Zone de Santé

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

A. Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des Ressources humaines au niveau central 5
Tableau 2 : Répartition des Ressources humaines au niveau provincial 5
Tableau 3 : Ressources matérielles 6
Tableau 4 : Matériels roulants de la coordination centrale 6
Tableau 5 : Matériels non utilisés en panne et à déclasser 6
Tableau 6. Nombre des ménages dénombrés servis et MII distribuées en campagnes de masse dans les provinces planifiées en 2024 (Bas-Uélé) et ayant glissée en 2024 (Kinshasa) 8
Tableau 7. Nombre des MII distribuées en routine en 2024 9
Tableau 9.Proportion d'enfants de 6 à 11 mois et femmes enceintes ayant reçu la MII en 2024 10
Tableau 11. Proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses et trois doses de SP 12
Tableau 12. Couverture en diagnostic et PEC dans le secteur public 18
Tableau 13 Taux de positivité 19
Tableau 14.Prise en charge aux SSC 22
Tableau 15. Résultats de TET dans les sites de Boende et Kapolowe 27
Tableau 16. Taux d'agressivité des anophèles 28
Tableau 17. Evaluation des Sites de surveillance sentinelle 29
Tableau 18 Proportion des ESS n'ayant pas connu de rupture de stock en 2024 31
Tableau 19.Activités de partenariat 35
Tableau 20.Ventilation des fonds attendus pour le PNLP par source de financement 37
Tableau 21 : Ventilation des fonds attendus pour le fonctionnement du PNLP 37
Tableau 22.Ventilation des dépenses du PNLP par nature 38
Tableau 23. Ventilation des subventions et des dépenses du PNLP par nature 38
Tableau 24.Renforcement des capacités des cadres du PNLP au cours de paludologie 40
Tableau 25.Rencontres internationales en 2024 41
Tableau 26. Evolution des cas de paludisme 42
Tableau 27.Evolution des décès palustres 43

B. Liste des figures

Figure 1 : Proportion d'enfants de 10 semaines à < 24 mois ayant bénéficié de la CPP6 14
Figure 2 : Activités de CPS 15
Figure 3 : Suivi de la couverture en VAP 16
Figure 4.Couverture en SSC 21
Figure 5 : Situation actuelle des SSC 21
Figure 6 : Complétude globale des rapports 23
Figure 7 : Promptitude globale 24
Figure 8 : Score qualité des données du paludisme 25
Figure 10 : Profil de résistance de An. gambiae s.l. vis à vis de la deltaméthrine et la deltaméthrine+PBO 29
Figure11. Evolution de l'incidence 41
Figure 12: Incidence en 2024 41

AVANT-PROPOS

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme, en sigle PNLP a coordonné la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme inscrites dans le plan opérationnel (PAO) 2024. Il s'agit essentiellement des activités de prévention (campagnes de dénombrement couplé à la distribution gratuite des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), le Traitement Préventif Intermittent chez la femme enceinte (TPI), administration de Chimio Prévention saisonnière et prenne, administration du vaccin Anti Paludique (VAP), des missions des supervisions de la prise en charge des cas de paludisme, de la gestion des commodités antipaludiques , des activités des sites sentinelles, des investigations des épidémies de paludisme ainsi que des enquêtes sans oublié quelques recherches opérationnelles conduites . Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des interventions ont été aussi assurés à travers les indicateurs tant de processus, des résultats, d'effets que ceux de l'impact en suivant les tendances des indicateurs clés qui reflètent la tendance de la maladie.

L'année 2024 a été caractérisée par une baisse de l'incidence du paludisme (221pour 1000 habitants en 2024 contre 224 en 2023) et de la mortalité due au paludisme (16 pour 100000 habitants en 2024 contre 20 pour 100000 en 2023). Des efforts devront donc être menés pour maintenir cette tendance à la baisse de la mortalité hospitalière du paludisme amorcée en 2023 et celle de l'incidence. Notons que cette année a connu plusieurs flambés épidémiques, mais seulement deux zones de santé (Panzi et Kisanji) dans la DPS de Kwango qui avaient été investiguées et ripostées.

Outre l'appui du gouvernement, le plan opérationnel 2024 a bénéficié de l'appui du de tous ses partenaires techniques et financiers en matière de lutte contre le paludisme ; cet appui s'est traduit en termes d'approvisionnement en intrants antipaludiques et d'appui technique aux activités de soutien. Le présent rapport présente les résultats obtenus à la suite de la mise en œuvre de ces différentes activités.

Nos sincères remercient sont adressés :

- Au Gouvernement de la République Démocratique du Congo (RDC) à travers du Ministre de la santé publique, hygiène et prévention pour avoir piloté efficacement la lutte contre le paludisme ;
- Les différents acteurs du niveau provincial et des zones de santé pour avoir mis en œuvre les activités de lutte contre le paludisme du PAO 2024 parfois dans des conditions difficiles ;
- Les partenaires techniques, financiers et de mise en œuvre pour leur appui appréciable ;

Que les partenaires intersectoriels et intra sectoriels ainsi que les institutions de recherche trouvent ici l'expression de nos sentiments de profonde gratitude.

Dr Beaudouin MATELA BAANGI

Directeur du Programme National de Lutte contre le Paludisme

RESUME

Le plan stratégique 2024-2028 a connu des ajustements pour assurer son encrage avec le Plan National Développement Sanitaire 2024-2033

Le Plan d'action opérationnel 2024 découle donc du PSN 2024-2028 et intègre les recommandations de l'évaluation du PSN précèdent évaluée lors de revue annuelle 2023

Notons que pour l'année 2024, l'évaluation du PAO a été réalisée avec un outil spécial qui a dégagé 223 activités prévues dont 193 réalisées (86%) repris dans le tableau ci bas :

Axes du PNDS 2019-2022/Objectifs spécifiques du PAO	Activités planifiées	Indicateurs de résultat (mesurant la cible annuelle)	Activités réalisées	Ecarts [2]	Performance
Axe 1 : *Amélioration des prestations de services de santé et continuité des soins de qualité aux différents niveaux du système de santé*					
Axe 1	148		82	66	55
Axe 2 : Appui aux piliers du système de santé pour l'amélioration de la disponibilité et l'accès aux soins de qualité					
Axe 2	38		21	17	55
Axe 3 : Appui à la gouvernance, au leadership et au pilotage du système de santé					
Axe 3	37		25	12	68
Performance globale	**223**		**193**	**25**	**56**

Le Gouvernement Congolais a contribué au financement du PAO 2024 ainsi que ses partenaires notamment le Fonds Mondial, l'Initiative Présidentielle pour la lutte contre le paludisme (PMI), PATH, AMF.

Les besoins de financement du PAO 2024 se sont élevés à 368 997 565,73$ dont 260 064 896,85$, ce qui représente 70% et le GAP du financement s'élevait à 108932668,88$ (30%). Les dépenses totales en 2024 s'élèvent à 60 589 558,80 $, les ressources humaines et prestation avec 4,83% et suivis les MII avec 44,35%, de la planification, l'administration et autres frais avec 0 ,11%, de diagnostic et médicaments avec 44,92% représentent la plus grande part, , Suivi-Evaluation et surveillance entomologique avec 2 ,44%, communication et plaidoyer avec 0,32% et enfin infrastructures et équipements avec 0,03%.

Les principaux résultats obtenus au terme de l'année 2024 se présentent comme suit :

- Au total 16082137MII ont été distribuées en 2024 dont 8057733MII ont été distribués en campagne de masse dans **2615426** ménages des provinces de Bas-Uélé et Kinshasa. Et 8024404MII ont été distribuées en routine avec 4 **646 031** MII distribuées chez les femmes enceintes pendant les consultations prénatales (CPN) et **3 378 373** MII distribuées chez les enfants de moins d'une année à la consultation préscolaire (CPS). 4144061 femmes enceintes ont bénéficié de deux doses de SP soit 78% et 3587126 femmes enceintes ont bénéficié de trois doses de SP soit 68% des femmes enceintes ayant utilisé les services de CPN ;

- 29123262 cas de paludisme ont été enregistrés dont 26374394 cas de paludisme simple et 2748868 cas de paludisme grave (9,4%) ; 13903437 enfants âgés de moins de 5 ans ont souffert de paludisme en 2024 soit 47,7% de l'ensemble des cas de paludisme dont 1292734 cas de paludisme grave ;
- 1496714 cas de paludisme ont été enregistrés chez les femmes enceintes en 2024 dont 1151061 cas de paludisme simple et 345653 cas de paludisme grave (30%)
- 21695 décès liés au paludisme ont été enregistrés au cours de l'année 2024 dont 15 091 survenus chez les enfants âgés de moins de 5 ans soit 69%.
- 42422617 cas suspects ont été testés sur l'ensemble de 42216692 cas suspects soit 100% de taux de testing;
- 27248389 cas de paludisme ont été traités conformément à la politique nationale sur 29123262 cas de paludisme confirmés soit 94% de couverture.

I. NTRODUCTION

Le paludisme reste encore un problème de santé publique en RDC où il constitue la première cause de morbidité et de mortalité Selon le dernier Rapport 2023 de l'OMS sur le paludisme dans le monde, on estimait à 263 millions le nombre de cas de paludisme et à 597 000 le nombre de décès dus à cette maladie. Cela représente environ 11 millions de cas de plus qu'en 2022, et presque le même nombre de décès (597 000 en 2023 contre 600 000 en 2022).

Ceci en dépit des avancées réalisées pour élargir l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide et aux médicaments destinés à prévenir le paludisme chez les jeunes enfants et les femmes enceintes. Selon ce même rapport, 94 % des cas de paludisme (246 millions) et 95 % des décès dus à la maladie (569 000) ont été enregistrés dans la Région africaine. Les enfants de moins de cinq ans représentaient quelque 76 % des décès dus au paludisme dans la Région. Ce rapport indique aussi qu'en 2022, quatre pays ont comptabilisé un peu plus de la moitié des décès dus au paludisme dans le monde : le Nigéria (31,1 %), la République démocratique du Congo (11,6 %), le Niger (5,6 %) et la République Unie de Tanzanie (4,4 %)

La tendance 2000–2022 indique que l'incidence de la maladie et le taux de mortalité dans la région Afrique ont reculé :

- l'incidence de la maladie (cas pour 1 000 habitants exposés au risque de paludisme) a chuté, passant de 369,3 en 2000 à 222,6 en 2022 ;
- le taux de mortalité (décès pour 100 000 habitants exposés au risque de paludisme) a également chuté, passant de 142,6 en 2000 à 55,5 en 2022 Toutefois, les progrès enregistrés en ce qui concerne les nombres de cas de paludisme et de décès associés sont quasiment à l'arrêt

En outre, le tableau dressé par l'OMS dans sa revue sur le changement climatique et la santé1 est très sombre : 250 000 décès annuels supplémentaires sont prévus d'ici les années 2030. L'évolution des températures, de l'humidité et des précipitations peuvent avoir une influence sur le comportement et la survie du moustique anophèle vecteur du paludisme. Le changement climatique fait peser un risque majeur sur les progrès de la lutte contre le paludisme, en particulier dans les régions vulnérables.

Les données relatives aux répercussions à long terme du changement climatique sur la transmission du paludisme sont rares. C'est ainsi que l'OMS a développé des model prédictif et selon la modélisation sur l'incidence qui présente aussi des limites, les auteurs ont observé une association nette entre l'augmentation des cas de paludisme un mois donné et l'augmentation des précipitations durant le même mois et les 3 mois précédents. La température moyenne au cours des 2 mois précédents a également un effet sur l'incidence du paludisme. Ils ont constaté qu'une augmentation de 1°C de la température diurne de la surface terrestre (un indicateur de la température de l'air) était associée à une diminution de 9 % de l'incidence du paludisme, alors qu'une augmentation des précipitations de 10mm était associée à une augmentation de 4 % de l'incidence du paludisme. Le taux d'utilisation des moustiquaires est également important puisqu'il permet d'affiner la force de prédiction du modèle

Le paludisme reste encore un problème de santé publique en RDC où il constitue la première cause de morbidité et de mortalité. Le rapport mondial paludisme OMS 2023 révèle que 249.000.000 cas de paludisme ont été estimés en 2022 et 608.000 décès ont été enregistrés dans le monde. L'incidence est de 58,4 cas pour 1000 personnes et la mortalité est de 14,3 décès pour 100.000 habitants. Les 5.000.000 cas supplémentaires observés de 2020 à 2022 se sont principalement concentrés dans 5 pays.

Le Pakistan a enregistré la plus forte hausse avec 2,1 millions des cas en plus, suivis par l'Ethiopie et le Nigéria avec 1,3 million des cas en plus chacun, l'Ouganda avec 597.000 cas de plus et la Papouasie-Nouvelle Guinée avec 423.000 cas en plus.

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) organise et coordonne la lutte contre le paludisme en RDC, celle-ci s'articule autour des stratégies que sont :

1. La prévention : elle est assurée essentiellement par la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action, la promotion de l'assainissement intra et péri domiciliaire, le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte ainsi que le VAP nouvellement introduit encore en phase pilote ;
2. La prise en charge des cas : la confirmation biologique de tous les cas de paludisme (TDR ou microscopie), un traitement précoce avec des molécules efficaces ;
3. Les stratégies de soutien : formation, suivi et évaluation, surveillance épidémiologique, approvisionnement en intrants, recherche opérationnelle.

La RDC a souscrit à la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016–2030 (GTS), à l'AIM 2016–2030 (Action and investment to defeat Malaria), ainsi qu'à l'AMS (African Malaria Strategy) pour éliminer le paludisme d'ici 2030. La RDC devra donc mettre au point des stratégies innovatrices pour booster la lutte et arriver à arrêter tout ou au moins ralentir sensiblement la progression de nombre des cas et décès de paludisme.

C'est ainsi que le PNLP a pensé donner une impulsion à la lutte contre le Paludisme au pays en :

- Redynamisant les approches ou structures utiles (Task Force Partenariat, accroissement du nombre de sites sentinelles avec renforcement des capacités et compétences)
- Implémentant des nouvelles approches (La priorisation des investissements et des zones d'intervention et des activités, SNT, Initiative "Malaria Data Champions)
- Elaborant les documents normatifs utiles pour le Programme (M&Plan et Manuel de remplissage)

Le plan opérationnel 2024 découlant du plan stratégique national 2024-2028 a été mis en œuvre par le PNLP avec l'appui appréciable des partenaires techniques et financiers.

Le présent rapport annuel présente les résultats obtenus en 2024 et décrit de manière détaillée les ressources mobilisées, les principales activités réalisées par thématique (prévention, prise en charge, surveillance ainsi que les activités d'appui) et présente enfin les résultats obtenus en termes de morbidité et de mortalité liées au paludisme. Les indicateurs de paludisme présentés dans ce rapport ont été calculés à partir des données extraites du DHIS.2 en date du 28 janvier 2025.

II. CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS

II.1. Organisation de la lutte contre le paludisme

L'organisation de la lutte contre le paludisme en RDC est assurée par le PNLP créé par l'arrêté Ministériel N° 1250/CAB/MIN/SP/008/1998 du 22 Juillet 1998. Le mandat du PNLP consiste à définir la politique générale de lutte contre le paludisme, faciliter le partenariat avec les autres secteurs publics et privés, planifier et coordonner les activités de lutte contre le paludisme, assurer le plaidoyer de « Faire Reculer le Paludisme » pour l'appropriation par les différents partenaires et la mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre.

La mission conférée au PNLP 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 de sorte que cette maladie ne soit plus un problème de santé publique au pays avec zéro morbidité et zéro décès à l'horizon 2030.

Le PNLP est organisé à deux échelons. Au niveau national, la Direction comporte 8 Divisions : Partenariat, Prévention Multiple, Surveillance épidémiologique, Suivi et Evaluation, Communication, Recherche opérationnelle, Administrative et financière, et Prise en charge. Au niveau intermédiaire, 11 services provinciaux PNLP (ancienne configuration des provinces) et 15 points focaux (15 nouvelles provinces) assurent la coordination de la lutte dans les 26 provinces en étroite collaboration avec les Divisions Provinciales de la Santé (DPS). Au niveau opérationnel, la mise en œuvre de la lutte est assurée de façon intégrée par les Equipes Cadres des Zones de Santé (ECZS) et les prestataires polyvalents.

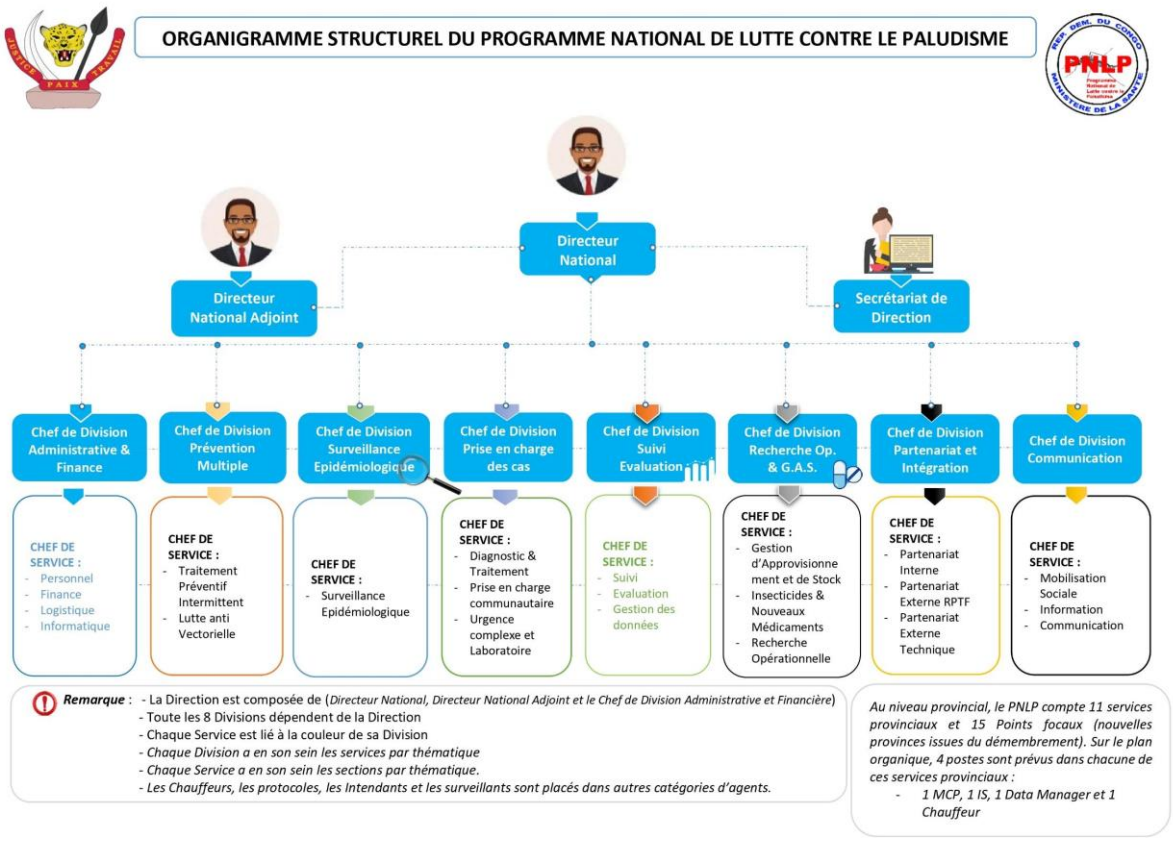
II.2. Environnement de travail

Les bureaux du PNLP ont été délocalisés durant le quatrième trimestre 2024 à cause des travaux de réhabilitation de son ancien bâtiment qui était devenu étroit et vétuste, les petits locaux de bureaux hébergent deux divisions chacun, la proximité ainsi créée et aggravée par une pléthore du personnel ne permet pas de produire un travail de qualité qui exige une réflexion profonde ou une concentration maximale. Actuellement le PNLP occupe quelques locaux dans l'enceinte d'un Immeuble situé au Boulevard Tshatshi à la commune de la Gombe en attendant la fin des travaux de réhabilitation.

II.3. Financement de la lutte

Le financement des activités de lutte contre le paludisme a été assuré au quatrième trimestre 2024 par le Gouvernement congolais en collaboration avec ses différents partenaires techniques et financiers. Les partenaires au développement, les acteurs du secteur privé, les organisations de la société civile, et les réseaux de lutte antipaludique ont apporté une contribution importante dans la réalisation des progrès enregistrés dans la lutte antipaludique. Mais il est à préciser que la situation de gel des financements du Fonds mondial principal bailleur de fonds, a perturbée la réalisation normale de la plupart d'activités.

II.4. Ressources humaines



2.4.1. Effectif général

Le PNLP au niveau central a fonctionné en 2024 avec un effectif général de 102 agents dont :

- 61 hommes et 41 femmes
- 82 sont admis sous statut
- 54 sont mécanisés aux salaires
- 40 sont non mécanisés aux salaires. Pour la prime de risque :
- 80 touchent la prime de risque
- 22 qui ne touchent ni prime ni salaire.
- 10 nouvelles unités

2.4.2. Catégorisation du personnel

A. Niveau Central

Pour l'année 2024, le PNLP a fonctionné avec un effectif général de 102 agents au niveau central comme stipulé plus haut et 256 staffs au niveau provincial

Le profil des agents selon le niveau est repris dans les tableaux ci-dessous :

Tableau 1 : Répartition des Ressources humaines au niveau central

N°	Catégories	Nombre/Sexe			Spécification		Statuts		Rémunération			
		NOMBRE	M	F	MPH/ MSc	AUTRES	Matriculés	N.U.	Salariés	Primés	Non-Salariés	Non-Primés
1	MEDECINS	40	25	15	16	24	40	0	24	39	16	1
2	PRO-SANTE AG	9	7	2	0	9	9	0	6	7	3	2
3	PHARMACIENS	2	1	1	0	2	2	0	1	2	1	0
4	INFIRMIERES	9	1	8	0	9	9	0	4	5	5	4
5	BIOLOGISTES MEDICAUX	5	2	3	1	4	5	0	3	4	3	1
6	TECHNICIEN DE LABORATOIRE	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0
7	TECHNICIEN ASSAINISSEMENT	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0
8	ADMINISTRATIFS	35	25	10	0	35	30	5	25	31	10	4
TOTAL GENERAL		**102**	**62**	**40**	**17**	**85**	**97**	**5**	**65**	**90**	**38**	**12**

Tableau 2 : Répartition des Ressources humaines au niveau provincial

N°	Catégories	Nombre/Sexe			Statuts		Rémunération				Formation	
		NOMBRE	M	F	Matriculés	N.U.	Salariés	Primés	Non-Salariés	Non-Primés	paludologie (1=OUI, 0=NON)	Santé Publique (1=OUI, 0=NON)
1	MEDECINS	71	60	11	68	2	41	66	30	6	24	22
2	PRO-SANTE AG	24	16	8	21	3	11	14	13	10	1	1
3	PHARMACIENS	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0
4	INFIRMIERES	83	51	32	76	7	48	62	33	21	6	5
5	BIOLOGISTES MEDICAUX	3	2	1	2	1	2	2	1	1	0	0
6	TECHNICIEN DE LABORATOIRE	6	3	3	5	1	2	5	4	0	0	0
7	TECHNICIEN ASSAINISSEMENT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	ADMINISTRATIFS	57	40	17	42	11	16	36	39	19	0	1
TOTAL GENERAL		245	172	73	215	25	120	186	121	57	31	29

Commentaires :

- *Le Programme National de Lutte contre le Paludisme a fonctionné pour toute l'année 2024 avec un effectif général 358 agents dont 102 agents du niveau central et 256 du niveau provincial.*
- *De ces 102 agents du niveau central 65 agents sont mécanisés aux salaires et 90 agents à la prime de risque.*
- *38 agents au niveau central sont non mécanisés aux salaires et 12 non aligné à la prime de risque*
- *97 agents du niveau central sont admis sous statut et 05 agents sont des nouvelles unités.*

II.5. Ressources matérielles

Tableau 3 : Ressources matérielles

Equipements	Nbre		Nbre et état		Observations
	Requis	Disponible	Bon	Mauvais	
Ordinateurs (Desk top)	08	05	05		03 Hors usages
Lap top	64	47	47	15	15 Hors usages
Photocopieuses	6	6	3	3	3 En panne
Groupe électrogène	01	01	01		Manque de la batterie
Téléphone (mobile ou fixe)	15	15	15	00	
Véhicules	08	06	06	2	2 à déclasser
Motos	01	01	00	01	À déclasser
LCD	12	3	3	9	9 Hors usages
Tables de bureau	07	07	Bon		
Chaises de bureau	45	07	Bon	Mauvais	38 à déclasser
Bâtiment	1	1	0	1	En réhabilitation

Commentaire *: Il ressort de ce tableau que le programme est sous équipé, ce qui pourrait entraver la bonne exécution des activités. De surcroit, le PNLP ne dispose pas d'un bâtiment dédié depuis sa création. Grace actuellement à un financement du Fonds mondial, le bâtiment du PNLP est en plein processus de réhabilitation.*

Tableau 4 : Matériels roulants de la coordination centrale

Véhicules	Marque / Type	Numéro de plaque	N ombre	Observation
Jeep	Toyota / Pick Up Hilux Double cabine	ASP 1643	1	A déclasser
	Toyota / Prado	Asp 2001	1	Bon
	Toyota / Land cruiser	ASP 1208	1	Panne
	Toyota / Land cruiser	ASP 1668	1	Bon
	Toyota / Land cruiser	ASP 1210	1	Bon
	Toyota / Land cruiser	ASP 1694	1	Bon
	Toyota / Land cruiser	ASP 1681	1	Bon
	Toyota / Land cruiser	ASP 1697	1	Bon
	Toyota Coaster	ASP 1639	1	Bon et amorti
Motos	SUZUKI TF - 125	ASP 5976	1	Bon

Tableau 5 : Matériels non utilisés en panne et à déclasser

N°	Désignation	Etat	
		Bon	Mauvais
1	Ecran	0	24
2	Retro Projecteurs	0	6
3	Unité centrale (desktop)	0	30
4	LapTop	0	16
5	Imprimantes	0	21
6	Photocopieuses	0	4
7	Coffre-fort	0	1
8	Machine à plastifier	0	1

III. RESULTATS ATTENDUS ET OBTENUS EN 2024 PAR AXE DU PNDS

III.1. Axe 1 du PNDS recadré : Amélioration des prestations de services de santé et continuité des soins de qualité aux différents niveaux du système de santé.

3.1.1. Objectif Stratégique 1 – LAV: Offrir une protection individuelle et collective efficace à au moins 90% de la population à risque.

- **Intervention 1 : Prévention du paludisme par la promotion de la possession et l'utilisation des MII**

Normes et directives

La révision et la vulgarisation du manuel de planification et modalités de mise en œuvre des campagnes de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide. La lutte anti vectorielle a été essentiellement basée sur la promotion de la possession et de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide.

L'organisation des campagnes de distribution de masse (CDM) des MII permettent d'augmenter rapidement l'accès aux MII afin d'assurer la couverture universelle des ménages en complémentarité avec la distribution continue. Cependant cette distribution de masse des MII s'est fait selon les deux approches :

- « Standard » : paiements des activités moyennant la présentation de pièces justificatives ;
- « Contrat basé sur les résultats » (Activity based Contract : ABC) : paiement des activités sur base des performances contractuelles.

La mise en œuvre de cette distribution dans les ménages s'est faite porte à porte par le couplage du dénombrement des ménages à la distribution des MII porte à porte à l'aide d'un téléphone avec l'application ODK/KOBO pour la collecte des données par des acteurs de distribution (Binômes).

Les études réalisées à travers le pays ont montré une déperdition rapide de la couverture en MII de 20% l'année qui suit les campagnes de masse.

Ainsi, pour maintenir et renforcer le niveau de disponibilité de MII dans les ménages ainsi que leur utilisation continue, avec le souci constant de contribuer équitablement à la survie de maximum d'enfants et de femmes enceintes. La distribution de routine chez les femmes enceintes à travers la première visite à la CPN et chez les enfants de moins d'une année qui viennent compléter leur calendrier vaccinal au travers la CPS ont également été menées en 2024.

❖ **Cibles 2024 :**

- Les sept provinces planifiées pour les campagnes de masse des MII en 2024 avec la stratégie porte à porte dont : 3 provinces avec approche ABC (BAS - UELE, KWILU et MANIEMA) et 4 provinces avec approche standard (KASAI CENTRAL, KWANGO, SANKURU et NORD-KIVU).
- La province de Kinshasa planifiée en 2023 a glissé en 2024.
- La distribution de routine chez les femmes enceintes à la première visite des CPN, et chez les enfants de moins d'une année qui terminent leur calendrier vaccinal s'est poursuivi normalement au cours de l'année 2024 dans l'ensemble des ZS du pays.

❖ **Résultats obtenus en 2024**

Tableau 6. Nombre des ménages dénombrés servis et MII distribuées en campagnes de masse dans les provinces planifiées en 2024 (Bas-Uélé) et ayant glissée en 2024(Kinshasa)

Province	Ménages dénombrés	Ménages servis	MII distribuées	Performance de distribution
BAS UELE	349 324	349 324	859 291	100%
KINSHASA	2 266 102	2 266 102	7 198 442	100%
Total	**2615426**	**2615426**	**8057733**	**100%**

Il résulte un taux de réalisation de 25 %, soit 2/8 provinces ont organisé les campagnes de masse distribution gratuite des MII et 6 provinces ont glissé en 2025 (Kwango, Kwilu, Kasaï Central, Nord Kivu, Sankuru et Maniema).

Au cours de cette année, 8057733 MII ont été distribuées en campagne de masse dans les ménages des provinces de Kinshasa et Bas Uélé.

Suite aux problèmes financiers (retard de démarrage activités GC7 et du gèle de décaissement des fonds par le FM), seule la province de Bas Uélé a pu organiser la distribution des MII et La province de Kinshasa planifiée en 2023 a organisé la distribution en 2024.

Ceci pose un problème réel de glissement qui élargit l'intervalle entre deux campagnes et le renouvellement des MII dans les provinces ne se fait pas tel que planifié avec une implication négative sur la possession des MII dans les ménages.

Pour les deux campagnes de distribution gratuite des MII qui ont été organisées en 2024, tous les ménages dénombrés ont été servis soit 100% de performance.

Il sied à noter que d'autres activités de la planification de la campagne ont été menées 2024 notamment :

- La micro planification dans les 3 provinces Kwango, Maniema et Sankuru et Le processus de la formation en cascade dont la suite a été suspend à cause du gèle CAGF/FM d'où non-respect du chronogramme et nécessité de mise à niveau supplémentaire.
- Macro planification : la macro planification de KASAI-CENTRAL a été élaboré par la Province et validé par le niveau national. L'organisation de la macro planification est constitué une étape cruciale et primordiale dans le processus de la mise en œuvre de la campagne.
- L'évaluation des campagnes : organisées en 2022 et 2023 avec le financement PMI/End Malaria - CHEMONICS pour les provinces de Nord Ubangi, Kasai oriental, Kasai et Lualaba. i. les résultats de la mise en œuvre des Campagnes passées ont été et analysés ii. le gap a été dégagé entre les activités menées iii. L'analyse FFOM a été réalisée et de recommandations pertinentes ont été formulées pour améliorer les campagnes futures.
- Mais pour les 10 DPS avec appui FM (Mai Ndombe, Sud Ubangi, Haut Katanga, Kongo Central, Tshopo, Ituri, Haut Uele, Tanganyika, Haut Lomami et Kinshasa) pcq Activité du NMF3 non reprogrammée dans le GC7.

Tableau 7. Nombre des MII distribuées en routine en 2024

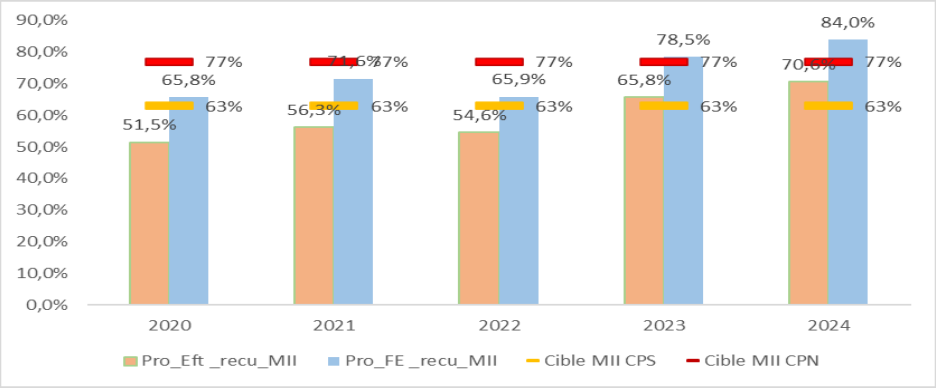
	B 8.1 MII distribuées à la CPS	A 2.1 MILD distribués à la CPN1	A 2.1 MILD distribués à la CPN2+
Bas-Uele	45160	57101	1773
Equateur	81393	110890	2392
Haut-Katanga	143625	215957	39927
Haut-Lomami	80497	127778	14826
Haut Uele	79510	105649	301
Ituri	225907	259556	10634
Kongo-Central	143994	154326	2065
Kasai Oriental	169268	205990	10928
Kwango	96416	122509	1432
Kwilu	140791	201492	21733
Kinshasa	316479	349643	32640
Kasai-Central	172343	227498	19016
Kasai	116533	193758	17471
Lualaba	50737	101420	17823
Lomami	141677	175330	8053
Maindombe	59211	89939	7217
Mongala	93540	128693	1186
Maniema	111265	137918	858
Nord Kivu	355311	459067	3309
Nord Ubangi	56611	68901	7763
Sud-Kivu	225516	354745	27510
Sankuru	75957	100600	11711
Sud-Ubangi	123166	172325	7253
Tanganyika	113889	133170	3693
Tshopo	138043	167129	3479
Tshuapa	67104	87886	2953
RDC	3423943	4509270	277946

En routine**, 8 024 404** MII ont été distribuées dont **4 646 031 MII** aux femmes enceintes qui ont fréquenté la CPN et **3 378 373** MII enfants de moins de 1 an qui ont terminé le calendrier vaccinal.

Au total **16 082 137 o**nt été distribués en 2024 en RDC.

Tableau 8.Proportion d'enfants de 6 à 11 mois et femmes enceintes ayant reçu la MII en 2024

Cibles 2024	63%					77%				
	Pro-Enf<1 an-recu-1MILD					Pro_FE _recu_1MILD en CPN1				
Provinces	AN 2020	AN2021	AN 2022	AN 2023	AN 2024	AN 2020	AN2021	AN 2022	AN 2023	AN 2024
Bas Uele	60,9%	79,8%	52,9%	66,9%	78,4%	70,6%	84,8%	69,3%	80,7%	84,2%
Equateur	85,7%	66,0%	42,7%	97,0%	86,7%	84,1%	76,6%	49,8%	98,4%	89,3%
Haut Katanga	17,3%	30,9%	21,6%	27,2%	30,9%	38,5%	57,3%	35,9%	52,2%	64,7%
Haut Lomami	19,0%	25,3%	43,9%	21,0%	32,9%	40,1%	50,4%	71,0%	34,5%	62,5%
Haut Uele	68,5%	81,3%	97,3%	90,0%	95,9%	74,9%	90,3%	99,1%	91,4%	99,3%
Ituri	48,2%	77,7%	77,4%	73,9%	86,9%	59,2%	85,2%	86,1%	81,6%	90,2%
Kongo Central	67,6%	66,9%	87,4%	94,1%	94,6%	73,5%	73,9%	92,2%	98,2%	96,6%
Kasai Oriental	27,1%	56,3%	48,2%	65,7%	77,9%	46,8%	69,2%	63,0%	77,8%	85,4%
Kwango	58,6%	55,8%	74,0%	82,9%	85,8%	69,6%	71,8%	84,0%	88,3%	96,9%
Kwilu	67,8%	46,9%	47,1%	69,0%	51,8%	74,5%	57,7%	52,7%	81,9%	73,7%
Kinshasa	40,4%	35,0%	31,6%	69,9%	70,7%	54,8%	54,6%	42,1%	80,7%	80,8%
Kasai Central	47,3%	54,9%	63,8%	69,7%	79,1%	64,6%	72,2%	76,9%	89,1%	89,7%
Kasai	57,4%	38,1%	14,0%	18,7%	43,7%	80,7%	53,8%	21,2%	37,6%	71,3%
Lualaba	16,5%	26,9%	15,2%	16,0%	21,5%	37,9%	49,8%	33,2%	45,3%	58,4%
Lomami	31,3%	73,0%	72,7%	66,0%	73,6%	56,1%	86,3%	82,1%	82,7%	89,2%
Maindombe	70,3%	69,9%	67,4%	95,5%	77,0%	73,7%	81,2%	72,9%	97,8%	81,7%
Mongala	99,9%	70,2%	46,4%	98,5%	81,3%	99,8%	75,4%	53,6%	99,6%	87,0%
Maniema	79,2%	92,9%	95,6%	96,0%	92,8%	82,8%	96,5%	97,0%	97,4%	95,6%
Nord Kivu	77,3%	94,2%	93,5%	95,3%	96,4%	82,2%	96,7%	96,7%	96,5%	97,7%
Nord Ubangi	82,3%	71,2%	38,7%	64,2%	78,8%	82,5%	72,5%	48,4%	74,5%	85,0%
Sud Kivu	27,7%	45,7%	38,1%	43,0%	58,5%	57,6%	73,5%	61,5%	71,1%	84,3%
Sankuru	28,7%	35,9%	55,2%	56,0%	67,6%	56,4%	63,5%	76,6%	75,2%	82,9%
Sud Ubangi	75,9%	84,6%	51,2%	82,5%	90,6%	82,1%	91,2%	55,9%	84,4%	93,2%
Tanganyika	32,0%	46,0%	56,1%	52,7%	72,9%	49,3%	67,7%	79,4%	84,1%	83,6%
Tshopo	68,2%	47,6%	74,1%	89,8%	95,7%	78,7%	64,4%	82,1%	96,0%	97,2%
Thuapa	76,7%	51,4%	51,8%	84,9%	76,3%	83,8%	57,7%	62,9%	89,9%	84,9%
RD Congo	51,5%	56,3%	54,6%	65,8%	70,6%	65,8%	71,6%	65,9%	78,5%	84,0%
Légende	<55%	55% - 62%	> 62%			<70%	70% - 76%	> 76%		



- **Intervention 2 : Pulvérisation Intra Domiciliaire à effet rémanent (PID)**

Est réservée essentiellement pour les cas des épidémies faute de financement.

- **Intervention 3 : Stratégies de lutte anti vectorielle complémentaires**

Intervention dont les activités planifiées dans le plan stratégique 2024-2028 pas encore bien implémenté dont la mise en œuvre nécessite la collaboration active dans l'intersectorialité entre ministère.

- Gestion des Gîtes Larvaires (GGL)
- Répulsifs topiques, vêtements imprégnés d'insecticide et répulsifs aériens
- Amélioration de l'habitat et de l'urbanisation.

3.1.2. Objectif Stratégique 3 – TPIg: Offrir une protection spécifique à travers le traitement préventif intermittent à au moins 75% des femmes enceintes.

❖ **Cible 2024:**

70 % des femmes enceintes reçoivent trois doses de SP à la CPN. (PSN 2024-2028)

Normes et directives

La norme étant de couvrir 75% des femmes enceintes, le PNLP a continué à vulgariser les nouvelles normes de l'OMS en matière de TPI qui recommandent au moins trois doses de SP, dont la première dose doit être prise le plus tôt possible dès la 13è semaine de grossesse. Le TPIg-SP a été administré aux femmes enceintes à la fois dans les ESS à travers les CPN et au niveau communautaire.

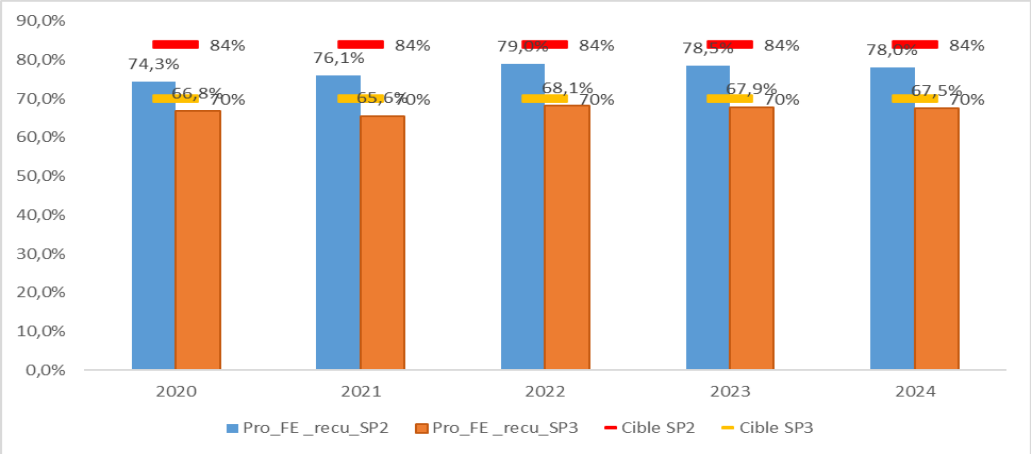
Résultats obtenus en 2024

La proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses de SP est de **78 %** pour la moyenne nationale en 2024 contre 79 % en 2023, et la proportion de femmes enceintes ayant reçu trois doses de SP est de **67** % en 2024 contre 67 % en 2023 (Source DHIS2).

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 5 DPS HBHI (Kasai oriental, Kasaï central, Haut Katanga, sud Kivu et le Tanganyika), **57 546** femmes ont étés 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.

Tableau 9. Proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses et trois doses de SP

Cibles 2024	84%					70%				
	Pro_FE _recu_SP2					Pro_FE _recu_SP3				
Provinces	AN 2020	AN2021	AN 2022	AN 2023	AN 2024	AN 2020	AN2021	AN 2022	AN 2023	AN 2024
Bas Uele	76,6%	70,0%	69,8%	71,7%	62,6%	52,2%	49,5%	48,3%	54,1%	46,7%
Equateur	75,4%	72,8%	72,3%	76,6%	79,0%	67,5%	58,0%	69,9%	68,7%	68,4%
Haut Katanga	64,9%	66,1%	68,2%	69,7%	69,9%	54,8%	54,7%	53,9%	53,8%	53,8%
Haut Lomami	80,4%	78,7%	80,3%	80,9%	79,2%	72,7%	68,0%	75,2%	74,8%	70,6%
Haut Uele	73,3%	69,2%	75,0%	81,8%	74,7%	55,6%	51,9%	55,0%	56,2%	56,0%
Ituri	73,5%	73,7%	78,0%	79,4%	77,8%	62,1%	60,6%	62,5%	68,3%	64,4%
Kongo Central	76,0%	77,6%	78,4%	78,2%	77,8%	56,9%	56,9%	61,9%	61,8%	59,3%
Kasai Oriental	76,2%	67,8%	78,5%	83,4%	83,2%	74,0%	75,4%	77,6%	77,6%	76,6%
Kwango	78,9%	82,5%	84,9%	84,4%	84,6%	78,0%	77,3%	77,5%	80,0%	77,3%
Kwilu	76,3%	80,9%	83,4%	79,3%	75,5%	71,6%	66,1%	71,7%	73,8%	68,8%
Kinshasa	68,5%	71,6%	100,1%	71,8%	71,7%	55,6%	53,5%	60,7%	53,8%	55,7%
Kasai Central	78,3%	76,9%	78,9%	84,0%	86,0%	72,1%	75,1%	77,8%	82,2%	80,9%
Kasai	80,7%	80,1%	78,3%	81,8%	85,7%	68,8%	74,4%	75,1%	77,6%	79,8%
Lualaba	67,0%	67,8%	69,5%	71,3%	69,7%	56,7%	55,9%	55,3%	54,7%	56,6%
Lomami	66,9%	62,9%	75,7%	77,5%	82,9%	74,8%	73,9%	73,7%	65,5%	76,6%
Maindombe	80,1%	80,9%	82,1%	84,9%	79,7%	75,4%	75,2%	78,0%	76,9%	71,2%
Mongala	77,6%	80,3%	79,4%	83,2%	84,0%	68,0%	74,7%	77,3%	76,1%	76,4%
Maniema	72,4%	71,2%	76,7%	79,0%	79,2%	68,2%	69,7%	70,5%	71,3%	70,0%
Nord Kivu	77,4%	106,8%	76,3%	76,2%	74,6%	66,7%	61,6%	62,7%	64,6%	61,9%
Nord Ubangi	84,2%	82,5%	91,2%	88,9%	84,0%	85,4%	82,4%	81,5%	75,6%	76,4%
Sud Kivu	76,3%	69,8%	76,6%	76,8%	80,9%	66,2%	65,2%	65,3%	65,8%	72,4%
Sankuru	49,7%	45,6%	74,8%	78,1%	76,3%	74,0%	69,3%	72,2%	71,9%	69,4%
Sud Ubangi	78,2%	75,3%	79,7%	83,5%	77,4%	75,6%	73,9%	76,6%	73,9%	69,8%
Tanganyika	65,1%	61,4%	73,9%	77,0%	72,0%	60,6%	62,0%	62,3%	61,1%	61,2%
Tshopo	81,6%	81,2%	81,0%	83,5%	86,1%	72,0%	71,2%	74,5%	74,3%	74,8%
Thuapa	73,2%	75,3%	78,5%	79,7%	77,9%	68,3%	63,9%	71,2%	70,7%	68,2%
RD Congo	74,3%	76,1%	79,0%	78,5%	78,0%	66,8%	65,6%	68,1%	67,9%	67,5%
Légende	<70%	70- 83%	> 83%			< 60%	60% - 69%	> 69%		



La proportion des femmes enceintes ayant reçu la SP3 augmente de façon progressive d'une année à l'autre passant de 0,02% en 2014 à 67% en 2023 et une stagnation en 2024. En ce qui concerne la SP2, on note une augmentation entre 2014 et 2022 passant de 59% à 79%, avec une stagnation en 2023 et 2024.

Discussion des résultats

L'administration de la Sulfadoxine-Pyriméthamine chez la femme enceinte en prévention contre le paludisme donne des résultats encourageants car l'on note une nette augmentation de la proportion des femmes enceintes ayant reçu la SP3 passant de 0,02% en 2014 à 67% en 2024. L'approche de la distribution communautaire de la SP qui constitue une opportunité importante pour l'amélioration de cet indicateur. Pour l'année 2024, elle ne s'est réalisé que dans 10 ZS des 5 DPS HBHI appuyées par PMI. L'extension dans d'autres ZS des mêmes DPS devra continuer les prochaines années. 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.

3.1.3. Objectif stratégique 5 : Offrir une protection spécifique à travers la chimio prévention du paludisme saisonnier à au moins 85% des enfants au niveau des zones ciblées

La RDC fait partie des 11 pays dans le monde ayant le fardeau le plus élevé en paludisme (HBHI).

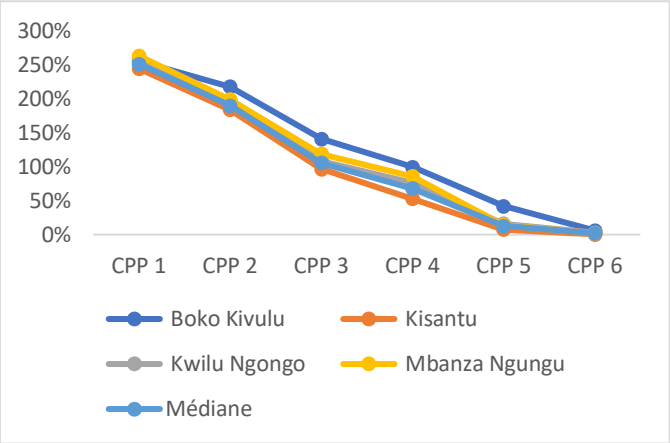
Selon le Rapport du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) 2023, au total 27 657 762 cas de paludisme et 22 224 décès dus au Paludisme ont été enregistrés en RDC en 2022 contre 21 345 031 cas et 24 880 décès pour l'exercice 2021.

Le nombre des cas chez les enfants de moins de 5 ans était de 13 440 922 (49%) dont 1 253 679 cas de paludisme grave et 14 930 décès, soit 67% des décès liés à la maladie.

En rapport à ces chiffres, 10 provinces contribuent à plus de 60% au fardeau du paludisme en RDC. Il s'agit des provinces suivantes : Kongo-Central, Kinshasa, Haut-Katanga, Tanganyika, Sud-Kivu, Nord-Kivu, Kasaï-Oriental, Kasaï-Central, Ituri et Kasaï.

La lutte contre le paludisme en RDC repose sur 3 stratégies essentielles dont la prévention, la prise en charge et la surveillance. D'énormes efforts ont été entrepris au cours de cette dernière décennie notamment en ce qui concerne la couverture en moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) et la disponibilité d'intrants de lutte. Malgré les efforts fournis, le nombre des cas du paludisme augmente sans répit d'année en année.

La mise en œuvre de la CPP s'est matérialisée à travers le Projet CPP, avec l'appui technique et financier de PATH, sous le financement de Givewell, de 2023 à 2024, dans la Province du Kongo Central dans 4 zones de santé (BOKO KIVULU, KISANTU, KWILU NGONGO et MBANZA NGUNGU). La mise à échelle de ladite intervention est projetée en 2025, dans les 27 autres ZS du Kongo-Central, à travers le financement du Fonds mondial et se poursuivra en 2027 dans la ville province de Kinshasa.



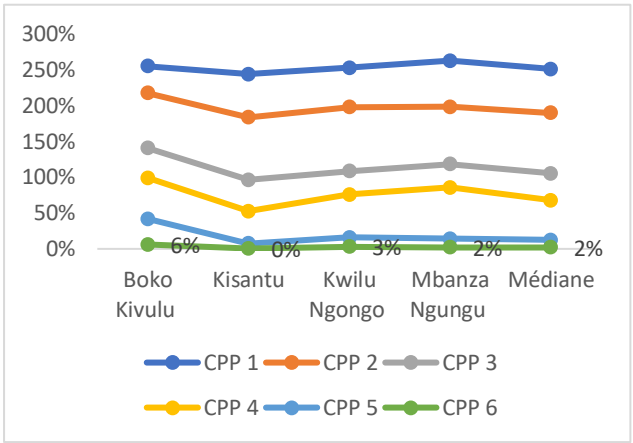


Figure 1 : Proportion d'enfants de 10 semaines à < 24 mois ayant bénéficié de la CPP6

Résultats pour les 4 ZS de démarrage. Démarrage avec les enfants de moins de 11 mois dont certains ne pouvait atteindre 6 doses au 15 mois. La couverture en CPP6 était de 2%. Les enfants devant arriver à 6 doses ne pouvait atteindre 40% vu que la majorité cohorte concernée n'arrivera à la 6e doses qu'en 2025, à cela s'ajoute faible implication des RECO (causeries éducatives et VAD) => faible récupération des perdues de vue

3.1.4. Objectif 4 : Offrir une protection spécifique à travers la chimio prophylaxie du paludisme saisonnier à au moins 80% des enfants au niveau des zones ciblées.

PNLP/ RDC a aligné quelques interventions innovantes pour répondre à la morbidité et à la mortalité croissantes, en particulier chez les enfants < 5ans. Ces interventions seront réalisées pour un premier temps dans certaines ZS bien identifiées, avant le passage à l'échelle. Le ciblage de ces zones s'est appuyé sur les recommandations de l'OMS et sur un choix national raisonné et selon le type d'intervention, diverses combinaisons existantes recommandées par l'OMS ont été développées, le pays a utilisé SPAQ pour la CPS/SMC.

Analyse des données climatique de la RDC ayant révélé que les enfants de moins de cinq ans des ZS du sud-est vivent dans un environnement de saisonnalité des pluies marquées, et une prévalence de Pf >5%, ce qui les rend éligibles pour la CPS/SMC (2018), une micro stratification nationale : 41 ZS éligibles pour la SMC : 27 Haut Katanga et 14 Lualaba.

Etant donné la nouveauté de cette intervention en RDC, le PNLP a donné la priorité à mener une pilote avant de planifier leur mise à l'échelle de manière programmatique. SMC: Kampemba, Kisanga, Kenya et Katuba avec une cible de 431 800 en 2024 et 444 322 des enfants de 3 à 59 mois sous financement du FM.

La carte ci-dessus montre les zones de santé éligibles pilotes pour la CPS (SMC).

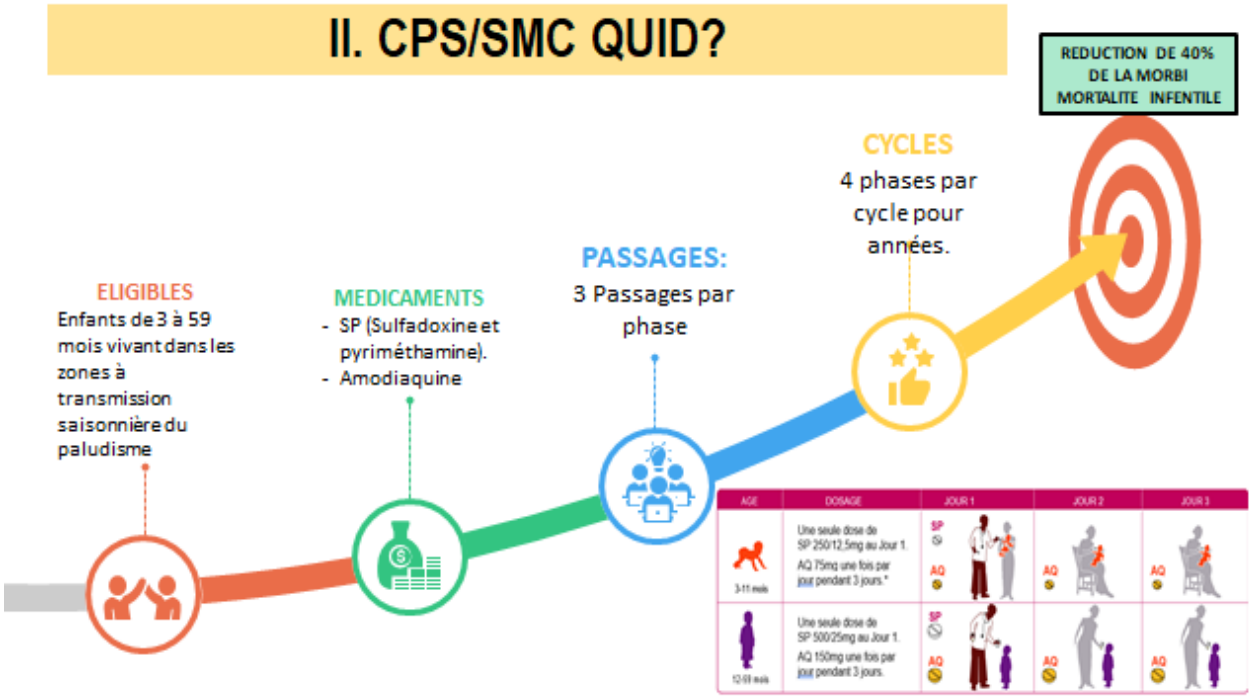


Figure 2 : Activités de CPS

Les activités réalisées

- Mission de partage d'expérience à Dakar
- Elaboration de Manuel méthodologique de mise en œuvre et ses outils
- Elaboration de document de paramétrage en rapport avec la Digitalisation
- Réunions de plaidoyer
- Atelier d'élaboration de plan de communication et supports
- Reproduction des outils de mise en œuvre en cours
- Réception des médicaments au niveau de la province

3.1.5. Objectif stratégique Non défini : Offrir une protection spécifique à travers la vaccination antipaludique à au moins 85% des enfants au niveau des zones ciblées

Organisation mondiale de la santé (OMS) et les données les plus récentes du ministère de la Santé publique, en 2023, la RDC a enregistré plus de 27 millions de cas de paludisme. Parmi eux, 48,7 % concernaient des enfants de moins de cinq ans, soit près de 13,3 millions de cas, dont 1,1 million de cas graves. Ces statistiques sont accablantes : sur les 24 880 décès recensés, 16 921 étaient des enfants de moins de cinq ans, représentant 68 % de la mortalité liée au paludisme. Face à ce fléau, le ministère de la santé publique, hygiène et prévoyance sociale via le PNLP et le PEV a introduit le vaccin antipaludique R21/Matrix comme intervention spécifique visant à protéger les enfants de moins de 5 ans contre le paludisme au mois d'octobre 2024.

Cette série de quatre vaccins contre le paludisme, qui vise à protéger les enfants de moins de cinq ans, offre une nouvelle lueur d'espoir dans la lutte contre cette maladie dévastatrice.

En juin 2024, le pays a reçu 693 500 doses.

Cependant, en raison de cette disponibilité limitée, une stratégie de vaccination par blocs a été adoptée. Cette approche cible d'abord les enfants de 6 à 23 mois dans dix provinces prioritaires, dont le Kongo-Central, particulièrement touchées par le paludisme.

Nous avons introduit le VAP dans les 31 ZS de la province du kongo central et espérons recevoir deux millions des doses au début 2025 pour atteindre à d'autres provinces.

Objectifs : Atteindre 90% des enfants de 6 à 23 mois.

Résultats stratégiques cible : Proportion des enfants de 6 à 23 mois ayant bénéficié de 4 doses de VAP

Activités réalisées :

- Elaboration de la feuille de route
- Réunion conjointe PNLP, PEV et PNCS
- Etude préliminaire par l'ESP Kinshasa
- Conception et élaboration des manuels et outils de gestion des données
- Plaidoyer auprès des parties prenantes et APA
- Réception des vaccins
- Elaboration de plan de communication
- Formation des formateurs centraux
- Formation en cascade au kongo central (ECP, ECZ, AS, RECO)
- Expédition des vaccins et outils au kongo central
- Introduction proprement dite de VAP aux 31 ZS du Kongo central
- Supervision /accompagnements des prestataires des terrains
- Analyses des données et feedback mensuels

Suivi couverture VAP en %

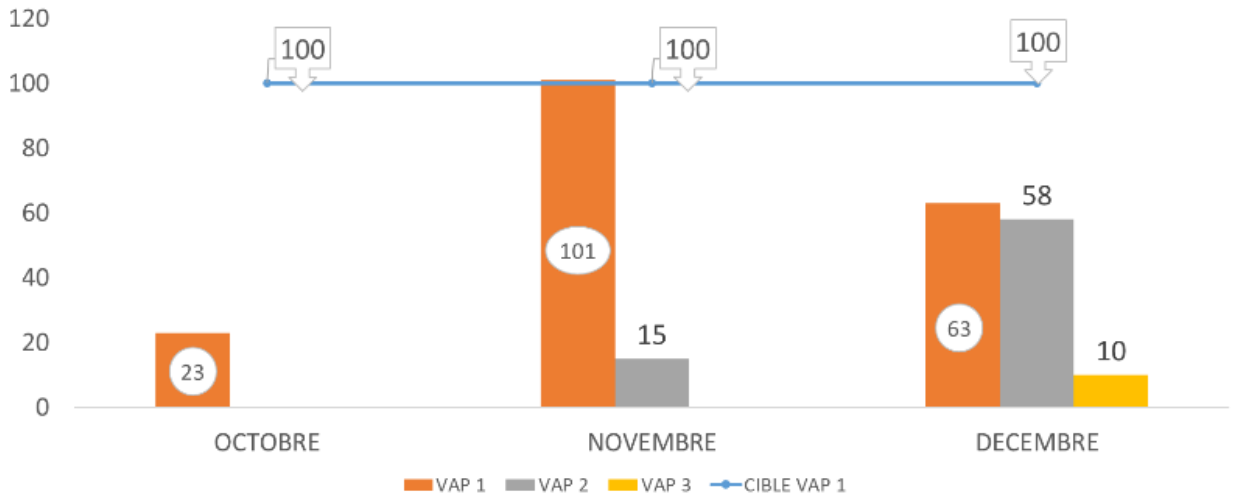


Figure 3 : Suivi de la couverture en VAP

Les couvertures en VAP1, VAP2 et VAP3 sont en moyenne inférieure à 100%

3.1.6. Objectif Stratégique 2 – PEC : Détecter précocement et prendre en charge efficacement 100% des cas confirmés de paludisme

Normes et directives

Au cours de l'année de 2024, il n'y a pas eu élaboration de nouvelles directives.

Cible 2024 :

- Tester au moins 94% des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires intégrées et dans la communauté par la GE ou le TDR
- Traiter 100% des cas de paludisme confirmés, conformément aux directives nationales à tous les échelons de la pyramide sanitaire, y compris dans la communauté.

Résultats obtenus en 2024

- **Secteur public**

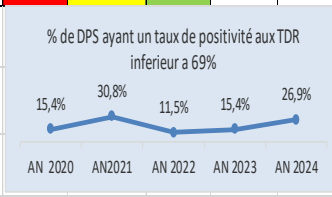
Tableau 10. Couverture en diagnostic et PEC dans le secteur public

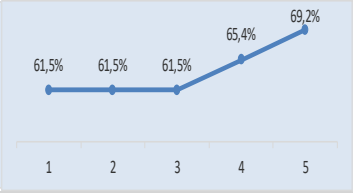
Cibles 2024	94%					≥99%				
	Proportion cas suspects testés					Prop. Cas positifs TT PN				
Provinces	AN 2020	AN2021	AN 2022	AN 2023	AN 2024	AN 2020	AN2021	AN 2022	AN 2023	AN 2024
Bas Uele	86,8%	103,0%	93,6%	91,9%	95,7%	93%	95%	95%	93%	87%
Equateur	92,3%	133,2%	89,1%	95,4%	94,4%	97%	98%	94%	96%	93%
Haut Katanga	99,6%	96,8%	101,9%	103,2%	98,4%	96%	97%	96%	96%	96%
Haut Lomami	94,9%	110,2%	94,1%	101,3%	92,6%	89%	89%	91%	93%	90%
Haut Uele	98,4%	98,9%	103,2%	104,1%	106,0%	95%	96%	97%	97%	97%
Ituri	99,6%	99,6%	102,0%	102,8%	101,2%	96%	97%	97%	97%	96%
Kongo Central	90,3%	116,1%	98,1%	99,4%	99,1%	96%	98%	98%	99%	99%
Kasai Oriental	93,0%	116,3%	94,9%	92,4%	97,0%	93%	90%	93%	94%	94%
Kwango	95,7%	105,2%	98,4%	97,3%	97,6%	89%	94%	95%	94%	93%
Kwilu	75,1%	117,3%	94,5%	91,9%	87,3%	83%	89%	90%	92%	86%
Kinshasa	94,5%	97,8%	102,0%	102,3%	114,6%	98%	98%	98%	98%	98%
Kasai Central	86,5%	115,2%	88,5%	96,2%	96,3%	90%	89%	92%	93%	92%
Kasai	65,2%	130,1%	80,8%	85,5%	87,1%	89%	92%	94%	92%	90%
Lualaba	99,7%	99,0%	101,8%	103,8%	104,2%	92%	93%	93%	94%	94%
Lomami	86,6%	141,0%	89,7%	85,5%	91,2%	80%	83%	91%	90%	92%
Maindombe	93,5%	113,3%	99,5%	99,9%	142,7%	94%	96%	98%	98%	98%
Mongala	97,8%	106,9%	96,1%	100,5%	100,5%	96%	94%	95%	97%	94%
Maniema	100,1%	99,2%	102,4%	101,8%	109,1%	95%	96%	96%	96%	95%
Nord Kivu	99,2%	99,2%	107,0%	108,7%	109,0%	93%	94%	95%	97%	96%
Nord Ubangi	86,8%	120,8%	97,6%	98,2%	97,3%	86%	90%	96%	96%	94%
Sud Kivu	101,8%	101,8%	100,1%	98,1%	100,0%	93%	94%	94%	94%	94%
Sankuru	78,0%	133,1%	96,0%	87,7%	89,3%	85%	86%	90%	88%	76%
Sud Ubangi	89,9%	106,7%	101,4%	101,1%	101,3%	98%	97%	98%	98%	98%
Tanganyika	89,5%	118,5%	97,1%	95,6%	94,4%	87%	86%	93%	94%	84%
Tshopo	90,1%	128,0%	98,1%	99,5%	98,2%	86%	93%	96%	95%	93%
Thuapa	71,5%	139,0%	84,1%	90,2%	88,6%	91%	90%	90%	94%	88%
RD Congo	91,5%	109,6%	97,5%	98,4%	100,5%	92%	93%	95%	95%	94%
	< 80%	80% - 93%	> 93%			< 92%	92% - 99%	100%		
	% de DPS ayant testes 93% a 100% des cas suspects aux TDR 50,0% 100,0% 80,8% 73,1% 76,9%					0,0% 0,0% 0,0% 0,0% 0,0%				

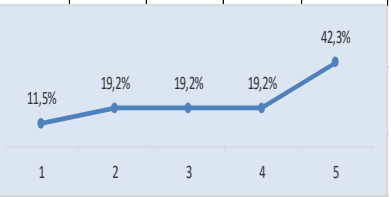
Commentaire : Les 100% des cas suspects ont été testés au TDR ou à la GE au cours de l'année 2024 nonobstant le double usage de TDR et GE dans certaines provinces et que tous les cas confirmés n'ont pas été traités (6%) à cause de rupture en ACT ou AT.

Tableau 11 Taux de positivité

Cibles 2024	69%					69%					69%				
	Taux de posivé au TDR					Taux de posivé à la GE					Taux de posivé au TDR et à la GE				
Provinces	AN 2020	AN2021	AN 2022	AN 2023	AN 2024	AN 2020	AN2021	AN 2022	AN 2023	AN 2024	AN 2020	AN2021	AN 2022	AN 2023	AN 2024
Bas Uele	80%	67%	81%	79%	77%	73%	73%	70%	71%	71%	82%	82%	81%	78%	77%
Equateur	78%	66%	78%	76%	73%	72%	76%	69%	69%	76%	74%	78%	78%	76%	73%
Haut Katanga	67%	77%	68%	65%	62%	42%	49%	51%	52%	51%	71%	67%	66%	64%	61%
Haut Lomami	82%	82%	82%	81%	80%	70%	74%	69%	11%	60%	84%	83%	81%	74%	79%
Haut Uele	76%	67%	77%	76%	73%	60%	69%	63%	116%	59%	78%	77%	76%	79%	72%
Ituri	69%	62%	71%	70%	66%	56%	55%	58%	59%	59%	72%	71%	70%	69%	66%
Kongo Central	79%	88%	78%	79%	75%	73%	74%	73%	73%	69%	77%	78%	77%	78%	74%
Kasai Oriental	72%	79%	73%	72%	64%	55%	57%	54%	56%	59%	80%	78%	72%	71%	64%
Kwango	75%	74%	75%	73%	73%	76%	66%	72%	77%	72%	77%	77%	75%	73%	73%
Kwilu	74%	74%	75%	73%	74%	63%	59%	61%	62%	65%	75%	75%	75%	73%	73%
Kinshasa	72%	77%	72%	72%	69%	54%	54%	57%	57%	37%	66%	66%	69%	70%	63%
Kasai Central	85%	85%	84%	84%	84%	66%	79%	71%	68%	81%	85%	85%	83%	83%	84%
Kasai	83%	85%	83%	83%	84%	83%	71%	76%	77%	76%	83%	84%	83%	83%	84%
Lualaba	75%	75%	72%	72%	71%	45%	39%	42%	45%	43%	72%	69%	69%	68%	68%
Lomami	78%	80%	77%	75%	66%	51%	53%	51%	55%	51%	81%	79%	76%	74%	65%
Maindombe	76%	79%	75%	75%	74%	81%	96%	80%	74%	8%	77%	78%	76%	75%	52%
Mongala	72%	69%	73%	72%	70%	54%	55%	53%	38%	47%	71%	72%	72%	72%	70%
Maniema	77%	70%	78%	78%	72%	79%	79%	77%	75%	78%	79%	77%	78%	78%	73%
Nord Kivu	58%	56%	57%	56%	58%	41%	41%	41%	41%	38%	54%	55%	56%	54%	56%
Nord Ubangi	84%	74%	83%	84%	82%	82%	73%	82%	74%	80%	83%	81%	83%	84%	81%
Sud Kivu	69%	71%	70%	68%	70%	35%	39%	38%	34%	40%	66%	68%	68%	66%	68%
Sankuru	82%	83%	84%	71%	59%	65%	66%	64%	52%	53%	86%	86%	84%	71%	59%
Sud Ubangi	80%	70%	81%	80%	78%	74%	67%	74%	74%	65%	80%	80%	81%	80%	78%
Tanganyika	83%	81%	84%	82%	78%	66%	66%	64%	67%	60%	84%	83%	84%	82%	78%
Tshopo	73%	67%	73%	73%	72%	50%	55%	51%	49%	48%	72%	73%	72%	72%	72%
Thuapa	68%	64%	69%	68%	67%	62%	65%	66%	58%	66%	69%	70%	69%	68%	67%
RD Congo	74%	73%	74%	73%	71%	55%	57%	57%	56%	45%	74%	73%	73%	72%	69%
Légende	> 75%	70% -75%	<70%												







***Commentaire** : Le taux de positivité a baissé à la hauteur de 69% (TDR et GE) avec une amélioration passant de 19,2% à 42,3% des DPS ayant atteint la cible.*

➢ Secteur privé

Le programme Defeat Malaria SANRU vise l'alignement du secteur privé lucratif dans la prise en charge du paludisme conformément à la Politique Nationale. Il veut améliorer la couverture en prise en charge du paludisme par la fourniture des services de qualité aux consommateurs et améliorer l'accès à des moyens de diagnostic et de traitement de qualité à des prix accessibles.

En 2024, le programme a collaboré avec 12 importateurs et **1350** structures (1401 en 2023), comprenant 1140 ESS lucratifs et 210 officines tenues par un pharmacien pour assurer la disponibilité des CTA de qualité et offrir les TDR aux personnes faisant de la fièvre.

Au cours de l'année 2024, 1041745 (1300000 en 2023) TDR ont été réalisés dans les établissements de soins du secteur privé des 7 villes (Kinshasa, Kisangani, Matadi, Kikwit, Goma, Bunia, Kindu). Durant cette période, ces établissements ont accueilli plus d'un million 1152800 (1126852 en 2023) des patients avec fièvre soit 90,4% de testing pour le paludisme.

Par ailleurs, l'utilisation des TDR dans les établissements des soins de santé privés lucratifs est en augmentation continue depuis l'introduction de ce projet jusqu'à atteindre 1041745 TDR utilisés en 2024, et partant, un nombre croissant des traitements présomptif a été évité.

En ce jour, toutes les 7 DPS couvertes ont autorisé l'extension de la pratique des TDR dans les officines tenues par un professionnel de santé non-pharmacien.

La complétude des rapports s'améliore 84,4% (82.4% en 2023) grâce aux actions combinées des formations, des supervisions et des visites des collecteurs des données dans les structures privées.

Pour atteindre ce résultat, le programme a déployé 14 Délégués Médicaux pour accompagner les prescripteurs et les propriétaires des établissements privés ainsi que les activités des marketings à travers la presse, les activités de masse (lieux de culte, écoles…) et les contacts interpersonnels et les réunions tenues avec le personnel soignant et les prescripteurs dans les structures privées visitées.

Au total 1028 prestataires ont été formés au cours de 2024 l'extension du NFM3 sur la prise en charge correcte du paludisme simple.

Les données de 2024 ont été collectées activement avec l'aide des collecteurs des données au moyen des outils validés par le PNLP et qui sont adaptés au secteur privé. Au total 2413 structures sont enregistrées dans la pyramide du DHIS2 Sp. Cependant 1350 ont fourni au moins un rapport reparti en 1140 ESS lucratifs et 210 officines (avec pharmacien).

- **Prise en charge Communautaire**

Étant donné que seulement 30% des personnes ont accès à un établissement des soins de santé en RDC, les Lignes directrices nationales pour la mise en œuvre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans les sites de soins communautaires (2016) stipulent que les SSC doivent être mises en œuvre dans les villages où l'accès au Centre de Santé (CS) est difficile en raison de la distance ou d'un obstacle naturel (par exemple, érosion, eau, marécage, forêt, etc.) afin d'assurer l'accessibilité physique et géographique.

Normes :

Le ratio recommandé est d'un SSC pour au moins 500 habitants qui doit être animé par des RECO-site et des RECO-mobiles selon les besoins. Les RECO sont des agents de santé bénévoles basés au niveau des SSC et fournissent un large éventail de services, y compris la prise en charge communautaire intégrée des cas (PCCIC) pour les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans (paludisme, pneumonie et diarrhée), entre autres.

Projection de couverture en SSC.

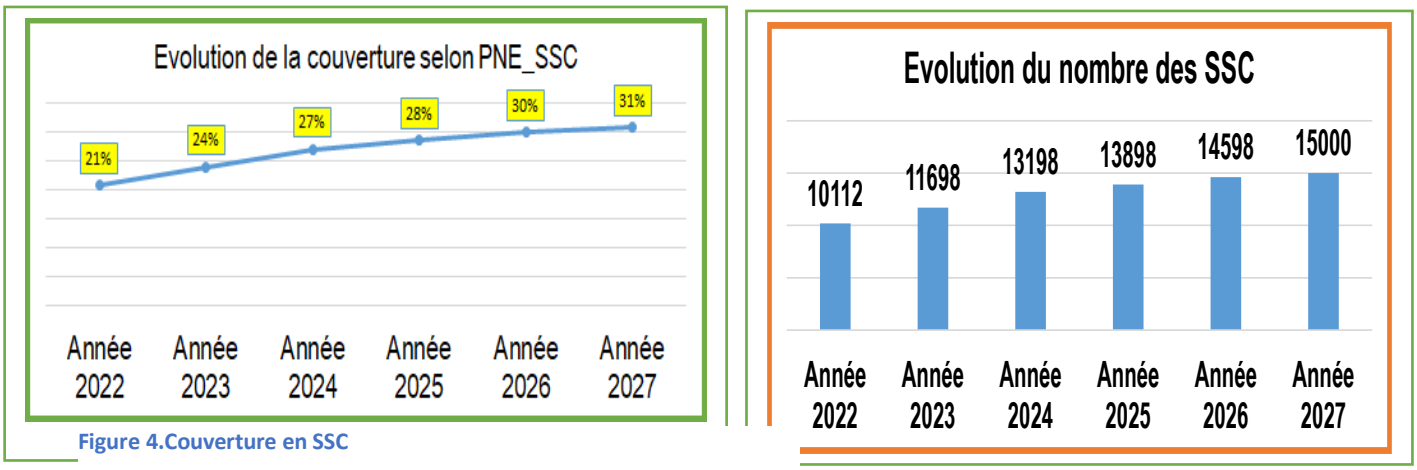


Figure 4.Couverture en SSC

Résultats obtenus

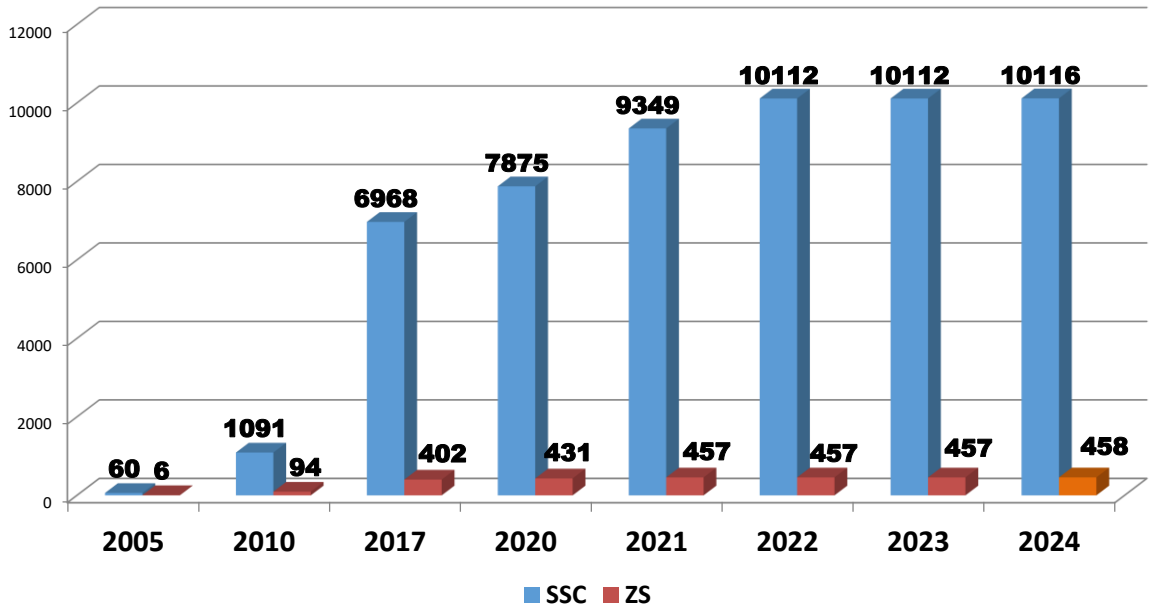


Figure 5 : Situation actuelle des SSC

La couverture actuelle des sites de soins communautaires est restée en deça de la projection prévue dans le plan extension 2023-2027. 3082 SSC prévus n'ont pas été mise en place.

En 2024 : 4 SSC ajoutés dans la DPS Nord-Kivu (ZS de OICHA).

Tableau 12.Prise en charge aux SSC

Prise en charge communautaire			
Résultats stratégiques	**Cible PSN**	**Valeur de réf 2023**	**Résultats 2024**
Proportion de cas suspects testés pour le paludisme au niveau communautaire	95%	97,90%	97,50%
Proportion de cas de paludisme simple traité au niveau communautaire conformément aux directives nationales	100%	98,40%	96,70%

III.2.2. Axe 2 du PNDS recadré 2019-2022 : Appui aux piliers du système de santé du système de santé pour l'amélioration de la disponibilité et l'accès aux soins de qualité.

3.2.2.1. Objectif stratégique 6 : Assurer une surveillance régulière et efficace du Paludisme afin d'interrompre la transmission et les recrudescences

➢ **Gestion et analyse des données DHIS2 de qualité pour la prise des décisions**

Complétude globale des rapports SNIS

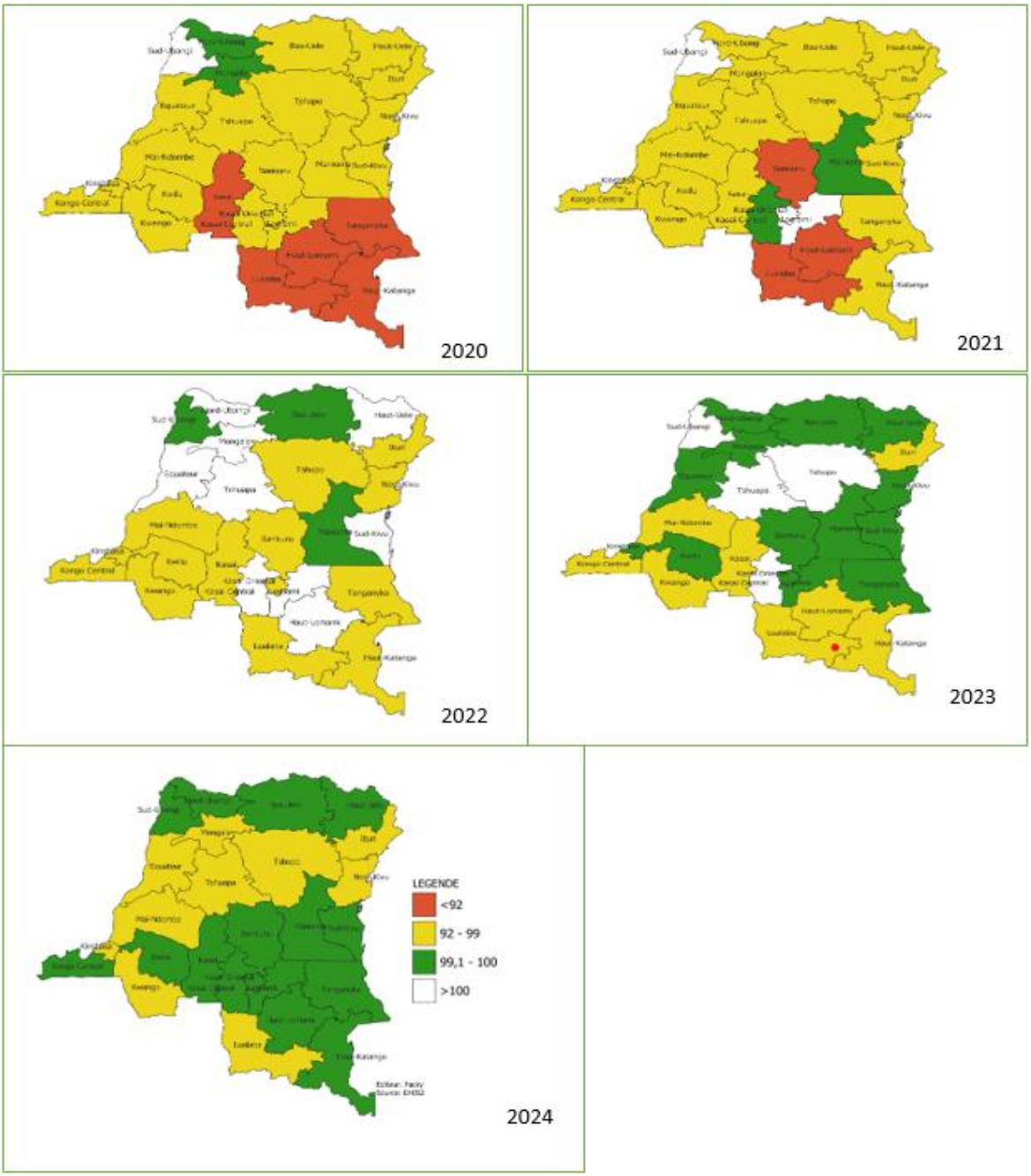


Figure 6 : Complétude globale des rapports

Commentaire : La complétude globale des rapports SNIS pour le paludisme est passée de 94% en 2020 à 98% en 2024.

Promptitude

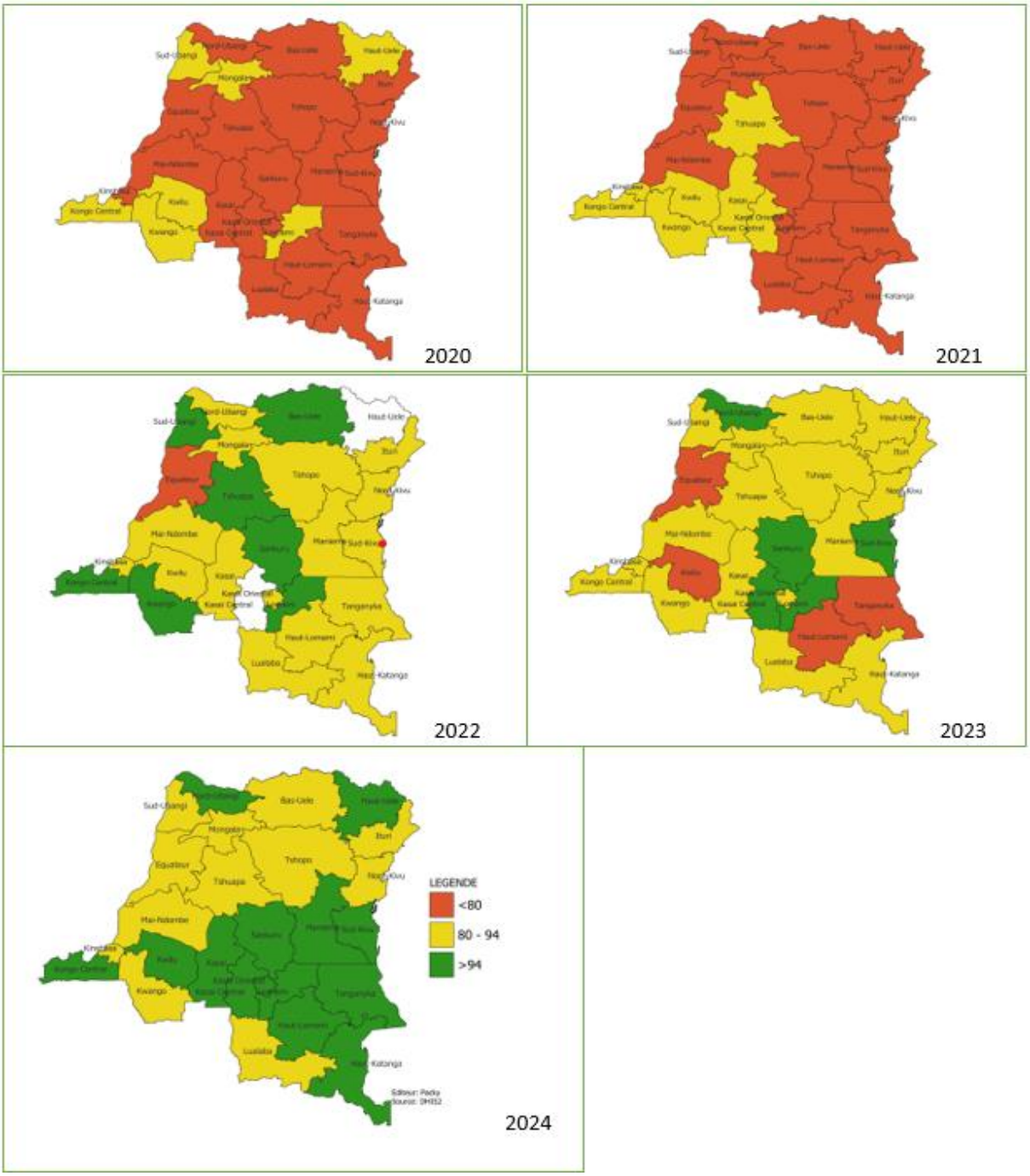


Figure 7 : Promptitude globale

Commentaire : La promptitude globale des rapports SNIS pour le paludisme est passée de 72,5% en 2020 à 94,6% en 2024.

Score qualité des données du paludisme

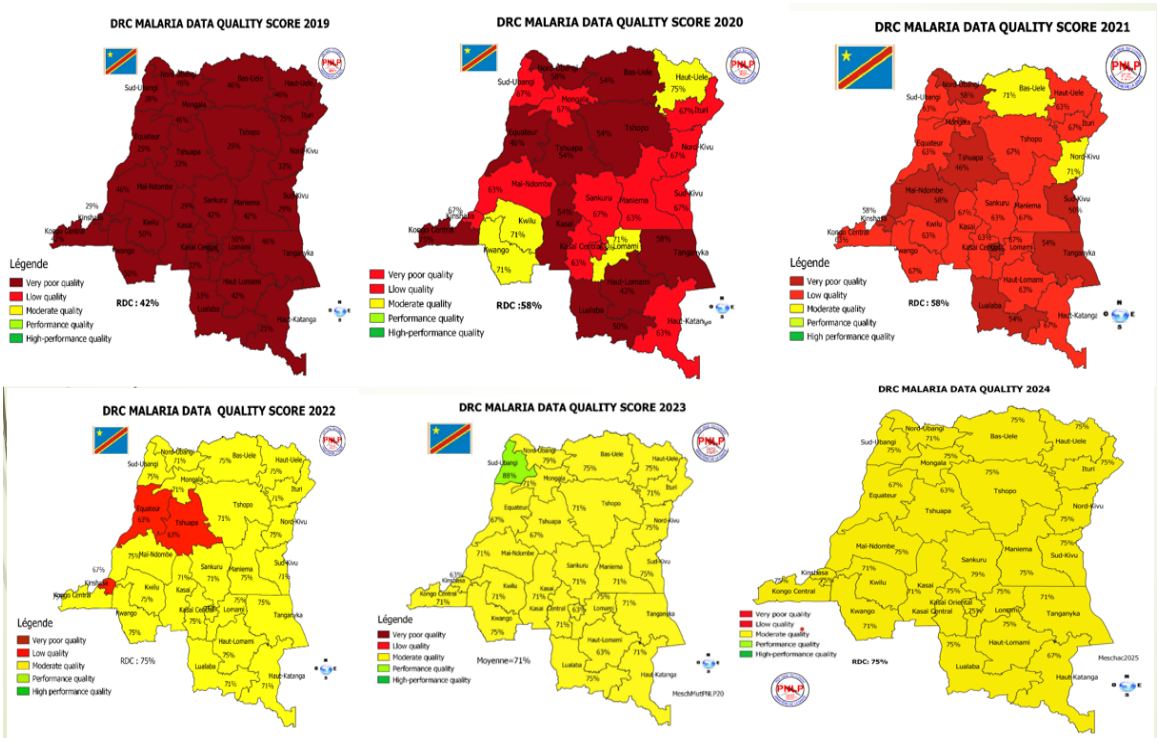


Figure 8 : Score qualité des données du paludisme

Commentaire : Le score qualité des données de routine du paludisme sur DHIS2 est passé de 42% en 2019 à 75% en 2024.

3.2.2.2. Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SIMR)

La surveillance épidémiologique du paludisme est un élément essentiel dans la lutte contre cette maladie. Elle permet de collecter, analyser et interpréter les données sur l'incidence, la prévalence et la répartition géographique du paludisme. Le manuel de référence de l'OMS sur la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016–2030 met l'accent sur la surveillance du paludisme comme une intervention de base dans tous les pays où la maladie est endémique, ainsi que dans ceux qui ont éliminé le paludisme mais où la transmission pourrait reprendre.

En RDC, la mise en place du SMIR a permis de mettre en place un système efficace pour la détection et riposte rapide aux épidémies en organisant en même temps la surveillance des indicateurs, de la maladie, des évènements en mettant un accent particulier sur la surveillance à base communautaire.

La transmission de l'information va de la communauté vers les structures des aires de santé, puis vers les zones de Santé ; vers les DPS et ce dernier envoie au niveau central. Ainsi, chaque semaine un relevé hebdomadaire épidémiologique de notification des maladies à potentiel épidémique dont le paludisme, le PNLP en collaboration avec la Direction de surveillance Epidémiologique, procède aux analyses de ces données afin de pouvoir détecter des phénomènes anormaux telles que les flambées épidémiques et y réserver une réponse rapide.

Normes et directives

- Validation des documents de préparation et réponse aux épidémies
- Elaboration d'un guide digitalisé d'analyse et production du bulletin épidémiologiques bihebdomadaire.

Cibles 2024

- Participer à 52 réunions hebdomadaires
- Investiguer et riposter à toutes les épidémies détectées
- Organiser 2 descentes de supervision dans les 26 provinces soit 52 supervisions.
- Elaborer le document de directive sur la pulvérisation
- Elaborer et diffuser 26 bulletins épidémiologiques hebdomadaires et 4 bulletins trimestriels.

Résultats obtenus en 2024

- Participation à 52 réunions hebdomadaires de surveillance épidémiologique,
- Détection de 22 flambées : ZS banalia , ZS tshopo , ZS wanierunkula dans la DPS Tshopo ; : ZS tshudi loto dans la DPS de Sankuru ; ZS SAKANIA, ZS LUKAFU dans la DPS Haut-Katanga ; : ZS SARAMABILA , KUNDA , KASONGO, lubutu dans la DPS Maniema ; ZS Gungu dans la DPS de Kwilu ; ZS panzi, ZS Kisanji dans la DPSKwango ; ZS lotumbe dans la DPS Equateur ; : ZS bukama dans la DPS Haut-Lomami ; ZS karisimbi, ZS kirotshe, ZS Nyiragongo, ZS Goma dans la DPS de Nord-Kivu ; ZS kalehe , ZS Minova dans la DPS de Sud-Kivu ; la ZS N'SELE dans la DPS Kinshasa.
- Seule l'épidémie de Panzi et, Kisanji dans la DPS de Kwango ont été investiguées et ripostées.
- Deux descentes de missions de supervision ont été organisées dans les 13 sites sentinelles et une seule décente dans 13 autres.
- L'élaboration du document de directive sur la pulvérisation a été faite à Mbanza-Ngungu au mois d'Aout 2024.
- Un atelier de présentation des résultats de l'étude sur les 26 sites sentinelles existantes avant de passer à 52 a été réalisée.
- Elaboration du bulletin épidémiologique bihebdomadaire et diffusion ont été faites 26 fois au cours de l'année 2024.
- -Elaboration du bulletin épidémiologique trimestriel et diffusion ont été faites pour tous les 4 trimestres de l'année 2024.

➢ **Test d'efficacité thérapeutique**

Norme : Mener une étude sur le test d'efficacité thérapeutique aux antipaludiques.
Cible 2024 : les sites de Nord-Kivu, Haut-Katanga et Tshuapa.

Résultats obtenus en 2024

L'étude a été menée dans 2 sites, Haut-Katanga (Kapolowe) et Tshuapa (Boende). Elle n'a pas été réalisée au Nord Kivu à cause d'insuffisance de fonds

Tableau 13. Résultats de TET dans les sites de Boende et Kapolowe

RESUTATS TET NON CORRIGES PAR PCR

Site	Molécule	RCPA (%)	ECT (%)	ETP(%)	EPT(%)
Boende	AL (n=83)	69 (83%)	4 (4,8%)	0 (0,0%)	10 (12%)
	ASAQ (n=85)	82 (96,5%)	1(1,2%)	0 (0,0%)	2 (2,4%)
Katanga	AL (n=89)	87 (97,8%)	0 (0,0%)	0(0,0%)	2(2,2%)
	ASAQ(86)	86 (100%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)

Résultats de l'innocuité

Deux évènements indésirables graves (EIG) ont été notifiés à Boende : 1 cas d'ictère avec urine couleur coca cola et 1 cas de brûlure à l'eau chaude chez les patients sous AL ; les malades ont été référés pour une meilleure prise en charge. Les fiches de notification sont analysées au CNPV-RDC pour les liens de causalité.

Ces résultats de l'efficacité sont bruts et nécessitent un génotype pour la correction. A ce stade nous ne pouvons que dégager les tendances. Les échantillons sont gardés à l'UPC-PV en attendant une collaboration avec l'OMS et CDC-Atlanta/PARMA/CIGASS pour les analyses biomoléculaires notamment le génotypage pour distinguer les recrudescences des réinfections, la recherche des marqueurs de la résistance à l'artémisinine et aux molécules partenaires ainsi que la délétion du HRP2/3.

La norme d'efficacité thérapeutique de l'OMS :

- ≥95% de RCPA : Molécule efficace
- <95% ≥90% de RCPA : Tolérable, mais molécule à surveiller et songer déjà aux alternatives de remplacement.

Si nous pouvons nous référer à ces normes, nous pouvons nous permettre de dire que la molécule ASAQ a montré une bonne efficacité thérapeutique dans les deux sites –Kapolwe (100% de RCPA) et Boende (96,5% d RCPA) par contre la molécule AL a montré une bonne efficacité à Kapolowe (97,8% de RCPA) tandis elle a montré une mauvaise tendance à Boende avec une RCPA (Réponse clinique et parasitologique adéquate) de 83,1%. Mais cette tendance peut se renverser après la correction à la PCR.

Tout en gardant le principe de Multi First Line (MFT) ou première ligne multiple.

- **Surveillance entomologique**

Norme : Organiser des enquêtes entomologiques dans les 26 sites sentinelles

Cible 2024 : Organiser 2 enquêtes entomologiques dans les 26 sites sentinelles, soit 52 enquêtes de collecte des moustiques.

Résultats obtenus en 2024

- Trois enquêtes entomologiques sur quatre ont été menées trimestriellement dans les 11 provinces.

➢ **Taux d'agressivité des anophèles l'extérieur à l'extérieur et à l'intérieur des habitations**

Tableau 14. Taux d'agressivité des anophèles

	1. Kabondo	2. Pawa	3. Buta	4. Kalima	5. Katana	6. Kalemie	7. Kapolowe	8. Kamina	9. Fungugurume	10. Mikalayi	11. Dibindi	12. Mweneditu	13. Mweka	14. Lodja	15. Lisala	16. Boende	17. Gemena	18. Bolenge	19. Inongo	20. Vanga	21. Kingasani	22. Kimpese
Total Anohèles collecté CAH	259	633	240	1052	535	879	951	1604	312	502	139	878	512	439	608	662	463	136	1386	632	282	105
CAH pièges nuit	60	80	40	80	60	80	80	80	40	40	40	80	80	40	80	80	60	80	80	80	40	40
HBR par nuit	3	8	6	13	7	11	12	20	8	13	4	11	6	11	8	8.3	6	2	17	8	7	3

Il ressort de l'étude que 8 sites sentinelles les anophèles sont exophagies(Buta, Fungurume, Dibindi, Mweka, Bolenge, Mweneditu, Inongo et Vanga par contre 14 sites sentinelles les anophèles sont endophagie :Kabondo, Pawa, Kalima, Katana, Kalemi, Kapolowe, Kamina, Mikalayi, Lodja, Lisala, Boende, Gemena,Kingasani et Kimpese.

➢ **Statut des vecteurs aux insecticides**

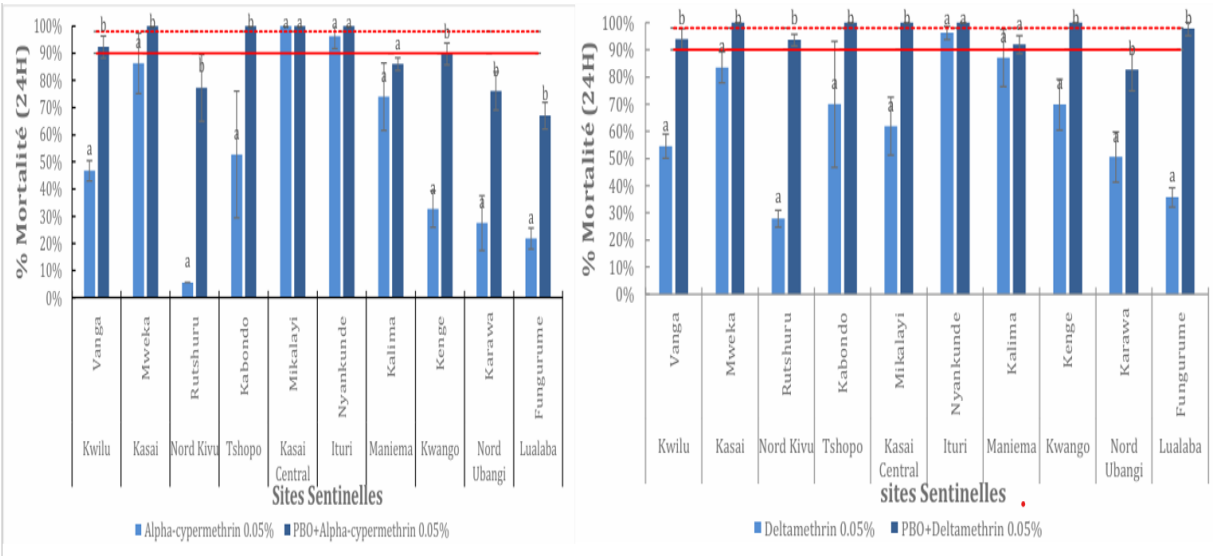


Figure 9 : Profil de résistance d'An. gambiae s.l vis à vis de l'apha-cyperméthrine etalpha- +PBO dans 10 sites.

Les lettres en haut des colonnes (a ou b) indiquent si le % de mortalité pour l'alpha-Cyperméthrine est significativement différent du % de mortalité pour la l'alpha-Cyperméthrine + PBO.

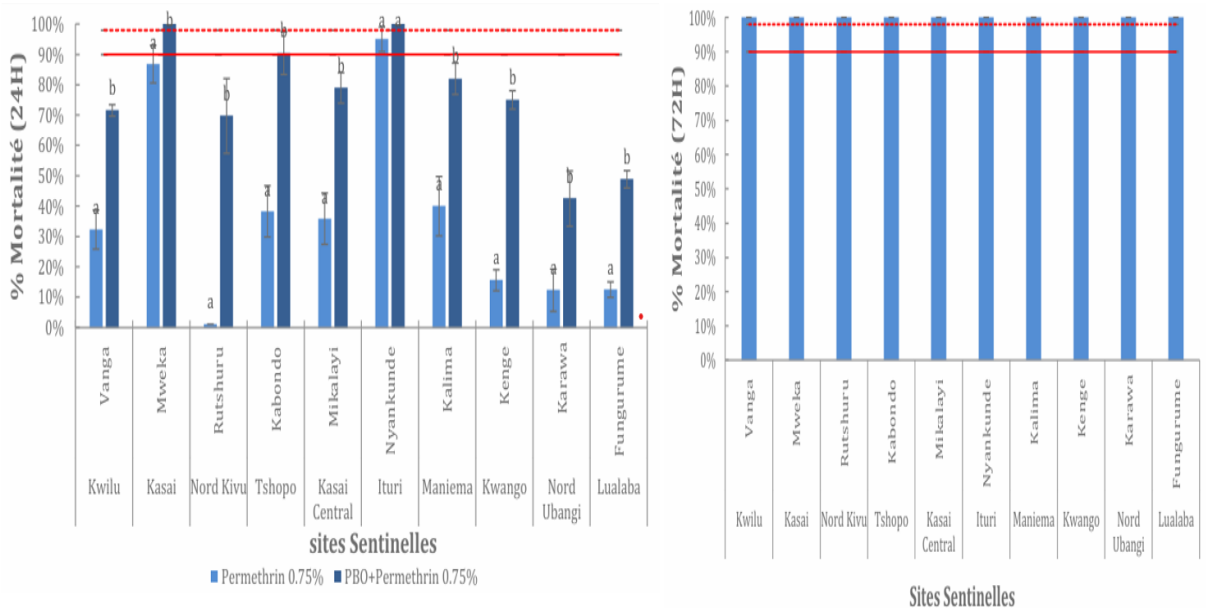


Figure 10 : Profil de résistance de An. gambiae s.l. vis à vis de la deltaméthrine et la deltaméthrine+PBO dans 10 sites.

Les lettres en haut des colonnes (a ou b) indiquent si le % de mortalité pour l'alpha-cyperméthrine est significativement différent du % de mortalité pour la l'alpha-cyperméthrine + PBO.

5.1.1. Résultats de l'évaluation Sites de surveillance sentinelle du paludisme

Cette évaluation avait pour but d'évaluer les performances des sites de surveillance sentinelle du paludisme afin d'identifier les obstacles et les facteurs facilitant leur fonctionnement en vue d'étendre de 26 à 52 sites de surveillance sentinelle du paludisme.

Tableau 15. Evaluation des Sites de surveillance sentinelle

Score de performance des sites par province

Score pour chaque indicateur		
Atteint	3	80-100%
Partiellement atteint	2	60-79%
Limité	1	40-59%
Non atteint	0	<40%
Non évalué	-	n/a

Province	Objectif 1 Performance	Objectif 2 Contexte et Infrastructure	Objectif 3 Processus technique	Objectif 4 Comportement	Objective 5 Valeur	SCORE GLOBAL
Kwilu	78%	80%	82%	61%	50%	70%
Kongo Central	80%	85%	76%	58%	50%	70%
Nord Kivu	68%	70%	79%	65%	67%	70%
Tshopo	67%	78%	85%	68%	50%	69%
Haut Uele	70%	67%	79%	63%	67%	69%
Kwango	58%	81%	82%	53%	67%	68%
Kasai Central	80%	61%	76%	43%	75%	67%
Haut Lomami	70%	70%	78%	63%	50%	66%
Maniema	72%	70%	79%	60%	42%	65%
Lomami	72%	76%	82%	68%	25%	65%
Kinshasa	62%	63%	82%	49%	67%	64%
Kasai Oriental	78%	56%	76%	61%	50%	64%
Ituri	58%	63%	79%	54%	67%	64%
Equateur	63%	61%	88%	74%	33%	64%
Haut Katanga	70%	69%	85%	68%	25%	63%
Lualaba	60%	65%	78%	64%	33%	60%
Bas Uele	52%	70%	81%	43%	50%	59%
Sud Kivu	78%	65%	78%	57%	17%	59%
Kasai	62%	72%	78%	57%	25%	59%
Nord Ubangi	68%	65%	82%	56%	17%	57%
Tanganyika	61%	59%	75%	68%	17%	56%
Mongala	65%	50%	78%	57%	25%	55%
Tshuapa	53%	54%	75%	44%	42%	54%
Sud Ubangi	67%	50%	76%	56%	17%	53%
Sankuru	57%	48%	83%	50%	25%	53%
Maindombe	55%	57%	75%	53%	17%	51%

Commentaire : Sur les 26 Sites de surveillance évaluées, 17/26 avaient un score de performance partiellement atteint et 9/26 avec un score limite.

Axe 3 du PNDS recadré : Appui à la gouvernance, au leadership et au pilotage du système de santé

3.3.1. Objectif stratégique 7 : Renforcer la gouvernance et le leadership du Programme

- **La gestion des achats et des stocks**

La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) définit l'objectif principal de la gestion des approvisionnements et stocks (GAS), celui d'assurer la disponibilité régulière des commodités antipaludiques de qualité au prix abordable pour la population.

Il est important de noter que l'Etat congolais assure avec le fond de contrepartie l'approvisionnement en artésunate injectable 120 mg qui malheureusement n'est pas paramétré dans le SIGL de DHIS2 pour la traçabilité.

Le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention a assigné au PNLP, la mission de mettre en place un système performant de gestion de la chaine d'approvisionnement afin d'assurer la bonne gouvernance et la coordination de tous les domaines de la chaine d'approvisionnement notamment la sélection, les achats, les prévisions et quantification, la gestion de stock, la distribution, le SIGL, le renforcement des capacités de tous les acteurs de la chaine à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de la RDC. L'un des goulots d'étranglement du SNAM est celui du système d'information en gestion logistique des produits de santé du fabricant jusqu'aux utilisateurs finaux en passant par les CDR, les BCZ et les ESS.

Normes et directives

- Elaboration de nouvelles directives de prise en charge des cas
- Plan de déploiement des combinaisons nouvelles dans les établissements de soins de santé

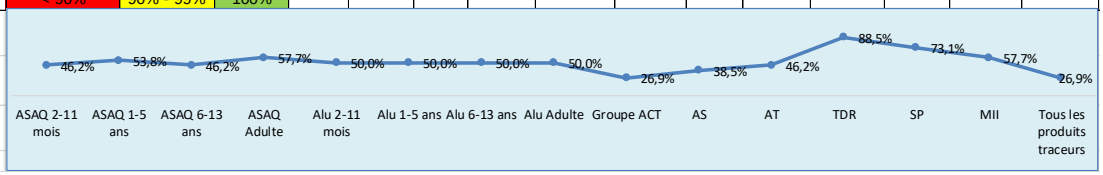
Cibles 2024

100% des médicaments antipaludiques sont disponibles dans les Etablissements de soins de santé.

Résultats obtenus en 2024

Tableau 16 Proportion des ESS n'ayant pas connu de rupture de stock en 2024

Cibles 2024	100%														
	ASAQ 2-11 mois	ASAQ 1-5 ans	ASAQ 6-13 ans	ASAQ Adulte	Alu 2-11 mois	Alu 1-5 ans	Alu 6-13 ans	Alu Adulte	Groupe ACT	AS	AT	TDR	SP	MII	Tous les produits traceurs
Bas Uele	81%	92%	89%	94%	95%	94%	94%	93%	69%	90%	94%	100%	95%	99%	68%
Equateur	98%	98%	98%	96%	96%	96%	96%	96%	92%	94%	95%	99%	99%	99%	92%
Haut Katanga	79%	83%	82%	83%	78%	81%	80%	80%	53%	62%	76%	95%	92%	86%	52%
Haut Lomami	66%	72%	72%	74%	66%	70%	65%	70%	33%	62%	65%	89%	89%	71%	31%
Haut Uele	98%	98%	98%	98%	99%	99%	98%	99%	95%	98%	98%	100%	100%	100%	95%
Ituri	93%	94%	91%	93%	90%	91%	91%	92%	82%	89%	92%	98%	98%	97%	80%
Kongo Central	97%	99%	98%	97%	99%	100%	100%	100%	95%	98%	99%	100%	100%	100%	94%
Kasai Oriental	74%	87%	82%	89%	60%	76%	60%	65%	23%	68%	77%	95%	94%	89%	22%
Kwango	99%	100%	99%	100%	97%	97%	97%	97%	95%	97%	97%	100%	100%	100%	94%
Kwilu	96%	98%	97%	97%	95%	95%	95%	95%	87%	91%	91%	100%	99%	99%	87%
Kinshasa	99%	99%	99%	99%	98%	99%	99%	98%	96%	99%	99%	99%	99%	99%	96%
Kasai Central	76%	78%	77%	79%	84%	85%	80%	85%	54%	80%	79%	95%	93%	91%	53%
Kasai	84%	89%	88%	85%	67%	67%	67%	67%	60%	64%	71%	91%	90%	81%	59%
Lualaba	79%	86%	87%	90%	80%	84%	83%	84%	57%	73%	76%	98%	95%	90%	57%
Lomami	65%	77%	76%	83%	48%	65%	53%	58%	19%	57%	84%	93%	92%	90%	19%
Maindombe	99%	100%	99%	99%	98%	99%	98%	99%	97%	99%	99%	100%	99%	99%	96%
Mongala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	99%
Maniema	99%	99%	99%	99%	94%	94%	94%	94%	92%	96%	95%	100%	99%	98%	91%
Nord Kivu	90%	95%	93%	95%	86%	87%	86%	89%	76%	85%	87%	99%	97%	96%	75%
Nord Ubangi	89%	92%	89%	87%	84%	84%	84%	84%	74%	81%	84%	97%	92%	89%	73%
Sud Kivu	80%	87%	85%	88%	63%	76%	64%	72%	35%	75%	90%	95%	95%	88%	33%
Sankuru	46%	48%	48%	50%	48%	49%	36%	34%	13%	39%	50%	89%	82%	75%	12%
Sud Ubangi	94%	99%	93%	99%	93%	96%	94%	96%	84%	91%	94%	100%	100%	100%	84%
Tanganyika	63%	71%	78%	82%	70%	79%	76%	75%	45%	60%	73%	95%	90%	89%	44%
Tshopo	96%	97%	96%	97%	98%	99%	98%	99%	92%	95%	96%	100%	100%	100%	92%
Thuapa	97%	98%	98%	98%	99%	99%	99%	99%	95%	98%	99%	100%	100%	100%	95%
RD Congo	86%	90%	89%	90%	84%	87%	84%	85%	70%	82%	87%	97%	96%	93%	69%
Legende	< 90%	90% - 99%	100%												



Commentaire : L'on note sur le tableau une moyenne d'une bonne disponibilité pays par intrants antipaludiques pour l'année 2024 non satisfaisante.

Les mécanismes sectoriels d'acquisition à travers les partenaires d'appui dont le FM (Fond Mondial) et PMI (Initiative Présidentielle Américaine pour la lutte contre la Malaria) existent et la distribution assurée par le circuit du SNAME (Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels). Ces activités qui s'apparentent essentiellement aux approvisionnements ont été réalisées notamment :

- Les réunions de coordination GAS ont été réalisées au total ¾ prévues.
- Les supervisions semestrielles formatives conjointes GAS et PEC dans les établissements de soins de santé ont été réalisées 2/2 prévues.
- Les enquêtes d'évaluation semestrielle (EUV) – une seule sur deux prévues- ont été réalisées dans les provines appuyées par PMI pour de raison de la non disponibilité des Fonds du coté SANRU.
- La mission de supervision de la traçabilité des intrants antipaludiques dans les 17 DPS sous appuies FM ont été réalisées.

Discussion des résultats

La disponibilité n'a pas été bonne pour les ACT de l'ordre de 70 % avec une rupture de stock de l'ordre de 30%.

- **Communication pour le changement social et comportemental en faveur de la lutte contre le paludisme**

3.3.3. Objectif 8. Amener au moins 80% de la population à utiliser les mesures préventives et de prise en charge préconisées dans la LAP

Normes et directives

- **CCSC en appui aux différentes interventions de lutte antipaludique.**

L'impact des interventions de traitement et de prévention du paludisme est fortement influencé par le comportement des communautés exposées au risque du paludisme. Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) devra comprendre les croyances et actions communautaires afin de mettre en œuvre des activités de communication qui encourageront des comportements favorables à la lutte contre cette maladie. Pour y parvenir, des campagnes de sensibilisation seront déployées, intégrant des approches de Communication pour le Développement (C4D) et de communication sociale. Ces stratégies s'appuieront sur l'utilisation de plateformes comme Front Line et le Téléphone Communautaire, ainsi que sur des méthodes participatives telles que l'éducation par écoute et la communication de proximité. Ces efforts seront complétés par le développement de mécanismes d'évaluation pour mesurer l'impact des activités de communication et garantir leur efficacité.

Résultats obtenus en 2024

Résultats attendus

8.1 Au moins 90 % de la population connaissent les modes de transmission du paludisme, ses signes de la gravité, ses moyens de diagnostic et traitement d'ici fin 2028 ;

8.2 Au moins 80% des femmes enceintes à commencer les CPN au cours du premier trimestre de la grossesse ou dès qu'elles soupçonnent qu'elles sont enceintes entre la 13è et la 16 è semaine d'ici décembre 2028 ;

8.3 Au moins 80% de la population pratique les mesures préventives de la LAP notamment, dormir sous la MII, le TPI chez les femmes enceintes, la vaccination R21/Matrix-M, la chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS), la chimio prévention du paludisme pérenne (CPP) l'assainissement intra et péri domiciliaire d'ici fin 2028 ;

8.4 Au moins 80% de la population applique les bonnes pratiques pour l'entretien de la MII entre autres son lavage avec un savon ordinaire, son asséchement à l'air libre sous ombre et son attachement au-dessus de l'espace de couchage lorsqu'elle n'est pas utilisée par les membres du ménage d'ici fin 2028 :

8.5 Au moins 80% des personnes présentant une fièvre fréquente une structure de soins pour une prise en charge prompte et efficace comprenant le diagnostic et le traitement approprié ;

8.6 Au moins 80% des prestataires de soins respecte et pratique la politique nationale de la LAP

(Test de diagnostic rapide, ACT) pour les enfants de moins de 5 ans dans leurs établissements de santé lorsque ces produits sont subventionnés d'ici fin 2028.

Au courant de cet exercice, la Division Communication a réalisé des activités au cours de l'année 2024, à savoir :

- Organisation de la cérémonie de célébration de la JMP 2024 couplée à la fermeture des activités Chemonics à Muanda;
- Appui à la formation des formateurs centraux sur la planification des campagnes MII
- Participation à la réunion trimestrielle d'échange entre le PNLP et les entreprises du secteur privé en faveur de la LAP
- Participation à l'atelier d'élaboration du Plan de communication du vaccin R 21 Matrix-M
- Appui à la formation des ECP et ECZ sur la campagne MII dans la DPS du Bas-UELE
- Participation à l'atelier d'élaboration du manuel de planification, normes et outils de mise en œuvre des campagnes de chimio prévention du paludisme saisonnier
- Participation à l'atelier d'échanges d'expériences sur l'implémentation et la mise en œuvre du VAP dans certains pays africains à Cotonou au Benin
- Appui à la formation du groupe des médias et des comédiens engagés dans la LAP
- Tenue d'un plaidoyer institutionnel en faveur de la campagne des MII dans le Kwango, Kwilu, Maniema et Sankuru
- Participation à l'atelier de finalisation des messages et supports de communication sur le VAP
- Organisation d'un diagnostic communautaire en vue du réajustement du Plan de communication en faveur de la campagne des MII dans le Kwango, Kwilu, Sankuru et Maniema.
- Organisation d'une séance de travail avec PATH et Breakthrough Action sur la finalisation des supports VAP
- Animation d'une émission à la Radio Télé 50 pour balayer les rumeurs relatives à l'importation du VAP introduit en RDC au Rwanda
- Participation à l'atelier d'évaluation des campagnes MII menées en 2022 et 2023 avec END MALARIA PROJETC (Kolwezi)
- Appui à la formation des OSC (Organisations de la Société Civile) dans le plaidoyer en faveur de la lutte contre le paludisme
- Participation à l'atelier de finalisation de la révision du manuel de planification, des normes et des outils de mise en œuvre des campagnes MII (Mbanza-Ngungu)
- Participation à la réunion d'élaboration des canevas et du questionnaire d'enquête de la CPP
- Participation à la Journée Porte Ouverte aux Lignes Maritimes Congolaises (LMC) sur le VIH, le Paludisme et la Tuberculose.
- Appui au lancement des activités stratégiques à haut impact pour la LAP à Mikalayi et Bilonda.

➢ Partenariat interne et externe

Dans le cadre de la coordination et mise en œuvre des activités principales FRP en lien avec des objectifs stratégiques du partenariat et intégration, le PNLP doit mobiliser des ressources en vue de :

- Renforcer le pilotage à tous les niveaux pour garantir l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité
- Renforcer la multisectorialité en impliquant les autres secteurs dans la mise en œuvre des stratégies de Lutte anti paludique

Au cours De l'année 2024, un focus est fixé sur les modalités de mise en œuvre des activités majeures suivantes :

- Analyser le niveau de mise en œuvre du plan d'Action opérationnel 2024 (Le niveau des indicateurs du programme (couverture, les résultats, l'équité, l'impact) ;
- Evaluer le PAO 2024
- Procéder à l'écriture et validation du PTT1 2025 :

- Organiser le plaidoyer auprès des parlementaires pour le financement de la lutte contre le paludisme avec le budget national ;
- Organiser la réunion de validation du Plan de mobilisation des ressources domestiques
- Organiser les réunions hebdomadaires de la Direction avec les Division ;
- Organiser les réunions des PTF ;
- Appuyer les réunions trimestrielles de Task force paludisme.

1. Normes et Directives :

1. Mandat du PNLP

Le mandat du PNLP est de :

- définir la politique générale de lutte contre le paludisme
- faciliter le partenariat avec les secteurs publics et privés
- planifier et coordonner les activités de lutte contre le paludisme
- assurer le plaidoyer de "Faire Reculer le Paludisme" pour l'approbation par les partenaires, et la mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre de la lutte

2. Mission du PNLP

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

2. Rappel des objectifs

- Protéger au moins 80% des personnes exposées au risque de paludisme par les mesures préventives ;
- Dépister au moins 95% des cas de fièvre suspects de paludisme et traiter 100% des personnes testées positives selon les directives nationales ;
- Renforcer le système de surveillance, suivi et évaluation ;
- Amener au moins 95% de la population exposée à connaître les modes de transmission, la prévention, la prise en charge du paludisme ;
- Renforcer la gestion du programme.

IV. RESULTATS OBTENUS

4.1. ACTIVITES PROGRAMMATIQUES

Tableau 17.Activités de partenariat

N°	Activités planifiées	Cibles	Description	Résultats obtenus	Niveau de performance	Observation
1	Organiser les réunions préparatoires techniques d'évaluation PAO 2024 et élaboration des PAO 2025	2	Nombre des réunions préparatoires techniques organisés	Réalisé	100%	Rapport des réunions disponibles dans chaque Division
2	Organiser un atelier d'évaluation du PAO 2024	1	Un atelier tenu avec rapport	Non réalisé	0 %	
3	Organiser un atelier d'élaboration du PAO 2025	1	Un atelier tenu avec rapport	Non réalisé	0 %	
4	Organiser des réunions trimestrielles d'évaluation du PAO 2024 et des interventions des partenaires de mise en œuvre	4	Nombre des réunions	Réalisé	100%	Rapport des réunions trimestrielles disponibles
5	Organiser les réunions trimestrielles de suivi de la mise en œuvre des PTF	4	Nombre des réunions organisées	Réalisé	100%	Rapport des réunions trimestrielles disponibles
6	Elaborer le plan de travail trimestriel du PNLP et /ou en assurer sa mise en œuvre	4	Nombre des plans de travail élaborés	Réalisé	100%	Plan de travail Trimestriel disponibles
7	Organiser les réunions trimestrielles de la Task force Paludisme	4	Nombre de réunions Task force Paludisme organisées	Réalisé	75 %	Plan de travail Trimestriel disponible
8	Assurer la participation aux congrès scientifiques internationaux pour 2 cadres du Partenariat	4	Nombre de personnes ayant participé aux congrès	Non réalisé	0%	

9	Organiser les réunions trimestrielles du cadre multisectoriel de concertation	4	Nombre de réunions trimestrielles du cadre multisectoriel assuré	Réalisé	50%	Deux rapports Disponibles
10	Elaborer la feuille de route pour la subvention GC7 du FM	4	Existence de la feuille de route	Réalisé	100%	Rapport disponible
12	Acquérir les crédits de communication/internet la Division Partenariat pour le suivi des activités auprès des partenaires	4	Nombre de trimestre avec crédit	Réalisé	75 %	
13	Organiser des réunions de pilotage de l'Enquête de Couverture Vaccinale et indicateur du paludisme	2	Nombre des réunions organisées	Réalisé	100%	Rapport disponible
14	Organiser 2 jours de validation du PAO 2024 et PSN 2024-2028 PNLP	1	Rapport de validation du PAO 2024 et PSN 2024-2028	Non réalisé	0%	Rapport non disponible
15	Organiser un atelier de développement de l'outil de suivi et évaluation du PAO 2024 et des interventions des partenaires de mise en œuvre	1	Existence de l'outil de suivi et évaluation du PAO 2024	Réalisé	100%	Rapport disponible

3. Résultats obtenus en 2024 (tableau ou histogramme avec commentaire)
4. Discussion des résultats (comparaison resultat 2023 -2024)

La Division de Partenariat a réalisé 3 activités non planifiées :

- Organiser la journée spéciale de plaidoyer institutionnel auprès des parlementaires pour le financement de la lutte contre le paludisme avec le budget national
- Organiser la réunion de validation du Plan de mobilisation des ressources domestiques
- Organiser l'atelier de l'alignement du PSN 2024-2028 au PNDS 2024-2033.

4.2. Mobilisation des ressources

4.2.1. Ressources financières

Tableau 18.Ventilation des fonds attendus pour le PNLP par source de financement

Sources de financement	Fonds		
	Attendu	Décaissé	%
Gouvernement central	$ 3 810 000	$ 3 850 000	101
Gouvernement provincial			
Financement privé	163 904 820	163 904 820	100
Contribution de la communauté			
Ressources extérieures ($)			
FM/CAGF	10 789 361,55	2 735 225,09	25,4
FM/SANRU	190 273 384,18	89 374 851,76	47
CHISU	ND	ND	
CHAI	ND	ND	
PATH	ND	ND	
PROSANI USAID	ND	ND	
PMI/CHEMONICS	ND	ND	
BREAKTROUGHACTION	ND	ND	
Autres à préciser OMS	200 000	200 000	100
Total ($)	368 997 565,73	260 064 896,85	70,5%
Proportion de financement décaissé			

NB : Nous n'avons pas pu récolter les informations financières de tous les projets financés par PMI, par manque de réponses.

Tableau 19 : Ventilation des fonds attendus pour le fonctionnement du PNLP

	Montant prévu	Montant couvert	Taux d'exécution
Frais de Loyer	30 000	30 000	100
Frais d'entretien	12 700	0	0
Communication Téléphoniques	32 508,84	27090,70	83,3
Carburant et lubrifiant	24 000	10185	23,6
Frais de mission et de supervision	374 934	229 334	61,2
Salaires de l'Etat	2 704 622,55	2 704 622,55	100
Primes de risque/ Primes Permanentes			
Primes des PTF	469 236,24	0	0
Autres à spécifier	0	0	0
Total	3 648 001,63	2 771 898,25	76%

Tableau 20.Ventilation des dépenses du PNLP par nature

Nature de dépenses	Fonds		Ecarts
	décaissés	Consommés/ utilisés	
Investissement	0	0	
Salaires de l'Etat	2 704 622,55	2 704 622,55	0
Primes de l'Etat			
Primes des PTF	0	0	
Fonctionnement	67 275,7	67 275,7	0
Acquisition des commodités de prévention	39599403,24	26873033,5	12726369,74
Acquisition des commodités de prise en charge	29303372,12	29037435,00	265937,12
Suivi & Evaluation	1098454,02	1480117,51	-381663,49
CCSC	108488,96	197540,54	-89051,58
Autres	0	0	
Total	72 881 616,59	60 360 024,8	
Capacité d'absorption des ressources	**…82,8%**		
La capacité d'absorption des ressources = Total fonds consommé ou utilisé x 100 / Total fonds décaissé			

Tableau 21. Ventilation des subventions et des dépenses du PNLP par nature

Nature des dépenses	Fonds		Fonds utilisé	Ecarts	Observations
	Attendu[1]	Perçu			
Transferts et interventions	0	0	0	0	
Dépenses du personnel	2704622,55	2704622,55	2704622,55	0	Salaires et primes(4,46%)
Dépenses des prestations	374934	229334	229334	145600	Ecart, est liée par gele/FM(0 37%)
Investissement	0	0	0	0	
Fonctionnement courant	99208,84	67275,7	67275,7	31033,14	Quelques les activités réalisées pour le fonction (0,11%)

1

Acquisition des commodités de prévention	39599403,24	39599403,24	26873033,5	12726369,74	44,35%
Acquisition des commodités de prise en charge	29303372,12	29303372,12	29037435,00	265937,12	47,92%
Suivi et Evaluation	1098454,02	1098454,02	1480117,51	- 381663,49	2,44%
CCSC	108488,96	108488,96	197540,54	- 89051,58	0,32%
Total		73110950,59	60589358,8		

Ecarts = Fonds utilisé x 100=82,8%
Fonds perçu

Commentaires en rapport avec la gestion des ressources financières du Service

Commentaires :
Le taux de décaissement était faible au cours de l'année 2024 (70,5%). Ceci pourrait expliquer le non atteint de la performance attendue (85%, voir tableau de cadre de performance) obtenue dans la mise en œuvre des activités. Pour le prochain PAO 2025, le taux de décaissement pourrait s'améliorer en dressant les faiblesses identifiées pendant de l'évaluation du PAO 2024, en l'occurrence :

- Lourdeur procédurale (manuel des procédures de gestion financière contraignant et retard de justification) impactant négativement la mise en œuvre des activités planifiées ;
- Report récurrent des Toutes activités planifiées au T4/2024 dû au gèle que le Fonds mondial à imposer au Pays. Et Retard dans la mise en œuvre de la subvention GC7.
- La non disponibilité des informations financières en rapport avec le paiement direct des activités financées par les Prosani, Chai, Chemonics, Chisu et Breaktroughaction les partenaires de la famille USAID/ PMI frappés par décision du nouveau Président des USA sont injoignables pour donner les éléments financiers à leur disposition. ne permet pas de calculer la proportion de recettes attendues sur les reçus pour le fonctionnement du Programme.

Le cours de paludologie de la 10ème cohorte a été organisé du 11 septembre au 15 octobre 2024 avec 24 participants dont 9 du PNLP (4 participants du PNLP central et 5 autres du PNLP provincial).

Tableau 22.Renforcement des capacités des cadres du PNLP au cours de paludologie

	IV. PARTICIPANTS,10ème SESSION DU COURS INTERNATIONAL DE PALUDOLOGIE				
1	Nguizani Nkete Aisha	PNLP National	Participant/ Chef de section Commun	1.555.750	KINSHASA
2	DR.Mangaza Kitundwa Daphroza	PNLP National	Participant / Chef de section PEC	1.476.662	KINSHASA
3	DR.Makengo Zola Dorine	PNLP National	Participant/ Chef de section PEC	1.520.901	KINSHASA
4	DR. Willy Tshizubu Kalonji	PNLP National	Participant/ Chef de Sce S& E	630.497	KINSHASA
5	DR.Bofaka Bomeowa Alphonse	ZS/Yamaluka /DPS Mongala	Participant/ MCZ	1.526 435	MONGALA
6	DR. Mandomba Mandenda Olivier	PNLP Equateur	Participant/ Assistant technique	617.979	EQUATEUR
7	IS.Babongo Bokelo Stanley	ZS / Mushi.	Participant/ IS Paludisme	1.280.821	MAINDOMBE
8	DR.Philippe Suela Nkosa	ZS /Muanda	Participant/ MCZ.	977.607	KONGO-CENTRAL
9	DR.Mwelwa Kalasa Lydia	Clinique Univer/L'shi	Participant / Pédiatre	7/996657A	HAUT-KATANGA
10	DR.Faida Murhonyi Nathalie	UNILU	Participant/ Assistant/UNILU		HAUT-KATANGA
11	DR.Mwepu Mudilanga Cedric	Haut- Katanga	Participant/ Assistant/UNILU	7/973296 E	HAUT-KATANGA
12	DR. Bitwayiki Semapfa Christian	ZS/Rutshuru Nord-Kivu	Participant/ MCZ.	1420680	NORD -KIVU
13	DR.Chuck Kamassa Regier	PNLP Provincial	Participant/ MCP	861 517	KASAI
14	DR. Nkiere Boblaje Jean Claude	HGR ZS de Nioki	Participant/Médecin Directeur	1284604	MAINDOMBE
15	DR.Masiala Nzita Hubert	HGR. Barumbu(mère & enfant)	Participant/ MD . HGR. Barumbu	862.373	KINSHASA
16	DR. Nguya Nyaweza Grace	PNLP National	Participant/ CSce Partenariat interne	1.523040	KINSHASA
17	IS.Abdulu Musa Mutumbwa	ZS Lusangi Maniema	Participant/ IS paludisme	7.18743	MANIEMA
18	DR.Bonkingo Bofatsi Philippe	CNRSC	Participant/ Chef de projet malaria	861.980	KINSHASA
19	DR.Kiangebene Miangiena Jean	Médecin traitant/Hop.de la Rive	Participant/Médecin traitant	604674	KINSHASA
20	DR. Kibongo Kininde Ruth	PNLP Provincial	Participant/ Assistant technique	862030	KWILU
21	DR.Irangi Mundinga Jeanne D'Arc	Médecin traitant,CHEN/ Ngiri Ng	Participant	NU	KINSHASA
22	IS.Marhegane Nshobole Divine	PNLP provincial	Participant /IS Paludisme	NU	SUD-KIVU
23	DR. Mulumba Ntumba Alex	Programme National de la Santé	Participant/Asistant	NU	KINSHASA
24	DR. Lukadi Bamue kabasu Marie Sylvie	PNLP provincial Kasai central	Participant : Assistant technique	862211	KASAI CENTRAL

La coordination de la lutte contre le paludisme s'organise à travers les différentes réunions du PNLP avec les PTF, et les réunions de la Direction avec les Divisions.

La Direction du PNLP a tenu 52 réunions hebdomadaires avec les Divisions sur les 52 prévues soit 100%, 4 réunions de Task force FRP sur les 4 prévues soit 100%.

Des journées scientifiques sur le paludisme ont été organisées en 2024 du 18 au 24 mai à Lubumbashi : avec l'appui du Fonds Mondial et de l'USAID, fondées sur la volonté du PNLP de développer la recherche sur le paludisme, les JSP sont l'occasion d'offrir un cadre d'échange d'expériences et d'expertise aux différents acteurs travaillant dans la recherche sur le paludisme afin de partager, valoriser la recherche et les multiples connaissances dans ce domaine. Sous le thème : Innover dans la lutte antivectorielle, dans le traitement préventif, la prise en charge des cas du paludisme, communiquer et investir autrement dans le paludisme.

Tableau 23.Rencontres internationales en 2024

Période	Libellé	Lieu	Participants	Financement
17 octobre au 22 octobre 2024	ASTMH ANNUEL MEETING 2024	CHICAGO, USA	Dr Hyacinthe KASEYA	CHISU
17 octobre au 22 octobre 2024	ASTMH ANNUEL MEETING 2024	CHICAGO, USA	Dr Éric MUKOMENA	PATH

4.3. Impact

L'efficacité des interventions mises en œuvre dans le cadre de la lutte contre le paludisme peut être évaluée par l'impact en termes de réduction de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme. Ainsi les principaux indicateurs ci-après ont été déterminés :

- Morbidité : nombre des cas de paludisme, taux d'incidence du paludisme
- Mortalité : nombre des décès dus au paludisme, taux de mortalité hospitalière liée au paludisme, taux de létalité

a. Incidence et mortalité hospitalière

La morbidité palustre a été de 227pour 1000 habitants en 2024. Quoi qu'en baisse par rapport à 2023, elle est de loin supérieure aux objectifs ODD.

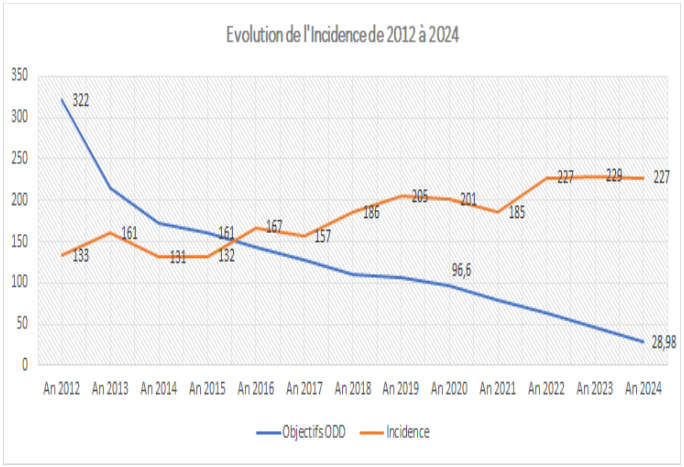


Figure11. Evolution de l'incidence

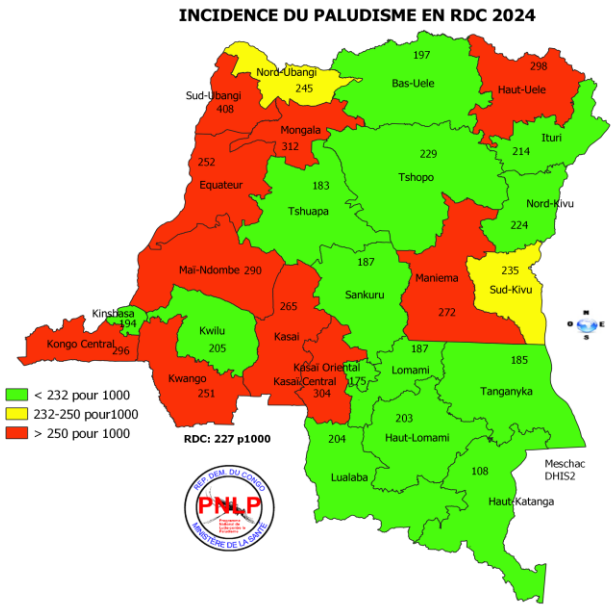
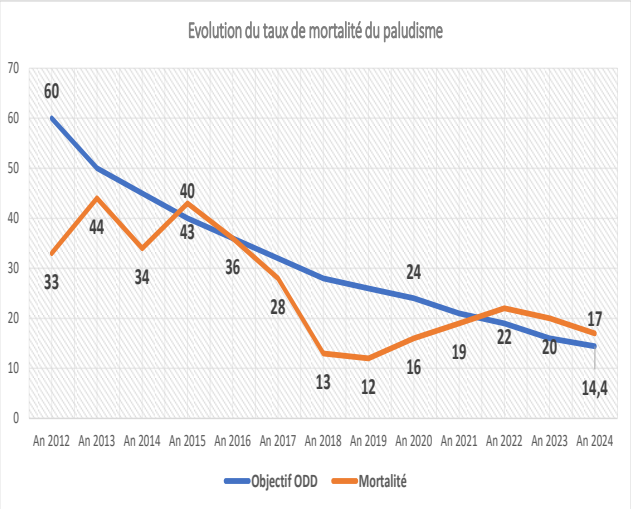


Figure 12: Incidence en 2024



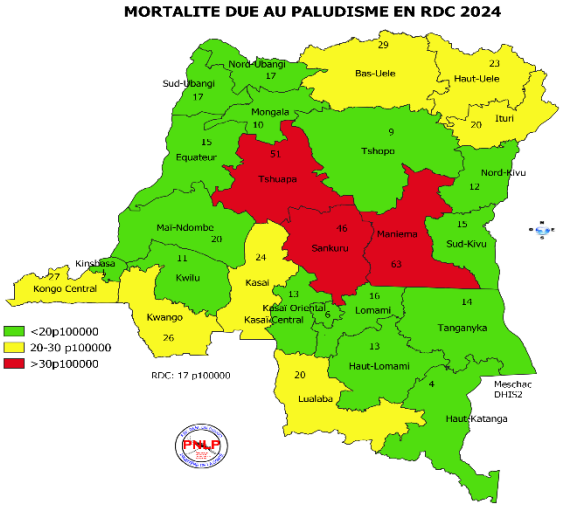


Figure 15. Evolution du taux de mortalité

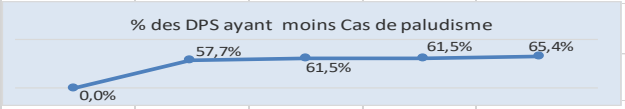
Figure 16. Mortalité palu 2024

Le taux de mortalité palustre est passé de 20 pour 100000 en 2023 à 17pour 100000 en 2024 bien que toujours supérieur aux ODD.

b. Evolution des cas et des décès du paludisme

Tableau 24. Evolution des cas de paludisme

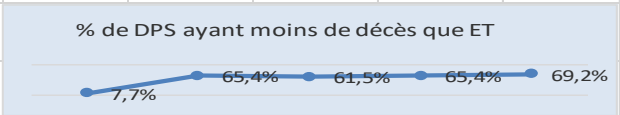
	Cas de paludisme						
Provinces	AN 2020	AN2021	AN 2022	AN 2023	AN 2024	**Total cas de paludisme < 5 ans en 2024**	**Proportion cas de paludisme < 5**
Bas Uele	304993	312423	316858	314273	338662	182 078	54%
Equateur	648163	623433	790427	845507	804286	369 028	46%
Haut Katanga	816376	901003	912771	909393	895539	401 723	45%
Haut Lomami	912005	783923	1029236	844466	981180	524 656	53%
Haut Uele	690116	615669	744681	782850	743303	340 187	46%
Ituri	1322037	1397986	1626182	1705362	1569293	745 572	48%
Kongo Central	1296886	1233229	1458524	1561380	1411792	552 795	39%
Kasai Oriental	1059436	907609	1076086	1083936	1048750	548 652	52%
Kwango	693126	698853	744136	717290	779050	409 552	53%
Kwilu	923009	994442	1226591	1196263	1310460	639 821	49%
Kinshasa	1305692	1692688	2191366	2187492	2360340	791 967	34%
Kasai Central	1324253	1405862	1367901	1617955	1780583	928 034	52%
Kasai	960993	1158365	1210954	1346974	1610015	836 552	52%
Lualaba	586018	576846	591383	646259	693513	343 878	50%
Lomami	855159	649115	938645	886667	897647	502 713	56%
Maindombe	548197	447673	640521	643839	707253	345 288	49%
Mongala	853450	848878	1038947	1062696	1030580	497 073	48%
Maniema	779258	715715	879649	773553	904301	555 779	61%
Nord Kivu	1388577	1582770	1881259	1920542	2417293	798 496	33%
Nord Ubangi	511460	504118	601475	557599	480519	300 100	62%
Sud Kivu	1569570	1448737	1638296	1643553	2106616	955 047	45%
Sankuru	503872	459422	759808	616967	538419	287 271	53%
Sud Ubangi	1228384	1178901	1581075	1623438	1559718	896 861	58%
Tanganyika	554606	395128	802360	683573	677680	401 649	59%
Tshopo	692788	527061	874035	1034160	1005640	513 844	51%
Thuapa	298925	335702	434470	470647	470830	247 945	53%
RD Congo	22627349	22395551	27357636	27676634	29123262	13 916 561	48%
Moyenne	870282,654	861367,35	1052216,8	1064485,9	1120125,462		
Q3	1186147	1173767	1332573,5	1507778,5	1522736,5		



Commentaires : Le nombre des cas de paludisme est en augmentation de 2020 à 2024 due à l'amélioration de la couverture des services curatifs.

Tableau 25.Evolution des décès palustres

	Décès dus au paludisme						
Provinces	AN 2020	AN2021	AN 2022	AN 2023	AN 2024	**Total décès palu < 5 ans en 2024**	**Proportion décès palu < 5 ans**
Bas Uele	171	452	595	341	492	352	72%
Equateur	311	599	355	486	481	283	59%
Haut Katanga	722	717	572	394	342	244	71%
Haut Lomami	533	527	878	609	614	419	68%
Haut Uele	713	346	1089	1009	565	331	59%
Ituri	949	1098	1494	2335	1504	802	53%
Kongo Central	2193	1878	1854	2004	1269	1056	83%
Kasai Oriental	453	424	493	343	332	283	85%
Kwango	879	962	882	610	796	467	59%
Kwilu	461	813	786	819	673	438	65%
Kinshasa	889	1602	1646	934	161	362	225%
Kasai Central	738	1175	551	628	779	638	82%
Kasai	1249	1428	1331	2139	1429	935	65%
Lualaba	287	506	361	390	668	510	76%
Lomami	577	412	581	602	756	674	89%
Maindombe	451	727	1004	546	486	335	69%
Mongala	162	731	464	467	320	236	74%
Maniema	1202	1595	1885	1333	2097	1754	84%
Nord Kivu	1251	782	1466	951	1261	596	47%
Nord Ubangi	475	480	603	491	339	274	81%
Sud Kivu	874	1293	992	796	1360	831	61%
Sankuru	1240	1575	1271	1144	1325	1058	80%
Sud Ubangi	549	604	864	669	662	439	66%
Tanganyika	411	564	741	401	516	443	86%
Tshopo	419	449	850	1075	390	287	74%
Thuapa	652	619	764	814	1319	888	67%
RD Congo	18811	22358	24372	22330	21695	14935	69%
Moyenne	723,5	859,923	937,385	858,846	805,231		
Q3	886,5	1155,75	1225,5	994,5	1267		



Commentaire : Le pays a connu une augmentation de décès de 2020 à 2022, suivi d'une baisse de l'année 2023 à 2024 avec 21695 décès. Les provinces ayant contribué à cette augmentation sont Ituri, Kongo central, Kasaï, Maniema et Sankuru.

EVOLUTION DES CAS ET LÉTALITÉ PALUSTRE DE 2020 à 2024

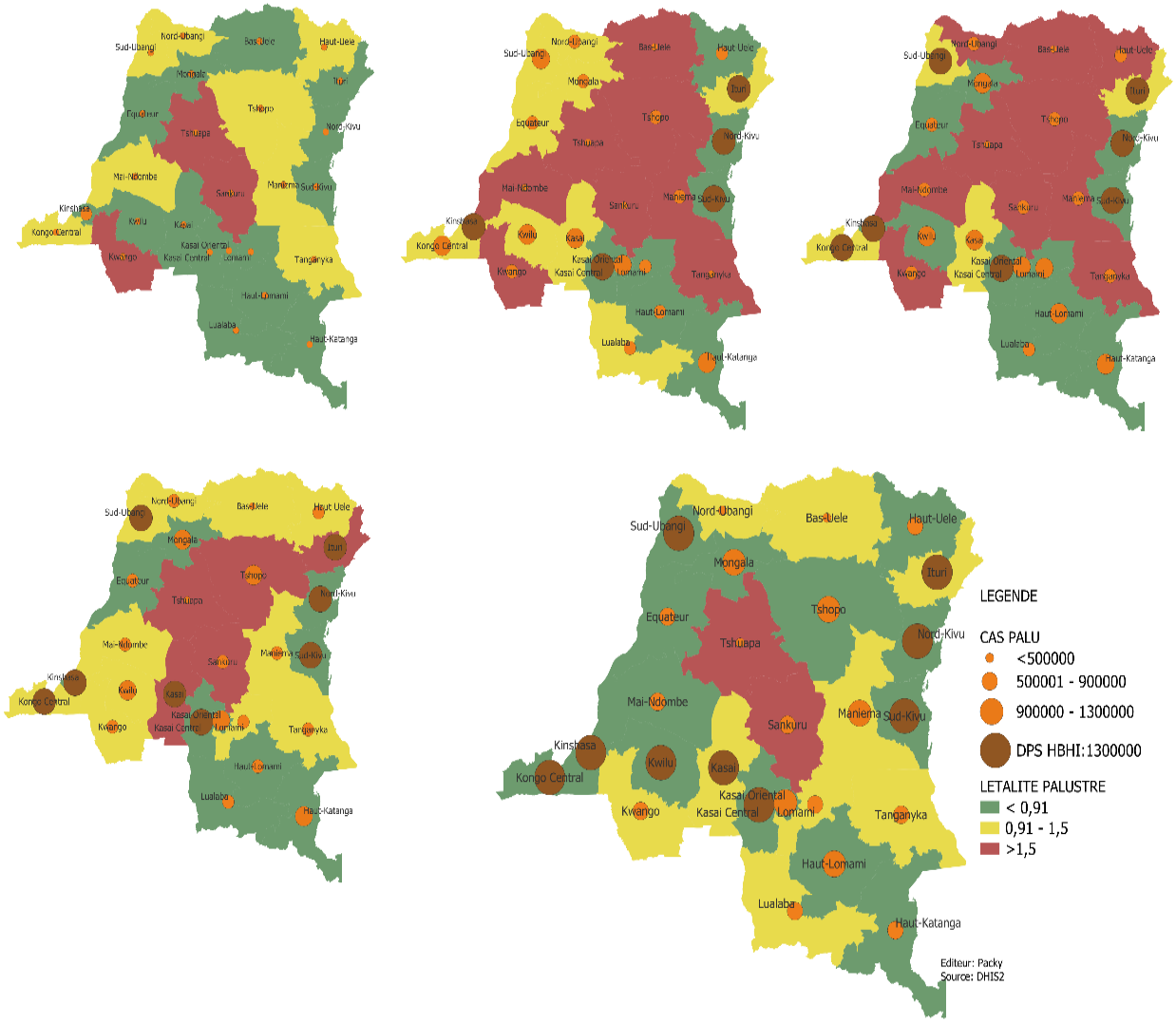


Figure 17. Cas et létalité palustre

Commentaire : Ces cartes de tendances temporo-spéciales des cas et létalité palustres montrent une létalité élevée dans les provinces avec peu des cas de paludisme signifiant une faible accessibilité aux soins.

V. ANALYSE FFOM

FORCES

- Organisation du dénombrement couplé à la distribution gratuite des MII dans les provinces de Kinshasa et Bas Uélé ;
- Très bonne complétude et promptitude globale, amélioration du score de qualité des données du paludisme en 2024 ;
- Mise en œuvre de la Chimio prévention du Paludisme Pérenne dans les 4ZS pilotes et introduction de la VAP dans la DPS Kongo central ;
- Bonne couverture diagnostique et thérapeutique des cas de paludisme en bonne voie ;
- Une baisse de la mortalité hospitalière du paludisme en 2024 ;
- Tenue des journées scientifiques paludisme
- La célébration de la journée mondiale paludisme

FAIBLESSES

- Les TET n'ont pas été corrigés au PCR ;
- Deux flambées épidémiques ont été investiguées et ripostées sur les 22 détectées ;
- Stagnation de l'incidence
- Conditions défavorables de travail (bâtiment inapproprié)
- Pléthore du personnel
- Aucune prime de performance du FM payée
- Gel de fond par FM

OPPORTUNITES

- Appui de CHISU, PATH et CHAI

MENACES

- Faible mobilisation des ressources additionnelles

VI. RECOMMANDATIONS

AU PNLP CENTRAL

- Etendre l'utilisation des MILD de nouvelle génération (PBO, interceptor G2)
- Maintenir la tendance à la baisse de de la mortalité hospitalière du paludisme amorcée en 2023 par le renforcement de la formation des prestataires en prise en charge, l'approvisionnement régulier des médicaments et des supervisions formatives régulières
- Inverser la tendance de l'incidence notamment par le renforcement des moyens préventifs
- Renforcer la communication en faveur de la possession et de l'utilisation de la MII

AUX DPS ET ZS

- Améliorer l'exhaustivité des données dans la DPS de Tshuapa
- Améliorer la couverture de distribution des MILD à la CPN et à la CPS notamment par la maîtrise de la cible et l'approvisionnement régulier des MILD dans les FOSA
- Sensibiliser les femmes enceintes à fréquenter tôt les services de CPN pour bénéficier de toutes les doses requises de la SP
- Renforcer les missions d'évaluation des données de paludisme

- Renforcer la communication en faveur de la lutte contre le paludisme
- Préserver les acquis dans le rapportage en termes de très bonne complétude et promptitude, dans la cohérence des données, le diagnostic et le traitement des cas de paludisme
- Déterminer la CMM et faire la réquisition des médicaments en fonction de la CMM

VII. CONCLUSION

Le PNLP a réalisé des activités dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action opérationnel 2024, ces activités ont couvert les domaines de la prévention du paludisme, de la prise en charge des cas de paludisme et des activités de soutien (surveillance, suivi-évaluation, formation). Certains résultats ont été encourageants notamment l'organisation du dénombrement couplé à la distribution gratuite des MII, le diagnostic et le traitement des cas de paludisme, la réalisation des enquêtes (EUV, TET, dosage des marqueurs de résistance), la célébration de la Journée Mondiale Paludisme, un bon rapportage des données avec une bonne cohérence des données.

Par ailleurs l'on constate que l'incidence a stagné entre 2022 et 2024 et la mortalité hospitalière a connu une baisse en 2023 et 2024. Des efforts devront donc être menés pour maintenir la tendance à la baisse de de la mortalité hospitalière du paludisme amorcée en 2024 par notamment le renforcement de la formation des prestataires en prise en charge, l'approvisionnement régulier des médicaments et des supervisions formatives régulières. Aussi les mêmes efforts devront être soutenus pour Inverser la tendance de l'incidence notamment par le renforcement des moyens préventifs.