

MINISTRE DE LA SANTÉ
ET DE LA POPULATION

CABINET

UNITE DE COORDINATION
DES PROGRAMMES ET PROJETS

DIRECTION DU PROGRAMME NATIONAL
DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

RÉPUBLIQUE DU CONGO
Unité *Travail*Progrès



PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2023-2027

Mars 2023 Avec l'appui technique et financier de



TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS.....	Erreur ! Signet non défini.
REMERCIEMENTS.....	4
ABREVIATIONS / ACRONYMES.....	5
LISTE DES TABLEAUX, CARTES ET GRAPHIQUES.....	7
RESUME EXECUTIF.....	8
INTRODUCTION	10
<i>I. PROFIL DU PAYS.....</i>	<i>13</i>
I.1 Présentation et contexte administratif	13
I.2 Situation démographique.....	15
I.3 Écosystème, environnement, climat et facteurs de risque de transmission du paludisme dans le pays.....	18
I.3.1 Climat et végétation.....	18
I.3.2 Hydrographie.....	19
I.3.3 Pluviométrie.....	19
I.3 Situation socioculturelle	19
I.3.1 Éducation	19
I.5.5.1 Impact sur le système de santé	36
<i>II. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME.....</i>	<i>38</i>
II.1 Présentation du PNLP.....	38
II.2. Historique du paludisme	39
II.3. Profil épidémiologique.....	40
II.3.1 Vecteurs du paludisme	41
II.3.2 Résistance aux insecticides.....	41
II.3.3 Changement/évolution de la distribution des espèces de parasites	42
II.3.4 Stratification et cartographie du paludisme	43
II.3.5.1 Morbidité	43
II.3.5.2 Mortalité	48
II.4. Examen du PSN 2018-2022	50
II.4.1 Prévention.....	50
II.4.2 Prise en charge.....	51
II.4.3 Gestion du programme	53
II.4.4 Principales forces, faiblesses de mise en œuvre, opportunités et menaces (FFOM)	61
II.4.5 Défis de la lutte contre le paludisme	69
<i>IV. CADRE STRATÉGIQUE</i>	<i>71</i>
IV.1. Vision.....	71
IV.2. Mission.....	71
IV.3. Orientations stratégiques et priorités politiques	71
IV.4. But et objectifs	72
IV.4.1- But.....	72
IV.4.2- Objectifs	72

IV.4.2.1-Objectif général.....	72
IV.4.2.2-Objectifs spécifiques.....	73
IV.5. Stratégies et activités clés	73
V. CADRE DE MISE EN OEUVRE DU PSN 2023-2027.....	99
V.1. Plan de travail	99
V.2 Modalités de mise en œuvre du PSN 2023-2027.....	99
V.2.1 Mécanisme de planification et de mise en œuvre	99
V.2.2 Système de partenariat et de coordination	100
V.2.3 Système de gestion des achats et stocks	100
V.2.4 Gestion des ressources financières.....	101
V.2.5 Gestion et atténuation des risques.....	101
V.3 Budgétisation du PSN 2023-2027	102
V.3.1 Budget par modules et interventions	102
V.4. Cartographie des partenaires.....	106
V.5. Plan de mobilisation des ressources.....	107
VI. CADRE DE SUIVI ET D'EVALUATION	107
VI.1. Cadre de performance	107
VI.2 Système de gestion des données	114
VI.2.1 Collecte des données.....	114
VI.2.1.2 Données des enquêtes et études spécifiques.....	114
VI.2.1.3 Périodicité et niveau de transmission des données de routine.....	114
VI.2.1.4 Assurance qualité des données.....	115
VI.2.1.5 Entreposage et traitement des données.....	115
VI.2.1.6. Plan de diffusion et d'utilisation de l'information.....	115
VI.3. Mécanismes de coordination de S & E.....	116
VI.3.1 Cadre de suivi-évaluation	116
VI.3.2 Mécanismes de suivi-évaluation.....	116
VII. ANNEXES.....	117
Annexe 1 : Plan d'action.....	117
ANNEXE 2 : Organigrammes	136
Annexe 3 : Documents de référence.....	138
Annexe 4 : Liste de présence	140

PREFACE.



Au terme du Plan Stratégique de 4ème génération de lutte contre le paludisme (2018-2022), le Ministère de la Santé et de la Population a initié et mis en œuvre, avec l'appui des partenaires techniques et financiers au cours de l'année 2023, la Revue de Performances du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

Cette revue a permis d'identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces qui influencent la lutte contre le paludisme dans le pays. Elle a aussi permis de faire des recommandations pertinentes pour intensifier et structurer la lutte contre le paludisme en vue de l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) à l'horizon 2030.

La politique nationale de lutte contre le paludisme au Congo a été révisée en 2018 afin d'intégrer les nouveaux apports scientifiques qui ont suscité de nouvelles approches stratégiques dans la lutte contre le paludisme. Ce document donne aux différents acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme, les orientations claires dans le but d'harmoniser les stratégies de prévention et de prise en charge des cas conformément aux recommandations de l'OMS.

Le plan stratégique 2023-2027 qui contribuera à l'atteinte des objectifs du développement durable (**ODD 3**) s'est aligné à la nouvelle stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme, y compris le cadre d'action et d'investissements du Roll Back Malaria (RBM), le Plan National de Développement (PND) 2022-2026 et le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2022-2026.

Le présent plan a été élaboré dans le cadre d'un processus participatif impliquant les partenaires techniques et financiers (FM, OMS, RBM, UNICEF, ALMA, CRS, PNUD, AMP Health), les ONG (POALP, CJID, CARITAS, MDA, GSR), les services techniques du Ministère de la santé et de la population et les consultants nationaux et internationaux.

A travers ce plan stratégique 2023-2027, le pays dispose d'un nouveau cadre qui fixe les objectifs, définit les orientations stratégiques, les modalités de mise en œuvre et de suivi/évaluation, identifie les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la lutte contre le paludisme.

La mise en œuvre de ce plan permettra assurément d'atteindre les objectifs fixés afin d'évoluer vers la pré-élimination et l'élimination du paludisme. Ainsi, pour aspirer à cette vision, le développement d'un cadre de partenariat élargi avec le secteur public, le secteur privé, les partenaires bi et multi latéraux, les ONG, les OBC, les universités et les communautés de base s'avère nécessaire et obligatoire.

Le Ministre de la Santé et de la population

Gilbert MOKOKI

REMERCIEMENTS

Le présent document est la concrétisation de la volonté politique du gouvernement, de l'appui des partenaires au développement et du travail des cadres et acteurs de terrain dans la lutte contre le paludisme.

Le Ministère de la Santé et de la population remercie tous ceux qui de près ou de loin, ont bien voulu apporter leur contribution inestimable à la réalisation de ce travail.

C'est le moment de rendre hommage à tous les acteurs grâce auxquels, le processus de revue des performances du Programme National de Lutte contre le Paludisme, de révision de la politique nationale de lutte contre le paludisme et d'élaboration du plan stratégique 2023-2027 a été finalisé. Il s'agit particulièrement des :

- services techniques du ministère de la santé et de la population ;
- programmes et projets du ministère de la santé et de la population ;
- institutions de formation et de recherche ;
- équipes cadres des districts sanitaires et des directions départementales de la santé ;
- prestataires de services des formations sanitaires ;
- communautés qui ont bien voulu participer aux focus groupe ;
- participants aux différents ateliers et des enquêteurs de terrain ;
- consultants indépendants ;
- cadres du PNLP.

Nous adressons notre profonde gratitude à tous les partenaires bi et multilatéraux ainsi qu'aux organisations de la société civile et du secteur privé qui ont rendu possible, grâce à leur soutien technique, financier et matériel, la réalisation de ce travail. Il s'agit notamment de Roll Back Malaria (RBM), Alliance des leaders africains pour la lutte contre le paludisme (ALMA), le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme (FM), l'OMS, l'Unicef, POALP, MDA, CJID, CARITAS, AMP Health...

Nous restons convaincus que le présent plan permettra de mettre à la disposition des partenaires et acteurs, les moyens techniques, financiers et matériels pour une mise en œuvre efficiente des stratégies de lutte contre le paludisme au Congo.

ABREVIATIONS / ACRONYMES

ACT	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
AL	Artéméther/Luméfantrine
AS	Agent de Santé
CAMEPS	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Produits de Santé
CAP	Connaissances, Attitudes, Pratiques
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMS	Centre Médico-Social
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
SPN	Soins Périnataux
CSI	Centre de Santé Intégré
DDSSSa	Direction Départementale des Soins et Services de Santé
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DELM	Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre la Maladie
DGPOP	Direction Générale de la Population
DGSSSa	Direction Générale des Soins et Services de Santé
DGAR	Direction Générale de l'Administration et des Ressources
DHIS2	Data Health Information System 2
DHPS	Direction de l'Hygiène et de la Promotion de la Santé
DS	District Sanitaire
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FE	Femme Enceinte
FOSA	Formation Sanitaire
GAS	Gestion des Achats et des Stocks
GP	Gestion du Programme
IEC	Information, Education, Communication
IRSSA	Institut de Recherche en Sciences de la Santé
JMLP	Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme
LAV	Lutte Anti Vectorielle
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
MICS	Malaria Indicators Cluster Survey

MILDA	Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide à Longue Durée d’Action
MIS	Malaria Indicators Survey
MSP	Ministère de la Santé et de la Population
OBC	Organisation à Base Communautaire
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs de Développement pour le Millénaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PBF	Performance Basée sur le Financement
PCIME-C	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfant au Niveau Communautaire
PEC	Prise En Charge
PECADOM	Prise En Charge A Domicile
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PG	Paludisme Grave
PID	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PMAE	Paquet Minimum d’Activités Elargi
PMAS	Paquet Minimum d’Activités Standard
PND	Plan National de Développement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNS	Politique Nationale de Santé
PSN	Plan Stratégique National
PTF	Partenaire Technique et Financier
RECO	Relais Communautaire
RH	Ressource Humaine
SNIS	Système National d’Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
SPN	Soins Prénatals
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TET	Test d’efficacité Thérapeutique
TPI g	Traitement Préventif Intermittent pendant la Grossesse
Unicef	Fonds des Nations Unies pour l’Enfance

LISTE DES TABLEAUX, CARTES ET GRAPHIQUES

TABLEAUX	Pages
<i>Tableau I : Répartition des réfugiés et demandeurs d'asile selon l'âge, le sexe et la localité.....</i>	<i>16</i>
<i>Tableau II : Répartition des populations autochtones par département selon le sexe</i>	<i>17</i>
<i>Tableau III : Évolution des principaux indicateurs démographiques</i>	<i>18</i>
<i>Tableau IV : Principaux indicateurs de santé</i>	<i>28</i>
<i>Tableau V : Différentes densités de certaines catégories du personnel pour 1.000 habitants</i>	<i>29</i>
<i>Tableau VI : Stratification des départements selon l'incidence en 2021</i>	<i>43</i>
<i>Tableau VII : Cadre de performance avec les cibles, niveaux atteints et écarts</i>	<i>56</i>
<i>Tableau VIII : Budget par module</i>	<i>102</i>
<i>Tableau IX : Budget par intervention.....</i>	<i>102</i>
CARTES	
<i>Carte 1 : Carte administrative du Congo.....</i>	<i>13</i>
<i>Carte 2 : Répartition de l'incidence du paludisme par département en 2021.....</i>	<i>45</i>
GRAPHIQUES	
<i>Graphique-1 : Pyramide des âges en 2021 (projection à partir des données INS)</i>	<i>17</i>
<i>Graphique 2 : Evolution de l'incidence du paludisme pour 1000 habitants entre 2013 et 2021</i>	<i>44</i>
<i>Graphique 3 : Evolution de la proportion des décès et des cas graves de paludisme en milieu hospitalier entre 2016 et 2022</i>	<i>46</i>
<i>Graphique 4 : Evolution de la morbidité proportionnelle du paludisme 2018-2022 par rapport aux cibles</i>	<i>47</i>
<i>Graphique 5 : Evolution de la proportion des cas suspects testés de 2016 à 2021</i>	<i>48</i>
<i>Graphique 7 : Evolution de la mortalité liée au paludisme pour 100 000 habitants entre 2013 et 2021.....</i>	<i>49</i>
<i>Graphique 8 : Evolution de la létalité hospitalière paludisme entre 2011 et 2021.....</i>	<i>50</i>
FIGURES	

RESUME EXECUTIF

Le Plan stratégique national de lutte contre le paludisme (PSN) 2023-2027 matérialise l'engagement du pays à travailler efficacement pour le contrôle du paludisme dans la perspective de son élimination à l'horizon 2030.

La situation du paludisme au Congo se caractérise par une morbidité et une mortalité élevée touchant plus particulièrement la femme enceinte et l'enfant de moins de 5 ans. La charge épidémiologique du paludisme est très importante pour le système de soins au Congo, puisqu'il constitue la première cause des consultations (71%), d'hospitalisation (56 %) et de mortalité (14%)¹. Cette augmentation est aussi observée pour le taux d'hospitalisation due au paludisme passant de 3 en 2020 à 5 pour 10 000 habitants en 2021 et de mortalité due au paludisme passant de 2 en 2020 à 4 pour 100 000 habitants en 2021.

Toute la population est exposée au risque de contracter cette maladie mais les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans constituent les groupes les plus vulnérables. Pour les moins de 5 ans, le paludisme représente 66% des causes de consultation externe, 58% des causes d'hospitalisations et 1% des causes de décès au niveau des hôpitaux. (Rapport du PNLP 2021).

Le processus d'élaboration de ce plan stratégique 2023-2027 a été fait de façon inclusive, participative et consensuelle par l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme au Congo en s'appuyant sur la méthodologie recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Le Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme 2023-2027 se fonde d'une part au niveau global sur la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 et d'autre part au niveau national sur les orientations stratégiques de la Santé retenues dans le PND 2022-2026 et le PNDS 2022-2026 et vise à améliorer le niveau de santé de la population. A cet effet, quatre (04) objectifs spécifiques ont été identifiés selon les recommandations de l'aide-mémoire de la revue du PSN 2018-2022.

Il s'agit d'ici fin 2027 de :

¹ Rapport PNLP 2021

1. Réduire de 78% (de 54% à 10,5%) la morbidité liée au paludisme de la population générale par rapport aux données de 2015 ;
2. Réduire de 78% (de 41% à 9,02%) la mortalité liée au paludisme par rapport aux données de 2015 ;
3. Renforcer la surveillance épidémiologique et entomologique;
4. Renforcer les capacités managériales du PNLP.

La mise en œuvre de ce plan se fera à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la pleine participation des secteurs public et privé, de la Société Civile, de la communauté avec l'appui des partenaires techniques et financiers. Des indicateurs ont été formulés pour permettre le suivi et l'évaluation de ce plan.

D'un coût global de 46 992 923 Euro, dont 8 412 689 966 FCFA apport du FM, 5 390 000 000 FCFA doivent provenir des ressources locales et 6 853 609 544 FCFA d'écart financier à combler sur les cinq ans.

INTRODUCTION

La République du Congo, comme la plupart des pays subsahariens, fait face à de grands défis liés à la santé en général et particulièrement au paludisme qui demeure un véritable problème de santé publique et l'une des premières causes de morbi-mortalité.

Au Congo, le vecteur le plus fréquemment observé est *Anopheles gambiae s.l* (90%). La principale espèce plasmodiale rencontrée sur l'ensemble du territoire est *Plasmodium falciparum*.

Dans la riposte contre ce fléau, en dépit des efforts fournis, le Congo est encore à la phase de contrôle de la maladie, suivant la classification de l'OMS. En effet, malgré l'observation d'une diminution progressive de plus de 37% du taux d'incidence globale² entre en 2019 (238 cas pour 1000 personnes exposées) et 2021 (219 cas pour 1000 personnes exposées), le Congo n'a pas encore atteint la norme relative au contrôle de la maladie.

La charge épidémiologique du paludisme est très importante pour le système de soins au Congo. Le paludisme constitue la première cause des consultations (71%), d'hospitalisation (56%) et de mortalité (42%)³ en 2021. Le taux d'hospitalisation due au paludisme a connu une augmentation, il est passé de 5 à 10 pour 10 000 habitants tandis que le taux de mortalité due au paludisme a diminué de 39 à 15 pour 100 000 habitants⁴, pour la même période.

Globalement, la tendance des principaux indicateurs, notamment l'incidence et la mortalité liées au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est à la hausse entre 2018 et 2022. Néanmoins, il a été observé une diminution de la mortalité de 12% (passant de 31% à 19%) entre 2019 et 2020, après la campagne de distribution de masse des MILDA de 2019. Cette tendance a été inversée par une augmentation de 6% de cet indicateur qui est passé de 23% à 29% entre 2021 et 2022. De même,

²Rapport OMS

³ Ajouter la référence

⁴DHIS2

l'incidence du paludisme a connu une augmentation de 10% (passant de 58% à 66%) entre 2019 et 2021. En 2022, cette incidence a été de 50%.

Toute la population est exposée au risque de contracter cette maladie. Cependant les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans constituent les groupes les plus vulnérables. Chez les moins de 5 ans, le paludisme représente 66% des causes de consultation externe, 58% des causes d'hospitalisations et 23% des causes de décès au niveau des hôpitaux.⁵

La vision du PNDS 2018-2022 est de renforcer la prévention et la prise en charge des maladies transmissibles, et non transmissibles avec un accent particulier sur les maladies tropicales négligées. La concrétisation de cette vision passe par des actions multisectorielles, la promotion des comportements favorables à la santé dans la communauté pour s'assurer qu'à tous les niveaux du système de santé, on dispose des ressources humaines qualifiées en quantité suffisante, des directives et/ou des protocoles actualisés et des intrants nécessaires.

Le PNDS 2018-2022 étant à terme, le PNDS 2022-2026 est en cours de finalisation.

Face à ce fléau, le Congo a pris des engagements nationaux en relation avec ceux du niveau international sur la lutte contre le paludisme (Déclaration des Chefs d'Etat et de gouvernement d'Abuja, Objectifs pour le développement durable) qui se sont matérialisés par un engagement soutenu du Gouvernement et des partenaires techniques et financiers.

Selon le rapport de la revue du PSN 2018-2022, le système de santé du Congo a des faiblesses en matière de planification. En effet, le document de politique nationale de santé a été adoptée en 2000 après l'échéance du PNDS 1992 -1996 alors qu'il devait le précéder. Cette politique nationale de santé (PNS) est restée sous la forme juridique d'une simple déclaration alors que le PNDS a fait l'objet d'une loi. De même, on note que la fréquence de l'élaboration des plans nationaux de développement sanitaire (PNDS) n'a pas toujours été respectée.

C'est ainsi que plusieurs périodes ont été gérées en l'absence d'un cadre de référence clair, partagé par l'ensemble des acteurs du secteur santé. Il en a été ainsi de 1997 à 2006 et des années 2012, 2013 et 2014. Par ailleurs, plusieurs cadres stratégiques

⁵ Rapport PNLP 2021

ont été mis en place, dictés par les spécificités de divers programmes, projets et autres interventions. Les périodes couvertes par ces différents cadres stratégiques sont aussi diverses que variées, traduisant ainsi un réel défaut d'alignement sur un unique cadre de référence.

Dans le secteur de la santé, le PNDS 2022-2026 s'appuie sur quatre axes stratégiques du PND 2022-2026 à savoir :

1. *Le renforcement de la gouvernance et le pilotage du secteur de la santé ;*
2. *L'amélioration de l'accès équitable des populations à des paquets de services essentiels et de qualité en vue d'atteindre la Couverture Sanitaire Universelle ;*
3. *La sécurité sanitaire et gestion des situations d'urgences selon l'approche englobant l'ensemble des menaces ;*
4. *La promotion d'un meilleur état de santé et de bien-être de la population.*

Le plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2023-2027 est aligné au PNDS 2022-2026 notamment sur son quatrième axe afin d'atteindre *l'ODD 3.3 « d'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie du sida, de la tuberculose, du paludisme et des maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles ».*

Pour élaborer le présent plan stratégique, la République du Congo s'est engagée avec l'appui de ses partenaires à mener une revue du plan stratégique de lutte contre le paludisme 2018-2022. Cette revue a constitué une étape importante pour l'élaboration du nouveau plan stratégique 2023-2027 aligné au PNDS 2022-2026 orienté vers la couverture universelle des interventions pour la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme et renforcement de la surveillance épidémiologique

Le présent plan résulte d'efforts conjugués d'une équipe pluridisciplinaire et multisectorielle impliquée dans la lutte contre le paludisme au Congo. En effet, outre l'équipe du PNLP, les représentants de certaines directions du ministère de la santé, des DDSSSa, des DS, des partenaires, du secteur privé ont été associés à l'élaboration dudit plan.

Cette élaboration a suivi une méthodologie portant sur cinq (05) principales phases que sont:

- Phase 1 : rencontres préparatoires au niveau national et sous régional ;
- Phase 2 : revue documentaire et collecte de données complémentaires sur le terrain;

- Phase 3 : rédaction des rapports thématiques et du rapport de la revue ;
- Phase 4 : validation du rapport de la revue de performance par le comité national de pilotage de la lutte contre le paludisme ;
- Phase 5 : élaboration du plan stratégique.

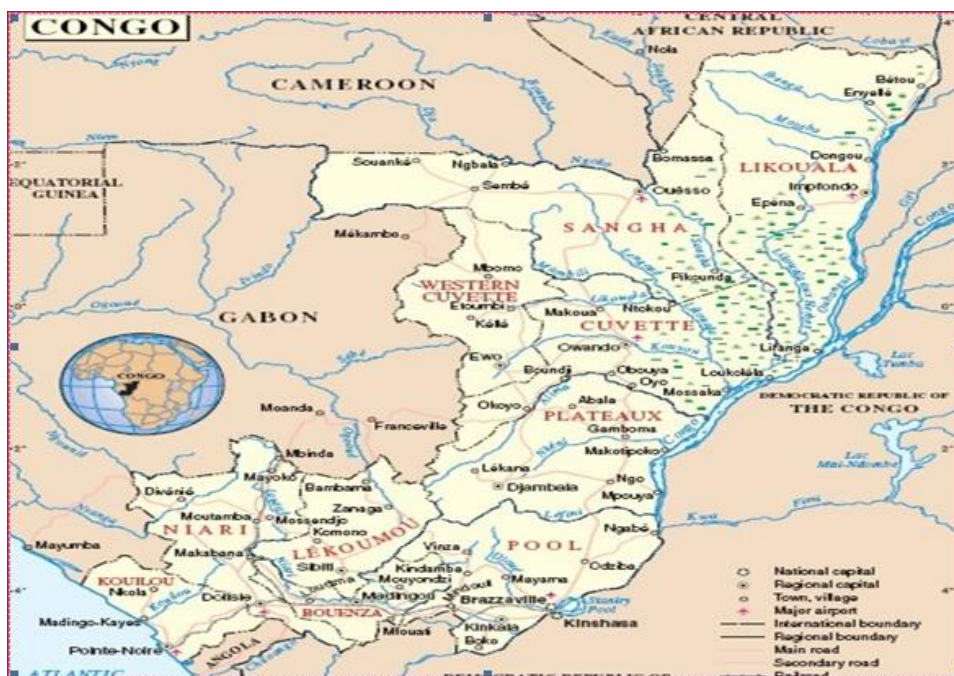
Le présent document est structuré en cinq (5) grandes parties :

- Le profil du pays;
- L'analyse de la situation du paludisme;
- Le cadre stratégique;
- Le cadre de mise en œuvre,
- Le cadre de suivi-évaluation.

I. PROFIL DU PAYS.

I.1 Présentation et contexte administratif.

La République du Congo est située en Afrique centrale et s'étend sur une superficie de 342.000 km². Elle partage ses frontières avec 5 pays : le Gabon à l'Ouest sur 1.903 km, le Cameroun au Nord-Ouest sur 523 km, l'Angola et l'enclave du Cabinda au Sud sur 201 km, la République Centrafricaine au Nord sur 467 km et la République Démocratique du Congo à l'Est sur 2.410 km le long du fleuve Congo et la rivière Oubangui.



Carte 1 : Carte administrative du Congo.

Sur le plan administratif, La loi n°3-2003 du 17 janvier 2003 fixant l'organisation administrative territoriale, subdivise le pays en douze (12) départements, seize (16) communes, vingt-trois (23) arrondissements, quatre-vingt-huit (88) districts, cinquante-deux (52) communautés urbaines, six (6) communautés rurales, sept cent vingt (720) quartiers et trois milles deux cent quatre-vingt-seize (3296) villages.

La loi n°10 du 06 février 2003 transfère trois domaines de compétence aux collectivités locales: (i) la gestion de la santé, (ii) l'activité sociale et (iii) la protection civile.

Les départements sont placés sous l'autorité des préfets, les districts, les communes et les arrondissements sont administrés, respectivement par les sous-préfets, les maires et les administrateurs maires délégués.

La décentralisation a été amorcée par la mise en place de conseils départementaux et municipaux. Le transfert de compétence et des ressources associées est en cours d'étude pour une mise en place effective.

En parallèle, le statut de la fonction publique territoriale a été prévu par la loi n°5-2005. Cette dernière a fait l'objet de dix-huit décrets d'application adoptés en conseil des ministres le 29 décembre 2011. Il sied aussi de noter que dans les faits, le fonctionnement de l'Etat demeure encore centralisé. Le processus de décentralisation tarde à produire tous ses effets.

Le Congo a adopté une nouvelle constitution qui a été promulguée le 6 novembre 2015. Cette dernière a instauré le régime semi-présidentiel. Les institutions issues de cette nouvelle constitution ont été progressivement mises en place.

Le dernier processus électoral a généré des conflits qui ont occasionné l'insécurité dans le département du pool avec des déplacements important des populations dans les départements limitrophes. Depuis décembre 2018, le gouvernement a signé un accord de cessation d'hostilités qui a permis le retour progressif à la paix dans cette partie du pays.

La décentralisation a été amorcée par la mise en place de conseils départementaux et municipaux. Le transfert de compétence et des ressources associées est en cours d'étude pour une mise en place effective.

Les priorités nationales de développement ont été définies lors de la revue du secteur santé en 2018. Ce sont :

1. l'amélioration de l'accès équitable des populations à des paquets de services essentiels et de qualité,
2. la sécurité sanitaire et gestion des situations d'urgences selon l'approche englobant l'ensemble des menaces,
3. la promotion d'un meilleur état de santé et du bien-être de la population,
4. le renforcement de la gouvernance et du pilotage secteur.

I.2 Situation démographique

Le dernier recensement général de la population et de l'habitat organisé par le pays remonte à 2007. Selon l'Institut national des statistiques (INS), le taux de croissance moyen de la population serait de 3% l'an. Sur la base de ce taux, la population congolaise est estimée à 5 766 678 en 2023 et 6 502 144 en fin 2027. En 2021, la proportion des femmes est estimée à 50,5%. Les moins de 20 ans ont représenté environ 52% de la population (dont 42% pour les moins de 15 ans et 10% pour les 15-19 ans) et les plus de 65 ans 2,7%. La population, dont près de 40% a moins de 15 ans, est en majorité urbaine (61,8%). Les deux grandes villes qui sont Brazzaville (37,1%) et Pointe Noire (19,3%) concentrent 56,4% de la population générale.

Selon le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), la République du Congo est classée 138ème pays en termes de développement humain avec un indicateur de développement humain (IDH) de 0,591, et se classe dans les pays à écart moyen entre les hommes et les femmes (groupe 3) avec un indice de développement de genre de 0,931.

Le Congo est au 145ème rang des pays selon l'indice d'inégalité de genre, qui est estimé à 0,579.

Au cours des dernières années, le Congo s'est employé à faire évoluer son cadre institutionnel afin de promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes. Ainsi, la constitution de 2015 consacre la notion d'égalité entre les hommes et les femmes et instaure un objectif de parité.

La population réfugiée provenant des pays voisins a été estimée à 40 765, principalement dans les départements de la LIKOUALA, des Plateaux et de la Cuvette.

Groupes vulnérables et populations clé.

Il ressort que 54.134 réfugiés et demandeurs d'asile vivent actuellement au Congo plus précisément dans les départements de la Likouala, les Plateaux, et Brazzaville (UNHCR Congo, progrès 2019). Il y'a également 138 000 déplacées internes et sinistrés des catastrophes naturelles (Weiss et al, Refuge and internally displaced persons inclusion in Global Fund Funding applications, Republic of the Congo 2019).

L'incidence du paludisme la plus élevée au sein de ces populations est de 38 pour 10.000 personnes par an dans le département de la Likouala (Weiss et al, Refuge and internally displaced persons inclusion in Global Fund Funding applications, Republic of the Congo, 2019).

L'ensemble des réfugiés et déplacés bénéficient des appuis socio-sanitaires identiques à ceux de la population locale ; les activités de lutte contre le paludisme sont dévolues sur toutes les populations du pays quelles soient leurs situations socio géographiques. Les partenaires (OMS, UNICEF, UNFPA, UNHCR) apportent un appui en ressources humaines aux structures de santé qui prennent en charge ces populations spécifiques.

Les populations autochtones sont au nombre de 43.378 (CNSEE Le RGPH-2007 en quelques chiffres juillet 2010, P18). Elles sont considérées comme indigents et bénéficient de la politique du ministère en charge des affaires sociales qui apporte un soutien aux indigents dont la gratuité des soins de santé y compris pour les MILDA (Décret N°2019-202 du 12 juillet 2019 précisant les mesures spéciales visant à faciliter l'accès des populations autochtones aux services sociaux et de santé et à protéger leur pharmacopée).

Tableau I : Répartition des réfugiés et demandeurs d'asile selon l'âge, le sexe et la localité

Départem ent	Sexe								Grand Total
	Masculin				Féminin				
	0-17 ans	18-59 ans	60 ans et +	Total	0-17 ans	18-59 ans	60 ans et +	Total	
Brazzaville	2 461	3 443	149	6 053	2 468	2 138	96	4 702	10 755
Likouala	8 656	8 494	374	17 524	9 458	7 681	314	17 453	34 977
Plateaux	2 499	1 446	102	4 047	2 548	1 705	102	4 355	8 402
Total	13 616	13 383	625	27 624	14 474	11 524	512	26 510	54 134

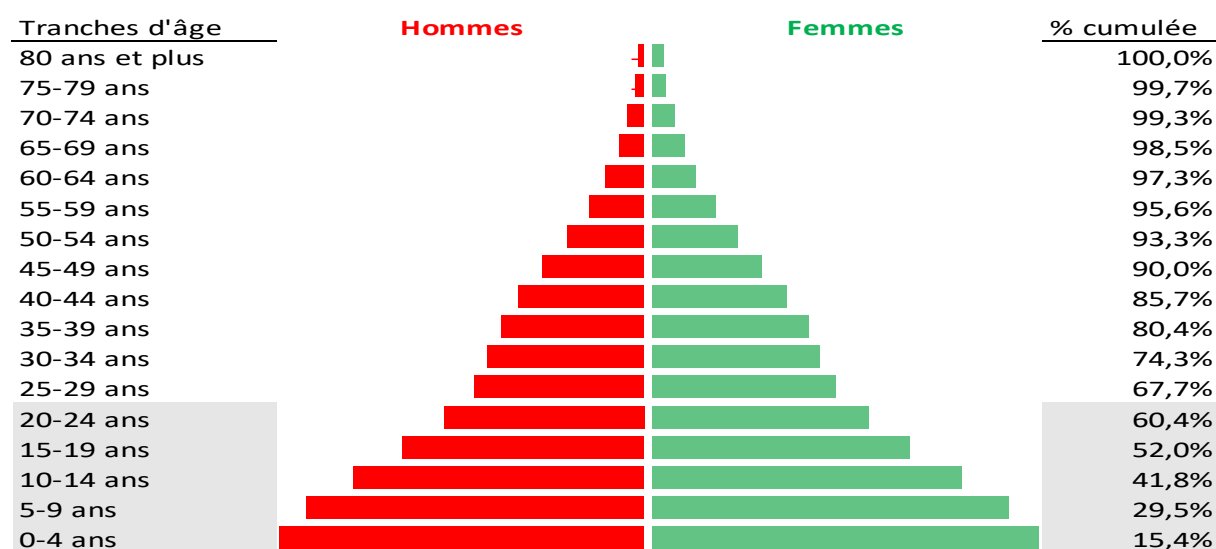
Source : UNHCR Congo 2019

Tableau II : Répartition des populations autochtones par département selon le sexe

Département	Masculin	Féminin	Total
Kouilou	138	104	242
Niari	1385	1385	2770
Lekoumou	5397	6059	11456
Bouenza	273	324	597
Pool	1276	1282	2558
Plateau	1580	1757	3337
Cuvette	88	76	164
Cuvette ouest	378	370	748
Sangha	3789	4096	7881
Likouala	6659	7817	13476
Brazzaville	25	46	71
Pointe noire	34	40	74
Total	21022	22356	43378

Source : le RPGH-2007 en quelque chiffre

La pyramide des âges se présente comme suit :



Graphique-1 : Pyramide des âges en 2021 (projection à partir des données INS)

Les données démographiques projetées par Département se présentent comme suit :

Tableau III : Évolution des principaux indicateurs démographiques

Département	Population Totale	Femmes en âge de procréer	Enfants de	Enfants de	Adolescents de 10-19 ans	Jeunes de 20-24 ans	Naissances vivantes
			0 à 11 mois	1 à 9 ans			
Kouilou	148 636	29 727	5 947	23 782	31 808	14 270	6 392
Niari	373 759	74 752	14 951	59 803	79 985	35 663	16 073
Lékoumou	155 766	31 154	6 232	24 923	33 334	15 174	6 700
Bouenza	499 464	99 893	19 978	79 915	106 886	47 949	21 478
Pool	382 356	76 472	15 295	61 177	81 825	36 707	16 441
Plateaux	282 147	56 430	11 287	45 144	60 381	27 087	12 134
Cuvette	252 187	50 439	10 088	40 352	53 969	24 211	10 845
Cuvette – Ouest	117 975	23 596	4 720	18 876	25 247	11 326	5 073
Sangha	138 576	27 716	5 544	22 173	29 656	13 304	5 960
Likouala	249 085	49 819	9 965	39 854	53 305	23 913	10 711
Brazzaville	2 219 610	443 923	88 785	355 138	474 997	213 084	95 443
Pointe-Noire	1 156 163	231 232	46 247	184 987	247 420	110 992	49 716
Total	5 975 724	1 195 153	239 039	956 124	1 278 813	573 680	256 966
		20,6%	4,1%	16,5%	22,0%	9,9%	4,4%

Source :

I.3 Écosystème, environnement, climat et facteurs de risque de transmission du paludisme dans le pays.

I.3.1 Climat et végétation.

La République du Congo est située dans la zone des climats chauds et humides. La température moyenne se situe autour de 25°C. Le climat se caractérise par une dominance de la saison de pluie (8-9 mois) sur la saison sèche (3-4 mois).

Le territoire national est couvert par (i) la forêt équatoriale avec une superficie d'environ 60%, dont 10 % constitué de forêts denses et humides qui ont une superficie estimée à 20 millions d'hectares ; (ii) les zones de savane représentant près de 40% de la superficie du Congo et totalisant environ 12 millions d'hectare.

Ces écosystèmes sont propices à l'éclosion de nombreuses pathologies tropicales dont le paludisme.

Le Congo a ratifié la convention cadre des Nations Unies sur le changement climatique. Une implication au plus haut niveau du pays est manifeste dans les négociations internationales sur le climat et l'adoption d'un nouveau régime climat post Kyoto 2012.

Les changements climatiques actuels pourraient modifier certains paramètres (pluviométrie, température, etc...) et entraîner une augmentation des gîtes larvaires ; ce qui augmenterait l'incidence des cas de paludisme.

I.3.2 Hydrographie.

Le réseau hydrographique du Congo est composé de deux principaux bassins fluviaux : (i) le bassin du Congo qui s'étend sur une superficie de 230.000 km² sur le territoire national et (ii) le fleuve Congo qui est le principal collecteur et qui s'étend sur plus de 600 Km. Ces deux principaux bassins constituent d'importants axes de circulation, dont les voies navigables desservent en grande partie le nord du pays. Leurs crues et décrues conditionnent l'accessibilité aux zones riveraines. Ces deux bassins constituent également une réserve riche en ressources halieutiques.

I.3.3 Pluviométrie.

La pluviométrie annuelle est en moyenne de 1.376 mm par an. La température moyenne annuelle est de 25.50 C. Le couvert végétal du Congo est composé à 60% de forêts et 40% de savanes (herbeuse, arbustive ou arborée) et le relief du Congo est relativement peu élevé dans son ensemble. Ce profil climatologique et géomorphologique a incontestablement une forte influence sur le profil épidémiologique du pays.

I.3 Situation socioculturelle.

I.3.1 Éducation

Les données les plus récentes sur l'éducation en République du Congo proviennent du Ministère en charge de l'Education Nationale et de l'UNICEF⁶. Selon leur rapport de 2021, le taux de scolarisation primaire au Congo est de 75,3%, avec un taux de scolarisation féminine de 70,8%. Le taux de scolarisation secondaire est de 25,1%, avec un écart considérable entre les sexes, où seulement 22,2% des filles fréquentent le secondaire comparé à 28% des garçons. Le même rapport indique également que le taux de décrochage scolaire est élevé au Congo, avec 57% des enfants qui abandonnent l'école avant d'avoir terminé leur cycle primaire. Les défis pour améliorer

⁶ **Source** : Ministère de l'Éducation Nationale, République du Congo, UNICEF Congo. (2021). Rapport sur l'éducation en République du Congo

l'éducation au Congo comprennent le manque de personnel enseignant qualifié, les infrastructures scolaires insuffisantes et l'absentéisme des enseignants.

I.3.2 Sexualité.

L'âge au premier rapport est un déterminant direct de l'exposition au risque de grossesse et des IST quand ces rapports sexuels ne sont pas protégés. Dans l'enquête CAP réalisée en milieu scolaire en 2021, cet âge est de 15 ans pour 52% d'adolescentes à Kintambo dans le Pool et de 16 ans pour 76% des adolescentes à Mossendjo dans le Niari. Selon le MICS-5 2014-2015, la proportion des jeunes de 15-24 ans ayant des rapports avant l'âge de 15 ans était de 13,7% chez les femmes et de 16,8% chez les hommes.

I.3.3 Les grossesses précoces.

Malgré l'exposition plus grande aux risques de complication de la grosse et de l'accouchement, la proportion des grossesses précoces augmente avec le temps et l'âge. Dans une étude rétrospective sur les grossesses précoces, 13% des accouchées dont 50,4% des élèves, âgés de 12 à 18 Ans. Le code de la famille en son article 128, n'autorise pas de contracter le mariage « avant 21 ans révolus pour l'homme et 18 ans révolus pour la femme », sauf accord de dispense d'âge pour des motifs graves du Procureur de la République près le Tribunal d'Arrondissement ou de District. Les femmes entrent en union ou vivent maritalement avec un partenaire plus précocement que les hommes. L'enquête CAP en milieu scolaire en 2021 montre que sur les 114 filles interviewées, 1,83% était en union à Kindamba et 17% à Mossendjo. Les mariages ou unions avant 15 ans ont concerné 6,7% des femmes et 0,3% d'hommes, et ceux avant 18 ans, 26,9 % des femmes et 0,4% d'hommes selon le rapport de l'enquête MICS-5(2014-2015).

I.3.4 Les avortements.

En dépit des dispositions répressives du code pénal du Congo, l'avortement bien que faiblement notifié, est un phénomène récurrent. Pratiqués sur les femmes en âge de procréer indifféremment de leur âge et statut matrimonial, à différents âges de la grossesse, ces avortements se réalisent dans les FOSA publiques (39,8%) et privées (32,6%) ainsi qu'à domicile (25,2%) par des professionnels de santé (71,1%) dont les médecins généralistes (25,9%), les infirmiers (17,0%), et 14,1% aussi bien pour les

gynécologues que les sage-femmes. Parmi les 57,5% des femmes de 20 à 39 ans qui y ont recouru dans cette étude, 18,9% n'avaient aucun enfant, 62,8% entre 1 et 4 enfants et 18,3% avec ≥ 5 enfants. Trois avortements sur quatre (75,3%) relevaient des femmes de 15 à 29 ans avec une moyenne de 25 ans. L'âge moyen des grossesses interrompues était de 13 SA avec plus d'un avortement sur trois (37,1%) à 6-17 SA et 2% à 25 SA et plus. Les avortements et leurs complications qui touchent dans la plupart des cas des femmes moins âgées ont constitué la troisième cause de mortalité pré-partum (18%) dans une étude réalisée à Brazzaville⁷.

I.3.5 Les violences basées sur le genre (VBG).

Les VBG, violation grave des droits de l'homme dont les conséquences sont souvent des urgences médico-psychologiques, se manifestant sous différentes formes (sexuelle, physique, psychosociale, économique), y compris les harcèlements en milieu scolaire et de travail, revêtent fréquemment la forme sexuelle. Les violences domestiques avec coups et blessures volontaires, et surtout les violences sexuelles dont les viols et abus sexuels, constituent un problème social avec des séquelles souvent psychologiques. Dans l'enquête CAP réalisée en milieu scolaire en 2021, 67,58% des adolescents étaient victimes de violence sexuelle dans la ville de Kindamba (dont 12% avec battue, 11% d'harcèlement et 38% avec d'injure) et 65% à Mossendjo (dont 11 viols et harcèlement et 32% d'injure). Les agressions sexuelles ont constitué 2,6% des motifs de consultation aux urgences gynécologiques du CHUB de janvier 2014 en décembre 2015. Les victimes, essentiellement féminines (98%), et dont l'âge variait de 2 à 49 ans (moyen de 14 ans), étaient en majorité des élèves et étudiants (77,3%). Ces viols, réprimés par le Code pénal (art. 330-334), ne sont pas toujours dénoncés et sanctionnés, la plupart des victimes recourant très tardivement aux services de santé et rarement aux instances judiciaires. Les violences et autres maltraitances, en dehors du travail des mineurs dans lequel 23,3% d'enfants de 5-17 ans sont impliqués selon le MICS-5/Congo 2014-2015, revêtent en général des formes de discipline violente surtout sur les moins âgés. Le phénomène des enfants de la rue, autre aspect de violence, a entre autres déterminants les maltraitances et autres injustices que subissent ces derniers à la disparition de l'un ou des deux parents

⁷ **Source** : Rapport de la revue de la stratégie intégrée de la sante de la reproduction maternelle, néonatale, infantile, des adolescents et la nutrition du Congo 2018 - 2022

géniteurs, à leur abandon suite à l'extrême précarité des familles, des considérations ou croyances religieuses et des prétextes de « sorcellerie » somme toute fallacieux

I.3.6 Obstacles liés au genre et aux droits humains.

La condition de la femme se caractérise par de nombreuses inégalités telles que 15,9% des femmes étaient classées dans le quintile le plus pauvre (Rapport enquête MICS 2014-2015), le faible taux d'accès aux services sociaux de base, la persistance des actes de violences impunis à l'égard des femmes (Politique nationale de santé 2018-2030). Le nombre d'heures hebdomadaires consacrées aux travaux ménagers est cinq fois plus élevé chez les femmes (8,1 heures), que chez les hommes (1,4 heure). Dans l'ensemble, plus d'un chômeur sur deux est de sexe féminin (51,9%). Le taux d'alphabétisation des jeunes de 15 à 24 ans était de 83,9% chez les femmes contre 88,8% chez les hommes en 2015. (Genre et développement en République du Congo 2016).

Les décisions concernant les soins de santé devant être prodigués aux femmes sont prises par les hommes dans 59 % des cas, la femme étant libre de prendre la décision qui lui sied dans seulement 10 % des situations. (Genre et développement en République du Congo Une inégalité homme-femme au profit de la croissance 2016) Ces différents obstacles liés au genre, aux conditions économiques et socio-culturelles entravent l'accès aux services de santé en général et du paludisme en particulier.

I.4 Situation économique.

Selon l'indice de développement humain (0,571 en 2021), la République du Congo est 153^e pays sur un total de 188.

L'économie congolaise reste très peu diversifiée et largement basée sur les ressources naturelles, en particulier le pétrole, qui représente environ 95% des exportations et plus de 70% des recettes budgétaires. De 2017 à 2020, le taux de croissance économique a connu des fluctuations, tout en restant au-dessus de 3,5% (5,3% en 2017, 5,2% en 2018, 3,5% en 2019 et 4,5% en 2020). Bien que les données de 2021 et 2022 ne soient pas disponibles, on note que la croissance économique a été impactée par la pandémie de COVID-19 en 2020, mais a rebondi en 2021 grâce à la reprise de la production pétrolière et à une croissance solide du secteur agricole. Les prévisions pour 2022 et au-delà dépendent de nombreux facteurs, notamment de

la situation mondiale liée à la COVID-19 et des politiques économiques du Gouvernement.

L'évolution du PIB en République du Congo a été positive ces dernières années, avec une croissance soutenue en 2020 malgré la pandémie de COVID-19 (3,5% en 2019 et de 4,5% en 2020), selon les dernières données disponibles. Les principaux secteurs productifs sont i) le pétrole (le pétrole représente environ 95% des exportations et plus de 70% des recettes budgétaires du pays), ii) l'agriculture (en particulier pour la production de denrées alimentaires pour le marché local) iii) le minerai de fer, iv) les bâtiments et Travaux Publics, v) les services qui a connu une croissance, notamment dans les domaines des services financiers, de la santé et de l'éducation.

L'inflation en République du Congo a connu une hausse significative ces dernières années, en raison de la fluctuation des prix des produits de base tels que le pétrole et les produits alimentaires. Selon les données du Fonds Monétaire International (FMI), l'inflation a atteint en moyenne 6,3% en 2018 et 8,9% en 2019.

S'agissant du niveau de pauvreté, la Banque mondiale estime à environ 43,5% la proportion de la population de vivait sous le seuil de pauvreté national en 2018. Pour l'employabilité des jeunes, il ressort que le taux de chômage des jeunes de 15-24 ans est particulièrement élevé avec environ 42,18% des jeunes actifs sont sans emploi en 2021 (estimation modélisée de l'OIT).

Il existe des groupes organisés de femmes, de filles-mères, de personnes vivants avec un handicap, d'autochtones et d'autres organisations sociales en particulier en ce qui concerne la mobilisation sociale, les interventions communautaires qui n'ont pas été mises à contribution pour pallier à l'équité, aux inégalités sur le genre et les droits humains au cours de la période de mise en œuvre du PSN 2018-2022.

La population congolaise croît à un rythme de près de 3% par an, un défi pour l'économie et le secteur du logement du pays. La crise du logement est accentuée par des taux d'urbanisation élevés (taux annuel de 3,19 %) et se fait donc davantage sentir dans les zones urbaines. Les logements dans les zones rurales dominent les zones urbaines avec environ 90 % du parc de logements et constitue donc un obstacle à la planification des interventions et à la construction formelle durable et de qualité.

Le réseau routier du Congo est de 28 430 km répartis sur l'ensemble du territoire dont plus de 3111 km bitumés (2015). Ce réseau s'articule autour de six (6) routes nationales, auxquelles se greffent les routes secondaires.

Le réseau fluvial concerne plus la partie septentrionale du pays, dont l'axe principal reste le fleuve Congo. Le réseau fluvial congolais est long d'environ 5000 km, dont 2500 km navigables toute l'année, avec des ouvertures vers la RCA, le Cameroun et de la RDC. Les principaux ports fluviaux sont Brazzaville, Impfondo, Ouesso, Lékéty, Mossaka et Oyo.

Le réseau ferroviaire s'étend sur 886 km répartis en deux (2) voies : le chemin de fer Congo-océan (CFCO) relie Pointe-Noire et Brazzaville sur environ 515 km et la Compagnie minière de l'Ogooué (COMILOG) relie Mont-Belo et Mbinda (frontière gabonaise) sur 285 km.

Le réseau aérien s'articule autour de trois (3) aéroports internationaux : MayaMaya à Brazzaville, Agosthino-Neto à Pointe-Noire et Denis SASSOU NGUESSO à Ollombo dans les Plateaux pour faciliter la mobilité des populations avec un flux du trafic qui est passé de 400.000 à 800.000 passagers de 2003 à 2011. A cela s'ajoutent les aéroports secondaires.

Le réseau maritime comprend 170 km de côtes et un port en eau profonde à Pointe-Noire. Construit de 1934 à 1939, le port autonome de Pointe-Noire réalise un trafic important à l'échelle régionale et internationale.

La téléphonie mobile est assurée par trois opérateurs : MTN, Airtel et la téléphonie fixe par Congo-Télécom. Le marché de l'accès à Internet progresse rapidement, grâce à l'installation de la fibre optique.

Les médias (radio, télévision et presse écrite) permettent de mettre à la disposition d'un public assez large des messages ciblés.

Il existe une chaîne radio (Radio Congo) et une chaîne de télévision (Télé Congo) nationales. A cela s'ajoutent des chaînes radios et télévisions privées (DRTV, VOX TV, TOP TV...)

Ils constituent de ce fait un canal fondamental pour la mise en œuvre de stratégies d'Information, Éducation et Communication.

I.5 Analyse du système de santé.

I.5.1 Organisation du système de santé et contexte sanitaire.

Le décret n° 2018 - 268 du 2 juillet 2018, organise le ministère en charge de la santé en trois niveaux hiérarchiques : central, intermédiaire et périphérique ou opérationnel. Le système de santé compte trois niveaux hiérarchiques : niveau central, intermédiaire et périphérique.

✂ **Le niveau central** a un rôle stratégique, normatif et régulateur. Il a également la responsabilité de la coordination de l'ensemble du secteur et de la mobilisation et l'allocation des ressources. Le ministère dispose de plusieurs organes de consultation, de plaidoyer et d'aide à la décision que sont : (i) le Conseil national de santé, (ii) le Comité de Pilotage du PNDS, (iii) le Conseil national de lutte contre le VIH/Sida, les infections sexuellement transmissibles et les épidémies (CNLSE), (iv) le Comité de coordination nationale (CCN) des projets de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/Sida financés par le fonds mondiale, (v) le Comité de coordination inter agences (CCIA) pour la vaccination et les vaccins et divers autres comités. Au niveau central, on retrouve sur le plan opérationnel les structures suivantes :

- ✂ Le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), qui dispose d'un plateau technique de haut niveau avec un labo P3, est chargé du contrôle de la qualité des examens biologiques pratiqués dans les laboratoires du pays.
- ✂ Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) a pour mission d'assurer la disponibilité des produits sanguins sécurisés en organisant leur collecte, traitement, stockage et distribution. sur l'ensemble du pays.
- ✂ La Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Produits de Santé (CAMEPS), est chargée de l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques notamment ceux des initiatives de gratuité comme les antirétroviraux (ARV) et les combinaisons à base d'artémisinine (CAT ou ACT) et en matériels médicaux des FOSA publiques et des organismes privés à but non lucratif.
- ✂ Les centres de traitement ambulatoires spécialisés assurent la PEC des pathologies spécifiques : le Centre National de Référence de la drépanocytose (CNRD) de Brazzaville, 2 centres de traitement ambulatoire

(CTA) pour l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et 2 centres antituberculeux (CAT) à Brazzaville et Pointe-Noire.

✂ **Le niveau intermédiaire** est représenté par : (i) les 12 directions départementales de la santé (DDS), (ii) les 12 directions départementales de la population et (iii) les 12 inspections départementales de la santé et de la population. Ces dernières jouent respectivement le rôle d'appui technique aux districts sanitaires et de respect de la réglementation du secteur à ce niveau. Les territoires des départements sanitaires obéissent au découpage administratif du pays. Sur le plan opérationnel des soins, on retrouve à cet échelon les structures suivantes :

- ✂ Les hôpitaux de base (HB) ou hôpitaux de référence (HR) pour le DS. Ceux-ci délivrent un paquet complémentaire d'activités (PCA) comprenant au minimum les consultations de référence, la PEC des urgences, l'imagerie médicale, la biologie médicale de base, et quatre services d'hospitalisation (pédiatrie, médecine, chirurgie et maternité) ;
- ✂ Les hôpitaux généraux (HG), au nombre de 8. Ils représentent le 3^e échelon dans la référence. Ils apportent un appui technique aux HB de leur zone de couverture et assurent le rôle d'hôpital de référence (HR) pour les DS où ils sont implantés. Ils disposent en plus du PCA, d'unités spécialisées de soins et d'un plateau technique complet permettant de réaliser une activité médicale continue. Ce sont: le Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB), l'Hôpital Central des Armées (HCA) Pierre Mobéngo, l'Hôpital Spécialisé Mère-Enfant (HSME) Blanche Gomes à Brazzaville, HG de Loandjili et HG. A. Sicé à Pointe-Noire, HG de Dolisie dans le Niari, HG 31 juillet d'Owando et l'HG Edith Bongo Ondimba d'Oyo dans la Cuvette.

✂ **Le niveau périphérique** est représenté par le DS. Actuellement le pays se subdivise en 52 districts sanitaires selon l'arrêté n°5369 du 02 août 2017. Chaque DS se subdivise en plusieurs aires de santé. Le DS est géré par une Équipe cadre du district (ECD) et la population bénéficiaire participe à la gestion du système de santé à travers les comités de gestion (COGES) et des comités de santé (COSA). Ce sont des organes de participation communautaire qui soutiennent le fonctionnement du système de santé au niveau périphérique. On distingue :

- ✘ Le secteur public dispose de deux types de CSI: (i) les CSI à PMA standard (CSI PMAS) offrant tout le paquet de soins de santé primaires (SSP) à la population excepté les accouchements, et (ii) les CSI à PMA élargi (CSI PMAE) qui, en dehors des activités dévolues au CSI/PMAS, offrent les activités d'accouchement et de chirurgie ainsi que l'hospitalisation.
- ✘ Le secteur privé à but lucratif et non lucratif, régi par le décret n°88/430 du 6 juin 1988 fixant les conditions d'exercice libéral de la médecine. Il dispose de centres médico-sociaux (CMS) relevant des ONG et des confessions religieuses, de cabinets médicaux et de soins paramédicaux, ouverts par des particuliers.

Le réseau des FOSA des Forces Armées Congolaises (FAC) comprend l'Hôpital Central des Armées Pierre Mobengo, les deux hôpitaux départementaux de Pointe-Noire et Dolisie, la Clinique médico-chirurgicale Océan de Pointe-Noire et 10 infirmeries. Celui du secteur privé, en expansion, est composé de structures pharmaceutiques, de soins, de laboratoire et d'imagerie médicale. Ce secteur est régi par le décret n°88/430 du 6 juin 1988 qui fixe les conditions d'exercice libéral de la médecine et des professions paramédicales et pharmaceutiques au Congo. Le secteur privé est subdivisé en deux sous-secteurs : le privé à but lucratif et le privé à but non lucratif formé par les confessions religieuses, les ONG et Associations.

Le pays compte 51 centres de médecine traditionnelle. L'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé obéit aux recommandations de l'OMS. Elle permet de compléter l'offre de soins et d'en améliorer les performances. (Rapport revue secteur santé 2018).

La réponse communautaire aux divers défis auxquels le pays est confronté dans le domaine de la santé, s'exprime à travers l'implication de trois entités distinctes : (i) les organes de participation communautaires tels que les comités de santé (COSA) et Comités de gestion (COGES), (ii) les relais communautaires et (iii) les Organisations non gouvernementales (ONG).

La République du Congo vient d'élaborer un plan stratégique des interventions communautaires 2021-2024. Un paquet harmonisé des interventions communautaires a été adopté dans la perspective d'une intégration pour les trois maladies (VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme). Dans le cadre de la subvention NFM3, 1757 relais communautaires (RECO) ont été formés et déployés pour un besoin de 9289 tel que préconisé dans le plan stratégique.

Profil du système de santé (extrait PNDS 2022-2026)

- ▶ Le Ministère de la santé et de la population a fait le choix de trois directions générales sans secrétariat général à la place d'une seule direction générale de la santé pour son management et sa coordination.
- ▶ Le système de santé est très dépendant du niveau central du fait du faible niveau de décentralisation. En outre, il se caractérise par un part non négligeable des programmes verticaux et d'une faible capacité en promotion de la santé.
- ▶ Le profil du système de santé de la République du Congo est de type district sanitaire, c'est-à-dire conçu pour offrir les soins de santé primaires à la plus grande partie de la population. Mais paradoxalement, les priorités politiques et les ressources sont tournés essentiellement vers les hôpitaux généraux qui reçoivent moins de malades que les niveaux inférieurs, malades qui arrivent souvent en retard, dans un état de santé aggravé.
- ▶ L'offre de soins au Congo est essentiellement concentrée dans les zones urbaines de même que le personnel qualifié en charge de la santé.
- ▶ L'offre de soins n'est pas adaptée aux populations âgées souffrant des comorbidités par manque de pôles de soins de santé accessibles, continus et coordonnés pour cette population.
- ▶ Le développement des soins privées en plein essor, demeure moins régulé et contrôlé, mais tend à dépasser l'offre publique de santé.

Les principaux indicateurs sanitaires récents sont les suivants :

Tableau IV : Principaux indicateurs de santé

Indicateurs	Valeur	Année , sources
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	33‰	2020, BM
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	18,7	2020, BM
Taux de mortalité infantile, moins de 5 ans, garçons (pour 1 000)	48,6	2020, BM
Taux de mortalité, brut (pour 1 000 personnes)	6,9‰	2020, BM
Taux de mortalité des enfants moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	44,6‰	2020, BM
Taux de fertilité chez les adolescents (nombre de naissance par 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans)	108,3‰	2020, BM
Indice synthétique de fécondité	4,23	2022, BM
Grossesse précoce	26%	MICS 2015
Taux d'immunisation rougeole (% d'enfants âgés de 12 à 23 mois)	68%	2021, BM
Prévalence du diabète (% de la population âgée de 20 à 79 ans)	5,5	2021, BM
Vaccination, hépatite B (% des enfants âgés d'un an)	77	2021, BM
Prévalence de la surcharge pondérale (estimation modélisée, % d'enfants de moins de 5 ans)	5,1	2020, BM
Prévalence de l'insécurité alimentaire modérée ou sévère dans la population (%)	88,7%	2020, BM
• Taux de prévalence de la malnutrition • Malnutrition générale • Malnutrition aiguë modérée	5% 3,8%	2021, SMART

• Malnutrition aiguë sévère	1,3%	
Allaitement exclusive des moins de 6 mois	32,9%	MICS 2015
Couverture des soins prénatals	93,2 %	MICS 2015
Accouchement en institution	96,9 %	2019, DGPOP
Incidence du paludisme (Population générale, pour 1000)	114,5‰	2020, DHIS2
Incidence du paludisme (parasitémie chez les enfants, pour 1000)	389‰	2020, DHIS2
Prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois	29,8%	MICS 2015
Besoins non satisfaits en PF	17,9%	MICS 2015

I.5.2 Ressources humaines en santé

Les données des RHS sont représentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau V : Différentes densités de certaines catégories du personnel pour 1.000 habitants

Départements sanitaires	Populations	Médecins			Sage-femmes			Infirmiers		
		Nb réel	Normes	Gap	Nb réel	Normes	Gap	Nb réel	Normes	Gap
Kouilou	100 583	2	10	8	22	20	-2	108	10	-98
Niar	308 740	11	31	20	58	62	4	369	31	-358
Lékoumou	128 670	5	13	8	20	26	6	102	13	-89
Bouenza	412 579	17	41	24	88	83	-5	257	41	-216
Pool	315 843	7	32	25	35	63	28	202	32	-170
Plateaux	233 066	7	23	16	26	47	21	172	23	-149
Cuvette	208 315	23	21	-2	58	42	-16	372	21	-351
Cuvette-Ouest	97 450	5	10	5	11	19	8	93	10	-83
Sangha	114 468	6	11	5	15	23	8	45	11	-34
Likouala	205 754	5	21	16	14	41	27	88	21	-67
Brazzaville	1 833 489	335	183	-152	466	367	-99	1 969	183	-1 786
Pointe-Noire	977 227	121	98	-23	108	195	87	453	98	-335
Total	4 936 184	544	494	-50	921	987	66	4 250	494	-3 756

Source : Travaux de la revue du secteur santé 2018

Etant donné que les normes OMS sont de 1 médecin 1.0000 habitants, 1 infirmier 1.0000 habitants et 1 sage-femme pour 5000 femmes en âge de procréer, on en déduit qu'il y a une inégale répartition des effectifs des infirmiers et des médecins. Toutefois, s'agissant des sages-femmes, nous notons un déficit en effectifs.

I.5.2 Performance du système de santé

Piliers	Forces	Faiblesses	Mesures proposées
Gouvernance et leadership	• Existence d'un cadre institutionnel	• Insuffisance dans la vulgarisation des	• Vulgariser les textes, procédures et

	formel pour la régulation du système de santé ; • Mise en place de plusieurs cadres dictés par les spécificités de divers programmes, projets et autres interventions	textes, procédures et support de gestion du secteur de la santé à tous les niveaux, • Insuffisance de fonctionnement des organes de pilotage, de coordination et de partenariat à tous les niveaux , • Faibles capacités dans la planification, le suivi et l'évaluation à tous les niveaux du systèmes, • Insuffisance des mécanismes de redevabilité dans le secteur de la santé, • Insuffisance de leadership à tous les niveaux du système de santé, • Retard dans la mise en œuvre de la décentralisation dans le secteur de la santé, • Insuffisance de l'implication de la communauté et des organisations de la société civile dans la gestion de la santé • Absence d'une stratégie nationale de développement de la cyber santé	support de gestion du secteur de la santé à tous les niveaux, • Améliorer le fonctionnement des organes de pilotage, de coordination et de partenariat à tous les niveaux , • Renforcer les Faibles capacités dans la planification, le suivi et l'évaluation à tous les niveaux du systèmes, • Renforcer les mécanismes de redevabilité dans le secteur de la santé, • Renforcer le leadership à tous les niveaux du système de santé, • Accélérer la mise en œuvre de la décentralisation dans le secteur de la santé, • Renforcer l'implication de la communauté et des organisations de la société civile dans la gestion de la santé • Elaborer une stratégie nationale de développement de la cyber santé
Infrastructures de santé et équipements médico-sanitaires	• Dans le cadre du nouvel organigramme, existence d'une entité administrative consacrée à la tâche avec des attributions pour les équipements médico-sanitaires • Au niveau des CSI à PMAE, le	• Absence d'un organe de concertation entre les différents intervenants dans la construction des infrastructures sanitaires • Faible capacité de l'organe technique du Ministère de la santé en charge du suivi des projets de construction	• Mettre en place un organe de concertation entre les différents intervenants dans la construction des infrastructures sanitaires • Renforcer la capacité de l'organe technique du Ministère de la santé en charge du suivi

	matériel et l'équipement de consultation générale sont disponibles et fonctionnels dans plus de 70% des structures	• Absence de normes et procédures pour la construction des formations sanitaires • Absence d'une politique claire de développement des infrastructures sanitaires ; • Inégale répartition des formations sanitaires dans le pays, certains DS ne disposent pas d'HD ; • Etat avancé de vétusté des infrastructures sanitaires • Implantation des équipes cadres des districts sanitaires dans des locaux inadaptés. • Absence d'inventaire des équipements dans les FOSA et autres structures de santé, • Absence de réglementation nationale en matière d'acquisition des équipements, • Faible disponibilité d'équipements médico-techniques dans les FOSA, • Vétusté avancée des équipements disponibles dans les FOSA, • Absence d'une politique et d'un plan de maintenance des équipements médico-techniques	des projets de construction • Elaborer des normes et procédures pour la construction des formations sanitaires • Elaborer une politique claire de développement des infrastructures sanitaires ; • Assurer une répartition égale des formations sanitaires dans le pays; • Réhabiliter les infrastructures sanitaires • Réhabiliter les locaux des équipes cadres des districts sanitaires ; • Réaliser des inventaires des équipements dans les FOSA et autres structures de santé, • Mettre en place une réglementation nationale en matière d'acquisition des équipements, • Améliorer la disponibilité d'équipements médico-techniques dans les FOSA, • Acquérir et rendre disponibles des équipements pour les FOSA, • Elaborer une politique et un plan de maintenance des équipements médico-techniques
Prestations de soins	• Disponibilité et qualité des soins et services de santé au premier échelon et 2ème échelon • Disponibilité des soins et services de	• Faible développement des soins de santé primaire • Faible couverture du pays en CSI rationnalisés	• Renforcer les soins de santé primaire • Etendre la couverture du pays en CSI rationnalisés • Rendre fonctionnel le système de

	santé spécialisés de qualité dans les hôpitaux généraux • Disponibilité et qualité des services du laboratoire national de santé publique (LNSP)	• Dysfonctionnement du système de référence et de contre-référence • Retard dans la mise en œuvre de la santé à base communautaire • Existence de 22 districts sanitaires sans hôpitaux de districts • Non intégration des hôpitaux des districts dans les activités du DS • Insuffisance des plateaux techniques des hôpitaux à tous les niveaux du système de santé • Manque de clarté dans la hiérarchisation des hôpitaux généraux • Non achèvement des travaux de construction des 12 hôpitaux généraux	référence et de contre-référence • Accélérer la mise en œuvre de la santé à base communautaire • Normalier les districts sanitaires sans hôpitaux de districts • Intégrer les hôpitaux des districts dans les activités du DS • Améliorer les plateaux techniques des hôpitaux à tous les niveaux du système de santé • Accélérer l'achèvement des travaux de construction des 12 hôpitaux généraux
Ressources humaines pour la santé	• Mise en place d'une série de mesures incitatives qui visent à favoriser une répartition géographique plus équitable du personnel en particulier dans les zones rurales • Depuis 2013, le personnel de santé bénéficie d'un statut particulier avec une amélioration substantielle des salaires	• Inexistence d'un plan de développement des RHS, • insuffisance des effectifs au niveau du secteur de la santé, • Répartition inéquitable des RHS sur le territoire national entre les milieux urbain et rural • Inadéquation entre les besoins et la production des RHS, • Absence d'un cadre de concertation entre les différents Ministères de la santé, de la fonction publique, des finances, les Ministères des enseignements et les collectivités locales, • Absence d'un cadre organique pour la gestion prévisionnelle des RHS	• Elaborer un plan de développement des RHS, • Renforcer les effectifs au niveau du secteur de la santé, • Assurer une répartition équitable des RHS sur le territoire national entre les milieux urbain et rural • Assurer une adéquation entre les besoins et la production des RHS, • Mettre en place un cadre de concertation entre les différents Ministères de la santé, de la fonction publique, des finances, les Ministères des enseignements et

			les collectivités locales, • Mettre en place un cadre organique pour la gestion prévisionnelle des RHS
Gestion et approvisionnement des produits pharmaceutiques	• Existence d'une Politique Pharmaceutique Nationale depuis en 2004 • Existence d'un plan directeur pharmaceutique	• Faible disponibilité des MEG dans les formations sanitaires, • Faible accessibilité financière de la population aux MEG • Insuffisance des ressources financières dédiées à l'approvisionnement, au stockage et à la distribution des MEG • Absence de laboratoire de contrôle de qualité des médicaments • Insuffisance de la production locale des médicaments • Vente illicite des médicaments et circulation des médicaments contrefaits • Faible couverture du pays en structures de dispensation des produits sanguins sécurisés	• Améliorer la disponibilité des MEG dans les formations sanitaires, • Améliorer l'accessibilité financière de la population aux MEG • Mobiliser des ressources financières dédiées à l'approvisionnement, au stockage et à la distribution des MEG • Mettre en place de laboratoire de contrôle de qualité des médicaments • Renforcer la production locale des médicaments • Lutter contre la vente illicite des médicaments et circulation des médicaments contrefaits • Améliorer la couverture du pays en structures de dispensation des produits sanguins sécurisés
Financement de la santé	• Existence d'initiatives de gratuités en cours de mise en œuvre dans le pays (gratuité du traitement du paludisme, du Sida, de la tuberculose, de la	• Insuffisance des ressources financières consacrées à la santé, • Inefficience dans l'affectation et l'utilisation des ressources financières disponibles ,	• Mobiliser des ressources financières consacrées à la santé, • Affecter et utiliser de manière efficiente les ressources financières disponibles ,

	césarienne et des autres interventions obstétricales majeures • Mise en place de mécanismes d'assurance maladies dans le secteur privé formel (notamment les compagnies d'assurances)	• L'assurance maladie universelle n'est pas encore opérationnelle, • Inexistence des mécanismes d'achat stratégique dans le secteur de la santé, • Faible budget/ressources consacrées au niveau opérationnel du système de santé • La part des ménages dans le financement de la santé est très élevée	• Rendre opérationnelle l'assurance maladie universelle, • Mettre en place des mécanismes d'achat stratégique dans le secteur de la santé, • Augmenter le budget/ressources consacrées au niveau opérationnel du système de santé • Diminuer la part des ménages dans le financement de la santé
Système d'information sanitaire	• Existence d'outils de collectes standardisés au niveau des CSI, DS et HB • Existence de logiciels (BILGICIEL, Channel, DVDMT, DHIS2, CANREG) pour la collecte, la compilation des données	• Inexistence d'un plan stratégique de développement du SNIS, • Existence de circuits parallèles d'information sanitaire, • Non prise en compte des données du secteur privé dans le SNIS, • Faible qualité des données du SNIS de routine, • Le processus de prise des décisions non basée sur les données factuelles générées par le SNIS, • Les études comme les comptes nationaux de la santé et l'enquête SARA ne sont pas encore institutionnalisées, • Absence d'articulation entre les enquêtes et le processus de planification, suivi et évaluation, • Absence des mécanismes de capitalisation des données de la recherche en santé,	• Elaborer un plan stratégique de développement du SNIS, • Eliminer les circuits parallèles d'information sanitaire, • Prendre en compte les données du secteur privé dans le SNIS, • Améliorer la qualité des données du SNIS de routine, • Assurer le processus de prise des décisions basé sur les données factuelles générées par le SNIS, • Institutionnaliser les études comme les comptes nationaux de la santé et l'enquête SARA, • Assurer une meilleure coordination entre l'articulation entre les enquêtes et le processus de planification, suivi et évaluation, • Mettre en place des mécanismes de

		• Absence de politique nationale et de plan stratégique pour la surveillance épidémiologique	capitalisation des données de la recherche en santé, • Elaborer une politique nationale et de plan stratégique pour la surveillance épidémiologique
--	--	--	--

I.5.3 Contribution du système de santé dans la lutte contre le paludisme

L'élaboration du PNDS comme ligne directrice du système national de santé a permis d'asseoir et d'opérationnaliser progressivement les programmes notamment celui de lutte contre le paludisme.

La décentralisation des services de santé, si elle est effective, permettra la prestation de services à l'ensemble de la population.

La libéralisation des services médicaux privés a également largement contribué au renforcement du système de santé et à la prise en charge des cas de paludisme.

L'introduction du DHIS2 permet la surveillance épidémiologique du paludisme.

Sur le plan de la santé communautaire, le plan stratégique national de santé communautaire (PSNSC) et le plan d'action de santé communautaire prennent en compte les activités du paludisme par les RECO.

I.5.4 Contribution de la lutte contre le paludisme au système de santé.

Les ressources mobiliser par le programme national de lutte contre le paludisme contribuent directement au fonctionnement du système de santé.

En effet, dans le cadre de la subvention NFM2, un compartiment du magasin de stockage des médicaments de la CAMEPS a été réhabilité et réceptionné par le ministre de la santé et de la population en 2020. Il sied de signaler que le contrat signé entre le bénéficiaire principal CRS et la CAMEPS pour la distribution et le stockage des antipaludiques et des TDR achetés dans le cadre du financement NFM3 génèrent des frais de gestion qui contribuent inéluctablement aux charges de fonctionnement. En outre, dans le cadre de cette même subvention, 7 véhicules ont été achetés et distribués aux DDSSSSa de 7 départements à savoir Pool, Bouenza, Plateaux, Niari, Lekoumou, Sangha et Cuvette Ouest.

Considérant que la société civile fait partie du système de santé, les sous bénéficiaires de la société civile (CJID, MDA et Caritas) ont été dotés des véhicules et des budgets de fonctionnement ont été attribués à ces structures.

L'implantation, de la plateforme DIHS2 n'aurait pas pu avoir lieu sans le financement mobilisé par le PNLP à travers les subventions NFM2 et NMF3. Actuellement, la qualité des données s'est fondamentalement améliorée profitant ainsi aux décideurs à tous les niveaux de prendre des bonnes décisions en matière de planification et de mise en œuvre.

I.5.5 Impact de la COVID19 sur le système de santé et le paludisme.

I.5.5.1 Impact sur le système de santé

La pandémie du COVID-19 frappe le Congo dans un contexte de situation sanitaire fragile. Les principaux facteurs de vulnérabilité du système sanitaire du Congo relèvent de : (i) la faiblesse en infrastructures et en équipements sanitaires (1, 6 lits d'hôpitaux pour 1000 habitants, 39 lits dotés d'équipement d'assistance respiratoire, 291 lits de réanimation post- opératoire etc.); (ii) la faible densité en personnel de santé (1,72 pour 1000 habitants, 8 infectiologues pour tout le pays et 11 anesthésistes réanimateurs) ; (iii) la faible capacité de diagnostic des formations sanitaires ; (iv) l'inexistence de capacité productives intérieures de produits médicaux essentiels ; et (v) la faible soutenabilité du système de financement.

Dans ce contexte, parmi les pathologies qui contribuent le plus à la mortalité on note le VIH- SIDA, la tuberculose et la malaria, même si des améliorations sont enregistrées depuis dix ans. Les maladies non transmissibles comme la cardiopathie ischémique ou les infections respiratoires basses viennent également en tête des causes de mortalité et sont devenues en 2017 respectivement les 2^{ième} et 3^{ième} causes de mortalité de la population congolaise.

La crise du COVID-19 a eu de fortes répercussions sur le fonctionnement du système de santé déjà fragile. Depuis la détection du premier cas de COVID-19 le 14 mars 2020, le redéploiement du personnel de santé ainsi que la réquisition de certains centres et services de santé pour la prise en charge des malades du COVID-19 ont profondément perturbé la continuation des activités sanitaires de base. Les points

saillants de la manière dont la pandémie du COVID-19 a impacté le système de santé sont les suivants :

- baisse importante dans l'utilisation des services de santé ;
- augmentation de la peur et stigmatisation de certains centres de santé ;
- engorgement de services tels les services de maternité notamment dans les hôpitaux et de pédiatrie à Makélékélé, avec risque de baisse dans la qualité des prestations ;
- perturbation de certains programmes de santé comme VIH/SIDA, tuberculose, PVVS
- baisse du nombre d'admissions et de consultations pour malaria qui est pourtant une des premières causes de morbidité et de mortalité au Congo ;
- accroissement de l'automédication étant donné la faible fréquentation des formations sanitaires qui s'est traduite par une baisse importante des consultations externes dans toutes les formations sanitaires où des données ont été recueillies ;
- risque d'accroissement des dépenses catastrophiques de santé avec la fermeture des services sociaux.

Dans certains hôpitaux et la totalité des centres de santé intégré de Brazzaville, la pandémie a perturbé la capacité des agents de santé à exercer leurs fonctions, pour diverses raisons notamment le manque d'équipement de protection individuelle et l'incapacité à se déplacer du fait des mesures de confinement et/ou de l'insuffisance des moyens de transport en commun assortie du nombre limité des passagers. Dans les CSI, les agents restent exposés au virus par manque d'équipement de protection individuelle (masques, gel hydroalcoolique, gants et dispositif de lavement des mains).

I.5.5.2 Impact de la COVID19 sur la lutte contre le paludisme.

La pandémie de la COVID19 a entravé la réalisation des activités de lutte contre le paludisme. En 2020 par exemple, la journée mondiale de lutte contre le paludisme pour n'a pas eu lieu.

En outre, la pandémie de la COVID-19 a certainement eu un impact sur la réduction de l'incidence du paludisme entre 2019 et 2020 du fait de la diminution de la fréquentation des services de santé et de la faible complétude des données rapportées sur la plateforme DHIS2.

II. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME.

II.1 Présentation du PNLP

L'objectif général du programme national de lutte contre le paludisme (2018-2022) est de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile par la mise à échelle des interventions de prévention et de prise en charge du paludisme.

L'impact qui était attendu du plan stratégique national de lutte contre le paludisme est la réduction de moitié de la mortalité et de la morbidité liées au paludisme dans la population en général et, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes entre 2018 et 2022.

Le PNLP a été créé en 2019 et dispose de quatre (4) départements qui sont le département prévention et prise en charge, le département de dépistage et de surveillance épidémiologique, le département de la formation et de la recherche et le département de la gestion administrative et logistique et le département de la documentation et des archives.

Le PNLP est chargé de la mise en œuvre de la politique nationale en matière de lutte contre le paludisme et dispose d'un personnel de 33 agents.

Tableau VI: Liste du personnel du PNLP.

N°	Qualifications	Quantité
1	Médecins de santé publique	2
2	Masters en santé publique	6
3	Assistant sanitaire santé publique	3
4	Licence en santé publique	5
5	Comptable	3
6	Administrateurs	2
7	Economiste	1
8	Chauffeur	2
9	SAF	4

II.2. Historique du paludisme.

Le principe de base de l'ODD3 étant de « ne laisser personne pour compte » guide de l'action de la lutte contre le paludisme en République du Congo. Il est soutenu par au plan international par l'engagement d'Abuja, au titre duquel le Congo, à l'instar de tous les autres Etats membres de l'Union africaine, s'était engagé à allouer au moins 15% de son budget au financement du secteur de la santé. Le contexte international sera aussi marqué dans une certaine mesure par la raréfaction des financements internationaux dédiés à la santé, en particulier pour un pays à revenu intermédiaire tel que le Congo.

Le Congo est en phase de contrôle du paludisme et a pour objectif d'assurer l'accès universel des interventions de prévention et de traitement du paludisme à l'ensemble des populations grâce à l'appui technique et financier du Gouvernement et des partenaires au développement.

Les dates historiques de la lutte contre le paludisme au Congo sont :

- Entre 1980 et 2006, la lutte se menait dans le cadre d'un projet coordonné par le service de l'hygiène publique avant de migrer à la direction de la médecine préventive (DMP) actuelle DELM ;
- 2006 : Confirmation par les études du Dr M. NDOUNGA et coll. de la résistance du parasite à la chloroquine ;
- 2006 : Changement de politique de traitement du paludisme non compliqué par les ACT, quinine chez la femme enceinte pour le traitement des accès de paludisme et le TPI à la SP pour la prévention ;
- 2006 : Elaboration du premier PSN (2006-2010) ;
- 2007 : Première campagne de distribution gratuite de moustiquaires imprégnées ;
- 2008 : Gratuité du traitement pour les enfants de 0 à 15 ans et les femmes enceintes ;
- 2012 : Lancement de l'initiative FRP ;
- 2014 : Révision de la politique de traitement du paludisme non compliqué en avec l'AL en première intention ;
- 2017 : Confirmation de la résistance aux insecticides ;

- 2019 : Création du PNLP (Direction centrale rattachée au cabinet du Ministère de la Santé et de la Population sous l'Unité de Coordination des Programmes et Projets);
- 2022 : démarrage de la prise en charge du paludisme au niveau communautaire.

II.3. Profil épidémiologique

Au Congo, la transmission du paludisme est stable et la maladie sévit suivant un mode hyper ou holo-endémique sur l'ensemble du territoire. Cette maladie est un véritable problème de santé publique et demeure l'une des premières causes de morbidité et de mortalité du pays. Le vecteur le plus observé est *Anophele gambiae* S.l (90%). La principale espèce plasmodiale rencontrée sur l'ensemble du territoire est *Plasmodium falciparum*. Toute la population est exposée au risque de contracter la maladie mais les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans constituent les groupes les plus vulnérables.

En matière de lutte contre le paludisme, le Congo se trouve à la phase de contrôle de la maladie selon le continuum linéaire défini par l'OMS.

Le schéma ci-dessous illustre le continuum vers l'élimination du paludisme

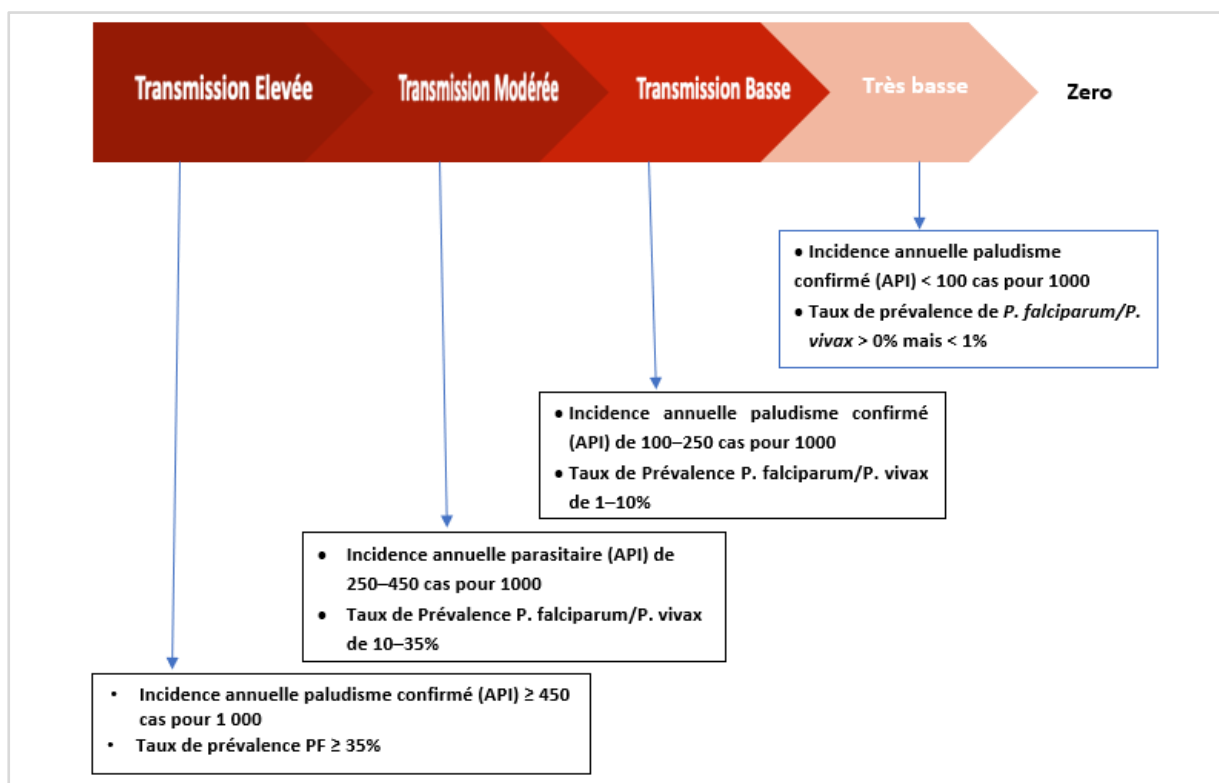


Figure 1 : Continuum vers l'élimination du paludisme selon l'OMS

II.3.1 Vecteurs du paludisme.

La littérature disponible au Congo inventorie 35 espèces anophéliennes. La faune anophélienne vectrice notifiée, Jusqu'au début des années 2000, était composée de : *An gambiae s.l.*, *An funestus*, *An nili* et *An moucheti*, *An paludis*, *An hancocki*.

La plupart des études ont porté sur *An. gambiae s.l* qui est le vecteur majeur et qui assure à plus de 90% la transmission de l'agent pathogène du paludisme. *An gambiae s.l* est en fait un complexe d'espèces jumelles. Des études récentes réalisées en 2019 et 2022 ont mise en évidence l'existence de 3 espèces dans ce complexe : *An gambiae*, *An coluzzii* et *An arabiensis*.

Les vecteurs secondaires jouent un rôle localisé ou limité dans la transmission du paludisme du fait de leur faible anthropophilie, leur faible abondance, leur distribution restreinte due à la spécificité de leur type d'habitat. Ces espèces sont principalement *An funestus*, *An moucheti* et *An nili*.

Les espèces "non vectrices" qui sont soit strictement zoophiles, ou peu abondantes dont le rôle épidémiologique est négligeable : *An paludis* et *An hancocki*.

La dynamique de la transmission est liée aux caractéristiques des faciès éco-épidémiologiques du paludisme. Le niveau de transmission varie selon les conditions écologiques et climatiques, notamment le régime des pluies. Depuis quelques années, les changements climatiques entraînent des pluies abondantes et intenses qui entraînent à leur tour un foisonnement de gîtes larvaires, tandis que les chaleurs excessives ont tendance à raccourcir le cycle de développement des stades larvaires des moustiques.

II.3.2 Résistance aux insecticides.

Depuis 2002, l'évaluation de la résistance des vecteurs aux insecticides a été reprise plusieurs fois chez *An gambiae s.l*. Il apparaît que la résistance s'est étendue et s'est intensifiée au fil du temps. Les résultats indiquent qu'à l'exception du malathion 5% (organophosphoré), les populations d'*An gambiae s.l* sont résistantes à la plupart des insecticides testés. Trois insecticides appartenant à la famille des pyréthrinoides ont été testés (deltaméthrine, perméthrine et lambdacyhalothrine). Le DDT (4%) et le Malathion (5%) ont été également testés.

Entre 2015 et 2016, une évaluation de la sensibilité d'*An. gambiaes.l* aux insecticides usuels avait été organisée dans l'ensemble des départements du pays. Il avait été observé une résistance des vecteurs au DDT (83%), à la Perméthrine (76%), à la Deltaméthrine (84%) et

à la Lambdacyhalothrine (57%) sans que le mécanisme de cette résistance ne soit déterminé par manque d'utilisation de la PCR.

En 2014, les tests effectués indiquent que le vecteur était sensible au Malathion (taux de mortalité 100%) (Nianga Bikouta, Bitsindou & Lenga, ESJ. 2021. vl 7 n3 p244)

Les mécanismes de résistance développés par les anophèles pour résister aux insecticides sont regroupés en quatre catégories : (i) la résistance comportementale par évitement de l'insecticide (ii) la résistance par réduction de la pénétration de l'insecticide à travers la cuticule (iii) résistance métabolique et (iv) la résistance par la modification du site cible de l'insecticide.

Les deux derniers mécanismes sont les plus connus et les plus documentés chez les vecteurs du paludisme.

Les études réalisées en 2019 sur *An gambiae s.l.* (*An. gambiae* et *An. coluzzii*) montrent que la résistance observée est causée par la surexpression des monooxygénases (enzymes de détoxification) et par la présence des allèles du gène de résistance Kdr (L1014F).

II.3.3 Changement/évolution de la distribution des espèces de parasites.

Dans les villages des zones forestières, la dégradation par l'homme de la forêt autour des lieux d'habitation est favorable à l'installation de nombreux gîtes larvaires

Peu d'informations sont disponibles à ce sujet. Il faut toutefois noter que dans les zones forestières où les cours d'eau sont permanents, *An moucheti* peut représenter, en saison sèche, jusqu'à 10% de la faune anophélienne capturée.

Dans une enquête effectuée en octobre 2013 dans le village de Séké-Pembé (zone de savane avec galerie forestière dans le département de la Bouenza), les espèces de moustiques collectées étaient *Anopheles coustani*, *An funestus*, *An gambiae s.l.*, *An hancocki*, *Culex sp* et *Mansonia sp.*

L'espèce *An funestus* était de loin la plus abondante, avec 68% de l'effectif total. Les gîtes larvaires d'*An gambiae* observés au Congo sont caractéristiques de cette espèce et sont essentiellement constitués d'eau temporaire, ensoleillée sans végétation (collections d'eau superficielles qui se forment après chaque pluie abondante, ornières creusées dans les pistes, points de rouissage de manioc, puits sommaires servant à l'arrosage des cultures maraîchères, trous d'emprunt de terre, bassins de pisciculture...).

II.3.4 Stratification et cartographie du paludisme.

La stratification du paludisme est en cours de réalisation avec l'appui de l'OMS. Elle permettra d'optimiser les interventions de lutte antipaludique dans le pays en ayant une cartographie précise des interventions à mettre en œuvre par district. Les données du niveau infranational seront analysées en termes de différences géographiques, socioéconomiques et de genre pour les couvertures et l'utilisation des interventions afin d'améliorer ces couvertures de manière adaptée.

La stratification actuelle basée sur l'incidence a permis de classer les départements selon le continuum d'élimination du paludisme. Il ressort que seule la région du Pool avec une incidence de 199 pour 1000 est dans la zone de transmission basse tandis que tous les autres sont dans la zone de transmission très basse.

Tableau VI : Stratification des départements selon l'incidence en 2021

STRATES/ZONES	Noms des départements	Nombre de districts	Taille Population
Zones à transmission basse	Pool	5	358 380
Zones à transmission très basse	Niari, Kouilou, Pointe-Noire, Lékoumou, Bouenza, Brazzaville, Cuvette, Cuvette-Ouest, Sangha, Likouala, Plateaux	47	5 477 426

II.3.5 Morbidité et mortalité

La charge épidémiologique du paludisme est très importante dans le système de soins au Congo, puisqu'elle constitue la première cause de consultation (71% en 2021⁸ et 52% en 2022⁹) et de mortalité (14% en 2021 et 22% en 2022).

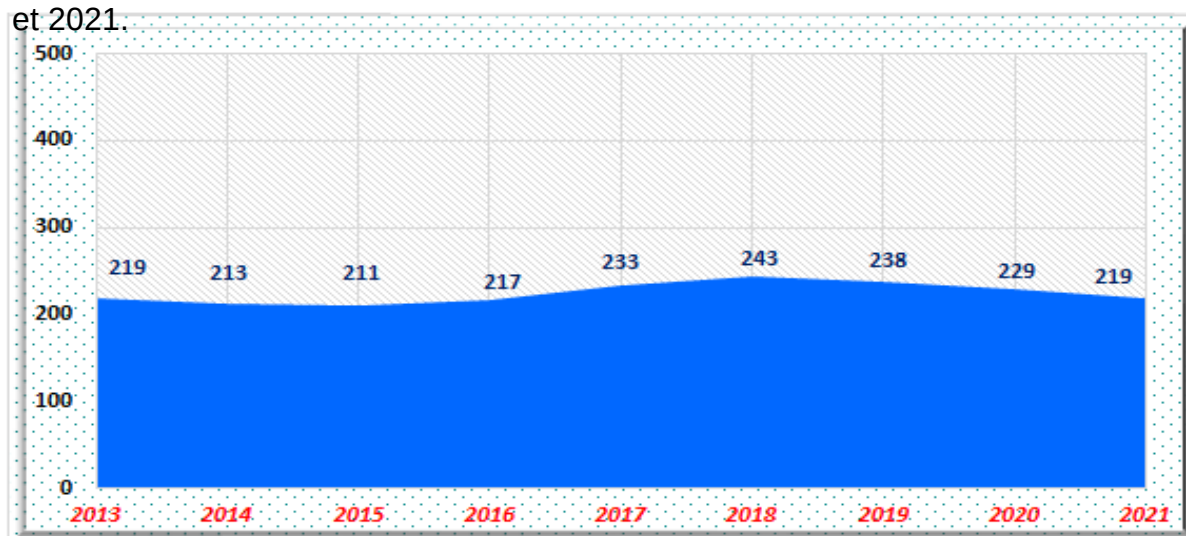
Globalement, la tendance des principaux indicateurs, notamment l'incidence et la mortalité liée au paludisme est en légère diminution entre 2018 et 2022 (revue finale du PSN 2018-2022).

II.3.5.1 Morbidité

⁸ Rapport PNLP 2021

⁹ Rapport de la revue interne du PNLP

L'incidence du paludisme pour 1000 habitants a baissé de 243 à 219 cas entre 2018 et 2021.



Source : Données du rapport mondial 2022

Graphique 2 : Evolution de l'incidence du paludisme pour 1000 habitants entre 2013 et 2021

La figure ci-dessus indique une augmentation de l'incidence allant de 217 à 243 cas pour 1000 habitants entre 2016 et 2018, suivi d'une régression régulière de 243 à 219 cas entre 2018 et 2021.

La réduction de l'incidence entre 2019 et 2020 pourrait s'expliquer par l'impact de la campagne de distribution massive des MILDA réalisée 2019, l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur la fréquentation des services de santé et la faible complétude des données rapportées sur la plateforme DHIS2. Une analyse assez approfondie devra être faite afin de déceler les facteurs explicatifs exactes liés à cet effet.

Selon les données de routine du système National d'Information Sanitaire, l'incidence du paludisme pour 1000 habitants est passée de 26 à 62 entre 2020 et 2021 soit une augmentation de 36 cas de paludisme pour 1000 habitants (voir le graphique 1 ci-dessus).

Le passage de l'incidence de 26 à 62 pour mille habitants peut s'expliquer par l'amélioration du taux de complétude qui est passé de 22% à 76% entre 2020 et 2021.



Carte 2 : Répartition de l'incidence du paludisme par département en 2021

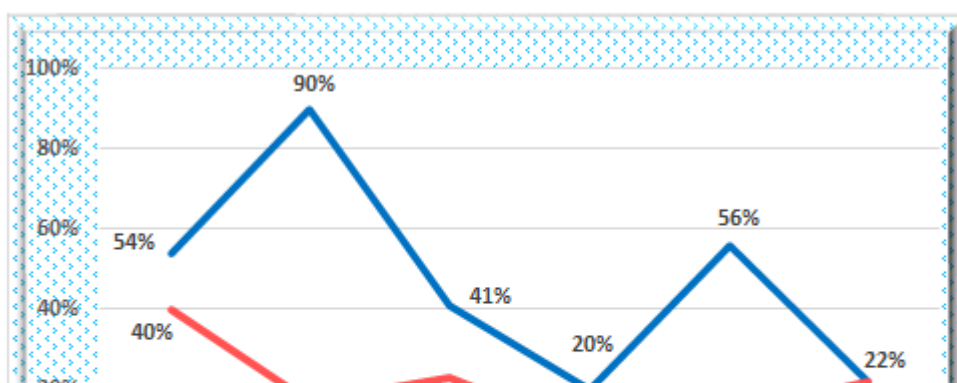
Cet indicateur a varié de 27 à 199 cas pour 1000 habitants respectivement dans le département des Plateaux et du Pool. Les départements du Kouilou (82‰), Sangha (79‰), Niari (67 ‰), Pointe-Noire (65‰), Cuvette-Ouest (64‰) ont présenté une incidence supérieure à la moyenne Nationale (Source Rapport PNLP 2021).

L'incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans a varié de 117 à 92 cas entre 2019 et 2021.

Le taux d'hospitalisation a baissé de 90% à 56% entre 2018 et 2021 avec un creux de 20% observé en 2020 suite à la survenue de la pandémie de COVID-19 car certains malades avaient la crainte d'être déclarés positifs à cette maladie.

Par ailleurs, le taux d'hospitalisation pour paludisme a connu une augmentation, il est passé de 3 à 10 cas pour 10 000 habitants entre 2018 et 2022.

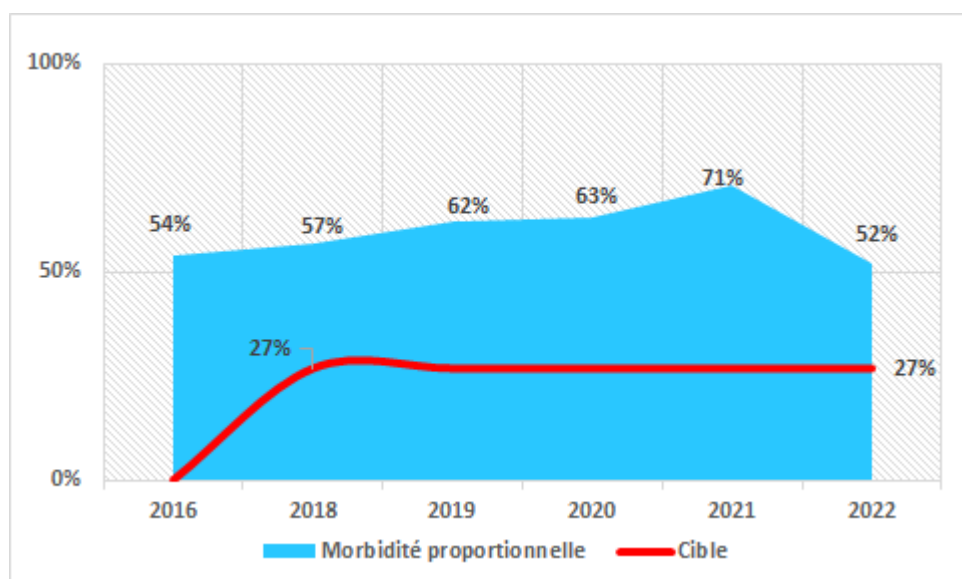
Chez les enfants de moins de 5 ans, le paludisme a représenté 66% des causes de consultation externe en 2021, 58% des causes d'hospitalisation et 23% des causes de décès au niveau des hôpitaux (Rapport PNLP, 2021)



Source : Données du DHIS-2

Graphique 3 : Evolution de la proportion des décès et des cas graves de paludisme en milieu hospitalier entre 2016 et 2022

Le graphique ci-dessous montre que le taux de consultation externe lié au paludisme a augmenté de 54% et 71% entre 2016 et 2021.

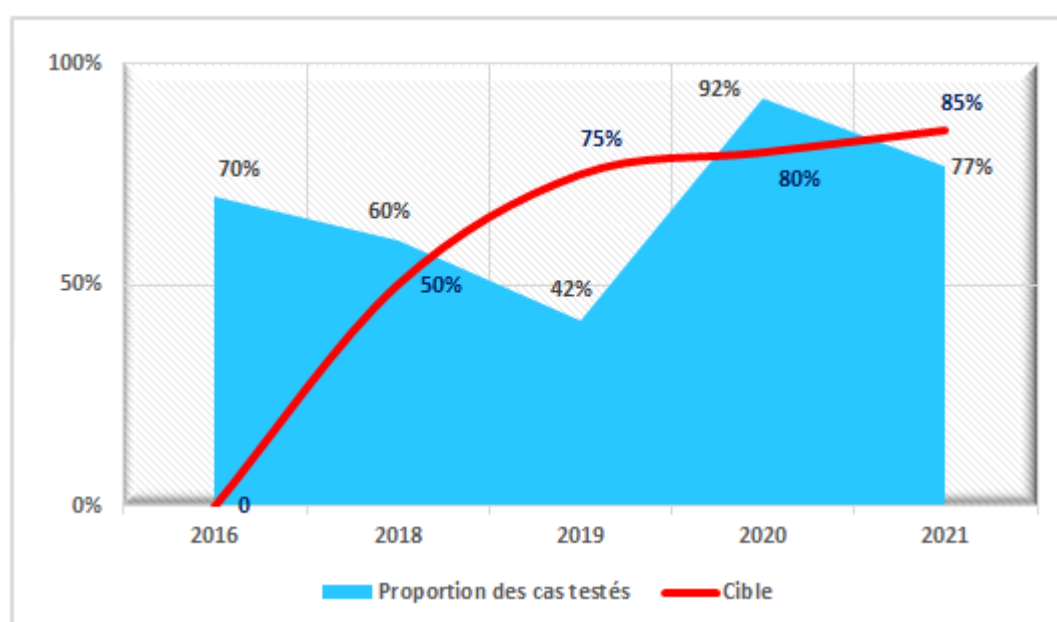


Source : Données du DHIS-2

Graphique 4 : Evolution de la morbidité proportionnelle du paludisme 2018-2022 par rapport aux cibles

L'évolution des cas suspects de paludisme soumis aux examens de diagnostic parasitologique montre que la proportion des cas testés a varié de 70% à 77% entre 2016 et 2021 avec un pic de 92% observé en 2020 (Graphique ci-dessous). La vulgarisation des protocoles de prise en charge, la formations des prestataires de santé sur la prise en charge du paludisme réalisées respectivement entre 2020 et 2021 ont permis d'atteindre la cible 60% fixée pour 2021. La réduction de la couverture de 92% à 77% entre 2020 et 2021 peut s'expliquer par le sous approvisionnement des formations sanitaires en intrants antipaludiques.

Cependant, grâce à l'appuis du Fond Mondial, les cibles fixées pour l'année 2020 et 2021 ont presque été atteintes. Celles de l'année 2018 et 2019 n'ont pas été atteintes par manque d'intrants dans les formations sanitaires.



Source : Données du DHIS-2

Graphique 5 : Evolution de la proportion des cas suspects testés de 2016 à 2021

II.3.5.2 Mortalité.

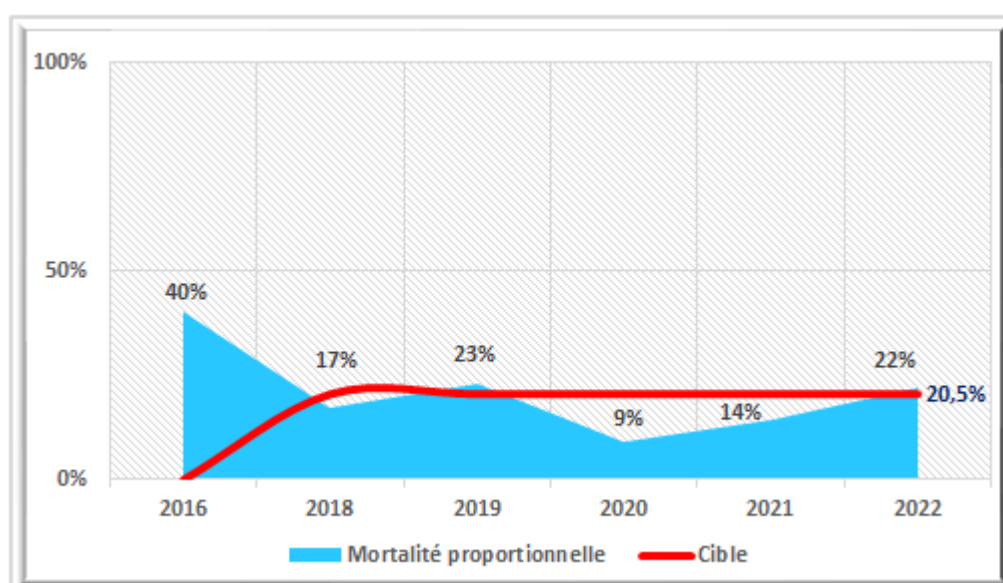
La mortalité liée au paludisme pour 100 000 habitants est passée de 41 à 39 décès à la même période¹⁰.

Cependant une analyse plus fine montre une augmentation de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans entre 2019 et 2022. Cette mortalité est passé de 6 à 11 décès pour 100 000 habitants selon les données de routine du Système National de l'Information Sanitaire.

De manière globale, le graphique 6 indique une réduction spectaculaire de la mortalité de 40% à 22% entre 2016 et 2022, avec une forte dépression de 9% observée en 2020. La diminution de 14% observée entre 2019 et 2020 pourrait s'expliquer par :

- L'impact de l'utilisation par la population des moustiquaires imprégnées distribuées lors de la CDM réalisée en 2019 ;
- La faible fréquentation des services de santé due à la survenue de la pandémie de la COVID-19 en 2020 ;
- L'absence de reportage des décès en dehors du système de santé public (formations sanitaires privés, tradipraticiens, à domicile).

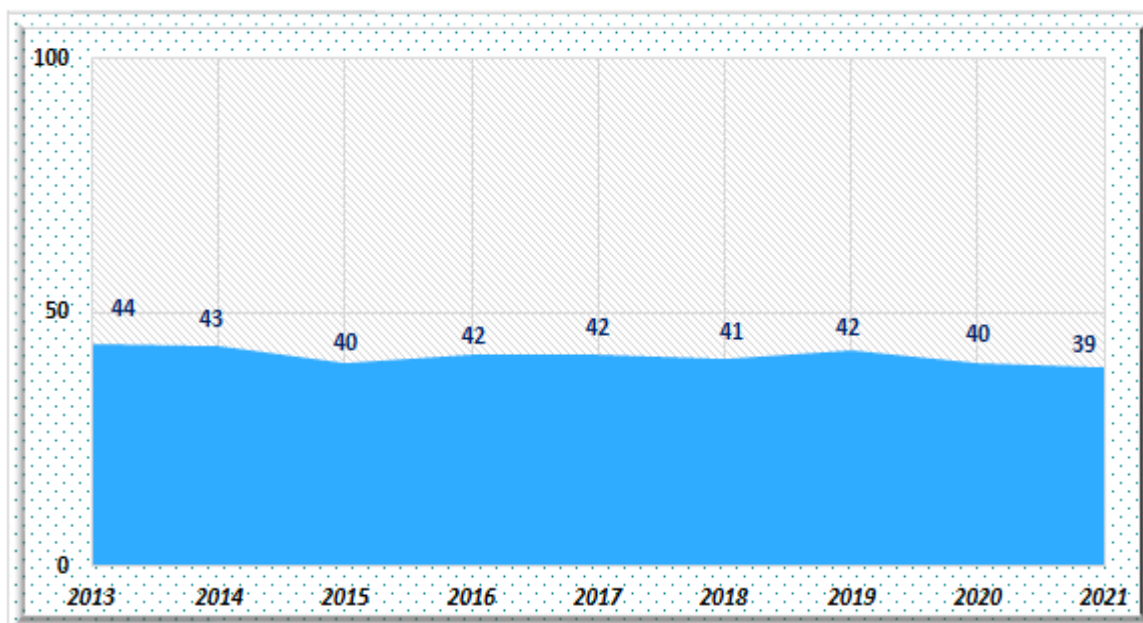
Cependant, ces résultats peuvent être influencés par la faible performance du système d'Information sanitaires dans la notification des cas des décès.



Source : Données du DHIS-2

¹⁰ Rapport paludisme Mondial OMS 2022

Graphique 6 : Evolution de la mortalité proportionnelle palustre entre 2016-2022 par rapport aux cibles

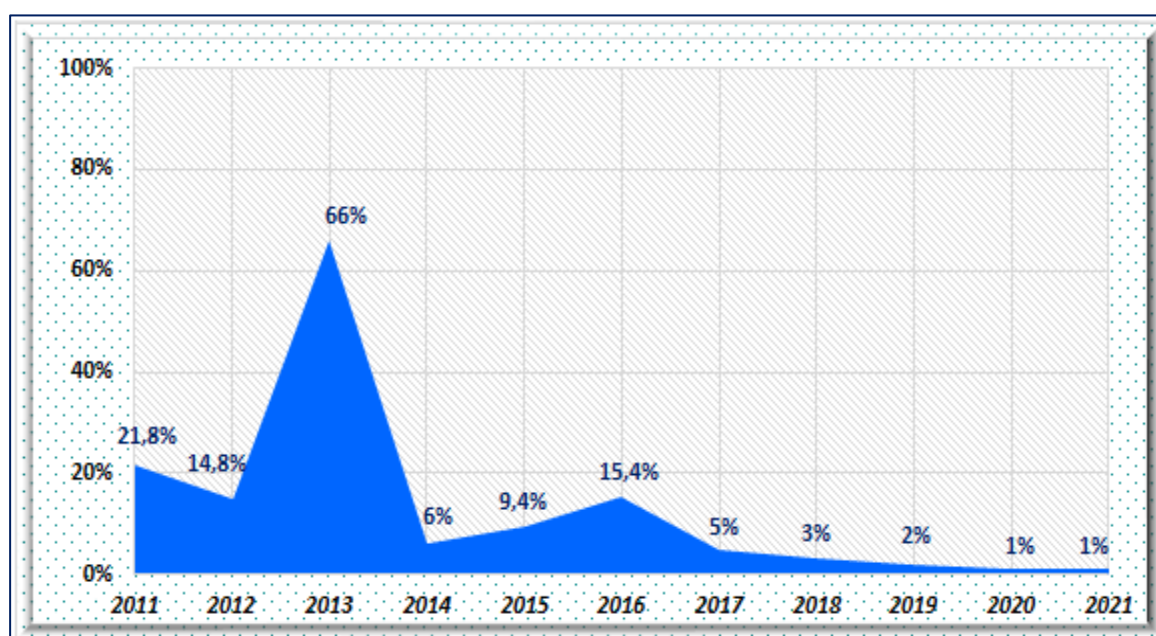


Source : Rapport de l'OMS 2022

Graphique 7 : Evolution de la mortalité liée au paludisme pour 100 000 habitants entre 2013 et 2021

Selon le rapport mondial du paludisme publié par l'OMS 2022, la mortalité proportionnelle palustre pour 100 000 habitants a diminué de 42,4 à 39,3 en 2019 et 2021. Cette mortalité a diminué de 1,3% entre 2020 et 2021.

Par ailleurs, la létalité hospitalière palustre a baissé considérablement entre 2016 et 2021. En effet elle a diminué de 10% à l'intervalle d'une année (entre 2016 et 2017) et est restée stationnaire à 1% en 2020 et 2021.



Source : Rapport PNLP 2021, Données DHIS-2

Graphique 8 : Evolution de la létalité hospitalière paludisme entre 2011 et 2021

Chez les enfants de moins de 5 ans, cette létalité est estimée à 4% dans le département de la Bouenza, 3% dans le département de la Likouala et du Niari contre 1% dans le département de la Cuvette, Cuvette Ouest, la Lékoumou et la Sangha.

Chez les femmes enceintes cette létalité palustre est de 8% et 5% respectivement dans le département de Brazzaville et de la Lékoumou contre 1% dans le département du Pool et de la Lékoumou.¹¹

II.4. Examen du PSN 2018-2022

II.4.1 Prévention

La prévention était principalement axée sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action par l'ensemble de la population et particulièrement chez les populations les plus vulnérables. Les pulvérisations intra-domiciliaires (PID) se font de manière éparse par le secteur privé et essentiellement à la demande des clients ou selon les besoins des populations. L'utilisation des MILDA est soutenue par la communication sociale pour le changement de comportement des populations, le partenariat, et la mobilisation des ressources. Elle est également complétée par l'application des mesures d'assainissement péri et intra-domiciliaire au niveau des communautés

Dans le domaine de la lutte antivectorielle, la population congolaise est consciente de l'importance de la MILDA comme moyen de prévention du paludisme et adhère à son utilisation. Ainsi, deux campagnes de distribution gratuite de masse des MILDA ont été réalisées en 2019 et 2022 (cette dernière est en cours). La campagne réalisée en 2019 a permis de distribuer 2 640 360 MILDA sur 3 074 650 prévues, soit un taux de

¹¹ Rapport PNLP 2021

réalisation 86% (Rapport CDM 2019). La couverture en MILDA des ménages dénombrés lors de cette campagne est de 86,4% (Rapport CDM 2019).

79,3% des ménages disposait d'au moins une moustiquaire imprégnée pour chaque espace de couchage et le taux d'utilisation des MILDA distribuées lors de la campagne est estimé à 98% dans l'ensemble. Cependant, il sied de noter que 60% des enfants de 5 ans et 68,3% des femmes enceintes ont bénéficié des MILDA (Rapport enquête post campagne 2020).

En matière de traitement intermittent du paludisme chez la femme enceinte, la couverture du TPI3 chez les femmes enceintes sur la période allant de 2018 et 2022 s'est améliorée. En effet, Contrairement en 2016, la proportion des femmes enceinte ayant reçu au moins trois doses de la Sulfadoxine Pyriméthamine a augmenté de 27% à 44% entre 2018 et 2022 grâce à la mise à dispositions de la de la Sulfadoxine Pyriméthamine dans les formations sanitaires publiques et confessionnelles à but non lucratif. Cette couverture connu un pic de 40% en 2017 et un creux de 24% en 2019. Cependant, ces résultats pourraient s'expliquer par la mise à disposition dans le cadre de la gratuité de la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) dans toutes les formations sanitaires publiques et confessionnelles sans but lucratif pour la prévention du paludisme chez la femme enceinte.

Dans le PSN 2018-2022, les interventions concernant la gestion de la résistance aux insecticides, l'utilisation des biolarvicides et la promotion de l'assainissement du cadre de vie bien que mentionnées dans le plan n'ont pas été mises en œuvre.

II.4.2 Prise en charge.

La prise en charge des cas de paludisme est intégrée dans le paquet de service des centres de santé intégrés publics et privés.

Le pays a adopté la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans la communauté (PCIMEc). Cette stratégie est mise en œuvre à l'échelle dans tous les départements du Congo. L'objectif est de garantir l'accès aux soins et services de santé à toute la population en développant des activités de santé communautaire à travers le paquet minimum d'activité par le biais des Relais Communautaires qui jouent un rôle d'interface entre les structures de santé et les communautés.

En Octobre 2022, 849 relais communautaires ont été formés et déployés sur l'ensemble du territoire national, pour la prise en charge des cas au domicile grâce à l'appui du Fonds Mondial.

Depuis Décembre 2022 des tests d'efficacité thérapeutique sont en cours de réalisation dans trois (3) Aires de santé dont deux (2) du DS de Makélékélé et un (1) du DS de Djiri dans le Département de Brazzaville.

Les résultats de la prise en charge sont les suivants :

- Pour le diagnostic

Les cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'une confirmation est en constante progression, passant de 34% en 2015 à 77% en 2021 dans le secteur public ; de 70% dans le secteur privé en 2021.

Les cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'une confirmation sont de 50,2% dans la communauté en 2022. Les données de la santé communautaire n'ont commencé à être renseignée qu'à partir de 2022.

Cette performance s'explique par (i) l'application des notions apprises lors des sessions de formations sur la prise en charge du paludisme. (ii) l'information sur la gratuité de la PEC du paludisme par le biais des affiches murales placées dans les centres de santé depuis janvier 2022 ; (iii) la tenue des supervisions formatives par le PNLP en appui au District sanitaire au S1 2022 a permis de capaciter ces derniers pour la suite des supervisions des FOSA dont les résultats ont été appréciés au S2 2022 (iv) la disponibilité des TDR (test de diagnostic rapide) dans les structures tant publiques que confessionnelles. Pour 2022, 3 livraisons ont été faites dont la première en mars 2022, la deuxième en T2 2022 (antipaludique acquis avec les Fonds état) et la troisième en T4 2022. Ces quantités étaient destinées à couvrir les besoins de toute la période.

- Pour le traitement

La proportion des cas de paludisme ayant bénéficié d'un traitement aux ACT a également connu une progression remarquable, en passant de 49% en 2020 à 75% en 2022 dans le secteur public.

Les actions suivantes ont tant soit peu contribué à l'amélioration de cette performance dans le secteur public à savoir : (i) l'application des notions apprises lors des sessions de formation réalisées en 2021, (ii) la distribution des guides du participants lors des

formations de 2021 pour servir d'aide-mémoire pour une bonne prise en charge, (iii) l'information sur la gratuité de la PEC du paludisme par le biais des affiches murales placées dans les centres de santé depuis janvier 2022, (iv) la tenue des supervisions formatives par le PNLP en appui au District sanitaire au S1 2022 a permis de capaciter ces derniers pour la suite des supervisions des FOSA dont les résultats ont été appréciés au S2 2022 (v) la disponibilité des médicaments dans les structures tant publiques que confessionnelles.

La proportion des cas de paludisme ayant bénéficié d'un traitement aux ACT est de 86% dans le secteur privé en 2022.

Cette performance pourrait s'expliquer par la disponibilité des mini pharmacies qui permettent d'alimenter les patients suivis dans les sites de prise en charge et la présence des personnels de santé qualifiés ayant des connaissances sur les molécules de première intention et qui les rendent disponibles dans les pharmacies. La proportion des cas de paludisme ayant bénéficié d'un traitement aux ACT est 87% dans la communauté en 2022.

Les activités de terrain des Reco n'ayant débuté qu'entre juin et juillet 2022, cette performance est à encourager en vue d'améliorer davantage cet indicateur pour les prochains semestres.

II.4.3 Gestion du programme.

Dans le domaine de la gestion des achats et des stocks, le Congo dispose d'une liste nationale des médicaments essentiels réactualisée en 2016 dans laquelle figurent les antipaludiques indiqués dans la politique nationale de lutte contre le paludisme. Il y a un comité national de quantification des produits de santé dont le Directeur du PNLP est membre.

Il existe au sein du Ministère de Santé et de la Population, une Autorité de régulation des médicaments sous la houlette de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) avec pour missions de planifier, coordonner, suivre la mise en œuvre des plans de développement du secteur pharmaceutique et d'élaborer les mesures appropriées destinées à assurer la régulation et la disponibilité des produits pharmaceutiques de qualité. Il existe un manuel de gestion des médicaments dans les centres de santé intégrés et Hôpitaux de référence.

La Centrale d'achat des Médicaments Essentiels et produits de santé (CAMEPS) a pour mission d'assurer, le stockage et la distribution des médicaments essentiels y compris les produits antipaludiques dans tout le pays.

Dans le domaine du financement la lutte contre le paludisme est une priorité nationale ; en témoignent les mesures de gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 15 ans et les femmes enceintes. Cependant, malgré un budget total du plan stratégique 2018-2022 de 146 051 209,8 £US , les fonds mobilisés pour la période 2018-2022 s'élèvent à 53 016 589 £ US soit, 36,3%.

Les partenaires du secteur privé notamment la fondation UBA financent quelques actions ponctuelles autour de la journée mondiale de lutte contre le paludisme. Les entreprises du secteur pétrolier financent la recherche médicale à travers la Fondation congolaise pour la recherche médicale (FCRM).

De ce fait, la part des ménages dans le financement de la lutte contre le paludisme a été très importante.

Dans le cadre du financement fonds mondial les acquisitions suivantes ont été faites:

- Achat de 156 216 doses d'ACT entre 2018 et 2022 pour le niveau communautaire ;
- Achat de 2 270 629 doses d'ACT entre 2018 et 2022 pour les FOSA ;
- Achat de 216 980 doses d'artésunate injectable pour le traitement du paludisme grave entre 2018 et 2022 ;
- Acquisition de 107308 kits de prise en charge du paludisme grave chez les enfants de moins de 15 ans entre 2018 et 2022 ;
- Acquisition de 8990 kits de prise en charge du paludisme grave chez les femmes enceintes entre 2018 et 2022 ;
- Achat de 213961 doses d'Artésunate suppositoire à raison entre 2018 et 2022.

Dans le cadre des financements de l'Etat, les acquisitions suivantes ont été faites :

- Achat de 5 cartons de 10 boîtes de 1000 comprimés de Quinine 300 mg entre 2018 et 2021 ;
- 2 181 440 doses d'AL ;
- 10 000 boîtes de 100 mg de SP ;
- 444 boîtes de Pyramax.

Les activités de communication dans le PSN 2018-2022 ont concerné principalement la communication de masse avec l'implication des médias dans la sensibilisation des communautés sur l'importance, l'utilisation et l'entretien des MILDA ; la promotion des services de santé sur l'initiative de la gratuité du traitement du paludisme chez les Femmes Enceintes et les enfants de moins de 15 ans, la vulgarisation du circulaire sur la prise en charge pour le reste de la population atteinte du paludisme en accordant un coût promotionnel de 1500 XAF pour toutes les prestations et aussi la communication de proximité à travers les RECO pendant la distribution de masse gratuite des MILDA et la PECADOM des cas de paludisme simple.

En effet, la communication pour le changement de comportement à l'endroit de toutes les parties prenantes permettra de changer l'Homme afin que les changements souhaités puissent contribuer à l'efficacité de la lutte. Il s'agira de sensibiliser sur l'importance de l'assainissement péri et intra domiciliaire, de l'utilisation de la moustiquaire pour éviter que celle-ci ne se retrouve dans les cimetières, les marchés, dans les jardins potagers et comme filet de pêche.

A cet effet, la prise en compte des activités du PIC permettra non seulement d'améliorer le cadre de vie des populations mais aussi de réduire considérablement la morbidité liée au paludisme.

Dans le domaine du suivi-évaluation, la dernière enquête de test d'efficacité thérapeutique des antipaludiques a eu lieu en 2019 à Ouesso après celui de Brazzaville et Dolisie. Les études de surveillance de l'efficacité thérapeutiques des antipaludiques sont en cours de réalisation depuis décembre 2022. L'OMS recommande d'organiser une enquête tous les deux ans.

La notification des cas du paludisme et des décès est réalisée mensuellement au niveau de toutes les formations sanitaires publiques et confessionnelles à travers le DHIS-2 qui a été implémenté en 2019 avec l'intégration de tous les districts sanitaires bien que le fonctionnement de ce logiciel ne soit pas encore optimal dans toutes les zones de santé suite aux difficultés liées notamment à la connexion internet (faible disponibilité et ou connectivité) à l'électricité, l'absence du personnel outillé.

Cependant, quelques avancées significatives ont été enregistrées notamment par la publication du premier bulletin national d'Information Sanitaire en octobre 2021 et l'amélioration de la qualité des données.

Le DHIS-2 a été implémenté 2019 avec intégrations tous les DS bien que le fonctionnement de ce logiciel n'a pas été optimal dans toutes les zones de santé suite aux difficultés liées notamment à la connexion internet (faible disponibilité et ou connectivité) à l'électricité, l'absence du personnel outillé.

La collecte des données de routine au niveau des FOSA se fait à travers le formulaire papier DHIS-2 qui est par la suite transmise au niveau des Districts Sanitaires pour le contrôle et la saisie.

La promptitude est passée de 7% à 42% entre 2020 et 2021. Avec un seuil de 40% fixé en 2021, quatre (04) départements sur (12) ont transmis les rapports dans le délai. Les couvertures ont varié de 12% dans le département de la Likouala à 75% dans le département de Cuvette.

Le tableau ci-dessous montre le niveau de performance des cibles du PSN 2018-2022.

Tableau VII : Cadre de performance avec les cibles, niveaux atteints et écarts

INDICATEURS D'IMPACT	Référence Source			2022			
				Cibles	Resultats	Ecart	Performance
Malaria I-6: Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, toutes causes confondues, pour 1000 naissances vivantes	47,3	2016	Rapport RMP	236,5			
Mortalité proportionnelle liée au paludisme	41%	2015	Rapport PNLP	20,5%	22,0%	1,5%	107,3%

Mortalité attribuable au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans dans les formations sanitaires	41%	2015	Rapport PNL	20,5%	29%	8,5%	141,5%
La létalité hospitalière liée au paludisme	1,90%	2015	Rapport PNL	0,95%	2%	1,1%	210,5%
La létalité hospitalière liée au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans	1,90%	2015	Rapport PNL	0,95%	2%	1,1%	
Morbidité proportionnelle liée au paludisme	54%	2015	Rapport PNL	27%	52%	25,0%	
Morbidité attribuable au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans dans les formations sanitaires	73%	2016	Rapport de la RMP	36,5%	50%	13,5%	137%
Malaria I-1(M): Cas de paludisme recensés, présumés et confirmés	374 252	2016	Rapport PNL	187 126	848 522	661 396	
Malaria I-2.1: Nombre de cas confirmés de paludisme pour 1000 habitants par an	194 ‰	2016	Rapport mondial paludisme	915 ‰	618 ‰ (DHIS-2)	-297	68%
Malaria I-4: Taux de positivité aux tests de paludisme	61%	2016	Rapport PNL	31%	62%	31,0%	200%
Taux de positivité des examens parasitologiques	63%	2016	Rapport PNL	32%	31%	-1,0%	97%
Malaria I-3.1(M): Nombre de décès de patients hospitalisés dus au paludisme : taux pour 100 000 habitants par an	98 pr 100 000	2016	Rapport mondial paludisme	50 pr 100 000	15 (DHIS-2)	-35	30%
taux d'incidence du paludisme pour 1000 habitants	217	2016	Rapport OMS		75 ‰ (DHIS-2)		
Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6-59 mois	13%	2015	PBO Mapping	6,50%			
Taux d'inoculation entomologique (TIE)	ND		Enquête		ND		
Objectif 1: Réduire de 54% à 27% (50%) la morbidité liée au paludisme dans la population générale par rapport aux données de 2015							
Malaria O-1b: Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi la nuit	60	2015	MICS			ND	ND

précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide*							
Malaria O-1c: Proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide* la nuit précédente	60	2015	MICS			ND	ND
Malaria O-6: Proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes	37,6	2015	MICS			ND	ND
HSS O-1: Pourcentage de femmes bénéficiant de soins prénatals	79	2015	MICS			ND	ND
VC-1(M): Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée distribuées aux populations à risque à travers de campagnes à grande échelle	2 078 000	2011-2012	EDS-II	3 502 800	2 668 979 (dans 7 Départements)	-835 821	76%
VC-3(M): Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée distribuées de manière continue aux groupes à risque cibles	105 309	2015	Rapport PNLP 2015	434 718	107 948	-326 770	25%
Pourcentage des femmes enceintes ayant reçu le TPI 3 au cours de la dernière grossesse	35%	2016	Rapport PNLP 2016	70%	44%	-26%	63%
Pourcentage de personnes (groupes cibles ou non) qui connaissent trois signes et trois mesures de prévention du paludisme	ND		Rapport enquête CAP	80%			
Objectif 2 : Réduire la mortalité liée au paludisme de 41% à 20,5% (50%) par rapport aux données de 2015							

CM-1a(M): Proportion de cas suspect de paludisme soumis à un test parasitologique dans des établissements de santé du secteur public	34%	2015	Rapport PNLP	90%	113%	23%	126%
CM-1b(M): Proportion de cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique dans la communauté	ND			95%	50,2%	-45%	53%
CM-2c(M): Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention dans la communauté	ND			95%	87,4%	-8%	92%
CM-2b(M): Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention dans des établissements de santé du secteur public	ND			100%	75%	-25%	75%
CM-4: Pourcentage d'établissements de santé du secteur public ou de sites du secteur privé dont les principaux produits de base n'ont pas connu de rupture de stock (y compris les agents de santé communautaires)	30%	2015	Rapport PNLP	100%			
Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçus un antipaludique de première intention dans le secteur privé	ND			100%			
Pourcentage des cas de paludisme simple confirmé traités selon les directives nationales dans les formations sanitaires	53%	2015	Rapport PNLP	95%	62%	-33%	65%
Pourcentage des enfants de moins de 5 ans hospitalisés avec diagnostic de paludisme grave pris en charge	ND			95%			0%

correctement selon les directives nationales dans les formations sanitaires							
Objectif 3 : Renforcer la surveillance épidémiologique							
Nombre de cas confirmés de paludisme pour 1000 habitants par an	194 ‰	2016	Rapport mondial palu	915 ‰			
Nombre de décès de malades hospitalisés pour le paludisme pour 100 000 habitants par an	98 pr 100 000	2016	Rapport mondial palu	50 pr 100 000	15 (DHIS-2)	-35	30%
Nombre de cas de paludisme hospitalisés pour 10 000 habitants par an	53 pr 10 000	2015	Rapport PNLP	27 pr 10 000	10	-17	37%
Taux de positivité des tests (taux de positivité des TDR et/ou des lames)	63%	2016	Rapport PNLP	32%			
Pourcentage de cas dus à P. falciparum	63%	2016	Rapport PNLP	32%	62%	30%	
Pourcentage de patients hospitalisés pour paludisme par an	12%	2015	Rapport PNLP	5%	58%	53%	
Pourcentage de décès de malades hospitalisés dus au paludisme par an	40%	2016	Rapport RMP	2%	22%	20%	
Objectif 4 : Renforcer les capacités gestionnaires du PNLP							
Taux de promptitude	ND			90%	79%	-11%	79%
Taux de complétude	ND			100%	92%	-8%	92%
Taux de mobilisation des ressources	0,32%	2016	Rapport RMP				
Taux d'absorption	71%	2016	Rapport RMP	90%			

II.4.4 Principales forces, faiblesses de mise en œuvre, opportunités et menaces (FFOM)

Domaines	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Lutte antivectorielle	• Existence de la centrale d'achat (CAMEPS) ; • Existence d'un décret N° 2018-270 du 2 juillet 2018 portant attribution et fonctionnement de la Direction Départementale des Soins et Services de Santé ; qui crée un groupe thématique de lutte antivectorielle ; • Existence du PSN 2018-2022 ; • Existence de la politique nationale de lutte contre le paludisme ; • Existence d'une circulaire instaurant la journée de salubrité tous les premiers samedis du mois.	• Inexistence d'une unité de lutte antivectorielle au PNLP ; • Non actualisation du profil entomologique du paludisme au Congo ; • Absence de stratification épidémiologique du paludisme au niveau national ; • Absence de documents normatifs sur la lutte antivectorielle ; • Absence de procédures opératoires standard pour la surveillance intégrée des vecteurs dans le cadre de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte ; • Insuffisance de compétences concernant l'entomologie et la LAV au sein du PNLP ; • Insuffisance de partenariat entre PNLP et les services concernés des autres ministères (environnement, commerce, habitat, grands travaux...) et entre PNLP et les autres services concernés au sein du ministère de la santé (PNLP-DHPS, par exemple) ; • Absence de partenariat avec les institutions de recherche (parasitologie, entomologie...); • Implication insuffisante des communautés dans les	• Existence d'un Projet de Lutte antivectorielle (PLAV) au sein du Ministère de la santé et de la Population • Existence des partenaires au développement • Existence d'une ligne budgétaire dans la loi de finances 2023 pour financer le projet qui sera financé sur fonds Etat pour la lutte antivectorielle par l'utilisation des bio larvicides ; • Existence d'une direction de l'hygiène dotée d'un service de lutte anti vectorielle	• Persistance de la pandémie de COVID-19 ; • Augmentation de la morbidité liée au paludisme ; • La résistance des vecteurs aux insecticides

		interventions de LAV au niveau intra et péridomiciliaire ; • Absence de sites sentinelles pour le suivi de l'impact des interventions de LAV, de l'évaluation de la rémanence et de l'efficacité des insecticides, de la durabilité des MILDAs ; • Absence de suivi des indicateurs entomologiques de la transmission du paludisme ; • Absence de laboratoire d'entomologie disposant d'un insectarium ; • Faible connaissance des relais communautaires concernant la lutte antivectorielle ; • Non-implication des communautés dans les interventions de LAV au niveau communautaire ; • Non prise en compte de certaines stratégies liées à la LAV • Absence d'un plan de gestion de résistance ; • Evaluation non-régulière de la sensibilité des vecteurs aux insecticides ; • Les structures privées qui travaillent sur cette thématique ne documentent pas leurs activités et ne transmettent aucun rapport au PNLP ; • Absence de mesure d'accompagnement pour le fonctionnement effectif de la note circulaire.		
--	--	---	--	--

Prise en charge des cas	• Existence d'une politique nationale de lutte contre le paludisme. • Existence d'une directive nationale de lutte contre le paludisme • Disponibilité des directives nationales de lutte contre le paludisme dans les FOSA ; • Vulgarisation des directives de PEC dans tous les 52 DS ; • Existence d'un département de Prévention et Prise en charge des cas au sein du PNLP • Intégration de la PEC dans le paquet minimum de la politique de gratuité ; • Existence du décret instituant la gratuité du paludisme pour les enfants de -15ans et chez la femme enceinte ; • Utilisation des TDR par les prestataires dans les FOSA du secteur public et secteur privé • Utilisation des TDR par les RECO dans la communauté • Dotation de Pyramax par le laboratoire Pyramax en 2021 • Acquisition des ACT et médicaments du paludisme grave; • Don de 200000 doses d'ACT de la République Populaire de Chine en 2019 ; • Don d' ACT, Artésunate injectables et suppositoires par le FM ;	• Prestataires de soins et techniciens de laboratoire non formés sur les directives de diagnostic et prise en charge • Politique de la gratuité sur la PEC non appliquée dans les FOSA • Ruptures des TDR de la gratuité entraînant parfois des diagnostics présumptifs • Système de contrôle de qualité des tests et des médicaments non fonctionnels • Inexistence du système de pharmacovigilance • Faible niveau de mise en œuvre des interventions de santé communautaire • Absence de Contrôle/Qualité et d'Assurance/Qualité de laboratoire • Absence du Contrôle/Qualité de la PEC dans les FOSA • Existence des cas de paludisme simple traités sur la base présomptive • Faible adhésion de certains partenaires • La pharmacovigilance n'est pas réalisée dans toutes les FOSA • Non décaissement des fonds du gouvernement alloués à la lutte contre le paludisme (achats des antipaludiques et politique de la gratuité) • Retard dans le déploiement des produits de santé des	• Dotations d'intrants par les partenaires (UNICEF, etc.) ; • Partenariat Congo – UNICEF pour l'acquisition des antipaludiques à travers le VII. •	• Arrêt de financement alloué à la lutte contre le paludisme par les PTF • Augmentation de la morbi mortalité liée au paludisme • Existence d'une pandémie relayant au second plan la lutte contre le paludisme
---------------------------------------	---	--	--	---

	• Mise a disposition des moyens roulants dans chaque département pour appuyer la logistique lors de la distribution des produits de sante • Disponibilité des données de PEC du paludisme dans le DHIS2 • La couverture des cas de paludisme ayant bénéficiés d'un tests parasitologique s'est améliorée	DDSSSa vers les aires de sante • Faiblesse dans la gestion des produits de santé dans les FOSAs suite a la coexistence des produits de vente et ceux de la gratuite • Mauvaise compréhension des définitions opérationnelles par certains prestataires affectant la qualité des données • Il existe encore des cas traités sur la base d'une présomption		
Interventions spécifiques (TPIg)	• Actualisation des normes et directives sur les SPN ; • Stratégie adoptée par le Ministère de la Santé et de la population mise en œuvre sur tout le territoire national ; • Disponibilité des SP et des MILDA de routines dans toutes les formations sanitaires publiques et confessionnelles à but non lucratif	• Faible couverture en TPI3 ; • Mauvaise traçabilité des médicaments de la gratuité • Faible mobilisation des ressources locales en faveur de la lutte contre le paludisme	• Existence d'un contrat d'appui à acquisition des ACT, TB ARV signé entre le Gouvernement, et l'UNICEF pour améliorer la disponibilité des intrants. • Acquisition par l'Etat à travers l'UNICEF de SP en 2019 et 2021.	• Persistance de la COVID619 ; • La non-maitrise des déterminants qui tirent vers le bas la couverture en TPI3 ; • Augmentation de la morbi-mortalité liée au paludisme chez la femme enceinte
Gestion du programme				
Plaidoyer, information, education, communication et mobilisation communautaire	• Prise en compte de la composante IEC dans le PNDS • Existence d'une unité d'IEC/CCC au PNLP • Collaboration entre le PNLP et les ONG/ Association/ de lutte contre le paludisme • Intégration dans le curricula scolaire des modules sur le paludisme par le Ministère de l'Enseignement primaire et	• Absence d'un plan multimédia ; absence d'un réseau de communication • Insuffisance de Plaidoyer en faveur des activités d'IEC dans la lutte contre le paludisme auprès du gouvernement et autres partenaires • Absence d'une stratégie nationale de communication de lutte contre le paludisme	• Existence et multiplicité des sociétés de téléphonie mobile (MTN, Airtel, Congo Télécom), de organes de presse...) • Existence de plusieurs sociétés pétrolières et forestières • Existence d'une collaboration entre le Ministère en charge de la santé et les sociétés de téléphonie mobile (MTN, Airtel, Congo Télécom...)	• Non appropriation des moyens de lutte par la population ce qui augmente les cas de morbidité et mortalité liée au paludisme • Non appropriation des activités de lutte contre le paludisme par les communautés ce qui augmente non seulement la prolifération des gites larvaires mais aussi le taux de morbidité lié au paludisme.

	secondaire chargé de l'Alphabétisation • Forte implication de la communauté à travers les relais communautaires aux activités de lutte contre le paludisme	• Verticalité du programme en matière d'IEC /CCC; • Sous financement du plan intégré de communication validé	• Existence des partenaires au développement •	
Gestion des achats et des stocks	• Existence de l'unité GAS • Existence du PSN • Existence de la politique nationale de lutte contre le paludisme • Les produits de santé acquis par la subvention du Fonds mondial figurent sur la liste nationale des médicaments • Existence de l'initiative de la gratuité • Opérationnalisation du comité national de quantification • Les spécifications des produits anti palustres sont clairement définies pour assurer une procédure d'achat efficace. • Le PNLP utilise des procédures normalisées ou des lignes directrices pour veiller au respect des pratiques appropriées d'entreposage et de distribution •	• Rareté des missions de supervision par l'unité GAS • Ruptures récurrentes des produits dans les FOSA • Non implication des districts sanitaires lors de la distribution des anti palustres au niveau des formations sanitaires • Uniformiser le formulaire de collecte de données sur la gestion des médicaments des Fosas et celui de la plateforme DHIS2 • Faible couverture TPI • Faible couverture de la MILDA de routine • Faible couverture de la prise en charge Communautaire • Faiblesse dans la gestion des produits de santé dans les FOSAs • Le programme à un département GAS/Logistique pour faire le suivi de niveaux de stock mais le niveau de coordination avec les SB qui assurent le suivi de stock au niveau périphérique reste faible.	• Elaboration d'un draft du plan d'approvisionnement avec l'aide du consultant HPI GAS • Elaboration de la subvention CG7 • Renforcement du leadership et management avec l'appui de l'AMP health et HPI • Appui des SR dans la supervision de l'exécution des PDD	• Covid 19 • Coexistence des produits de vente et de gratuité dans les CSI. • Manque d'outils et des compétences • Retard dans la liquidation des avances des frais de distribution au dernier Km par les DDSSSa • Commercialisation des produits de la gratuité dans les FOSAs.

		• Incapacité d'organiser une distribution anti palustre au moment opportun (taux de distribution non adapté) • SIGL non fonctionnel • Retard d'exécution des PDD par les DDSSSa (3 a 4 mois) • Non respect des cibles de la gratuité		
Épidémiologie, surveillance, suivi & évaluation et recherche opérationnelle	• Existence d'une unité de S&E au sein du PNLP • Existence des documents normatifs : Politique, Manuel de procédures actualisé sur la gestion du programme, Décret de création du PNLP • Existence des supports de collecte des données • Existence d'une base des données nationale • Existence du support des données de la santé communautaire dans tous les départements en 2022 • Réduction de l'incidence du Paludisme entre 2019 et 2021 • Elaboration du bulletin mensuel d'information sanitaire (BNIS)	• Insuffisance du personnel formé • Manque de recyclage du personnel • Manque de ressource financière additionnelle pour la mise en œuvre de certaines activités non financées dans le cadre du projet NFM 3. • Faible niveau de rapportage des données épidémiologiques par les formations sanitaires, limitant l'évaluation de l'impact des interventions sur la mortalité ; • Maintenance non régulière du logiciel de collecte de données • Faible complétude des données (18 %) • Manque de compétence nécessaire pour mettre en place des sites sentinelles	• Reprise de l'appui du fonds mondial • Intégration de l'équipe du PNLP a l'appui de l'AMP health • Existence des partenaires au développement	• La levée des conditions suspensives • Persistance de la COVID-19 • Crise financière • Augmentation de la morbi mortalité liée au paludisme
Coordination et gestion du programme	• Mise en place d'un cadre multisectoriel de lutte contre le paludisme (task-force) • Rehabilitation du siege du PNLP • Signature du décret portant création, organisation et	• Manque du personnel ayant des compétence requise en entomologie • Faiblesse du niveau de l'ancrage institutionnel du programme	• Nouvelle allocation d'une enveloppe de 31 265 985 euros pour la période 2021-2023 • Existence d'un financement pour la formation des	• Utilisation des médicaments de la rue • Automédicament • Accroissement des cas du paludisme et du taux de mortalité

	attribution du PNLP en Aout 2019 • Tenue des réunions du PNLP • Production des documents normatifs et stratégiques sur la lutte contre le paludisme • Existence d'un organigramme actualisé • Existence d'un document de description de postes et répartition des tâches • Existence d'un parc informatique • Mobilisation de ressources par le Cabinet, le RBM, l'OMS et l'Unicef pour soutenir le programme • Intégration du PNLP à l'AMP health • Partenariat avec la fondation UBA lors de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le paludisme • Partenariat avec la radio MUCODEC pour la sensibilisation de la CDM et à l'utilisation de la moustiquaire • Partenariat avec la chaine C-DIRECT pour la visibilité du PNLP au niveau national • Audits et contrôles réalisés périodiquement par le Ministère des finances et les partenaires (UNICEF et CRS) • Existence du PSN 2018-2022 • Existence des rapports d'activités annuels ;	• Connexion Internet non permanente • Insuffisance des partenaires • Faible réglementation du secteur privé • Insuffisance de renforcement de capacité des membres de la coordination • Parc automobile peu fourni • Insuffisance de ressources pour la maintenance • Insuffisance des allocations budgétaires • Lenteur dans le décaissement des fonds • Faible diffusion des documents du programme • Non fonctionnalité de la Task force • Faible mobilisation des ressources domestiques ; • l'absence d'appui conséquent à la plateforme des OGN et Association de lutte contre le paludisme	entomologistes, des chargés des suivi évaluation et l'achat. • Existence d'un partenariat mobilisable • Direction Départementale de la Santé et Districts Sanitaires fonctionnels (avec un personnel affecté);	
--	---	--	--	--

	• Mobilisation d'une enveloppe de 12 660 889 euros dédié à l'organisation d'une campagne de distribution des MILDA en 2019 ; • Existence d'un rapport du diagnostic organisationnel du PNLN couplé au plan de renforcement de capacités financées par l'Initiative 5% ; • Existence depuis 2019 d'une plateforme des ONG et association de lutte contre le paludisme (POALP) membre du GFAN • Existence des SR de lutte contre le paludisme • Vulgarisation des documents normatifs en matière de gestion au niveau intermédiaire et périphérique			
--	---	--	--	--

II.4.5 Défis de la lutte contre le paludisme.

Pour les différentes interventions en matière de lutte contre le paludisme, les défis de la lutte contre le paludisme sont les suivants :

Au niveau de la lutte contre les vecteurs : il n'existe aucune unité lutte antivectorielle (LAV) au PNLP.

Le défi serait de créer une unité au LAV au PNLP qui serait rattachée au Département Prévention et Prise en charge. La prochaine étape serait d'édicter les normes et directives de mise en œuvre des activités de la LAV qui devraient être en phase avec les orientations de la direction de l'hygiène et de la promotion de la santé afin d'aboutir à une lutte intégrée.

La distribution des MILDA est une des stratégies les plus efficaces en matière de LAV en dehors de la pulvérisation intra domiciliaire (PID), les financements pour la distribution des MILDA n'ont pas été mobilisés par la contrepartie.

Une évaluation de la sensibilité des vecteurs aux insecticides a montré une baisse de la sensibilité des vecteurs aux pyréthrinoïdes. Il faut rendre systématique le suivi entomologique pour actualiser le profil des vecteurs. Les activités d'assainissement du milieu et la lutte biologique devront être programmées dans le PSN comme prévu dans la politique nationale de lutte contre le paludisme.

Au niveau de la mise à l'échelle du TPI : malgré la fréquentation élevée des femmes enceintes en SPN, le taux de couverture de TPIg reste faible. La couverture du TPI-3 est de 30,95% en 2021 selon le PNDS 2022-2026. Certaines activités telles la prise de la SP sous observation directe, la réalisation des supervisions formatives des prestataires du TPIg sont essentielles pour améliorer cet indicateur.

Au niveau de la prise en charge : (i) la mise en œuvre de la politique nationale en ce qui concerne la confirmation parasitologique exigée avant tout traitement ; (ii) la disponibilité permanente des TDR au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire ; (iii) le contrôle de qualité du diagnostic parasitologique ; (iv) l'accès aux soins des populations, des groupes les plus vulnérables et les plus démunies en l'absence des médicaments de la gratuité ; (v) la baisse des frais de consultation, des examens biologiques, d'hospitalisation pour les cas de paludisme grave qui limitent l'accès aux soins pour les couches de populations les plus démunies et restent une

contrainte majeure pour la prise en charge correcte des cas de paludisme ; (v) la diffusion et l'utilisation des outils de pharmacovigilance.

Au niveau de la gestion des médicaments et autres intrants antipaludiques : i) former le staff GAS du PNLP; ii) rendre disponible et dans les délais les antipaludiques et autres intrants de la gratuité dans les FOSA afin d'éviter les ruptures intempestives de stock; (iii) s'assurer de l'adéquation entre les besoins exprimés par le PNLP (molécules et quantités) et les commandes effectives; iv) Rendre fonctionnel le système de gestion logistique des médicaments antipaludiques et autres produits ; v) améliorer les procédures d'assurance qualité et de contrôle qualité des antipaludiques et autres intrants; vi) rendre fonctionnel le Système de pharmacovigilance des médicaments.

Au niveau de l'IEC/CCC : le PNLP devrait i) mettre en place une stratégie nationale de communication pour la lutte contre le paludisme dont le plan intégré de communication pourra s'aligner; ii) mettre en place un réseau de communicateurs et d'ambassadeurs de bonne volonté pour la lutte contre le paludisme ; iii) recruter un personnel qualifié et formé en technique de CIP pour réaliser les activités IEC au niveau opérationnel ; iv) Actualiser les supports éducatifs et les outils de communication dans les FOSA; v) Orienter les messages de sensibilisation sur les thèmes assainissement ; vi) Impliquer davantage les communautés dans les activités de lutte contre le paludisme ; vii) Rendre disponible en quantité et en qualité les ressources humaines et matérielles allouées à la communication; viii) Rendre fonctionnel le cadre de concertation et de dialogue avec les différents acteurs impliqués dans l'IEC/CCC notamment les organes des médias ; (IX) Revoir à la baisse les coûts des médias pour un meilleur partage de l'information.

Au niveau du suivi-évaluation: i) Actualiser les profils épidémiologique et entomologique du paludisme ; ii) Organiser les recyclages/supervisions du personnel de santé à tous les niveaux sur la gestion des données du paludisme ; iii) Actualiser la Base des données du PNLP; iv) Améliorer en étroite collaboration avec la DISER la qualité de données de routine collectées aux différents niveaux de la pyramide sanitaire afin de mieux guider le PNLP pour la prise de décision ; iv) organiser davantage les supervisions des activités de collecte et rendre systématique la retro-information ; v) Produire régulièrement des rapports d'activités ; vi) Améliorer le taux de promptitude des rapports ; vi) Rendre fonctionnel le système de contrôle de

qualité ; vii) Renforcer le cadre de collaboration entre le PNLP et les institutions de recherche (IRSSA, FCRM, UMNG, CHU-B, LNSP).

Le taux de financement de la lutte contre le paludisme reste faible d'après le rapport de la revue à mi-parcours du PSN 2018-2022. Cette situation peut être corrigée par une bonne mobilisation des ressources domestiques et une forte capacité à intéresser les PTFs.

IV. CADRE STRATÉGIQUE

IV.1. Vision

Le Congo se veut être un pays où le paludisme ne représente plus un frein au développement socioéconomique, grâce à une réduction significative de la transmission du paludisme et à une prise en charge efficace des cas, grâce un partenariat multisectoriel et sur la participation des communautés.

IV.2. Mission

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

Les principes directeurs qui sous-tendent l'action en cette matière sont :

- Un leadership national affirmé ;
- Une bonne gouvernance ;
- Un partenariat inclusif et efficace ;
- L'intégration et la décentralisation des interventions
- La couverture universelle ;
- L'équité et l'efficacité dans la mise en œuvre des interventions.

IV.3. Orientations stratégiques et priorités politiques.

Les orientations stratégiques ont été définies lors de la revue finale du PSN 2018-2022. Il s'agit essentiellement :

- Renforcer la lutte antivectorielle ;
- Réaliser des enquêtes de surveillance entomologique pour actualiser la cartographie des vecteurs et les tendances des indicateurs entomologiques ;

- Renforcer le système de collecte des données de routine pour suivre la dynamique de transmission et les tendances de la surveillance de routine ;
- Réaliser la stratification du paludisme sur la base d'un mixte d'interventions.

Ces orientations seront mises en œuvre par les actions suivantes :

- ✓ Le renforcement des capacités institutionnelles du PNLP ;
- ✓ La mise à échelle de la couverture universelle en interventions de prévention du paludisme (MILDA, TPI) ;
- ✓ Introduire la PID
- ✓ Le renforcement de la qualité de la prise en charge dans les FOSA et l'extension des interventions de prise en charge au niveau communautaire ;
- ✓ Le renforcement du système de Gestion des approvisionnements et stocks des antipaludiques ;
- ✓ L'intensification des interventions de communication pour le changement de comportement et de plaidoyer ;
- ✓ Le renforcement de la surveillance épidémiologique et entomologique du paludisme ;
- ✓ Le plaidoyer pour la mobilisation des ressources de lutte contre le paludisme ;
- ✓ Le renforcement de la collaboration intra et multisectorielle en faveur de la lutte contre le paludisme ;
- ✓ Contrôle Qualité/Assurance Qualité des laboratoires.

Ces orientations stratégiques constituent en même temps les priorités politiques en matière de lutte contre le paludisme.

IV.4. But et objectifs

IV.4.1- But

Le but du présent plan est de contribuer à l'amélioration du niveau de santé de la population congolaise par la réduction du fardeau humain et socio-économique dû au paludisme.

IV.4.2- Objectifs

IV.4.2.1-Objectif général

Réduire la morbidité proportionnelle et la mortalité liées au paludisme.

IV.4.2.2-Objectifs spécifiques

D'ici fin 2027 :

5. Réduire de 78% (de 54% à 10,5%) la morbidité liée au paludisme de la population générale par rapport aux données de 2015 ;
6. Réduire de 78% (de 41% à 9,02%) la mortalité liée au paludisme par rapport aux données de 2015 ;
7. Renforcer la surveillance épidémiologique et entomologique;
8. Renforcer les capacités managériales du PNLP.

IV.5. Stratégies et activités clés

Pour l'atteinte des objectifs du PSN, les stratégies et les interventions ci-dessous ont été retenues pour la mise en œuvre des activités :

OBJECTIFS	STRATEGIES	INTERVENTIONS DE LUTTE
Réduire de 78% (de 54% à 10,5%) la morbidité liée au paludisme de la population générale par rapport aux données de 2015.	Lutte anti vectorielle	• Accès universel aux MILDA (campagne de distribution de masse, distribution aux enfants de 0 à 5 ans lors du PEV de routine ou à la consultation préscolaire) • Gestion de la résistance aux insecticides • Promotion de l'assainissement du cadre de vie • Utilisation des bio larvicides • Introduction de la PID dans les zones éligibles • Elimination des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux programmes de LAV
	Prévention du paludisme chez la	• TPI chez les femmes enceintes (TPIg) et les nourrissons (TPIn)

	femme enceinte et le nourrisson	• Distribution de MILDA en routine aux femmes enceintes dès le premier contact de soins prénatals. • Elimination des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent à la prévention du paludisme chez la femme enceinte
Réduire de 78% (de 41% à 9,02%) la mortalité liée au paludisme par rapport aux données de 2015 ;	Diagnostic parasitologique du paludisme	• Diagnostic parasitologique du paludisme au niveau communautaire • Diagnostic parasitologique du paludisme au niveau des formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif • Contrôle-Qualité/Assurance-Qualité des laboratoires
	Traitement antipaludique	• Traitement du paludisme au niveau communautaire • Traitement du paludisme au niveau des formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif • Pharmacovigilance • Réalisation des tests d'efficacité thérapeutique • Elimination des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux soins
Renforcer la surveillance épidémiologique et entomologique	Implantation des sites sentinelles	• Elaboration des documents normatifs pour la surveillance des vecteurs et de l'efficacité des insecticides • Acquisition du matériel

		• Mise en place d'un laboratoire d'entomologie au PNLP • Mise en place d'un laboratoire de parasitologie au PNLP • Formation/recrutement du personnel en entomologie et en paludologie • Organisation d'enquêtes pour la détermination et le suivi des indicateurs
Renforcer les capacités managériales du PNLP	CCC/IEC	• Plaidoyer • Mobilisation sociale • Communication pour le changement social
	Acquisition et approvisionnement en intrants	• Gestion des achats et des stocks • Contrôle de qualité des intrants
	Surveillance, suivi-évaluation et recherche	• Surveillance • Suivi-évaluation • Recherche
	Lutte contre les épidémies	• Préparation et riposte aux épidémies
	Gestion de la lutte contre le paludisme	• Planification et mise en œuvre • Développement des capacités • Amélioration des conditions de travail au PNLP • Mobilisation des ressources financières • Coordination, partenariat et bonne gouvernance

Les interventions, activités clés et modalités de mise en œuvre sont décrites dans le tableau ci-dessous.

OBJECTIF 1 : Réduire de 78% (de 54% à 10,5%) la morbidité liée au paludisme de la population générale par rapport aux données de 2015

INTERVENTIONS	ACTIVITES CLES	MODALITES DE MISE EN ŒUVRE
Accès universel aux MILDA	a) Organisation d'une campagne nationale de distribution de masse des MILDA en 2025 b) Distribution des MILDA de routine au cours des SPN et PEV c) Distribution des MILDA de routine aux femmes enceintes par les RECO d) Evaluation des MILDA	Il s'agira de l'organisation d'un atelier d'élaboration et validation des normes et directives sur la MILDA, de la production d'outils, acquisition des MILDA, approvisionnement des structures en intrants, tenue des micro-planifications, formation/supervision des acteurs, sensibilisation de la population en collaboration avec la société civile, dénombrement des ménages, distribution des MILDA, et les activités de suivi-évaluation. En routine, les MILDA seront distribuées aux femmes enceintes dès le premier contact de soins prénatals et aux enfants de 0 à 5 ans lors du PEV de routine ou à la consultation préscolaire. Entre 2017 et 2021, les études entomologiques ponctuelles ont révélé des résistances aux insecticides appartenant à la famille des pyréthrinoïdes. A cet effet, les moustiquiars PBO seront introduites dans les zones incriminées. Les RECO seront formés/recyclés à la sensibilisation des populations sur les questions d'hygiène et d'assainissement, sur le genre et les droits humains.

		Ils seront mis à contribution pour sensibiliser et distribuer les MILDA aux femmes enceintes qui ne se présentent pas dans les SPN. Des eudes d'évaluation de l'usure, de la durabilité physique et chimique et de la teneur en insecticide des MILDA seront réalisées.
PID	a) Elaboration du Plan de mise en œuvre b) Formation des prestataires sur les techniques de PID ; c) Acquisition des pulvérisateurs à pression préalable, des insecticides et des EPI ; d) Mise en œuvre progressive des PID dans les zone éligibles ; e) Supervision f) Evaluation	La PID consiste à l'application d'insecticide à effet rémanent sur les murs. Elle sera mise en œuvre de manière progressive dans 3 aires de santé pilotes éligibles. Il s'agira de (i) la production de guides, (ii) l'acquisition des insecticides et du matériel de PID, (iii) la formation/supervision des acteurs, (iv) la sensibilisation de la population, (v) le dénombrement et l'aspersion des concessions éligibles et (vi) les activités de suivi et d'évaluation de la campagne PID.
Gestion de la résistance aux insecticides	a) Elaboration des documents normatifs pour la surveillance des vecteurs et de l'efficacité des insecticides	Deux ateliers regroupant tous les partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme seront organisés. Il s'agira d'un atelier d'élaboration et de validation du plan de gestion de la résistance des moustiques et d'un deuxième atelier de consensus sur l'utilisation des insecticides homologués.

	b) Elaboration d'un plan de gestion de la résistance des moustiques aux insecticides c) Consensus sur l'utilisation des insecticides homologués	Cette intervention sera réalisée par le PNLP avec l'appui d'une assistance technique
Promotion de l'assainissement du cadre de vie	a) Elaboration d'un document de travail pour la prise en compte de l'assainissement b) Réunions de concertation sur l'assainissement du cadre de vie c) Réunions communautaires de sensibilisation d'un jour sur l'assainissement du cadre de vie	Il s'agit d'organiser un atelier d'élaboration d'un document de travail, des réunions de concertation au niveau communautaires portant sur l'assainissement de l'environnement immédiat des communautés à travers : - Un plaidoyer auprès des municipalités pour l'inscription des activités d'assainissement dans les plans communaux de développement ; - L'information des responsables régionaux et districts de la promotion de la santé sur les stratégies de lutte contre les vecteurs du paludisme - Des activités de communication auprès des responsables administratifs, des leaders politiques, coutumiers et religieux de la population en faveur des comblements des fosses, des décharges, des rigoles et la destruction des contenants des eaux stagnantes. La mise en œuvre sera assurée par les collectivités territoriales en partenariat avec les autres départements ministériels qui mènent des activités d'assainissement. De même, il s'agira de former les RECO pour la sensibilisation des populations sur les questions d'hygiène du milieu et d'assainissement dont

		principalement la gestion et la conservation de l'eau au niveau domestique, pour une réduction drastique des gîtes des vecteurs dont ceux des arboviroses (fièvre jaune, chikungunya, dengue...).
Utilisation de biolarvicides	a) Cartographie des gîtes larvaires b) Acquisition d'insecticides c) Mise en œuvre d) Evaluation	Une cartographie des gîtes larvaires permanents sera réalisées dans les zones éligibles. L'insecticide approprié sera acquis et des agents formés pour répandre l'insecticide dans les points d'eaux. Cette intervention sera évaluée.
TPI chez les femmes enceintes et chez le nourrisson	a) Mise à jour des directives sur les SPN b) Elaboration des directives sur le TPI c) Elaboration d'un manuel de référence de prise en charge du paludisme chez la femme enceinte d) Formation et supervision des prestataires e) Dotation en SP	Le TPIg consiste à donner au moins 3 doses supervisées de SP à toutes les femmes enceintes au cours de la SPN à partir de 16 à 20 semaines après observation des mouvements actifs du fœtus. Un atelier de mise à jour des directives sur les SPN et d'élaboration d'un manuel de référence de PEC du paludisme chez la femme enceinte sera organisé. Suite à cet atelier les formations des prestataires seront organisées. Afin d'augmenter la couverture en TPI, les RECO seront chargés de rechercher les femmes enceintes perdues de vue. Par ailleurs, les CSI organiseront des stratégies avancées pour la SPN. Le TPIIn consiste à donner les doses de la SP chez le nourrisson en suivant le calendrier vaccinal Penta2 entre 8 et 10 semaines, la deuxième dose

		pendant le Penta 3 entre 12 et 14 semaines et la 3eme dose pendant le VRR à 9 mois. Des directives sur le TPIn seront élaborées, les structures sanitaires seront dotées en SP et les agents seront formés (formation intégrée à la PEC) et supervisés. Cette intervention se fera au niveau de tous les districts sanitaires avec la même ampleur dans les FOSA du secteur public et prive à but non lucratif.
MILDA en routine aux Femmes Enceintes et aux enfants de moins d'un an	g) Approvisionnement en MILDA h) Distribution des MILDA	En routine, les MILDA seront distribuées aux femmes enceintes dès le premier contact de soins prénatals. Une formation se fera pour harmoniser les approches de mise en œuvre ainsi que les supports de collecte. Les FOSA seront dotées en MILDA et les acteurs chargés de la mise en œuvre seront supervisés. Cette distribution de routine se fera de la même manière et avec la même ampleur au niveau des CSI. La distribution des MILDA se fera également en routine aux femmes enceintes par les RECO
Elimination des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent	a) Intensification des actions de prévention b) Mobilisation sociale et la sensibilisation	L'élimination de ces obstacles se fera par (i) l'intensification des actions de prévention de manière sensible au genre et basée sur les droits dans la communauté par les RECO; (ii) la mobilisation sociale et la sensibilisation sensible au genre et inclusive dirigée par la communauté ; (iii) la formation

l'accès aux programmes de prévention	c) Formation des RECO et des agents de santé d) Révision des outils de collecte de données et de rapportage	des RECO et des agents de santé en matière d'égalité des genres, droits humains ; (iv) la révision des outils de collecte de données et de rapportage pour y intégrer les questions de genre, de droits humains et d'obstacles à la prévention.
---	--	---

OBJECTIF 2 : Réduire de 78% (de 41% à 9,02%) la mortalité liée au paludisme par rapport aux données de 2015

INTERVENTIONS	ACTIVITES CLES	MODALITES DE MISE EN OEUVRE
Diagnostic parasitologique du paludisme au niveau communautaire	a) Mise à jour des modules de formation b) Mise à jour des outils de collecte c) Formation sur l'utilisation des TDR d) Dotation en TDR e) Supervision	Tous les cas de fièvre reçus par les RECO devront être confirmés par les TDR mis à leur disposition. Pour cela, les modules de formation et les outils de collecte de données (intégrés à la prévention) seront mis à jour pour prendre en compte les nouvelles thématiques. Les RECO seront (i) formés/recyclés au diagnostic, à la sensibilisation des populations sur le TPIg et TPIn, au rapportage des données, sur le genre et les droits humains, (ii) dotés en intrants, et (iii) seront supervisés régulièrement.
Diagnostic parasitologique du paludisme au niveau des formations sanitaires publiques et privées à but non lucratifs	e) Mise à jour des normes et directives de diagnostic parasitologique du paludisme f) Formation sur le diagnostic parasitologique du paludisme g) Distribution de TDR et autres intrants dans les FOSA	Des ateliers d'actualisation et de validation des normes et directives de diagnostic parasitologique, des formations de formateurs et des techniciens de laboratoire ainsi que des prescripteurs seront organisés. Les formations sanitaires publiques et privées seront dotées en TDR et autres intrants.

	h) Equipement des laboratoires en matériels, réactifs et consommables i) Supervision	Les laboratoires des FOSA du secteur public seront équipés en matériels, réactifs et consommables afin de garantir la qualité des diagnostics. Des supervisions des prestataires dans les centres de santé ainsi que des techniciens de laboratoire des structures publiques et privées seront organisées.
Contrôle Qualité/Assurance Qualité des laboratoires	a) Contrôle de qualité dans les hôpitaux et les CSI b) Formations c) Rapportage des données d) Enquête sur les délétions du gène HRP2/3	Des missions de contrôle de qualité seront organisées dans les hôpitaux de base / référence et dans les CSI. Des formations seront aussi organisées. Le contrôle de qualité sera fait dans un laboratoire de référence (LNSP). Une enquête sur les délétions du gène HRP2 sera réalisée par les centres de recherche.
Traitement du paludisme au niveau communautaire	j) Mise à jour des modules de formation k) Mise à jour des outils de collecte de données l) Formations m) Dotation en ACT n) Rapportage des données o) Supervision	Un atelier sera organisé pour la mise à jour des modules de formation sur la PEC du paludisme au niveau communautaire. Les RECO seront (i) formés/recycles au traitement (intégré au diagnostic), à la sensibilisation des populations, au rapportage des données, sur le genre et les droits humains, (ii) dotés en tablette pour l'enregistrement des données et en ACT, et (iii) seront supervisés régulièrement. Afin

		d'assurer une meilleure coordination, appui/supervision, gestion des intrants et des données.
Traitement du paludisme au niveau des formations sanitaires publiques et privées	a) Mise à jour des normes et directives de lutte contre le paludisme b) Formations des formateurs et des prescripteurs c) Dotation en médicaments (ACT, artésunate injectable, artésunate suppositoire) d) Rapportage des données e) Supervision des agents de santé	Des ateliers de mise à jour et de validation des normes et directives de lutte contre le paludisme seront organisés ainsi que des formations de formateurs et prescripteurs sur la prise en charge, avant lesquelles (formations) des reproductions des documents sont faites. Des missions de supervision pour le contrôle de qualité de la prise en charge seront organisées. Tous les cas suspects de paludisme devront être confirmés par le TDR ou la goutte épaisse au niveau des CSI, des centres de référence et traités selon les directives. A cet effet, les structures sanitaires seront dotées en médicaments et autres intrants. Les agents de santé seront formés et supervisés régulièrement. Cette prise en charge des cas se fera de la même manière et avec la même ampleur au niveau des districts sanitaires. Elle se fera au niveau des formations sanitaires publiques et privées. Le traitement pré-transfert sera réalisé avec l'artésunate suppositoire par les agents de santé des CSI.

Pharmacovigilance	a) Elaboration des supports de collecte des données b) Dotation en outils c) Formation des prescripteurs sur la pharmacovigilance d) Appui à la collecte	Des ateliers d'élaboration de supports de collecte des données et de formation des prescripteurs sur la pharmacovigilance dans les 12 départements seront organisés. Ces supports seront distribués pour la notification des effets indésirables des antipaludiques dans les CSI. Des formations des agents de santé sur la pharmacovigilance seront réalisées et les formations sanitaires dotées de fiches de collecte de données afin de notifier tout cas d'effet indésirable.
Elimination des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux soins	a) Intensification des actions de prévention b) Mobilisation sociale et la sensibilisation c) Formation des RECO et des agents de santé d) Révision des outils de collecte de données et de rapportage	L'élimination de ces obstacles se fera par (i) l'intensification des actions de prise en charge de manière sensible au genre et basée sur les droits dans la communauté par les RECO; (ii) la mobilisation sociale et la sensibilisation sensible au genre et inclusive dirigée par la communauté; (iii) la formation des RECO et des agents de santé en matière d'égalité des genres, droits humains; (iv) la révision des outils de collecte de données et de rapportage pour y intégrer les questions de genre, de droits humains et d'obstacles aux soins de santé.

OBJECTIF 3 : Renforcer la surveillance épidémiologique et entomologique du paludisme

INTERVENTIONS	ACTIVITES CLES	MODALITES DE MISE EN OEUVRE
Surveillance épidémiologique et entomologique	a) Elaborer et actualiser les documents normatifs de la surveillance b) Assurer le fonctionnement et la supervision de 6 sites sentinelles à travers le pays ;	Il s'agira de recruter 5 consultants pour élaborer les drafts des documents normatifs : Cadre national de lutte intégrée contre les vecteurs, Guide des agents en charge de la PID, Guide de LAV au niveau des agents Hygiène/PNLP et au niveau communautaire, Procédures opératoires standard pour la surveillance intégrée des vecteurs dans le cadre de

	c) Mettre en place un laboratoire d'entomologie et un de parasitologie fonctionnels d) Organiser des enquêtes de terrain pour la détermination des indicateurs entomologiques de la transmission du paludisme et des études sur la résistance aux insecticides; e) Collecter, compiler et analyser les données épidémiologiques, notamment parasitologiques et entomologiques, du paludisme ; f) Organiser des supervisions formatives	la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte, Profil entomologique du paludisme au Congo, Manuel d'évaluation et de suivi de la sensibilité des vecteurs aux insecticides utilisés en santé publique, Plan de gestion de la résistance, Texte portant organisation et attributions des centres d'hygiène. Ces documents élaborés seront validés en atelier regroupant tous les partenaires impliqués dans la lutte contre les vecteurs. A partir des profils entomologique et épidémiologique, des sites sentinelles seront identifiés selon les faciès écologiques (1 site au moins par faciès) pour la mise en œuvre, la surveillance et le suivi des indicateurs. Six sites sentinelles seront identifiés et équipés en matériel et supervisés. Pour les rendre fonctionnels, du personnel de laboratoire sera recruté et formé. Des laboratoires d'entomologie et de parasitologie qui serviront de laboratoire de contrôle de qualité seront construits.
--	--	--

		Des enquêtes de terrain pour la collecte, la détermination et le suivi des indicateurs du paludisme seront organisées mensuellement ainsi que des études périodiques.
Publication régulière du journal épidémiologique mensuel	a) Collecter, compiler et analyser les données épidémiologiques b) Publier un bulletin épidémiologique mensuel au PNLP	Le département de surveillance épidémiologique analysera mensuellement les données épidémiologiques et les mettra à la disposition à la section communication qui va les publier mensuellement.

OBJECTIF 4 : Renforcer les capacités managériales du PNLP.

INTERVENTIONS	ACTIVITES CLES	MODALITES DE MISE EN OEUVRE
Plaidoyer	a) Rencontres avec les médias et sociétés de téléphones mobiles b) Identification d'un champion de la lutte contre le paludisme c) Rencontres avec les sociétés et ONG d) Rencontres avec les leaders opinion e) Rencontres avec les autorités du MSP pour le financement des médicaments de la gratuité	Il s'agira de susciter l'adhésion des leaders politico-administratifs, coutumiers et religieux, opérateurs économiques, leaders des médias afin de les impliquer dans la lutte contre le paludisme. Ceci permettra de mobiliser les ressources nécessaires pour la réalisation des activités de prévention et de PEC des cas de paludisme. Des rencontres d'information et de sensibilisation des leaders d'opinion ainsi que le renforcement du partenariat seront organisés. Il en sera de même avec les médias et société de téléphones mobiles dont les rencontres seront organisées au niveau central et départemental. Ces rencontres avec les médias et sociétés de téléphones mobiles permettront également de négocier des prix promotionnels pour les messages,

		les spots, les reportages et les émissions et de proposer des contrats à signature. Par ailleurs, des rencontres de sensibilisation et de plaidoyer auront lieu avec les sociétés privées et ONG pour l'adhésion à la politique et à la mobilisation des ressources. Un champion sera identifié et fera le plaidoyer en faveur de la lutte contre le paludisme au niveau national auprès des différents décideurs, des autorités, politico administratives, des autorités coutumières et religieuses, etc.
Mobilisation sociale	a) Formation des acteurs clés de la communauté b) Production de supports et dotation c) Mise en œuvre des interventions à base communautaire d) Célébration des journées mondiales de lutte contre le paludisme	Des sessions de formation des acteurs clés de la communauté (Formateurs, Relais et Leaders communautaires, etc.) en techniques d'IEC/CCC seront organisées. Ces acteurs seront équipés en matériels et supports de communication. Il sera en même temps question de mettre en œuvre des interventions à base communautaire par les RECO. Des journées mondiales de lutte contre le paludisme seront organisées dans les 12 départements chaque année

Communication pour le changement de comportement	a) Elaboration des messages et supports de communication b) Dotation de supports de communication c) Production et diffusion de sketches TV Production et diffusion de sketches Audio d) Elaboration des plans multimédias e) Appui au CSI dans les activités de sensibilisation f) Enquêtes CAP	Il s'agira d'élaborer les messages en différents langues locales outre que le lingala, kituba et français les faire diffuser par les crieurs dans différentes aires de santé, Les sketches TV et Audio seront produits par mois pendant 4 ans. Deux enquêtes CAP seront réalisées dans les 7 départements pour évaluer le niveau de connaissance et les attitudes des populations face au paludisme
Acquisition et approvisionnement en intrants	a) Acquisition des MILDA b) Quantification des intrants (médicaments antipaludiques, TDR ...) c) Acquisition des intrants d) Transport et approvisionnement des intrants e) Formation des acteurs f) Gestion des stocks	Des MILDA et autres produits (antipaludiques, TDR) seront achetées, dédouanées, transportées et stockées dans les sites appropriés. La quantification des besoins sera faite par formation sanitaire, et les intrants seront distribués au niveau des FOSA et dans la communauté. Les gestionnaires de stocks des produits de santé seront formés.
Contrôle de qualité des intrants	Appui à la mise en œuvre de l'assurance et contrôle qualité des antipaludiques et autres intrants	Des contrôles qualité seront effectués pour tout produit acquis, avant consommation ce qui se traduira par la

		surveillance des conditions de stockage des produits de santé afin d'assurer leur qualité. Ces contrôles seront réalisés par la DPM en collaboration avec le PNLP et le LNSP. Il se fera en deux étapes. Le contrôle pré et post marketing. Le contrôle pré marketing se fera dès l'entrée des intrants au pays à partir d'un échantillonnage. Les échantillons prélevés sont analysés au laboratoire afin de vérifier la conformité de la qualité des médicaments avant leur mise en consommation. Le contrôle post-marketing se fera à travers un échantillonnage au niveau des sites de distribution et les échantillons prélevés sont transmis au laboratoire pour analyse de la qualité des médicaments distribués.
Suivi-Evaluation et recherche	a) Formation/recyclage des gestionnaires de des données b) Actualisation et diffusions des outils de collecte des données c) Collecte des données d) Réalisation des enquêtes/études	Des formations seront réalisées pour les gestionnaires des données dans les départements. Des missions trimestrielles de supervision du niveau central vers les départements, des DS vers les FOSA et des FOSA vers les RECO.

	e) Supervision f) TET g) Revues annuelles du PSN 2023-2027 h) RMP du PSN 2023-2027 i) Revue finale du PSN 2023-2027 j) Actualisation du profil entomologique du paludisme au Congo k) Détermination de la prévalence actuelle du paludisme du pays l) Contrôle de qualité des données	Des revues annuelles, la RMP et la revue finale du PSN 2023-2027 seront organisées. Le profil entomologique sera mis à jour. La prévalence du paludisme au Congo devra être déterminée. Des TET seront réalisés tous les deux (2) ans dans six (6) sites sentinelles La stratification des interventions de lutte contre le paludisme basé sur un mix d'interventions en cours de réalisation permettra d'adapter les interventions selon les besoins. Des contrôles de qualité des données seront faits dans tous les départements pour apprécier la fiabilité des données. Les données seront désagrégées afin de permettre une meilleure analyse et la prise de décision.
Lutte contre les épidémies de paludisme	a) Elaboration d'un plan de gestion de l'épidémie b) Formations des agents chargés de la surveillance c) Détermination du seuil épidémiologique	Pour faire face à une éventuelle survenue d'épidémie de paludisme, il est prévu l'élaboration d'un plan de gestion de l'épidémie sur la base des résultats de l'étude sur le faciès épidémiologique.

	d) Collaboration avec le service de météorologie e) Surveillance communautaire f) Mise en place de cadres de concertation	Pour renforcer les compétences des agents chargés de la surveillance (PNLP, DDS, DS), une formation sur la gestion des épidémies sera réalisée. Une étude sera réalisée pour déterminer le seuil épidémiologique du paludisme dans les différents départements. Le programme collaborera avec service de la météorologie pour obtenir les prévisions de précipitations. La surveillance communautaire sera mise en œuvre dans les districts concernés. Si la survenue d'une épidémie venait à être avérée, des investigations des cas et des situations épidémiques dans les zones concernées seront réalisées.
Planification et mise en œuvre	a) Révision de la politique de lutte contre le paludisme b) Elaboration des plans annuels c) Evaluation des plans annuels	Compte tenu des changements opérés dans les domaines de la prévention et de la prise en charge, la politique nationale de lutte contre le paludisme sera révisée pour tenir compte de ces changements. Des ateliers d'élaboration et validation des plans annuels de mise en œuvre des interventions de lutte

		contre le paludisme seront organisés au niveau central. il s'en suivra une évaluation semestrielle desdits plans pour faire le bilan physique, financier et la reprogrammation des activités. Des planifications annuelles sont organisées avec les DS pour tenir compte des spécificités en lien avec le paludisme.
Développement des capacités	a) Elaboration du plan de renforcement des capacités b) Formation c) Partage d'expérience	Des ateliers d'élaboration et de validation du plan de renforcement de capacités des gestionnaires du PNLP seront organisés. Des formations/ recyclages des agents du PNLP en gestion (i) des achats et des stocks ; (ii) gestion de base des données ; (iii) paludologies ; (iv) management de programme de santé ; (v) suivi et évaluation ; (Vi) Epi Info et Health mapper seront organisées. Des missions d'études et d'échange d'expérience seront réalisées pour permettre de capitaliser les capacités.
Mobilisation des ressources financières	a) Table ronde des partenaires b) Identification d'une marraine	Une table ronde des partenaires pour la mobilisation des ressources financières sera organisée. Afin de mobiliser les ressources domestiques, une

	c) Identification des Parlementaires pour la lutte contre le paludisme	personnalité influente (marraine...) ainsi que des parlementaires seront impliquées à la lutte contre le paludisme à travers des questions orales au Gouvernement au cours des sessions ordinaires et extraordinaires (pour les parlementaires).
Coordination, partenariat et bonne gouvernance	a) Réunions du sous-comité quantification des ACT et autres intrants b) Renforcement du parc auto du PNLP c) Elaboration des procédures opérationnelles standards d) Tenue des rencontres de concertation e) Révision de la description des postes f) Audits et contrôles g) Approche multisectorielle h) Mise en place des Groupes thématiques	Des réunions du sous-comité quantification des CTA et autres intrants seront organisées tous les trois (3) mois pour planifier les besoins. Des documents normatifs du PNLP (politique de lutte contre le paludisme, directives de LAV, directives de prise en charge, stratégie de communication) seront mis à jour et disponibles. Les cadres de concertation du PNLP (tenue régulière des réunions de coordination du PNLP et de la Task force) seront définis tous les mois. Renforcement du parc auto du PNLP. La description de postes sera faite et les audits et contrôles seront réalisés conformément au manuel de procédures. Des approches multisectorielles seront menées envers les autres ministères non santé ayant des

		implications en matière de lutte contre le paludisme (environnement, agriculture, éducation, communication, services météo, etc...). Des groupes thématiques de lutte contre le paludisme (PEC, LAV, GAS, COM, S&E et GP) seront mis en place pour aborder tous les aspects de lutte afin de rendre efficace les interventions.
--	--	---

V. CADRE DE MISE EN OEUVRE DU PSN 2023-2027

V.1. Plan de travail

La période de mise en œuvre du présent PSN va du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2027, soit une durée de 5 ans.

Le chronogramme des activités (Cf. annexe 1) décline les activités par stratégie et par intervention.

Pour chaque activité, la période annuelle de mise en œuvre, le responsable, les structures impliquées et le coût sont présentés.

V.2 Modalités de mise en œuvre du PSN 2023-2027

V.2.1 Mécanisme de planification et de mise en œuvre

Le PNLP est chargé de coordonner les activités de la lutte contre le paludisme au niveau national. La planification des activités de lutte contre le paludisme du présent PSN s'est faite de façon intégrée avec tous les acteurs impliqués. La mise en œuvre des activités au niveau national sera décentralisée dans les structures publiques, privées et Confessionnelles avec l'appui de la communauté.

Au niveau central : La planification des activités de lutte contre le paludisme pour la période 2018-2022 s'est faite à travers l'élaboration du présent plan stratégique qui sera opérationnalisé à travers les plans d'action annuels. Ces documents sont élaborés en tenant compte du PNDS 2022-2026 d'une part et d'autre part des résultats de la revue des performances à mi-parcours du PSN 2018-2022, tout en intégrant les nouvelles approches mondiales de lutte contre le paludisme.

Ces documents de planification présentent les axes stratégiques de lutte contre le paludisme qui serviront d'orientation pour la planification des activités aux niveaux intermédiaire et périphérique. Le niveau central diffusera ces documents normatifs à tous les acteurs du système de santé et aux partenaires, réalisera le renforcement des capacités et des supervisions au niveau intermédiaire. Le plaidoyer et la mobilisation des ressources en faveur du paludisme seront orientés par le niveau central.

Au niveau intermédiaire: La lutte contre le paludisme est coordonnée au niveau intermédiaire par les équipes des DDS. Ces structures déconcentrées du ministère de la santé devront élaborer et mettre en œuvre les activités de lutte contre le paludisme

planifiées dans leurs plans d'action annuels prenant en compte les orientations stratégiques du programme. Ces activités seront surtout en lien avec la coordination et la supervision des interventions mises en œuvre par les différents DS.

Au niveau périphérique : la coordination est assurée par les équipes cadres de district sanitaire qui appuient les formations sanitaires dans la planification et la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme. Les districts et les formations sanitaires élaboreront et mettront en œuvre des plans d'action annuels qui intègrent les activités de lutte contre le paludisme suivant les orientations stratégiques inscrites dans le PSN 2023-2027. Ces plans d'action devront prendre en compte les activités du secteur privé, les organisations de la société civile de l'aire de santé.

V.2.2 Système de partenariat et de coordination

Il existe une coordination de l'action des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme à travers la Task-force qui, cependant n'est pas fonctionnelle. Il existe aussi un comité de quantification des intrants y compris les intrants du paludisme.

Pour une bonne coordination du partenariat en faveur de la lutte contre le paludisme, le PNLP rendra fonctionnel la Task-force et mettra en place des groupes thématiques en lien avec les différentes stratégies/interventions de lutte contre le paludisme.

Par ailleurs, des approches multisectorielles seront menées en direction d'autres départements/secteurs tels que les Ministères non santé (ex Administration Territoriale, environnement, Agriculture, Communication, Finances, Education Nationale, etc...), les structures du secteur privé, la société civile (ONG et associations) et la Direction de la Météorologie.

V.2.3 Système de gestion des achats et stocks

Le système de gestion de l'approvisionnement des intrants intégrera la gestion des achats et des stocks, la pharmacovigilance et le contrôle de qualité des intrants.

La gestion des achats et des stocks se fera à travers une quantification des besoins en intrants et une planification des approvisionnements réalisés par le PNLP. Ces besoins exprimés seront validés par le comité de quantification. La centrale d'achat se chargera dans certaines mesures des achats, du stockage et de la distribution de ces intrants sur la base d'un plan de distribution élaboré par le PNLP.

La pharmacovigilance et le contrôle de qualité des intrants de lutte contre le paludisme seront réalisés en collaboration avec la DPM et le LNSP.

Pour une mise en œuvre efficace de l'approvisionnement, toutes les parties prenantes (PNLP, DPM, LNSP, CAMEPS, ...) seront étroitement associées.

V.2.4 Gestion des ressources financières.

Le financement des activités de lutte contre le paludisme sera assuré par le budget de l'Etat et la contribution des partenaires techniques et financiers. Une partie des intrants de lutte contre le paludisme notamment les médicaments sont acquis par l'Etat à travers l'initiative de la gratuité pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 15 ans. L'Etat assurera également l'acquisition des MILDA dans le cadre de la distribution de routine chez les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans.

Les contributions des partenaires se font sous forme de requêtes de financements conformément à leurs plans de travail.

Dans le cadre de la mise en œuvre du présent plan, les structures aux différents niveaux intermédiaire et périphérique du public feront l'objet d'audits et de contrôles qui seront organisés annuellement pour vérifier la bonne utilisation des ressources. Ils seront réalisés par l'Etat et le Fonds mondial.

V.2.5 Gestion et atténuation des risques.

Des événements pourront survenir au cours de la mise en œuvre du PSN 2023-2027 et compromettre les résultats attendus. Il est donc essentiel de s'assurer de la qualité des interventions et de l'engagement continu des acteurs et des partenaires appuyant le programme.

Les risques peuvent être dus à une inadéquation ou à une défaillance des procédures, des acteurs et des systèmes internes. Les risques peuvent être programmatiques, fiduciaires et financiers. Ils peuvent aussi être liés à la qualité des services, des produits de santé, de la gouvernance, de la supervision, de la gestion et à la survenue des résistances aux insecticides et aux antipaludiques.

Des actions seront programmées (formations, outils, suivis de la sensibilité des parasites et des vecteurs aux antipaludiques et aux insecticides, contrôles, audits, ...) pour prévenir les risques, traiter ceux qui peuvent se produire, absorber ou minimiser les conséquences du risque. Dans le cadre de cette gestion des risques, un plan de gestion sera élaboré.

V.3 Budgétisation du PSN 2023-2027

V.3.1 Budget par modules et interventions

Les tableaux ci-dessous représentent les budgets par modules et interventions.

Tableau VIII : Budget par module

RESUME DU BUDGET PAR MODULES	2023	2 024	2 025	2 026	2 027	Total Global	%
1-Lutte antivectorielle	2 132 745	2 637 332	16 165 896	3 011 338	2 962 792	26 910 103	57,33%
2-Gestion de cas	2 363 290	2 360 906	2 422 611	1 907 551	1 153 384	10 207 741	21,75%
3-Interventions de prévention spécifiques	160 942	277 894	267 286	288 684	196 668	1 191 473	2,54%
4-Coordination programme	220 792	296 586	420 318	289 692	235 573	1 462 961	3,12%
5-Suivi Evaluation	669 025	1 693 808	864 256	2 207 424	1 731 288	7 165 801	15,27%
TOTAL (EURO)	5 546 794	7 266 526	20 140 367	7 704 689	6 279 705	46 938 081	100%

Le total du budget du PSN 2023-2027 est de **30 789 362 798 francs CFA** soient **46 938 081** EURO. La majorité du budget soit 57,33% est consacrée à la lutte antivectorielle tandis que les interventions de prévention spécifique constituent à peine 2,54%

Tableau IX : Budget par intervention

RESUME DU BUDGET PAR INTERVENTION	2023	2 024	2 025	2 026	2 027	Total Global	%
1-1 Moustiquaires imprégnées d'insecticide - campagne de masse : universelle	0	0	13 286 006	0	0	13 286 006	28,31%
1-2 Moustiquaires imprégnées d'insecticide - distribution continue - soins prénatals	452 945	548 520	507 988	537 369	553 490	2 600 313	5,54%
1-3 Moustiquaires imprégnées d'insecticide - distribution continue - PEV	1 423 542	1 661 748	1 711 600	1 866 651	1 922 651	8 586 191	18,29%

RESUME DU BUDGET PAR INTERVENTION	2023	2 024	2 025	2 026	2 027	Total Global	%
1-4 Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent (PID)	0	26 668	193 131	150 327	189 930	560 056	1,19%
1-5 Surveillance entomologique	63 563	183 529	163 540	183 529	86 430	680 592	1,45%
1-6 Autres mesures de lutte antivectorielle	175 102	181 679	211 848	181 679	175 102	925 409	1,97%
1-7 Changement social et comportemental	0	0	56 594	56 594	0	113 188	0,24%
1-8 Élimination des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux programmes de lutte antivectorielle	17 594	35 189	35 189	35 189	35 189	158 348	0,34%
2-1 Traitement dans les centres de santé	2 154 261	1 881 404	1 565 202	1 130 175	811 154	7 542 196	16,07%
2-2 Formation des agents de santé sur la le diagnostic et le traitement du paludisme simple	77 143	103 818	87 441	103 818	77 143	449 363	0,96%
2-3 Formation des techniciens de laboratoire sur le diagnostic microscopique du paludisme.	0	103 163	86 785	93 520	0	283 468	0,60%
2-4 Prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire (PEC-C)	23 932	23 551	347 882	347 110	35 098	777 574	1,66%
2-5 Gestion de cas dans le secteur privé	15 701	15 701	23 041	22 526	23 399	100 367	0,21%
2-6 Surveillance de l'efficacité thérapeutique	9 147	9 147	9 147	9 147	9 147	45 735	0,10%
2-7 Enquête sur les délétions du gène HRP2/3	9 147	9 147	9 147	9 147	9 147	45 735	0,10%
2-8 Garantir la qualité des médicaments	0	137 204	137 204	114 337	114 337	503 082	1,07%
2-9 Éliminer les obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services de gestion de cas	56 057	56 057	62 635	56 057	56 057	286 865	0,61%
2-10 sites sentinelles	17 902	21 713	94 127	21 713	17 902	173 357	0,37%

RESUME DU BUDGET PAR INTERVENTION	2023	2 024	2 025	2 026	2 027	Total Global	%
3-1 Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte(secteur public)	144 848	256 619	249 236	265 366	177 001	1 093 070	2,33%
3-2 Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte(secteur privé)	16 094	21 275	18 050	23 318	19 667	98 404	0,21%
4-1 Planification et mise en œuvre	220 792	296 586	420 318	289 692	235 573	1 462 961	3,12%
5-1 Dissémination et utilisation des données	39 786	39 786	39 786	39 786	39 786	198 931	0,42%
5-2 Enquêtes et surveillance	30 490	365 816	90 591	1 112 878	945 184	2 544 958	5,42%
5-3 Evaluation, recherche et apprentissage	14 618	45 108	67 975	14 618	219 676	361 996	0,77%
5-4 Base de données de S&E	51 904	628 188	87 324	570 947	42 561	1 380 923	2,94%
5-5 Supervision et audit des données	206 213	282 782	206 213	206 213	206 213	1 107 635	2,36%
5-6 Suivi de routine des activités de programmes	24 954	0	0	0	0	24 954	0,05%
5-7 Structure organisationnelle de S&E	20 047	1 524	15 245	1 524	15 245	53 586	0,11%
5-8 Capacité humaine de S&E	235 592	216 513	250 448	234 425	235 592	1 172 569	2,50%
5-9 Partenariats de S&E	3 430	3 430	3 430	3 430	3 430	17 151	0,04%
5-10 Plan de S&E	0	23 599	0	0	0	23 599	0,05%
5-11 Plan de travail budgétisé de S&E	2 466	65 926	82 108	2 466	2 466	155 432	0,33%
5-12 Plaidoyer, communications et culture de S&E	39 525	21 136	21 136	21 136	21 136	124 067	0,26%
TOTAL (EURO)	5 546 794	7 266 526	20 140 367	7 704 689	6 279 705	46 938 081	100%

L'intervention Moustiquaires imprégnées d'insecticide - campagne de masse : universelle représente 28,31%% du budget suivie du Traitement dans les centres de santé qui est de 16,07%

V.3.2 Analyse des écarts budgétaires

ITEMS	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL
						2023 - 2027
A. Budget total du plan stratégique national (F CFA)	5 546 794	7 266 526	20 140 367	7 704 689	6 279 705	46 938 081
B. Ressources nationales actuelles et futures		1 981 837	2 134 286	2 286 735		6 402 858
C. Ressources extérieures actuelles et futures		4 845 411	17 542 775	5 267 460		27 655 646
D. Ressources totales actuelles et futures (B+C)	0	6827248	19677061	7554195	0	34 058 504
E. Ecart financier (A-D)	5 546 794	439 278	463 306	150 494	6 279 705	12 879 577

Sur la base des financements annoncés il faut 12 879 577 Euro à rechercher pour combler le GAP

V.4. Cartographie des partenaires

La lutte contre le paludisme bénéficie de l'appui de partenaires dans les domaines d'intervention suivants :

Partenaires	Domaines d'intervention									
	MILDA	TPI	TDR/GE	ACT	PG	GAS	IEC/ CCC	S&E/RO	Gestion Programme	Assistance technique et/ou financières
OMS								X	X	X
Unicef			X	X		X	X			
FONDS MONDIAL										X
Chine	X			X						
RBM									X	X
AMP									X	X
Coopération Française										X
FCRM		X	X					X		
Les sociétés										x
Les fondations										x

V.5. Plan de mobilisation des ressources

Le Ministère de la santé organisera une table ronde des bailleurs de fonds pour présenter le plan stratégique afin de mobiliser les ressources nécessaires à sa mise en œuvre. Toutes les structures impliquées dans la lutte contre le paludisme seront invitées à participer à cette rencontre ; ce sont notamment les partenaires techniques et financiers, certains ministères (finances, éducation nationale, enseignement supérieur, communication, environnement, administration territoriale, promotion de la femme, agriculture...).

Le budget de l'Etat assurera les charges salariales, les infrastructures et la plupart des équipements. Par ailleurs, il alloue chaque année au PNLP un budget pour son fonctionnement et, depuis 2008 procède à l'achat des médicaments de lutte contre le paludisme dans le cadre de la gratuité pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 15 ans.

En outre, le Ministère de la santé explore à tout moment, d'autres potentielles sources de financement nationales et internationales pour la mobilisation de ressources complémentaires.

Les initiatives en cours dans le pays notamment l'assurance maladie universelle et le PBF avec le projet kobikisa (cofinancement Congo-Banque Mondiale) sont des potentielles sources de financement de ce plan stratégique.

Afin de coordonner les interventions des partenaires et de mobiliser des ressources complémentaires, un plan de mobilisation des ressources sera développé et des réunions périodiques, dont la périodicité sera déterminée de commun accord entre les parties, seront organisées.

VI. CADRE DE SUIVI ET D'EVALUATION

VI.1. Cadre de performance

OBJECTIF GENERAL : Réduire la morbidité proportionnelle et la mortalité liées au paludisme								
INDICATEURS D'IMPACT	Référence Valeur	Référence Année	Référence Source	Cibles				
	[Baseline Value]	[Baseline Year]	[Baseline Source - Local]	2023	2024	2025	2026	2027
Malaria I-6: Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, toutes causes confondues, pour 1000 naissances vivantes	47,3	2016	Rapport revue du secteur de la Santé 2018	14,19			11,8	
La létalité hospitalière liée au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans	1,95%	2015	Rapport PNLP 2015	1,65%	1,35%	1,05%	0,75%	0,43%
Morbidité attribuable au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans dans les formations sanitaires	54%	2015	Rapport PNLP 2015	45,60%	37,20%	28,80%	20,40%	12%
Malaria I-1(M): Cas de paludisme recensés, présumés et confirmés	374252	2016	Rapport PNLP 2016	316069	257886	199703	141520	82335
Malaria I-2.1: Cas de paludisme confirmés (par microscopie ou test de dépistage rapide) : taux pour 1000 habitants par an	194	2016	Rapport mondial paludisme	164	134	104	74	43
Malaria I-4: Taux de positivité aux tests de paludisme (TDR + Microscopie)	61%	2016	Rapport PNLP 2016	51%	41%	31%	21%	13%

Malaria I-3.1(M): Nombre de décès de patients hospitalisés dus au paludisme : taux pour 100 000 habitants par an	98	2016	Rapport mondial paludisme 2016	83	68	53	38	22
Taux d'inoculation entomologique (TIE) : nombre moyen de piqûres infectantes par personne par an	200	2006	Profil entomologique du paludisme au Congo	169	138	107	76	44
Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6-59 mois	13%	2015	PBO Mapping	4%				3%
Incidence parasitaire annuelle : cas confirmés de paludisme (par microscopie ou TDR) : taux pour 1 000 personnes par an (contextes d'élimination)	219	2021	Rapport mondial Paludisme 2022	185	151	117	83	48
Objectif 1: Réduire de 78% (de 54% à 10,5%) la morbidité liée au paludisme de la population générale par rapport aux données de 2015								
Malaria O-1b: Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide*	60%	2020	Rapport de l'enquête post campagne	80%		85%		
Malaria O-1c: Proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide* la nuit précédente	68%	2020	Rapport de l'enquête post campagne	80%		85%		
Malaria O-2 Proportion de personnes disposant d'une	ND			80%		85%		

moustiquaire imprégnée d'insecticide dans leur foyer								
Malaria O-6: Proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes	75%	2020	Rapport de l'enquête post campagne	80%		85%		
HSS O-1: Pourcentage de femmes bénéficiant de soins prénatals	94%	2021	Enquête TPI	96%	96%	100%	100%	100%
VC-1(M): Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée distribuées aux populations à risque à travers la campagnes à grande échelle	2 640 360	2020	Rapport de la campagne de distribution de masse des MILDA	2 765 762		4 013 931		
VC-3(M): Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée distribuées de manière continue aux groupes à risque cibles (SPN)	35202	2022	Rapport DHIS-2	227 527	241 048	255 177	269 935	278 033
VC-3(M): Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée distribuées de manière continue aux groupes à risque cibles (PEV)	75165	2022	Rapport DHIS-2	928 681	1 084 080	1 116 603	1 217 754	1 254 286
Pourcentage des femmes enceintes ayant reçu le TPI 3 au cours de la dernière grossesse	44%	2022	Rapport DHIS-2	50%	60%	70%	75%	80%

Pourcentage de personnes (groupes cibles ou non) qui connaissent trois signes et trois mesures de prévention du paludisme	95%	2021	Enquête TPI		99%			
Objectif 2 : Réduire de 78% (de 41% à 9,02%) la mortalité liée au paludisme par rapport aux données de 2015								
CM-1a(M): Proportion de cas suspect de paludisme soumis à un test parasitologique dans des établissements de santé du secteur public	73%	2021	PlateformeDHIS-2	78%	100%	100%	100%	100%
CM-1a(M): Proportion de cas suspect de paludisme soumis à un test parasitologique dans des établissements de santé du secteur privé	70%	2022	PlateformeDHIS-2	89%	100%	100%	100%	100%
CM-1b(M): Proportion de cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique dans la communauté	50,2%	2022	PlateformeDHIS-2	90%	93%	96%	99%	100%
CM-2c(M): Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention dans la communauté	87,4%	2022	PlateformeDHIS-2	90%	93%	96%	99%	100%
CM-2b(M): Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention dans des établissements de santé du secteur public	75%	2022	PlateformeDHIS-2	78%	100%	100%	100%	100%

CM-4: Pourcentage d'établissements de santé du secteur public ou de sites du secteur privé dont les principaux produits de base n'ont pas connu de rupture de stock (y compris les agents de santé communautaires)	17%	2018	Rapport Enquête SARA	34%		68%		100%
Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un antipaludique de première intention dans le secteur privé	86%	2022	Plateforme DHIS-2	89%	100%	100%	100%	100%
CM-7 Pourcentage de districts ayant atteint l'objectif national pour la proportion de cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique	55,77%	2022	DHIS-2	90%	100%	100%	100%	100%
CM-8 Pourcentage de districts ayant atteint l'objectif national pour la proportion de cas confirmés de paludisme ayant reçu un traitement antipaludique de première intention	13,46%	2022	DHIS-2	90%	100%	100%	100%	100%
Pourcentage des cas de paludisme simple confirmé traités selon les directives nationales dans les formations sanitaires	62%	2022	Données DHIS-2	70%	78%	86%	94%	100%
Pourcentage des enfants de moins de 5 ans hospitalisés avec diagnostic de paludisme grave pris en charge correctement selon les directives	ND							

nationales dans les formations sanitaires								
Objectif 3 : Renforcer la surveillance épidémiologique et entomologique								
Nombre de cas de paludisme hospitalisés pour 10 000 habitants par an	10	2022	Données DHIS-2	8,44	6,88	5,32	3,76	2,2
Taux de positivité des tests (taux de positivité des TDR et/ou des lames)	61%	2016	Rapport PNLP 2016	51%	41%	31%	21%	13%
Pourcentage de cas dus à P. falciparum	62%	2022	Rapport PNLP	69%	76%	83%	90%	95%
Pourcentage de patients hospitalisés pour paludisme par an	58%	2022	Données DHIS-2	49%	40%	31%	22%	13%
Pourcentage de décès de malades hospitalisés dus au paludisme par an	22%	2022	Données DHIS-2	19%	16%	13%	10%	5%
Objectif 4 : Renforcer les capacités gestionnaires du PNLP								
Taux de promptitude	79%	2022	Données DHIS-2	84%	88%	92%	96%	100%
Taux de complétude	92%	2022	Données DHIS-2	100%	100%	100%	100%	100%
Taux de mobilisation des ressources	25%	2022	Rapport de la Revue finale du PSN	36%	47%	58%	69%	80%
Taux d'absorption	86%	2021	Analyse du portefeuille FM	90%	95%	95%	95%	95%

VI.2 Système de gestion des données

Il se base essentiellement sur le DHSI2. La coordination de la conception, la production et la diffusion des données sanitaires est assurée par deux directions centrales au sein du Ministère de la santé:

- la Direction de l'Information Sanitaire, des Etudes et de la Recherche (DISER) qui a en son sein le système national d'information sanitaire;
- l'Unité de coordination des Programmes et Projets (UCPP) par le biais de la surveillance épidémiologique intégrée de la maladie et la riposte (SIMR). Au niveau national, l'UCPP et la DSIR assurent la coordination, la conception, production et la diffusion des données sanitaires y compris celles liées au paludisme.
- Les données de l'UCPP sont compilées et transmises à la DSISR, qui agrège et élabore l'annuaire statistique.

VI.2.1 Collecte des données

VI.2.1.1 Données de routine

Elles sont transcrites dans les FOSA sur des supports de collecte. Ces données sont par la suite collectées, compilées analysées et transmises au niveau central y compris la DISER par les CSI, Hôpitaux, CSS, DDS, PNLP pour le stockage en vue de l'édition de l'annuaire statistique de la santé.

VI.2.1.2 Données des enquêtes et études spécifiques

Les données de l'EDS et du MICS sont recueillies tous les 5 ans après la mise en œuvre de l'enquête. Ces enquêtes sont réalisées par le Ministère du Plan et de l'aménagement du Territoire. Une enquête MIS permettra également de mesurer les indicateurs de lutte contre le paludisme pendant la période de mise en œuvre du plan stratégique.

D'autres données d'études réalisées par les centres de recherche sont publiées par le PNLP après leur validation en atelier.

VI.2.1.3 Périodicité et niveau de transmission des données de routine

La collecte, l'analyse et la transmission des données de morbidité et de mortalité relatives à toutes les pathologies suivent le circuit de la DISER.

La surveillance de routine est assurée par les structures de soins qui transmettent les données des pathologies de manière hebdomadaire (pour les pathologies à déclaration obligatoire) ou mensuelle pour les pathologies sous surveillance, dont le paludisme. Ces données des FOSA recueillies sont transmises au DS/DDS chaque mois et elles sont acheminées vers le niveau central chaque trimestre.

Un processus est en cours pour la digitalisation de la collecte des données au niveau des Aires de santé.

VI.2.1.4 Assurance qualité des données

La qualité des données sera garantie grâce à l'organisation des missions de contrôle de qualité de données, de supervisions des agents de santé, de formation et l'existence d'un point focal paludisme par direction départemental de la santé (DDS). Les données sont validées à tous les niveaux aux moyens d'outils appropriés du DISER.

VI.2.1.5 Entreposage et traitement des données

Ils se font à travers la base de données du PNLP et le DHSI2. La compilation et l'analyse des données seront améliorés grâce à l'installation du DHSI2 ceci à cause des insuffisances observées lors de la RMP.

VI.2.1.6. Plan de diffusion et d'utilisation de l'information

- Diffusion de l'information

Les données sont renseignées dans les rapports transmises au niveau central y compris la DISER par les DS/DDS pour le stockage en vue de l'édition de l'annuaire statistique de la santé.

- Utilisation de l'information

Elle servira entre autres à la prise de décisions en temps réel, à l'amélioration des performances à tous les niveaux, etc...

Elle est appréciée à travers le renseignement des indicateurs retenus dans le cadre de performance du PNLP.

Elle permet d'inciter les Partenaires à intervenir davantage pour la lutte contre le paludisme. Cette justification se fait conformément au manuel de procédures du PNLP élaboré et adopté avec l'appui des Partenaires.

Elle permet de combler les gaps relevés dans le PSN 2018-2022 afin de réaliser toutes les activités programmées.

VI.3. Mécanismes de coordination de S & E

VI.3.1 Cadre de suivi-évaluation

Le PNLP dispose de quatre (4) départements dont celui de Dépistage, Surveillance Epidémiologique et de la Recherche qui comprend en son sein le bureau du suivi-évaluation. Pour améliorer les performances du PNLP, il sera mis en place les groupes thématiques dont celui du suivi-évaluation. Il existe un groupe technique de suivi Evaluation (GTT) qui est composé des différents responsables de suivi-évaluation des programmes et projets financés par le Fonds Mondial et d'autres directions connexes. Ce groupe est chargé de suivre et évaluer la mise en œuvre des activités financées par le Fonds Mondial.

Un plan de suivi-évaluation sera élaboré et validé et définira les modalités de mise en œuvre à tous les niveaux. La Task- force constitue également un cadre de suivi-évaluation des interventions de lutte contre le paludisme.

VI.3.2 Mécanismes de suivi-évaluation

Ils se feront à travers :

- ✓ le monitoring continu des activités : la mise en œuvre des activités du PSN 2018-2022 se fera au niveau opérationnel et celles-ci seront évaluées de façon continue ;
- ✓ la supervision des acteurs : il s'agira de suivre les interventions des acteurs au niveau de trois secteurs (public, confessionnel et communautaire) ;
- ✓ les revues du programme : il s'agira d'organiser les revues annuelles, à mi-parcours et finale pour apprécier les performances du PNLP.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Plan d'action

REF	INTERVENTIONS	ACTIVITES	2023	2 024	2 025	2 026	2 027	Reponsables	Autres concernés	Côuts
1.1.1	1-1 MILDA campagne de masse	Acquérir 3717237 MILDA pour la campagne de distribution de masse de 2025		X				PNLP		
1.1.7		Acquérir 2500 kits de la digitalisation pour la campagne de distribution de masse de 2025			X			PNLP		
		Organiser la campagne MILDA						PNLP		
1.1.8		Réaliser le Suivi-évaluation des activités de la campagne			X		X	PNLP		
1.1.9		Réaliser les activités de communication avant, pendant après la campagne			X		X	PNLP		
1.1.18		Effectuer le paiement de l'AT en lien avec la campagne			X		X	PNLP		
1.1.20		Evaluer l'usure, la durabilité physique et chimique et la teneur en insecticide des MILDA			X					
1.2.1	1-2 MILDA distribution continue - soins prénatals	Acquérir 1150633 MILDA de la routine pour les femmes enceintes au cours des SPN	X	X	X	X	X	PNLP		
1.2.7		Elaborer, produire et diffuser les supports de communication pour encourager l'utilisation des MILDA au cours des SPN.		X				PNLP		
1.3.1	1-3 MILDA - distribution continue - PEV	Acquérir 974170 MILDA de la routine pour les enfants de moins de 5 ans au cours du PEV	X	X	X	X	X	PNLP		
1.3.7		Elaborer, produire et diffuser les supports de communication pour encourager l'utilisation des MILDA au cours des PEV.	X					PNLP		

1.4.1	1-4 Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent (PID)	Acquérir 35 pulvérisateurs à pression préalable		X				PNLP		
1.4.4		Acquérir de 500 litres d'insecticides (autre que les pyréthrinoides)			X			PNLP		
1.4.8		Acquérir 30 EPI pour la PID			X			PNLP		
		Organiser la campagne PID			X	X	X	PNLP		
1.4.13		Rehabiliter xx espaces de stockage des insecticides et d'entretien du matériel de la PID au niveau central						PNLP		
1.4.14		Superviser 3 antennes des sites sentinelles par la DHPS, le PNLP et le DDSSSa des DS abritant les sites sentinelles identifiés .			X			PNLP		
1.4.15		Organiser un atelier résidentiel de 5 jours de 30 participants des institutions concernées pour l'actualisation du texte portant organisation et attributions des centres d'hygiène		X				PNLP		
1.4.16		Recrutement d'un consultant national pour 15 jours				X		PNLP		
1.4.17		Organiser un atelier résidentiel de 3 jours dans le pool pour 30 participants avec 2 facilitateurs pour la validation du plan de gestion de la résistance des moustiques aux insecticides				X		PNLP		
1.5.1	1-5 Surveillance entomologique	Identifier 3 sites sentinelles selon les faciès écologiques à partir du profil entomologique du paludisme actualisé		X				PNLP		
1.5.2		Organiser le plaidoyer pour la mise en place des sites sentinelles		X				PNLP		
1.5.3		Constituer et Former les équipes en charge des activités dans les sites sentinelles		X				PNLP		

1.5.4		Organiser la mise en place et l'équipement de manière progressive des 3 antennes des sites sentinelles dans les sites éligibles		X	X			PNLP		
1.5.5		Sensibiliser/Informer les communautés des sites quant à l'existence des antennes de sites sentinelles			X			PNLP		
1.5.6		Réaliser une enquête démographique annuelle dans les sites sentinelles		X	X	X	X		PNLP	
1.5.7		Recruter pour 1 mois 3 consultants nationaux pour élaborer des documents normatifs sur la surveillance entomologique (SOPs, guide des agents en charge de la PID , guide LAV au niveau communautaire, gestion de la résistance) et l'actualisation du texte portant organisation et attributions des centres d'hygiène		X				PNLP		
1.5.8		Organiser un ateleir résidentiel de 30 participants pendant 6 jours pour validaer les documents normatifs élaborés et actualiser le texte portant organisation et attribtions des centres d'hygiène		X				PNLP		
1.5.9		Reprographier et diffuser xx documents normatifs et le texte portant organisation et attribution des centres d'hygiène élaborés / actualisé						PNLP		
1.5.10		Organiser atelier résidentiel de 3 jours de 15 formateurs départementaux sur le suivi et la surveillance des indicateurs entomologiques (utilisation des SOPs)			X			PNLP		
1.5.11		Organiser 3 sessions de formation de 3 jours de 10 participants en charge des activités dans les 3 sites sentinelles sur le suivi et la surveillance des indicateurs entomologiques, avec un facilitateur du niveau central et un facilitateur du niveau DS			X			PNLP		
1.5.12		Recruter pour 1 mois 3 consultants nationaux dont 1 informaticien pour l'actualisation du profil entomologique du paludisme			X			PNLP		

1.5.13	Organiser un atelier de 30 participants pendant 03 jours pour valider le profil entomologique du paludisme au Congo	Organiser un atelier de 30 participants pendant 03 jours pour valider le profil entomologique du paludisme au Congo			X			PNLP		
1.5.14		Installer et équiper un insectarium au PNLP			X			PNLP		
1.5.15		Acquérir 5 loupes binoculaires pour la dissection des moustiques			X			PNLP		
1.5.16		Acquérir de 5 microscopes binoculaires pour observer les sporozoïtes			X			PNLP		
1.5.17		Acquérir 1000 Lames + 1000 lamelles comme supports permettant les observations microscopiques			X			PNLP		
1.5.18		Acquérir 1000 tubes à hémolyse			X			PNLP		
1.5.19		Acquérir 5 GPS		5				PNLP		
1.5.20		Renforcer les capacités (RH) du laboratoire du PNLP pour la réalisation des tests PCR et ELISA.			X			PNLP		
1.5.21		Acquérir le matériel de biologie moléculaire pour la génomique des moustiques			X			PNLP		
1.5.22		Acquérir le matériel de biologie moléculaire: une série de réactifs						PNLP		
1.5.23	Acquérir 5 trousse à dissection entomologiques complètes	Acquérir 5 trousse à dissection entomologiques complètes			X			PNLP		
1.5.24		Acquérir 5 GPS			X			PNLP		
1.5.25		Acquérir des intrants pour les 3 sites sentinelles (eau physiologique, éther; coton)			X			PNLP		
1.5.26		Acquérir 4 ordinateurs portables		4				PNLP		
1.5.27		Réaliser les enquêtes trimestrielles, dans chaque site sentinelle, pour déterminer, le suivi et la surveillance des indicateurs entomologiques	X	X	X	X	X	PNLP		

1.5.28		Aquérir xx papiers imprégnés d'insecticides pour les tests d'évaluation de la sensibilité des vecteurs			X			PNLP		
1.5.29		Aquérir des kits d'évaluation de la résistance des vecteurs.			X			PNLP		
1.5.30		Acquérir xx cônes pour la réalisation des tests de rémanence des insecticides ;			X			PNLP		
1.5.31		Organiser tous les deux ans des tests d'évaluation de la résistance des vecteurs aux insecticides et des tests de rémanence / efficacité des insecticides		X		X		PNLP		
1.5.33		Organiser un atelier annuelle de 30 participants pendant 3 jours pour diffuser les résultats sur le suivi des indicateurs de la surveillance entomologiques ;	X	X	X	X	X	PNLP		
1.6.1	1-6 Autres mesures de lutte antivectorielle	Organiser 120 réunions pour un dialogue sur l'implication de la communauté dans la lutte antivectorielle	X	X	X	X	X	PNLP		
1.6.2		appuyer les DS au denombrement annuel des ménages des aires de santé.	X	X	X	X	X	PNLP		
1.6.3		Organiser un atelier résidentiel de 3 jours dans le pool pour 15 participants avec 1 facilitateur pour l'élaboration d'un document de plaidoyer sur la lutte contre le paludisme à travers l'assainissement du cadre de vie		X				PNLP		
1.6.4		Organiser 12 rencontres de plaidoyer de 1 jour dans les 12 Départements chaque année avec 59 participants (maires d'arrondissement et de commune) pour l'inscription des activités d'assainissement dans les plans communaux de développement (Collations, transport, frais de facilitation, location salle)	X	X	X	X	X	PNLP		

1.6.5		Organiser une réunion communautaire une fois par an pendant 3 ans par DDSSa impliquant 25 participants (les responsables administratifs, des leaders politiques, coutumiers et religieux) la préservation et l'assainissement du cadre de vie pendant 2 jours avec l'appui de 2 facilitateurs nationaux	X	X	X	X	X	PNLP		
1.6.6		Organiser 3 rencontres d'information regroupant 12 DDS et 52 médecin-chefs de districts sanitaires sur la promotion de la santé sur les stratégies de lutte contre les vecteurs du paludisme à Ouessou (Sangha, Likouala, Cuvette, Cuvette-Ouest), Brazzaville (Brazzaville, Plateaux, Pool) et Dolisie (Niari, Lekoumou, Bouenza, Pointe-Noire, Kouilou) avec 2 facilitateurs par session			X			PNLP		
1.7.1	1-7 Changement social et comportemental	Organiser 24 atelier de renforcement des capacités des RECO sur la communication pour le changement de comportement en faveur de la LAV.		X	X			PNLP		
1.7.2		Produire et diffuser des contenus, en français, lingala, Kituba langue des signes et Braille en faveur de la LAV		X	X			PNLP		
1.7.3		Organiser des émissions interactives sur la lutte antivectorielle.		X	X			PNLP		
1.8.1	1-8 Élimination des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux programmes de lutte antivectorielle	Organiser 24 réunions communautaires avec les groupes organisés en impliquant les autorités politico administratives afin d'échanger sur les inégalités entre les hommes et les femmes.	X	X	X	X	X	PNLP		
2.1.1	2-1 Traitement dans les centres de santé	Acquérir XX ACT pour la prise en charge des cas dans le secteur public	X	X	X	X	X	PNLP		
2.1.7		Acquérir XX TDR pour le diagnostic du paludisme simple dans le secteur public	X	X	X	X	X	PNLP		

2.1.13		Acquérir XX microscopes avec objectifs à immersion						PNLP		
2.1.14		Acquérir xL de l'huile de l'immersion pour le diagnostic microscopique								
2.1.15		Acquérir des lames pour le diagnostic microscopique								
2.1.16		Acquérir le Giemsa pour le diagnostic microscopique								
2.1.17		Acquérir xx boîtes à lames pour la conservation des lames pour le contrôle de qualité des GE								
2.1.19		Acquérir XX boîtes l'artesunate injectable 60 mg pour la traitement du paludisme grave	X	X	X	X	X	PNLP		
2.1.20		Acquérir XX boîtes l'artesunate suppositoire 100 mg pour la traitement du paludisme grave	X	X	X	X	X	PNLP		
2.1.22		Organiser un atelier résidentiel dans le Pool de 3 jours pour la mise à jour les normes et directives de lutte contre le paludisme avec 20 participants et 2 facilitateurs		X				PNLP		
2.1.23		Organiser un atelier de formation de 104 formateurs sur les normes et directives de lutte contre le paludisme à Ouessou (Sangha, Likouala, Cuvette, Cuvette-Ouest), Brazzaville (Brazzaville, Plateaux, Pool) et Dolisie (Niari, Lekoumou, Bouenza, Pointe-Noire, Kouilou) avec 2 facilitateurs par session			X			PNLP		
2.2.1		Organiser un atelier résidentiel de 5 jours de formation pour 24 formateurs sur le diagnostic et le traitement du paludisme avec deux facilitateurs		X				PNLP		
2.2.2		Organiser 43 sessions de formation de 5 jours pour 30 participants dans les chefs lieux de département avec un facilitateur du niveau central et un facilitateur du niveau DS.	X	X	X	X	X	PNLP		

2.2.3		Assurer la reprographie des guides et modules de formation		X	X	X		PNLP		
2.3.1		Organiser 26 sessions de formation de 5 jours pour 30 participants dans les chefs lieux de departement avec un facilitateur du niveau central et un facilitateur du niveau DS.		X	X	X		PNLP		
2.3.2		Organiser un atelier de 3 jours de formation pour 24 formateurs sur le diagnostic microscopique du paludisme.		X				PNLP		
2.4.1	2-4 Prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire (PEC-C)	Acquérir XX ACT pour la prise en charge	X	X	X	X	X	PNLP		
2.4.7		Acquérir les TDR pour lediagnostic du paludisme simple	X	X	X	X	X	PNLP		
2.4.13		Organiser un atelier résidentiel pour la mise à jour des modules de formation sur la PEC du paludisme au niveau communautaire pendant 3 jours avec 20 participants et 2 facilitateurs		X				PNLP		
2.4.14		Organiser un atelier de formation et de recyclage de 4500 RECO en Année 1 et 4500 RECO en Année 2 sur le diagnostic, à la sensibilisation des populations sur le TPig et TPIn, au rapportage des données, sur le genre et les droits humains dans les 52 DS		X	X			PNLP		
2.5.1	2-5 Gestion de cas dans le secteur privé	Acquérir XX ACT pour le secteur privé	X	X	X	X	X	PNLP		
2.5.7		Acquérir XX TDR pour le diagnostic du paludisme simple	X	X	X	X	X	PNLP		
2.6.1	2-6 Surveillance de l'efficacité thérapeutique	Réaliser la surveillance de l'efficacité thérapeutique (contractualiser avec les instituts de recherche)	X	X	X	X	X	Instituts de recherche		

2.7.1	2-7 Enquête sur les délétions du gène HRP2/3	Réaliser des enquête sur les délétions du gène HRP2/3(contractualiser avec les instituts de recherche)	X	X	X	X	X	Instituts de recherche		
2.9.1	2-9 Éliminer les obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services de gestion de cas	Organiser des réunions communautaires avec les groupes organisés en impliquant les autorités politico administratives afin d'échanger sur les inégalités entre les hommes et les femmes	X	X	X	X	X	PNLP		
2.9.2		Organiser un atelier résidentiel dans le Pool pour la révision des outils de collecte de données pendant 3 jours avec 15 participants et 2 facilitateurs			X			PNLP		
2.10.1	2-Sites sentinelles	Organiser les plaidoyers pour la mise en place des sites sentinelles	X	X	X	X	X	PNLP		
2.10.2		Constituer et Former les équipes en charge des activités dans les sites sentinelles	X	X	X	X	X	Instituts de recherche		
2.10.3		Mettre en place et équipement de l'antenne du site		X				Instituts de recherche		
2.10.4		Réaliser une étude démographique dans les sites sentinelles			X			Instituts de recherche		
2.10.5		Réaliser une étude parasitologique saisonnière			X			Instituts de recherche		
3.1.1	3-1 Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte(secteur public)	Acquérir XX doses de SP pour le traitement préventif du paludisme simple chez la femme enceinte	X	X	X	X	X	PNLP		
3.1.7		Organiser un atelier de formation de 24 formateurs sur les SPN pendant 5 jours.		X				PNLP		
3.1.8		Organiser de 26 sessions de formation de 5 jours pour 30 participants dans les chefs lieux de département avec un facilitateur du niveau central et un facilitateur du niveau DS.		X	X	X		PNLP		

3.2.1	3-2 Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte(secteur privé)	Acquérir XX doses de SP pour le traitement préventif du paludisme simple	X	X	X	X	X	PNLP		
3.2.7		Organiser un atelier de 3 jours pour l'élaboration des directives sur le TPI à Brazzaville avec 15 participants dont 10 locaux et 5 externes		X				PNLP		
3.2.8		Organiser un atelier de validation des directives sur le TPI de 1 jour à Brazzaville avec 25 participants		X				PNLP		
3.3.1	3-3 Traitement préventif intermittent chez le nourrisson(secteur public)	Acquérir XXX SP pour le traitement préventif du paludisme simple chez le nourrisson dont XX en 2024, XX en 2025 et XX en 2026.						PNLP		
3.4.1	3-4 Traitement préventif intermittent chez le nourrisson(secteur privé)	Acquérir XXX doses SP pour le traitement préventif du paludisme simple chez le nourrisson dont XX en 2024, XX en 2025 et XX en 2026.						PNLP		
4.1.1	4-1 Planification et mise en œuvre	Elaboration des plans annuels de mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme pendant 5 ans, regroupant 20 participants et 2 facilitateurs en 3 jours.	X	X	X	X	X	PNLP		
4.1.2		Organisation d'un atelier de 5 jours par an regroupant 25 participants et deux facilitateurs à Brazzaville pour faire le bilan de la mise en œuvre GC7 (Logistique, financier, reprogrammation...) pendant 3 ans.	X	X	X	X		PNLP		
4.1.3		Organisation des réunions du sous- comité quantification des CTA et autres intrants tous les semestres en 1 jour à Brazzaville regroupant 15 participants et 1 facilitateur pendant 5 ans.	X	X	X	X	X	PNLP		

4.1.4		Rendre disponible les documents normatifs du PNLP (mise à jour de la politique de lutte contre le paludisme, directives de LAV, Directives de prise en charge, stratégie de communication et diffusion à tous les acteurs) en 2024 au cours d'un atelier regroupant 25 participants et 1 facilitateur pendant 5 jours à Brazzaville.	X						PNLP		
4.1.5		Rendre fonctionnel les cadres de concertation du programme (tenue régulière des réunions de coordination du PNLP et de la Task force) tous les trimestres pendant 5 ans, pendant 1 jour regroupant 25 participants et 1 facilitateur à Brazzaville.	X	X	X	X	X		PNLP		
4.1.6		Organisation des réunions trimestrielles de coordination avec les partenaires (CRS, UNICEF, OMS, PNUD, UNFPA, BM, AMP health, etc.....)	X	X	X	X	X		PNLP		
4.1.7		Organiser des réunions annuelles de la task force de lutte contre le paludisme de 50 participants au chef-lieu des départements.	X	X	X	X	X		PNLP		
4.1.8		Organiser un atelier d'élaboration des outils des SR et SSR (Outils logistique, Finance, Puls check, ect...)	X						PNLP		
4.1.9		Réhabiliter le bâtiment annexe du PNLP en 2024 (12 bureaux, bâtiment, salle de réunion, calibrage électrique).		X					PNLP		
4.1.10		Renouveler le parc auto du PNLP en 2024 (3 véhicules 4 x 4 de supervision (Logistique , SE, Finance).			X				PNLP		
4.1.11		Organiser des réunions trimestrielles de débriefing des missions de supervision d'une journée avec 25 participants à Brazzaville.	X	X	X	X	X		PNLP		
4.1.13		Identifier un champion de la lutte contre le paludisme	X	X	X	X	X		PNLP		

5.1.1	5-1 Dissémination et utilisation des données	Organiser des sessions trimestrielles de revues et validation des issues du DHIS-2 au niveau central de 3 jours avec 25 participants.	X	X	X	X	X			
5.1.2		Produire le bulletin épidémiologique trimestriel du Paludisme pendant 5 ans	X	X	X	X	X			
5.1.3		Intégrer/Paramétrer le bulletin épidémiologique paludisme dans le DIHS-2	X	X	X	X	X			
5.2.1	5-2 Enquêtes et surveillance	Actualiser la cartographie anophélienne du Congo avec l'appui du CIESPAC en 2024.		X				Instituts de recherche		
5.2.2		Déterminer la prévalence du paludisme au Congo en 2024		X				Instituts de recherche		
5.2.3		Organiser une enquête sur les indicateurs du paludisme (EIP/MIS) à l'échelle nationale tous les deux ans à partir de 2024.		X				Instituts de recherche		
5.2.4		Evaluer la sensibilité des vecteurs du paludisme dans 7 sites sentinelles en 2024, 2026 et 2028 à raison de 2 personnes par site.		X		X		Instituts de recherche		
5.2.5		Organisation d'une enquête entomologique six mois après la campagne de distribution de masse des MILDA.			X			Instituts de recherche		
5.2.6		Mettre en place de sites sentinelles	X							
5.2.7		Réaliser l'enquête post campagne (Enquête CAP)			X			Instituts de recherche		
5.2.8		Réaliser l'enquête SARA		X				Instituts de recherche		
5.2.9		Réaliser l'enquête Démographique de la Santé (EDS+)				X		Instituts de recherche		
5.2.10		Réaliser les études en lien avec la lutte anti larvaires						Instituts de recherche		
5.2.11		Réaliser les études entomologiques		X		X		Instituts de recherche		
5.2.12		Réaliser les études de résistance des ACT et les tests d'efficacité thérapeutique ;						Instituts de recherche		

5.2.14		Réaliser une enquête d'évaluation sur l'application des directives du paludisme dans les formations sanitaires publique, privé et confessionnelle		X		X		PNLP		
5.2.15		Organiser un atelier résidentiel de 5 jours dans le Pool pour l'élaboration d'un plan de gestion de l'épidémie avec 20 participants et 2 facilitateurs ;		X				PNLP		
5.2.16		Organiser 3 sessions de formation de 75 agents chargés de la surveillance (PNLP, DDS, DS), sur la gestion des épidémies pendant 3 jours avec 2 facilitateurs par session à Ouessou (Sangha, Likouala, Cuvette, Cuvette-Ouest), Brazzaville (Brazzaville, Plateaux, Pool) et Dolisie (Niari, Lekoumou, Bouenza, Pointe-Noire, Kouilou) avec 2 facilitateurs par session.			X			PNLP		
5.2.17		Réaliser une étude pour déterminer le seuil épidémiologique du paludisme dans les différents départements				X		Instituts de recherche		
5.2.18		Former ~~XX~~ RECO sur la surveillance communautaire (intégré dans leur formation)				X		PNLP		
5.2.19		Investiguer les cas et les situations épidémiques dans les zones concernées (forfait à budgétiser)				X		PNLP		
5.3.1	5-3 Evaluation, recherche et apprentissage	Actualiser les espèces plasmodiales responsables du paludisme en 2024		X				Instituts de recherche		
5.3.2		Organiser deux tests d'efficacité thérapeutique des ACT utilisés en traitement de premières et deuxièmes intentions en 2025 et 2027.			X		X	Instituts de recherche		
5.3.3		Organiser un (1) atelier périodique d'échange sur les résultats des recherches et les données du programme pour la prise de décisions tous les 6 mois afin d'assurer la rétro-information.	X	X	X	X	X	PNLP		

5.3.4		Réaliser la revue finale du PSN 2023-2027					X	PNLP		
5.4.1	5-4 Base de données de S&E	Organiser un atelier d'élaboration et validation des guides standards pour la collecte, le contrôle qualité et la validation des données de 20 agents (dont 10 PNLP, 2 DISER, 1 PNLP, 1 PNLS, 1 DELM, 3 SR, PR) pendant 3 jours avec 1 facilitateur.	X					PNLP		
5.4.2		Organiser un atelier d'élaboration et de validation des outils de la collecte des données de la pulvérisation intra domiciliaire de 2 jours avec 10 participants à Brazzaville.	X					PNLP		
5.4.3		Organiser un atelier d'élaboration et de validation des outils de la surveillance hebdomadaire du paludisme de 2 jours avec 10 participants à Brazzaville.	X					PNLP		
5.4.4		Organiser un atelier de paramétrage des outils de la surveillance hebdomadaire du paludisme dans le DHIS2, de 25 participants pendant 15 jours.		X				PNLP		
5.4.5		Organiser de 3 sessions de formation de 25 participants des DDSSSa et DS sur la collecte, l'analyse, l'interprétation continue des données pendant 5 jours et 2 facilitateurs.		X				PNLP		
5.4.6		Organiser 12 sessions de formation de 25 participants des CSI sur la collecte, l'analyse, l'interprétation continue des données.	X	X	X	X	X	PNLP		
5.4.7		Organiser des ateliers de formation de 153 agents (91 venant des districts sanitaires, 27 des hôpitaux de base, 22 des hôpitaux généraux, et 12 des DDS) sur le remplissage des outils spécifiques des hôpitaux pendant 3 jours avec deux facilitateurs du niveau central		X	X			PNLP		
5.4.8		Organiser un atelier de mise à jour du paramétrage des indicateurs sanitaires et communautaires liés au paludisme dans le DHIS-2		X				PNLP		

5.4.9		Actualiser le guide sur les définitions opérationnelles des indicateurs			X			PNLP		
5.4.10		Organiser un atelier de paramétrage des outils spécifiques des hôpitaux généraux dans le DHIS-2.				X		PNLP		
5.5.1	5-5 Supervision et audit des données	Organiser 240 missions trimestrielles de supervision du niveau central vers les DS avec deux participants pendant 5 jours à raison de 4 missions par départements par année pendant 5 ans soit 48 missions par année.	X	X	X	X	X	PNLP		
5.5.2		Organiser 240 missions trimestrielles de supervision des DS vers les FOSA avec deux participants pendant 5 jours à raison de 4 missions par départements par année pendant 5 ans soit 48 missions par année.	X	X	X	X	X	PNLP		
5.5.3		Organiser 240 missions trimestrielles de supervision des FOSA vers les RECO avec deux participants pendant 5 jours à raison de 4 missions par départements par année pendant 5 ans soit 48 missions par année.	X	X	X	X	X	PNLP		
5.5.4		Organiser 12 sessions de formation des gestionnaires des bases de données des 12 départements regroupant 15 participants et 2 facilitateurs par session par département pendant 5 jours en 2024.		X				PNLP		
5.5.5		Organiser une mission trimestrielle de supervision du niveau central vers les CSI avec deux participants pendant 5 jours	X	X	X	X	X	PNLP		
5.5.6		Organiser des missions semestrielles (2024 à 2026), de 6 jours supervision du niveau central vers les DDS et les DS avec 5 personnes par département (PNLP, DISER, CAMEPS, SR de la société civile)	X	X	X	X	X	PNLP		
5.5.7		Organiser des visites dans 4 départements (BZV, PNR, BOUENZA, PLATEAUX) pour la revue annuelle du PSN 2023-2027	X	X	X	X	X	PNLP		

5.6.1	5-6 Suivi de routine des activités de programmes	Mettre à jour/révision des outils de collecte et de rapportage des données ;	X					PNLP		
5.6.2		Mettre en place un système de contrôle décentralisé (site/district/département) de la qualité des données collectées et saisies ;	X					PNLP		
5.7.1	5-7 Structure organisationnelle de S&E	Fournir en matériels informatiques (ordinateurs, modems et internet continu) à tous les niveaux sur la base de l'inventaire de la DISER	X		X		X	PNLP		
5.7.2		Assurer la maintenance des équipements informatiques à tous les niveaux	X	X	X	X	X	PNLP		
5.7.3		Revisiter la politique de la prise en charge des RHs pour le DHIS2 à tous les niveaux	X					PNLP		
5.8.1	5-8 Capacité humaine de S&E	Formations internationales de 3 semaines, de 4 personnes du PNLP en gestion programmatique, 1 personne en gestion financière et 1 personne en gestion des achats et des stocks et 2 personnes en entomologie médicale (Lieu de destination de référence : Dakar, Sénégal)	X	X	X	X	X	PNLP		
5.8.2		Appui à l'organisation de 21 ateliers pour l'élaboration des PTA décentralisés des 52 DS dans chaque département avec 20 participants par DS, 5 délégués par DDS et 2 facilitateurs du niveau national pendant 5 jours. (Les ateliers se font dans les chefs-lieux des départements)	X	X	X	X	X	PNLP		
5.8.3		Formations internationales de 3 semaines de 2 personnes en entomologie médicale. (Lieu de destination de référence: Dakar, Senegal)	X	X	X	X	X	PNLP		
5.8.4		Organisation annuelle et appropriation du cours régional de Surveillance, Suivi et évaluation des programmes de lutte contre le paludisme (Cours Measure Evaluation, PMI).	X	X	X	X	X	PNLP		

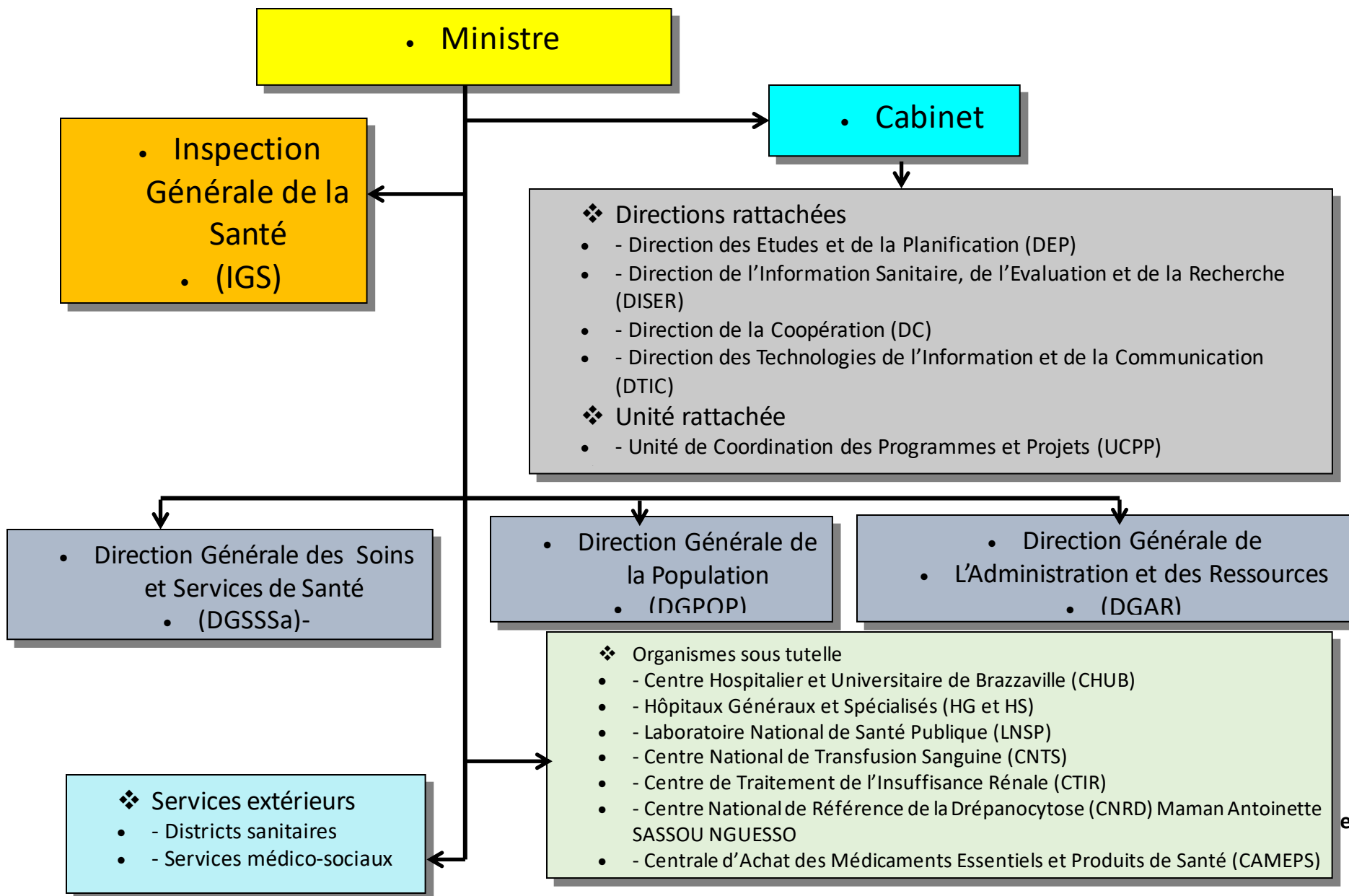
5.8.5		Organisation des sessions des formations sur le remplissage des outils de collecte des données (Rapport mensuel, registres, ...) à tous les niveaux pendant 3 jours avec 30 participants par sessions.	X	X	X	X	X	PNLP		
5.8.6		Participation annuelle au Annual Society for Tropical Medicine and Hygiene (ASTMH) pour présenter les posters et/ou présentation orale sur les interventions et renforcement de capacité sur les résultats de recherche au plan international dans le domaine de paludisme	X	X	X	X	X	PNLP		
5.8.7		Formation du staff en charge du suivi-évaluation du programme en assurance qualité des données (Formation de 6 mois à l'étranger).	X	X	X	X	X	PNLP		
5.8.8		Former le personnel en charge de suivi-évaluation, de la surveillance épidémiologique et du dispositif de suivi évaluation sur les logiciels spécifiques (EPI Info, SPSS, SIG, MS Excel...)	X		X		X	PNLP		
5.8.9		Organiser un atelier de révision/adaptation des outils de suivi évaluation, de collecte des données et de rapportage			X			PNLP		
5.8.10		Organiser un atelier d'élaboration du Tableau de bord de suivi des indicateurs du paludisme				X		PNLP		
5.9.1	5-9 Partenariats de S&E	Réviser les TDRs du comité du Groupe technique de travail de suivi évaluation (GTTSE) dans sa composition et son fonctionnement ;	X					PNLP		
5.9.3		Renforcer le partenariat public-privé et privé-privé en matière de S&E	X	X	X	X	X	PNLP		
5.9.4		Organiser des réunions trimestrielles des programmes pour la validation des données et la production des rapports de la réponse nationale de 25 participants	X	X	X	X	X	PNLP		
5.10.1	5-10 Plan de S&E	Organisation d'un atelier d'élaboration et validation du plan de S&E pour la période		X				PNLP		

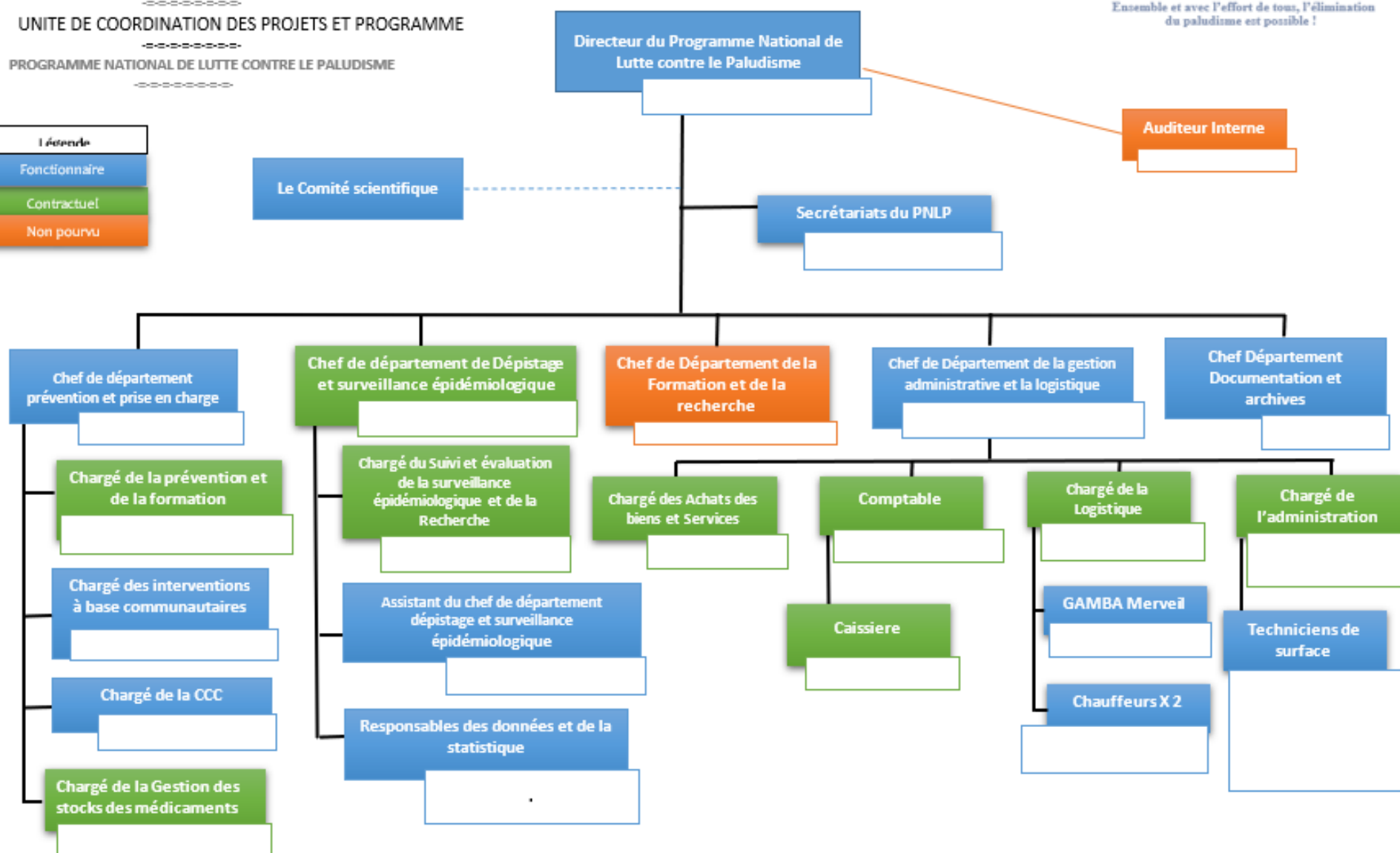
		2024-2027 regroupant 20 participants et 2 facilitateurs en 3 jours.								
5.10.2		Organisation d'une revue à mi-parcours du PSN 2023-2027 avec 50 participants en 10 jours (MSP & Partenaires) dans le département du Pool.						PNLP		
5.11.1		Organisation d'un atelier pour la budgétisation du plan S&E 2024-2027		X				PNLP		
5.11.2		Elaboration des plans annuels de mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme pendant 5 ans, regroupant 20 participants et 2 facilitateurs en 3 jours.		X				PNLP		
5.11.3		Actualisation des directives de la pharmacovigilance		X				PNLP		
5.11.4		Organisation de 2 sessions de formation à raison de 25 agents par session pour 50 agents de santé dans les 12 départements sur la pharmacovigilance pendant 3 jours avec 2 facilitateurs par sessions		X	X			PNLP		
5.11.5		Organisation des ateliers pour les revues annuelles du PNLP et l'élaboration des plans d'action de l'année suivante avec 30 participants pendant 3 jours, avec 30 participants (10 du PNLP, UCPP, 1 DDS Brazzaville, 3 Partenaires (OMS, UNICEF, PNUD), DEP, DISER, DSF, CAMEPS, 1 CRS) participants pendant 3 jours à Brazzaville	X	X	X	X	X	PNLP		
5.11.6		Réalisation d'un atelier d'évaluation à mi-parcours du PSN 2023-2027 (en 2025) 50 participants en 10 jours (MSP & Partenaires) dans le département du Pool.			X			PNLP		
		Organisation des journées mondiales de lutte contre le paludisme.	X	X	X	X	X	PNLP		

5.12.1	5-12 Plaidoyer, communications et culture de S&E	Organiser des supervisions formatives trimestrielles par les Programmes, les DDSSSa et le PR	X	X	X	X	X	PNLP		
5.12.2		Elaborer un plan intégré de communication 2026-2030.	X					PNLP		
5.12.3		Organiser des réunions semestrielles du groupe thématique de Suivi-évaluation	X	X	X	X	X	PNLP		
	TOTAL									

ANNEXE 2 : Organigrammes

Organigramme du Ministère de la Santé et de la Population (Décret 2018-268 du 02 juillet 2018)





Annexe 3 : Documents de référence

- Genre et développement en République du Congo Une inégalité homme-femme au profit de la croissance 2016
- Rapport du PNLP 2021
- Rapport Campagne de distribution des MILDA 2019
- Rapport de l'enquête TPI Décembre 2021
- Rapport de la revue du secteur santé 2018
- Evaluation des impacts économiques et sociaux de la pandémie de COVID-19, Congo
- Plan national de développement sanitaire 2018-2022 (PNDS 2018 - 2022)
- Plan stratégique national de santé communautaire 20021-2024
- Politique nationale genre Congo-Brazzaville-2018-2022
- Rapport étude Efficacité AL-Ouessou 2019
- Plan stratégique national 2018-2022
- Politique nationale de lutte contre le paludisme
- Enquête CAP Paludisme 2019
- Rapports groupes thématiques de la revue finale du PSN 2018-2022
- Politique intervention à base communautaire en santé (IBCS)
- Enquête MICS 2014-2015
- Politique nationale de santé
- Plan stratégique intégré de la santé de la reproduction maternelle, neonatale, infantile, des adolescents et la nutrition du congo (PSI SRMNIA) 2022-2026
- Research article : impact of the use of mosquito nets on malaria transmission in djoumouna (brazzaville-congo), Nianga Bikouta Grace Odera Tainsie, Bitsindou Patrick and Lenga Arsene
- Dynamique spatiale et temporelle de la sensibilité d'anopheles gambiae sensu lato aux Insecticides Utilisés En Santé Publique Au Congo De 2002 À 2018, Grâce Odéra Tainsie Nianga Bikouta, Phd Student

Annexe 4 : Liste de présence

N°	Noms et Prénoms	Structure	Email	Téléphone
Elaboration du PSN 2023-2027				
01	Dr YOUNDOUKA Jean Mermoz	PNLP	jmyoundounka@gmail.com	66507787
02	DIABANKANA DIABS Merols	CJID	cjidcongo2017@gmail.com	64729649
03	IVIGA-DOUFOUILOU Euld-Noëlien	PLAV	ivigaeuldnoelien@gmail.com	69870405
04	NTSIKOU MILANDOU Ange	GSR	NTSIKOU MILANDOU@gmail.com	66828077
05	BOUZANGA Jean Firmin Fils	CRS	Jeanfirmin.bouzanga@crs.org	52004157
06	Dr MIKOLO Annick	Grandes Endémies	annickberthe@gmail.com	69080793
07	MILONGO MIKOUZA Jean François	POAL	caricavbrazzaville@yahoo.fr	64824149
08	MOUBALI Pascal	PNLP	pascalmoubali@pnlp.cg	66439227
09	IBATA Francky	DHPS		66317078
10	GATABANTOU Michel	MDA	Gatabantou.michel@gmail.com	69881275
11	MBENGOU Sandrine	DSR	sandrinetouss@gmail.com	66509578
12	EWOUOLA Toussaint Romuald	PNLP	ewoulatoussaintromuald@gmail.com	66621354
13	GAMBOU Jalie	PNLP	gambijaie@gmail.com	68392343
14	MAYENGA Givancy Amisse	PNLP	givanchymahenga@gmail.com	68595244
15	OLOUMBA Bruno	DEP	Brunoolou02@gmail.com	66288450
16	ETSOULOU Roméo	DRH-MSP	romeojnes@gmail.com	69042259
17	NGOMA Nathalie	PNLP	pnathalie.ngoma@pnlp.cg	69893939
18	Dr PALOULOUS-NDOUNDOU Geracson Merial	PNLP	dundesgera@gmail.com	65596269
19	BAMBI KOUNDI Varneylie Sandra Merline	CJID	varneylievan@gmail.com	66797181
20	MOTSE-BOSSATSI Gisner Eureka	DEP	bgisnereureca@gmail.com	66267610
21	MPASSI Alix	DGSSSa		
22	DZIMBA GNESSIMI Christelle Elvire	PNLP	christellegnessemi@gmail.com	66896006
23	MOUTSILA Joseph Servé	CARITAS	servemoutsila2007@gmail.com	65201981
24	BOUZIEZIE Profina	DDSSSa		
25	MANZAMOUNA Emard Destin	POALP	aejimed@gmail.com	64052623
26	MATONDO Julde Mauricel	PNLP	mjulde.matondo@pnlp.cg	68468257
27	OSSENGUE Gaï Charel	DISER	ndingacharel@gmail.com	64704952

28	MOKOKO-LOUCKOU Archange	PNLP	ARCHANGE.MOKOKO.1@	64104563
29	OKOULATSONGO Alain	DELM	alainokoulatsongo@gmail.com	66643800
30	NZAOU NGAYI VOUEMBE Cyrille	CCN	nzacyrille44@gmail.com	64668346
31	BAKALA Nazaire	CRS	nazaire.bakala@crs.org	53666676
32	MANOUNOU Albane	CRS	albane.manounou@crs.org	69664806
33	KIKADIDI Lyse	CRS	Lyse.KIKADIDI@crs.org	56798242
34	NDOUNGA MATHIEU	OMS	matteondounga@gmail.com	66977370
35	NDZIENGUE	ASCP	lin1christ@gmail.com	66275870
36	KENDE Christian			
37	BAGANDA Prudence	CRS	baganda.prudence@crs.org	56795034
38	MBANZA Jean Florent	CRS	Jeanflorent.mbanza@crs.org	66439227
39	Dr BITSINDOU Patrick	OMS	pbitsindou@yahoo.fr	055588340/068 946578
40	Dr Jean Eric OUEDRAOGO	Consultant FM/GC7	jericoued@gmail.com	06 7262384
41	Dr NIANGA BIKOUTA Grâce	IRSSA	Grace.nianga@yahoo.fr	069234056
42	Dr ONGOUO Mesrine Junael	PNLP	mdavid.ongouo@pnlp.cg	064387186