



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME P.N.L.P.

Rapport annuel des activités de lutte contre le paludisme, 2014



Avril 2015

TABLE DES MATIERES

ACRONYMES

APALP	Assises Panafricaines de Lutte contre le Paludisme
ASMTH	American Society of Tropical Medecine and Hygiene
CARN	Partenariat mondial Roll Back Malaria pour l’Afrique Centrale
CCC	Communication pour le changement de comportement
C-CHANGE	Communication Change
CD	Chef de division
CODESA	Comité de santé
CPN	Consultation Périnatale
CPNr	Consultation périnatale recentrée
CPS	Consultation préscolaire
CT	Consultant technique
CTA	Combinaison thérapeutique à base d’artémisinine
DFID	Département Britannique pour le Développement International
DHIS 2.0	District Health Information System
DN	Directeur national
DNA	Directeur national adjoint
DPS	Division Provincial de la Santé
DSNIS	Division du Système National d’Information Sanitaire
ECZS	Equipe cadre de la Zone de Santé
EDS	Enquête démographique et de santé
EPSP	Enseignement primaire, secondaire et professionnel
EUV	End User Verification.
FM	Fonds Mondial
FOSA	Formation sanitaire

GAS	Gestion des achats et des stocks
GE	Goutte épaisse
IEC	Information Education Communication
INRB	Institut national de recherche biomédicale
KOICA	Agence Coréenne de coopération internationale
MICS	Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
MILD	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action
MIM	Multilatéral Initiative on Malaria
MOSO	Mobilisation Sociale
MSH	Management Sciences for Health
NMF	Nouveau Modèle de Financement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PARSS	Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé
PEC	Prise en charge
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PID	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PMI	Initiative du Président Américain pour la Malaria
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNIRA	Programme National des Infections Respiratoires Aigües
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLMD	Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
PNSR	Programme National de la Santé de Reproduction
PSN	Plan Stratégique National
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RBM	Roll Back Malaria

RDC	République Démocratique du Congo
RPP	Revue des Performances du Programme
S&E	Suivi et Evaluation
SARN	Partenariat Mondial Roll Back Malaria pour l’Afrique Australe
SIAPS	Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services
SNIS	Système d’Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
SURVEPI	Surveillance épidémiologique
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TPIn	Traitement Préventif du Nourrisson
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l’Enfance
USAID	United States Agency for International Development
ZS	Zone de Santé

AVANT-PROPOS

Au cours de l'année 2014, le PNLP a eu à relever plusieurs défis liés à la lutte antipaludique en termes de mise à jour des directives, de mobilisation des ressources, d'appui et de coordination de la mise en œuvre des interventions, de surveillance et de suivi et évaluation des interventions pour la riposte aux épidémies et l'alimentation du processus décisionnel dans une optique de politique basée sur les évidences. Les efforts réalisés pour relever ces défis sont le fruit de l'engagement de tous les acteurs à l'atteinte de la couverture universelle des interventions.

Le leadership du Ministère de la Santé et l'implication des différents Ministères du Gouvernement de la République Démocratique du Congo, des partenaires au développement, du secteur privé/entreprises, des organisations de la société civile, religieuses, professionnelles et des réseaux de lutte antipaludique a permis de réaliser d'importants progrès dans la lutte antipaludique.

La mise en œuvre de ces actions a été rendue possible grâce aux partenaires techniques et financiers de la RDC par leurs contributions multiformes, notamment les apports financiers, l'appui technique par la mise à disposition de conseillers techniques résidents aussi bien auprès du PNLP qu'au sein des représentations des bailleurs et des partenaires de mise en œuvre, et de consultants nationaux et internationaux de qualité pour renforcer l'équipe nationale sur diverses thématiques.

À cet effet, des remerciements particuliers sont adressés à : l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale, le Fonds Mondial, l'USAID-PMI, DFID, KOICA, MEASURE- Evaluation, le Partenariat Roll Back Malaria ainsi que tous les partenaires de mise en œuvre.

Que toutes les institutions ou personnes ressources qui n'ont pas été nommément citées trouvent ici l'expression de notre estime et parfaite considération.

Pr Joris LOSIMBA LIKWELA

Directeur du Programme National de Lutte contre le Paludisme

RESUME

Les activités de lutte contre le paludisme inscrites dans le plan d'action 2014 du PNL, ont été réalisées avec un montant total de xxxxxx \$ représentant xxx% des besoins estimés contre 61% en 2013. Les activités de prévention ont été couvertes avec xxx% de ces fonds, xxx% ont été utilisés pour les activités de la prise en charge et xxx% pour les activités d'appui.

Avec l'appui de ses partenaires financiers et techniques, le PNL a procédé à la mise à jour de certaines directives et procédures, notamment les directives techniques et outils de collecte pour la surveillance sentinelle, révision des guides techniques et des directives de prise en charge du paludisme pour intégrer les aspects de prévention avec la promotion de l'utilisation de la MILD et la PID, les aspects du traitement du paludisme grave avec l'artesunate injectable, élaboration du guide de poche de prise en charge du paludisme au niveau des structures de soins, le début du processus d'actualisation des normes et des stratégies de distribution des MILD, révision des outils de collecte des données de routine et l'actualisation de la base des données.

La couverture des zones de santé en PMA antipaludique est passée de 464 à 479 de 2013 à 2014 soit une couverture estimée à 93%. Les principaux partenaires d'appui au cours de cette année sont le Fonds Mondial, USAID/PMI, DFID, l'Unicef, KOICA et L'OMS.

Ainsi au terme de cette année, les principaux résultats ci-dessous ont été enregistrés :

- 13.918.109 MILD ont été distribuées dont 11.908.157 MILD en campagne de masse et 2.009.952 MILD en routine chez les femmes enceintes et les enfants de moins d'une année
- 15.570.079 femmes enceintes ont bénéficié de deux doses de SP
- 10.905.561 cas de fièvre ont été testés
- 9.110.186 cas de paludisme ont été traités avec les CTA

- -

-

I. INTRODUCTION

Avec 198 millions d'épisodes et 584 milles décès rapportés en 2013, le paludisme reste l'une des maladies parasitaires les plus répandues et les plus meurtrières dans le monde, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans qui représentent 78% des décès enregistrés. Les pays d'Afrique subsaharienne ont enregistré des conséquences importantes dont respectivement 82% et 90% de tous les cas et décès enregistrés à travers le monde selon le rapport Mondial sur le Paludisme 2014 de l'OMS. Le même rapport indique que plus de 80 % des cas de paludisme sont comptabilisés dans 18 pays en 2013 et 80 % des décès imputables au paludisme ont eu lieu dans seulement 16 pays, notamment la République démocratique du Congo et le Nigeria, représentant à eux deux 34 % du total des cas et 39% du total des décès enregistrés dans le monde.

Selon le rapport annuel 2013 produit par le Programme National de Lutte contre le Paludisme de la RDC, 11.363.817 cas de paludisme et 30.918 décès liés à cette pathologie ont été enregistrés au cours de cette année.

Pour faire face à cette situation, la RDC à travers le Programme National de Lutte contre le Paludisme, met en œuvre les stratégies majeures susceptibles de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité. Cette mise en œuvre est rendue possible avec le concours des différents partenaires techniques et financiers, notamment le Fonds Mondial, USAID/PMI, DFID, Banque Mondiale, UNICEF, OMS, KOICA et leurs sous bénéficiaires ou partenaires de mise en œuvre.

Le suivi régulier des progrès réalisés, l'identification des défis et la mise en place des mesures correctrices constituent des préalables en vue de s'assurer de l'évolution positive de la lutte.

Le présent rapport annuel présente les progrès réalisés en 2014, ainsi que les défis majeurs rencontrés dans la mise en œuvre d'activités de lutte contre le paludisme.

II. CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS

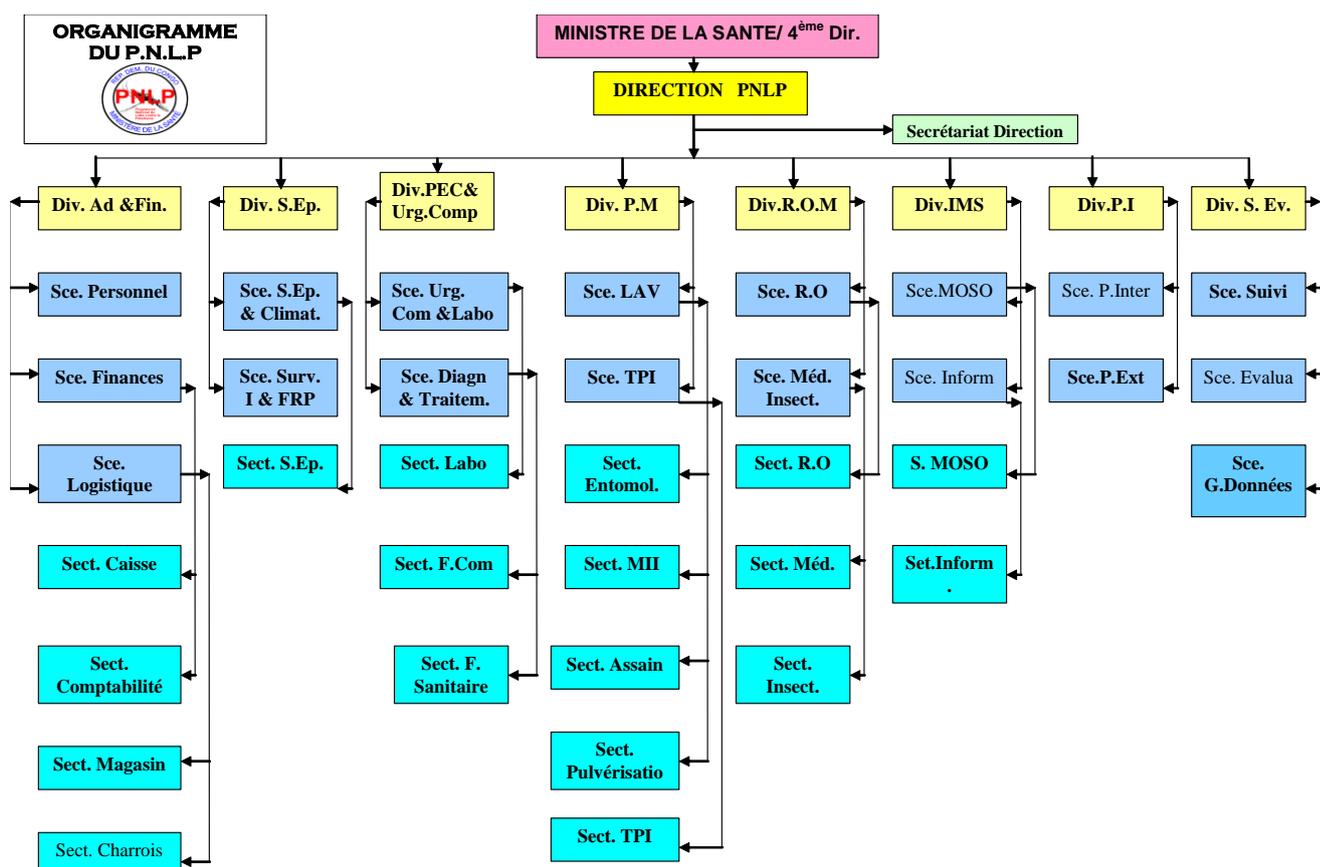
II.1 Historique et Organisation du PNLP

L'organisation de la lutte contre le paludisme en RDC a évolué d'abord comme un projet du ministère de la santé (Projet de Lutte Anti Paludique – PLAP de 1977 à 1982), ensuite comme un volet de la Lutte Anti Paludique (LAP de 1982-1998) au sein du Programme Elargi de Vaccination et de Lutte contre les Maladies Transmissibles de l'Enfance (PEV/LMTE) et enfin comme Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP de novembre 1998 à ce jour).

Créé par l'arrêté Ministériel N° 1250/CAB/MIN/SP/008/1998 du 22 Juillet 1998 son mandat, sa mission et ses objectifs sont bien définis. Son mandat consiste à définir la politique générale de lutte contre le paludisme, faciliter le partenariat avec les autres secteurs publics et privés, planifier et coordonner les activités de lutte contre le paludisme, assurer le plaidoyer de « Faire Reculer le Paludisme » pour l'appropriation par les différents partenaires et la mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre.

La mission conférée au PNLP est « d'élaborer et faire appliquer des stratégies garantissant aux habitants de la RDC, particulièrement les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, une vie avec un moindre risque de contracter ou de décéder du paludisme et de contribuer ainsi à la réduction des pertes socio-économiques attribuables à cette endémie ».

L'organigramme actuel du PNLP se présente comme suit :



II.2 Environnement de travail

La mise en œuvre de la lutte contre le paludisme a été rendue possible en 2014 grâce à l'appui du Gouvernement Congolais avec le concours des différents partenaires techniques et financiers, notamment le Fonds Mondial, USAID/PMI, DFID, Banque Mondiale, UNICEF, OMS, KOICA et leurs sous bénéficiaires ou partenaires de mise en œuvre. Il faut aussi noter que l'implication des partenaires au développement, du secteur privé/entreprises, des organisations de la société civile, religieuses, professionnelles et des réseaux de lutte antipaludique a permis de réaliser d'importants progrès dans la lutte antipaludique.

III. BREVE DESCRIPTION DU PAO 2014

III.1 Objectifs

Objectif général

Contribuer à la réduction de 24% la mortalité spécifique et de 33% la morbidité liées au paludisme dans les formations sanitaires d'ici fin 2014 à partir des données de 2010.

Objectifs spécifiques

Prévention :

- Amener au moins 60 % des personnes à risque de paludisme à dormir sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action ;
- Pulvériser au moins 70 % des maisons dans les aires d'intervention avec des insecticides à effet rémanent ;
- Administrer à au moins 60 % des femmes enceintes le traitement préventif intermittent conformément aux directives nationales.
- Administrer à au moins 40% de nourrissons le traitement préventif intermittent dans les zones d'intervention.

Prise en charge des cas :

- Confirmer au moins 50% des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires intégrées et dans la communauté par la GE ou le TDR
- Traiter tous les cas de paludisme confirmés, conformément aux directives nationales à tous les échelons de la pyramide sanitaire, y compris dans la communauté.

Préparation et réponse aux épidémies de paludisme et situations d'urgence

- Maîtriser au moins 60% des épidémies dues au paludisme conformément aux directives nationales (détection précoce dans les 15 jours et riposte).

Gestion du programme

- Décaisser au moins 80% des fonds alloués au PNLP dans le budget de la Santé.

Communication pour la Changement de Comportements/mobilisation sociale

- Amener au moins 70% de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme

Gestion des achats et des stocks (GAS)

- Rendre disponible de façon permanente les médicaments et autres produits antipaludiques dans au moins 75% des structures sanitaires intégrées.

Suivi – évaluation et recherche opérationnelle

- Amener au moins 95% des zones de santé à transmettre régulièrement et à temps les données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme
- Réaliser au moins 70% des sujets de recherche opérationnelle planifiés.

III.2 Principaux résultats attendus en 2014

- 60 % des personnes à risque de paludisme dorment sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action ;
- 70 % des maisons dans les aires d'intervention sont pulvérisées avec des insecticides à effet rémanent ;
- 60 % des femmes enceintes reçoivent deux doses de SP à la CPN
- 50% des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires intégrées et dans la communauté sont testés par la GE ou le TDR

- Tous les cas de paludisme confirmés sont traités conformément aux directives nationales à tous les échelons de la pyramide sanitaire, y compris dans la communauté.
- 60% des épidémies dues au paludisme sont détectées et ripostées dans les 15 jours.
- 80% des fonds alloués au PNLP dans le budget de la Santé sont décaissés.
- 70% de la population adoptent des comportements favorables à la lutte contre le paludisme
- 75% des structures sanitaires intégrées ne connaissent pas de rupture en médicaments et autres produits antipaludiques
- 95% des zones de santé transmettent régulièrement et à temps les données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme
- 70% des sujets de recherche opérationnelle planifiés sont réalisés

IV. RESULTATS OBTENUS EN 2014

IV.1 FINANCEMENT DE LA LUTTE

A. RESSOURCES MOBILISEES

Tableau I : Fonds décaissés en 2014 par bailleur en USD

Bailleurs	Montants prévus en 2014	Montants décaissés en 2014	%
FM			
USAID			
DFID	20.268.256,33	13.412.816,69	66%
UNICEF	860,056.88	860,056.88	100%
OMS			
KOICA			
GOUVERNEMENT	9.946.237	1.131.574	11%
TOTAL			

Pour le Gouvernement 6.973.267 \$ ont été alloués au projet PESS dont on n'a pas encore les détails de décaissement

Tableau II : Dépenses engagées en 2014 pour la lutte contre le paludisme en RDC (USD)

Dépenses 2014	FM	USAID	DFID	UNICEF	KOICA	GOUV	TOTAL
Ressources humaines et appui technique				946.081			
Formation				-			
MILD				5.024.231			
Insecticide & matériaux d'imprégnation				-			
Diagnostic du paludisme (TDR, microscopie)				-			
Médicaments antipaludiques				-		767.541	
Gestion des approvisionnements				1.102.126			
Infrastructure et équipements				-			

Communication et plaidoyer				-			
Suivi et évaluation				123.824		49.865	
Planification, administration, frais généraux				-			
Autres				-		287.434	
Total				7.196.262		1.131.574	

Figure 1 : répartition des dépenses

CAMEMBERT

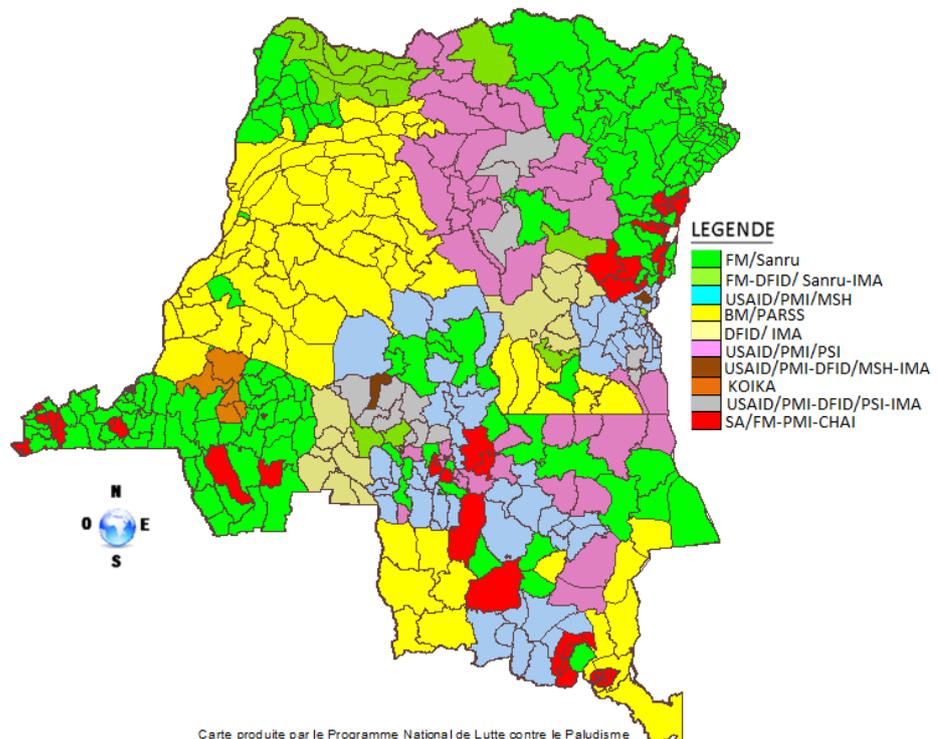
B. FINANCEMENT ADDITIONNEL

Un financement additionnel a été obtenu auprès du FM, PMI/USAID et DFID dans la perspective d'amélioration de la lutte contre le paludisme en RDC. Par rapport au FM le processus d'élaboration de la note verbale pour le Nouveau Modèle de Financement (NMF) a abouti avec succès et un montant de 304.000.000 \$ a été octroyé à la RDC pour la période de 2015 à 2017. PMI/ USAID s'est engagé à appuyer 43 ZS additionnelles à partir de l'année fiscale 2014, passant ainsi de 138 ZS avec un budget de 41.900.000 \$ à 181 ZS avec un budget de 50.000.000 \$. DFID à travers PSI a financé le projet « Defeat malaria » visant la disponibilité des ACT de qualité et des TDR dans le secteur privé, avec un montant de 14.000.000 \$ pour 5 ans.

C. CARTOGRAPHIE DES INTERVENANTS



PERSPECTIVE DE FINANCEMENT DE PAQUET COMPLET DES ACTIVITÉS DE ROUTINE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN RDC, 2014



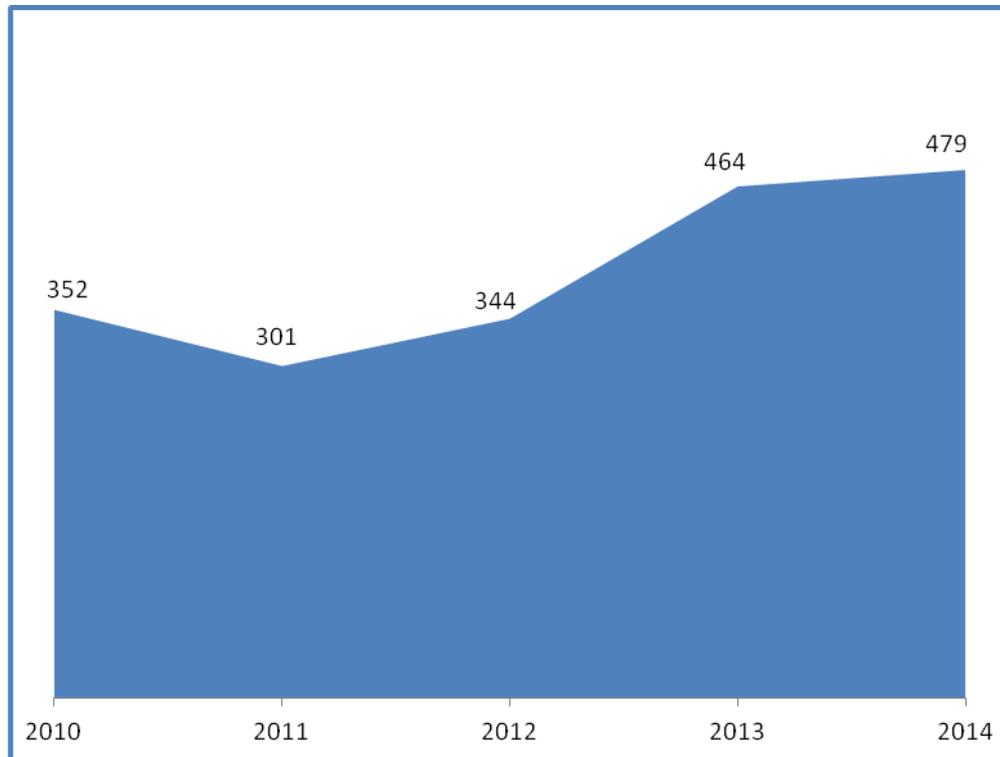
En 2014 479 ZS avaient complété le Paquet Minimum d'Activités (PMA) de lutte contre le paludisme et ont offert à la population de responsabilité les MILD en routine, la SP pour le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte, le TDR pour le diagnostic du paludisme et les ACT pour le traitement des cas confirmés.

Tableau III : tableau synthèse des intervenants

Bailleur	Type d'intervention	Nombre des ZS couvertes	Budget global
FM		219	
PMI/USAID		181	
DFID		26	
PMI/USAID - DFID		20	
KOICA		5	
TOTAL		479	

Commentaires :

Figure 2 : Nombre des ZS appuyées en PMA de lutte contre le paludisme en RDC, 2010 – 2014



La figure 2 montre qu'à partir de 2011 l'on note une augmentation progressive du nombre des ZS offrant le PMA de lutte contre le paludisme, passant de 301 ZS en 2011 à 479 ZS en 2014. En 2014 la couverture des ZS en PMA a été donc de 92,8%

IV.2 PREVENTION

IV.2.1. Lutte anti vectorielle

La lutte contre les vecteurs du paludisme en RDC s'articule autour de trois interventions: la promotion de l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'action (MILD), la promotion de l'assainissement intra et péri domiciliaire (APID) et la pulvérisation intra domiciliaire (PID) focalisée au niveau de certaines aires de santé.

Intervention 1 : prévention du paludisme par l'accès aux MILD et leur utilisation

Normes et directives

Dans le souci d'améliorer les futures campagnes de distribution des MILD et en se basant sur les expériences locales et internationales, le processus d'actualisation des normes et des stratégies de distribution ainsi que des spécifications techniques des MILD en RDC, a été lancé en fin 2014. Ce processus va conduire au finish à la production du manuel de campagne contenant de nouvelles normes et de nouveaux outils de distribution des MILD.

Cibles et résultats obtenus en 2014

Cible 2014 : 60 % des personnes à risque de paludisme dorment sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action

La campagne de distribution de masse des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action est organisée en RDC par groupes des provinces car il est très difficile du point de vue technique, logistique et financier, de couvrir tout le pays en une année, au vu des dimensions immenses du territoire national et de la population nombreuse du pays. L'an 2014 3 provinces étaient programmées pour la campagne de distribution massive, il s'agit des provinces Orientale, Kasai Occidental et Bas-congo . La province de Maniema a été récupérée pour n'avoir pas terminé sa distribution en 2013 comme planifié d'où au total nous avons 4 provinces qui ont distribué les MILD en 2014.

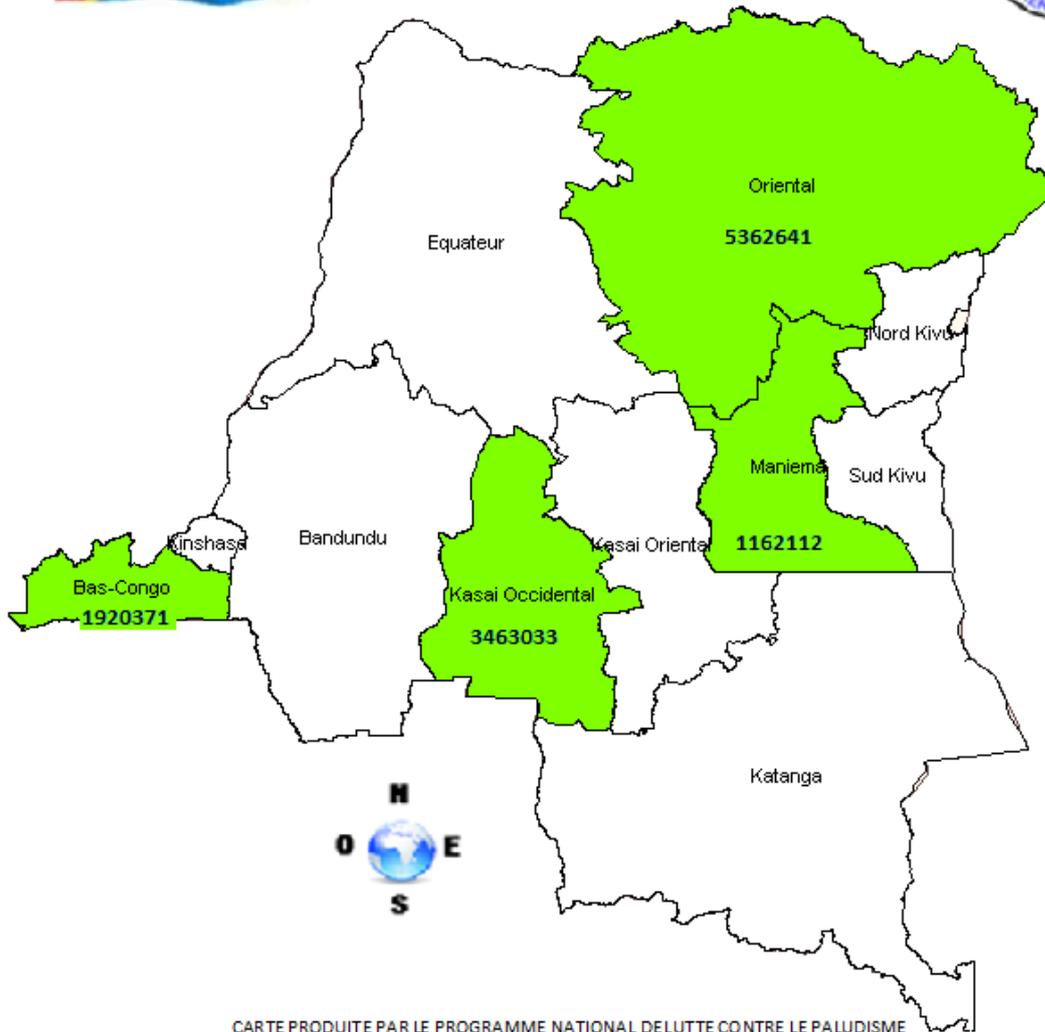
Tableau IV : Nombre des MILD distribuées en campagne par province, en 2014

Province	Cibles MILD	MILD distribuées		
		Stratégie fixe	Porte à porte	Total
Maniema	1 248 889	628.260	533.852	1 162 112
Kasai Occ	4 722 376	2 843 442	619 591	3 463 033
Prov Or	5 803 762	5 362 641	0	5 362 641
Bas-congo	2 091 343	1 920 371	0	1 920 371
TOTAL	13 866 370	10 754 714	1 153 443	11 908 157

En 2014, 11.908.157 MILD ont été distribuées alors que 13.866.370 MILD étaient planifiées pour les 4 provinces. 10.754 714 MILD ont été distribuées par la stratégie fixe et 1.153.443 MILD l'ont été par la stratégie porte à porte.



CAMPAGNES DE MASSES DE DISTRIBUTION DES MLD REALISEES EN 2014



CARTE PRODUITE PAR LE PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

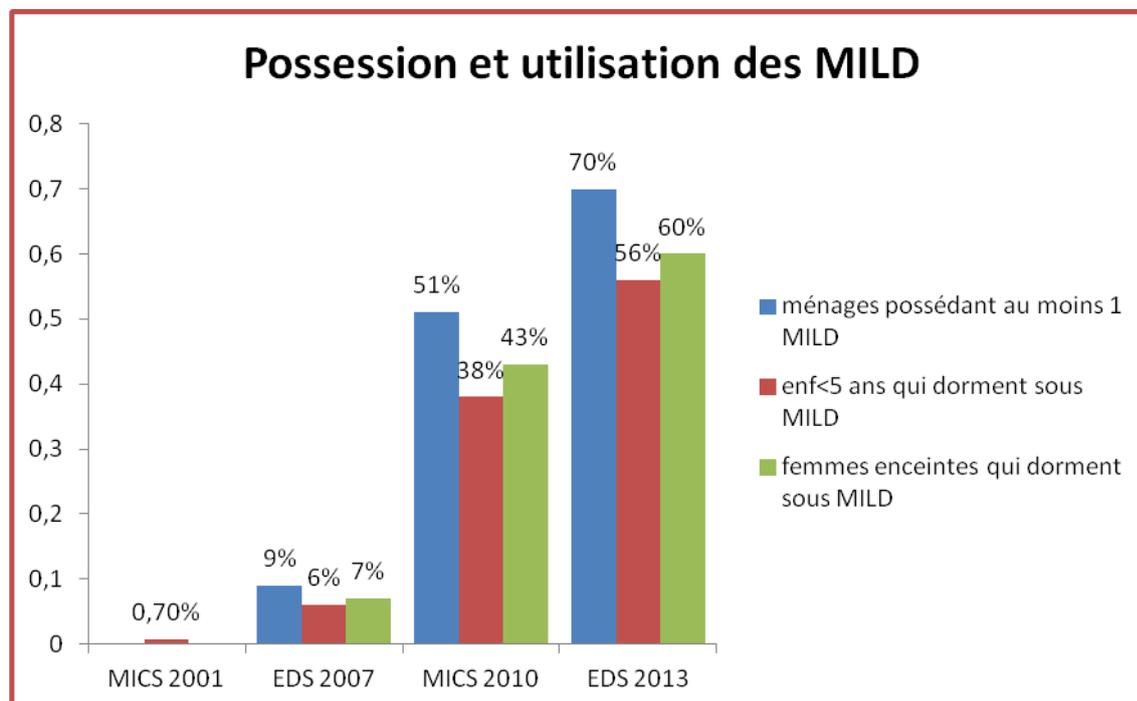


Le lancement de la campagne de distribution des MILD dans la province Orientale en août 2014, en avant plan l'on trouve le Gouverneur de la province, Mr Jean Bamanisa, prononçant un mot avec des MILD en mains, à sa gauche le Secrétaire Général à la santé publique, Dr Mukengeshayi Kupa avec la main gauche posée sur les MILD.

La MILD est aussi distribuée en routine chez les femmes enceintes à travers les CPN, et chez les enfants âgés de moins d'une année à travers les CPS. En 2014, 1.073.852 femmes enceintes ont eu la MILD sur 2.833.623 femmes attendues à la CPN soit une couverture de 38%. A la CPS 936.100 enfants de moins d'une année ont eu la MILD sur 2.472.336 enfants attendus soit une couverture de 38%.

Au total 13.918.109 MILD ont été distribuées en 2014 soit 11.908.157 MILD en campagne et 2.009.952 MILD en routine.

Figure 3 : possession et utilisation des MILD



La figure ci-dessus indique que la possession et l'utilisation des MILD augmentent progressivement depuis 2007, la proportion des ménages possédant au moins 1 MILD est passée de 9% en 2007 à 70% en 2013-2014 ; l'utilisation de la MILD est passée chez les enfants de moins de 5 ans de 6% à 56%, et chez la femme enceinte de 7% à 60%. Par ailleurs l'on note également un écart entre la possession et l'utilisation.

Discussion des résultats

11.908.157 MILD ont été distribuées en campagne dans 4 provinces pendant que 13.866.370 MILD étaient planifiées, l'écart soit 1.958.213 MILD est dû au fait que la planification se fait sur base de 1 MILD pour 1,8 personne, alors que la distribution est faite sur base de 1 MILD pour 2 personnes. Pour les 4 provinces 4.597.475 ménages ont été dénombrés et 4.531.480 ménages ont été servis soit 98,5% de couverture.

La distribution des MILD par la stratégie porte à porte avec fixation de la MILD (Hang up) a été expérimentée pour la première fois en RDC, 1.153.443 MILD (9,6%) ont été distribuées par cette stratégie. Cette stratégie offre les avantages suivants : l'amélioration de la promptitude des données, la réduction des risques d'erreur matérielle et de risque de déperdition des MILD, une meilleure sensibilisation et un apprentissage à l'utilisation de la MILD, le gain de temps et l'identification des besoins réels en MILD car le dénombrement et la distribution sont couplés.

La distribution des MILD en routine est très faible, 38% chez les femmes enceintes et les enfants de moins d'une année, alors que la distribution par ces canaux permet le maintien de la couverture. Il faudra dès lors envisager le renforcement de la distribution continue à travers d'autres voies telles que les écoles ...

Les résultats des enquêtes nationales (MICS et EDS) montrent que la possession et l'utilisation de la MILD augmente progressivement depuis 2007. Ceci serait en grande partie imputable aux campagnes de distribution de masse des MILD qui ont commencé en 2006 ciblant d'abord les enfants de moins de 5 ans, et qui se sont intensifiées à partir de 2008 ciblant toute la population. Toutefois la possession de la MILD (70% en 2013-2014) et son utilisation (56% et 60% en 2013-2014 respectivement chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes) n'ont pas encore atteint l'objectif de 80% pour prétendre à une couverture universelle, par rapport à la cible de 2014 qui est de 60% elle est atteinte pour les femmes enceintes. L'écart constaté entre la possession et l'utilisation est préoccupant et des stratégies solides de communication efficace sont à envisager pour renforcer la sensibilisation de la population à l'utilisation correcte de la MILD.

Intervention 2 : Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte et chez le nourrisson

Cibles 2014 : 60 % des femmes enceintes reçoivent deux doses de SP à la CPN

La RDC a adopté depuis 2002, la politique de prévention du paludisme chez la femme enceinte basée sur le TPI avec l'utilisation de la Sulfadoxine - Pyriméthamine (SP). Toutes les femmes enceintes bénéficient de deux doses (pour les femmes séronégatives au VIH) ou 3 doses (pour les séropositives) lors des consultations prénatales aussi bien dans le secteur public que privé. La prise supervisée lors des CPN est la modalité recommandée. La première dose de SP est donnée à la 16^{ème} semaine et la 2^{ème} dose est donnée à la 24^{ème} semaine. Chez la femme séropositive une troisième dose est administrée à la 32^{ème} semaine.

Il faut noter que pour le traitement intermittent chez le nourrisson une étude de faisabilité a été menée dans quelques zones de santé de la ville province de Kinshasa et les résultats qui sont attendus détermineront de l'application de la stratégie ou non.

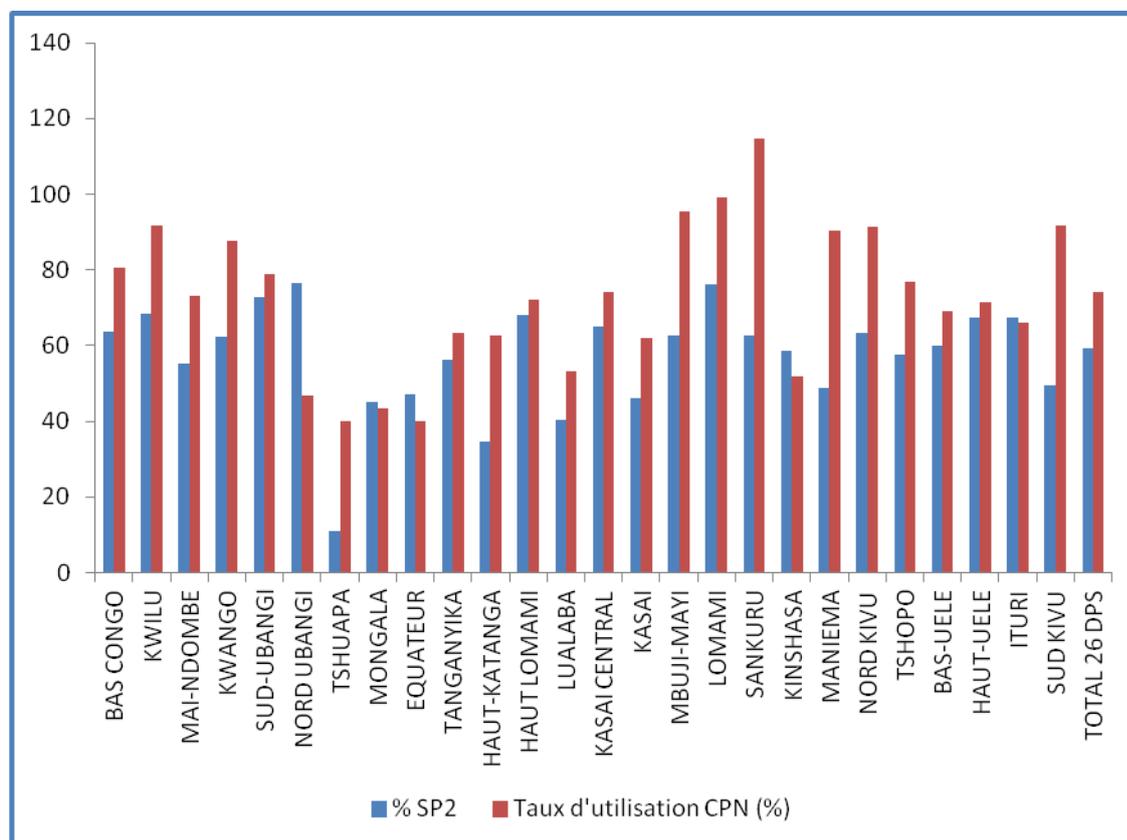
Normes et directives

Considérant les évidences récentes ayant conduit l'OMS à proposer une révision des directives sur les modalités de l'application du TPI à la SP chez la femme enceinte, le PNLN et le PNSR recommandent l'utilisation précoce des services de CPN avec 4 visites au minimum durant la grossesse. Au cours de ces visites de CPN la femme enceinte doit bénéficier au minimum de 3 doses de SP et aussi des autres interventions de CPN. La vulgarisation de cette politique dans les ZS n'est pas encore à l'œuvre. IL est prévu une politique de vulgarisation dans un premier temps dans les 44 ZS PMI et le reste des ZS lors de la

vulgarisation de la nouvelle directive de traitement du paludisme grave avec l'artesunate injectable.

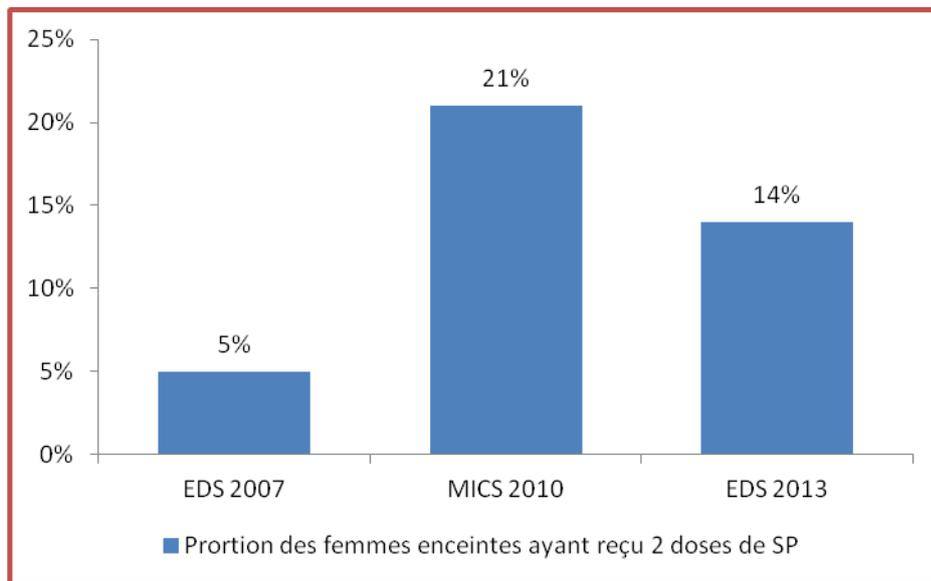
Résultats obtenus en 2014

Figure 4 : proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses de SP versus taux d'utilisation CPN en 2014



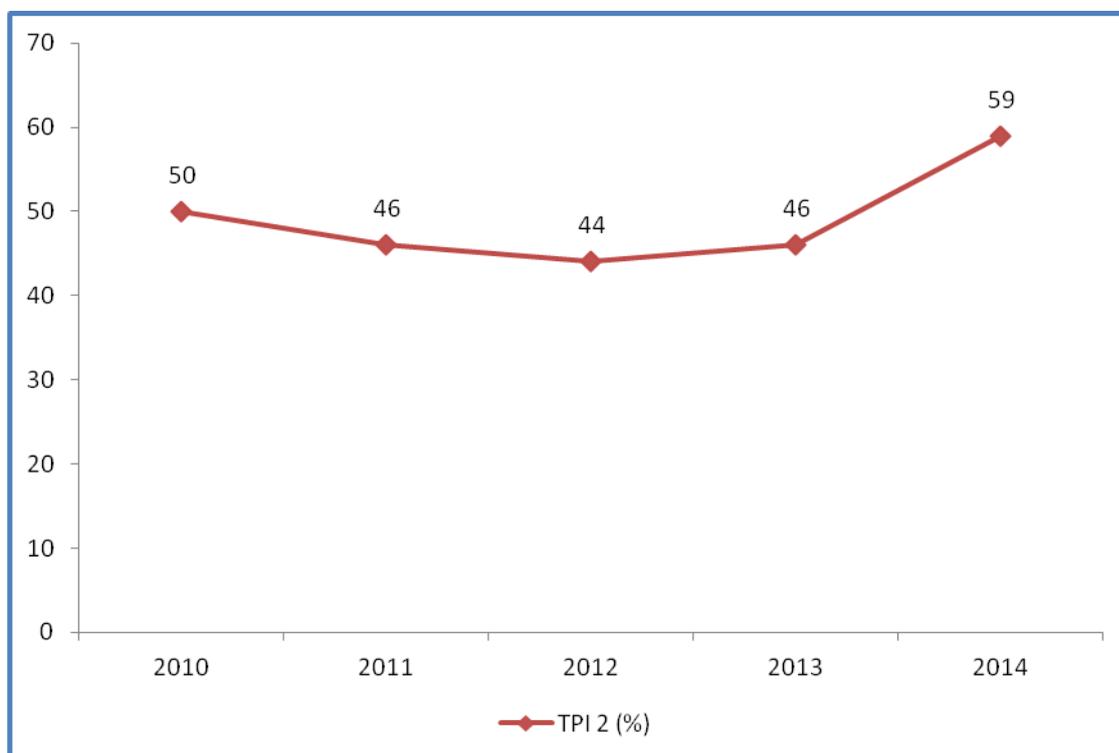
Dans l'ensemble la proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses de SP en 2014 est de 59% avec la proportion la plus élevée retrouvée dans les DPS de Nord Ubangui et Lomami (76%), et la plus faible retrouvée dans la DPS de Tshuapa (11%). La moyenne nationale du taux d'utilisation des services de CPN est de 74% en 2014 avec le taux le plus élevé observé dans les DPS de Sankuru (115%) et de Lomami (99%), le taux le plus bas est retrouvé dans le DPS de Tshuapa (40%).

Figure 5 : proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses de SP dans la communauté



Au niveau de la communauté la proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses de SP est passée de 5% en 2007 à 14% en 2013-2014 avec chute importante entre 2010 et 2013-2014.

Figure 6 : proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses de SP dans les structures sanitaires



Au niveau des structures sanitaires la proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses de SP a connu une baisse de 2010 à 2012, à partir de 2013 l'on note une augmentation progressive

Discussion des résultats

La proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses de SP est faible dans l'ensemble tant au niveau des structures sanitaires (59%, SNIS) que dans la communauté (14%, EDS 2013-2014). Cette situation s'expliquerait entre autres par :

- Le faible taux d'utilisation de la CPN (74% en 2014, SNIS)
- La rupture de stock fréquente de la SP constatée dans les structures sanitaires
- Le début tardif des CPN pour beaucoup des femmes enceintes qui préfèrent encore cacher leur état de grossesse au premier trimestre (cfr la culture)

L'amorce de l'ascension constatée à partir de 2013 présage un bon avenir mais l'on devra renforcer la sensibilisation de la femme enceinte afin qu'elle fréquente les services de CPN et surtout qu'elle commence à temps ; aussi faudra-t-il approvisionner régulièrement les FOSA en SP pour éviter des ruptures de stock intempestives.

Toutefois il sied de remarquer que la cible 2014 de 60% a failli être atteint dans les formations sanitaires dans lesquelles la proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses de SP est de 59%.

Intervention 3 : Promotion de l'assainissement

La promotion de l'assainissement fait partie des messages clé développés à travers les cartes conseils et les boîtes à images qui constituent les supports de communication pour la communication interindividuelle et les causeries éducatives animées par les relais communautaires sous la supervision des CODESA et des ECZS avec l'appui des PTF. En outre, au cours des émissions radiotélévisées et les points de presse, les cadres provinciaux et centraux du PNLP présentent cette composante de la lutte antipaludique comme partie intégrante des approches de prévention du paludisme en RDC.

Dans le cadre de la collaboration intra-sectorielle, le Programme national "Village et Ecole assainis", un programme du gouvernement congolais mis en œuvre conjointement par le ministère de la Santé publique et celui de l'Enseignement primaire, secondaire et professionnel, a œuvré pour l'amélioration de l'accès aux infrastructures hydro-sanitaires, la promotion de l'hygiène et la création d'un environnement favorable. Ces activités constituent une composante complémentaire aux interventions de prévention réalisées par le PNLP.

Sous le pilotage de la direction chargée de l'hygiène du ministère de la Santé publique (9^e direction), le Programme « Village assaini » est mis en œuvre sur toute l'étendue de la RDC, à travers 222 zones de santé rurales sur les 516 que compte le pays par une approche

communautaire décisionnelle participative, c'est-à-dire que ce sont les communautés qui décident de s'engager dans le programme. Une fois qu'elles ont décidé de s'engager, ces communautés ont entre six mois et une année pour améliorer progressivement leurs infrastructures d'approvisionnement en eau, leurs comportements en matière d'hygiène et l'assainissement des ménages et de leur village. Le processus au sein du village est facilité d'un côté par un comité élu démocratiquement et de l'autre par les agents de la zone de santé. En cas d'une incapacité de cette dernière, un partenariat est envisagé avec une ONG. Au bout du processus, le village est labélisé « village assaini » lorsqu'il a atteint les standards minima relatifs à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement. En bref, un village assaini est celui qui dispose d'un comité dynamique ; avec au moins 80% de la population ayant accès à l'eau potable; au moins 80% des ménages utilisant des latrines hygiéniques, au moins 80% des parcelles propres; au moins 60% de la population se lavent les mains avec du savon ou tout autre détergent avant de manger et après avoir utilisé des latrines ; au moins 70% des ménages comprenant le schéma de la transmission des maladies à partir du péril fécal et les moyens de prévention s'y rapportant ; et enfin au moins une fois par mois les ménages désherbent et nettoient le village.

Quand un village obtient son statut de « village assaini », les écoles de ce village doivent aussi devenir des endroits d'apprentissage de l'hygiène. Dans le souci de synergie, le ministère de l'EPSP a mis en place le Programme « Ecole assainie » et a défini, à travers la direction des programmes scolaires et du matériel didactique, une série de normes minimales et d'indicateurs pour qu'une école puisse être déclarée « assainie ».

En fin 2014, 1106 villages ont été labélisés « village assaini » sur les 1290 prévus, soient une performance de 86 %.

Intervention 4 : Pulvérisation intra domiciliaire

La Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) est réalisée dans deux zones de santé avec le financement des sociétés minières, il s'agit des ZS de Tenke Fungurume dans la province du Katanga, et de Salamabila dans la province de Maniema.

Pour la zone de santé de Fungurume 11 aires de santé sont concernées sur les 18 aires de santé que compte la zone de santé. La campagne de pulvérisation pour l'année 2014 s'est déroulée du 06 février au 30 avril 2014, au cours de laquelle 115.378 structures ont été enregistrées dont 105.256 ont été pulvérisées représentant une couverture de 91,3%. 9.956 chambres ont été fermées (8,6%) et 176 chambres de refus (0,1%).

Un deuxième passage est programmé pour le mois d'octobre 2014.

IV.3 Prise en charge des cas

IV.3.1 Prise en charge au niveau des structures sanitaires publiques

Normes et directives

- Révision des guides techniques et des directives de prise en charge du paludisme pour intégrer les aspects de prévention avec la promotion de l'utilisation de la MILD et la PID, les aspects du traitement du paludisme grave avec l'artesunate injectable
- Elaboration du guide de poche de prise en charge du paludisme au niveau des structures de soins

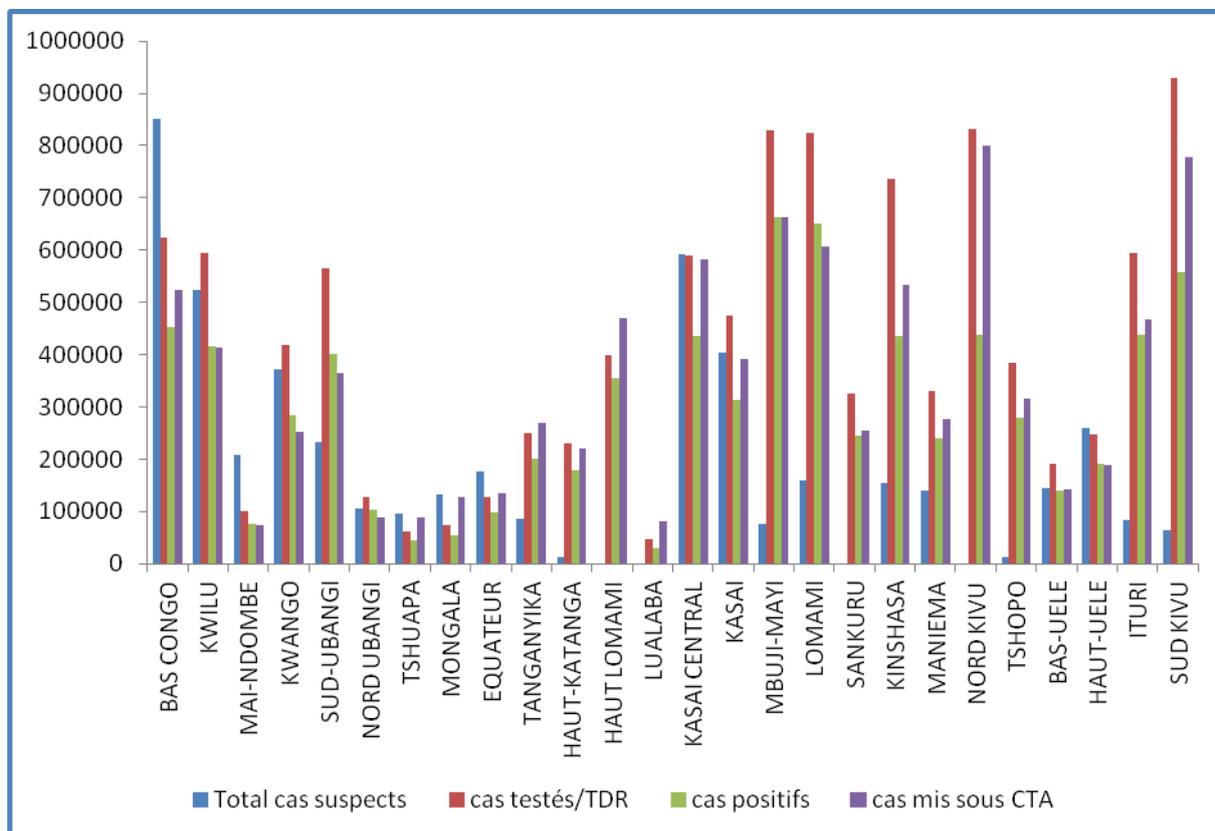
Cible 2014 :

- 50% des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires intégrées et dans la communauté sont testés par la GE ou le TDR
- Tous les cas de paludisme confirmés sont traités conformément aux directives nationales à tous les échelons de la pyramide sanitaire, y compris dans la communauté.

Résultats obtenus en 2014

En 2014, 9.538.278 cas de paludisme ont été enregistrés aussi bien en consultation externe (8.547.310 cas de paludisme simple) qu'en hospitalisation (990.968 cas de paludisme grave), avec 25.502 décès. Au total, 3.480.345 GE et 10.905.561 TDR ont été réalisés, soit un taux de « testing » de 151% contre 90% en 2013, ceci s'expliquerait par le fait que jusque-là beaucoup des prestataires continuent à réaliser chez la même personne et au même moment la GE et le TDR. Le taux de positivité à la GE est de 60% (2.098.335 positifs pour 3.480.345 GE réalisées tandis qu'il est de 71% pour le TDR (10.905.561 TDR réalisés dont 7.725.338 positifs). 9.110.186 malades ont été mis sous CTA sur 7.725.338 positifs au TDR, donc 1.384.848 malades (15%) sont soit des cas présumés soit des cas négatifs au TDR qui ont été traités.

Figure 7 : diagnostic et traitement des cas de paludisme simple



La figure ci-dessus montre que dans plus de la moitié des DPS les cas testés sont plus nombreux que les cas suspects, et les malades mis sous traitement aux CTA sont plus nombreux que les cas confirmés au TDR.

Renforcement des capacités

- Formation de 55 membres des ECZS en prévention et prise en charge du paludisme à Kananga et Tshikapa
- Formation de 40 cliniciens sur la prise en charge du paludisme de Kinshasa et dans les ZS PMI
- Formation de 20 cadres universitaires sur l'utilisation de l'artésunate injectable

Discussion des résultats

Le diagnostic et le traitement du paludisme posent encore problème car les prestataires ont encore des zones d'ombre dans la classification des cas spécialement entre les cas suspects, les cas présumés, les cas testés, les cas traités conformément à la politique nationale. Ce qui fait que l'on a notifié plus des cas testés par rapport aux cas suspects. Les données montrent

que l'on continue encore à traiter sur base d'un diagnostic présomptif, donc les directives nationales de prise en charge des cas de paludisme sont peu respectées, ceci est corroboré par les résultats de l'EDS 2013-2014 qui révèlent que seulement 2,2% d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre ont reçu l'ACT recommandé dans les 24 heures. Le renforcement des formations et recyclages en prise en charge ainsi que des supervisions régulières et bien ciblées devront améliorer tant soit peu la situation.

IV.3.2 Prise en charge au niveau communautaire

Normes et directives

En 2014 aucune révision des normes et directives n'a été réalisée

Cibles 2014

- Tester au TDR 50% des cas de fièvre
- Traiter avec les ACT tous les cas TDR positifs

Résultats obtenus en 2014

PROJET MSH (Management Sciences for Health)

Nombre de Sites de soins communautaires : 558

Nombre des Zones de santé : 53

Nombre de Provinces : 4 (Katanga, Sud Kivu, Kasai Oriental et Kasai Occidental)

1. Nombre d'enfants reçus aux SSC en 2014
 - 72 502 enfants de moins de 5 ans.
 2. Nombre des TDR réalisés et positifs
 - Nombre de TDR réalisés : 41 322
 - Nombre de TDR Positifs : 34 859 (84%)
 3. Nombre des ACT distribués par tranche d'âge
- 35.155 doses d'ACT administrées dont 0-11mois : 6 649 et 12-59 mois : 28 506
4. Nombre des cas de palu grave orientés
 - Nombre de cas orientés 6 785 (pas seulement le cas graves de paludisme mais tous les autres cas avec les signes de danger)

Renforcement des capacités

Nombre de Relais formés en 2014 : 610



Relais Mélanie de la Zone de santé de Kanzenze entrain de dispenser le traitement contre le Paludisme après un TDR Positif



Relais communautaire de la zone de santé de Wikong en train d'exécuter le TDR lors de la formation

Discussion des résultats

Le taux de positivité est de 84%, ce qui est supérieur à la moyenne nationale qui est de 71%. 296 enfants avec fièvre mais dont le TDR est négatif ont reçu les ACT, ce qui représente 0,8% versus 15% dans les formations sanitaires. Les directives de prise en charge des cas de paludisme simple seraient mieux respectées dans les sites des soins communautaires.

IV.3.3 Prise en charge au niveau du secteur privé

Normes et directives

- Elaboration des modules de formation de prise en charge du paludisme, assurance qualité et gestion de stock dans le secteur privé
- Elaboration du draft de stratégie nationale de prise en charge dans le secteur privé

Cibles 2014

98 officines et 60 CS de la ville province de Kinshasa

Résultats obtenus en 2014

Renforcement des capacités

- Formation de 35 prestataires des soins des Entreprises de Kinshasa sur la prise en charge du paludisme
- Formation de 20 formateurs centraux

IV.4 La gestion des achats et des stocks

Malgré la mise en place du SNAME, les approvisionnements des partenaires se font encore par des structures autonomes suivant des approches et des calendriers divers. L'intégration dans le système reste encore partielle pour certains partenaires qui utilisent les CDR pour la distribution. Cette disparité entraîne une répartition inégale de ressources avec comme conséquence les ruptures de stock et le surstock.

Le PNDMS 2011-2015 préconise la mise en place d'un mécanisme de coordination des financements et des approvisionnements en médicaments essentiels. Ainsi, au regard de l'importance des financements mobilisés par les partenaires, et tenant compte des recommandations de la RPP, il était donc nécessaire de mettre en place un système cohérent qui réponde aux besoins d'une coordination efficace des approvisionnements.

Normes et directives

Aucune révision des normes et directives n'a été opérée en 2014

Cibles 204

75% des structures sanitaires intégrées ne connaissent pas de rupture en médicaments et autres produits antipaludiques

Résultats obtenus en 2014

Les principales activités réalisées au cours de l'année 2014 pour le renforcement de la GAS étaient :

- Deux enquêtes (EUV) de vérification de la disponibilité, l'utilisation et la prise en charge des cas des intrants antipaludiques. Cette activité a été réalisée dans 5 provinces d'appui PMI (2 Kasai, Sud Kivu, Katanga et Province Orientale), ces enquêtes ont eu lieu en mars et septembre 2014.
- Un atelier de quantification des besoins des produits de lutte contre le paludisme en faveur des zones de santé PMI pour l'exercice 2015-2016 en juillet 2014
- Participation à l'audit organisationnel du programme national d'approvisionnement en médicament
- Trois ateliers ont été réalisés avec les responsables GAS des partenaires parties prenantes dans les approvisionnements pour le renforcement de la coordination des appuis.
- Participation à l'atelier pour la mise en place du SIGL ; système d'information en gestion logistique et pour la feuille de route du même système avec le PNAM ET CAG

- Mission avec JSI/DELIVER dans la province du Kasai- oriental d'évaluation de la chaîne d'approvisionnement avec objectifs d'identifier les défis, renseigner les prestataires sur les indicateurs pertinents et proposer les stratégies d'amélioration

Résultats des enquêtes EUV

L'enquête EUV réalisée en septembre 2014 a donné les résultats suivants :

- 92% (142/155) de FoSa avaient toutes les formes d'ASAQ au jour de la visite
- 100 % (155/155) de FoSa avaient au moins 1 forme d'ASAQ au jour de la visite
- 69% de FoSa étaient en rupture de stock de TDR au jour de la visite et 62% en ont connu dans les 3 derniers mois.
- Seulement 32% (411/1279) % de personnes prenant en charge les cas de malaria sont formées sur les récentes directives du PNLP
- Seulement 42% (65/155) de structures ont des conditions de stockage acceptables
- Pourcentage de FoSa ayant connu des ruptures de stock de plus de 3 jours dans les 3 derniers mois :
 - ASAQ 14 ans et plus : 39%
 - ASAQ 2-11 mois : 21%
 - ASAQ 1-5 ans : 19%
 - ASAQ 6-13 ans : 28%
 - MILD : 35%

Discussion des résultats

La disponibilité des médicaments et autres intrants antipaludiques continue à poser problème, en effet considérant les 3 derniers mois précédant l'enquête l'on note des ruptures de stock en artésunate-amodiaquine, TDR et MILD. 62% des FOSA ont connu de rupture de stock en TDR, ce qui handicape énormément le diagnostic du paludisme et amène le prestataire à traiter sur base d'un diagnostic présomptif tous les cas présumés de paludisme, avec comme conséquence immédiate la consommation excessive des combinaisons d'artésunate-amodiaquine, ce qui pourrait expliquer en partie la rupture de stock d'artésunate-amodiaquine constatée dans ces FOSA. L'amélioration de cette situation passe par un approvisionnement régulier des TDR et ASAQ tenant compte des CMM des FOSA.

IV.5 Communication en faveur de la lutte contre le paludisme

Normes et directives

- Actualisation de la boîte à images de la lutte contre le paludisme

Cibles 2014

70% de la population adoptent des comportements favorables à la lutte contre le paludisme

Résultats obtenus en 2014

Un certain nombre d'activités ont été menées en 2014 en rapport avec la sensibilisation de la population en faveur de la lutte contre le paludisme dont les principales sont :

- Campagne de Sensibilisation de la population congolaise à travers les médias sur la prévention et la lutte contre le paludisme (RTNC, ANTENNE A, BRT AFRICA, DIGITAL TV, B-ONE TV, RTGA, Radio OKAPI).
- Matinée de sensibilisation sur la lutte contre le paludisme avec les membres de l'Association des chauffeurs du Congo
- Organisation des quatre réunions de TASK FORCE avec les partenaires engagés dans la lutte contre le paludisme
- Briefing des journalistes de la presse audio-visuelle et écrite sur la sensibilisation de la population avant la célébration de la JMP
- Organisation de la cérémonie de célébration de la JMP 2014 : il y a eu une cérémonie de Plaidoyer à la Présidence de la République présidée par le Ministre de la Santé Publique, à cette occasion des MILD ont été remises aux membres du Cabinet du Chef de l'Etat. Par la suite la célébration de la Journée Mondiale du Paludisme s'est poursuivie au terrain municipal de Bandalungwa
- Appui de Communication et Médiatisation de la cérémonie du lancement de la campagne de distribution gratuite des MILD dans les provinces Orientale, Kasai Occidental et Bas-congo
- Campagne de sensibilisation sur la prévention et la lutte contre le paludisme de 800 élèves du Lycée Kingasani III dans la ville province de Kinshasa
- Campagne de sensibilisation sur l'utilisation des MILD à travers les médias dans la ville de Matadi (province du Bas-congo)
- Organisation d'une journée d'information pour les journalistes sportifs durant le CHAN 2014
- Organiser la collecte des données pour la campagne "Ecoliers engagés contre le paludisme" à Bukavu, Lubumbashi et Kinshasa
- conception et production d'une bande dessinée et d'un dessin animé avec des messages sur la lutte contre le paludisme
- Diffusion du dessin animé pour transmettre des messages sur la MILD et le traitement du paludisme à la télévision pendant les matches de la coupe du monde de football 2014.



L'artiste-musicien Fally Ipupa animant la campagne de la sensibilisation de la population lors de la cérémonie de lancement de la campagne de distribution de masse des MILD à Kisangani, août 2014.

IV. 6 Surveillance épidémiologique et riposte aux épidémies

IV.6.1 SIMR

La surveillance intégrée des maladies et riposte se fait à travers la Direction de Lutte contre le Paludisme, la collecte des données est hebdomadaire pour les maladies à potentiel épidémique dont le paludisme.

Cibles 2014

- 60% des épidémies dues au paludisme sont détectées et ripostées dans les 15 jours.

Résultats obtenus en 2014

Une collecte hebdomadaire des cas et décès du paludisme a été réalisée à travers la Direction de Lutte contre le Paludisme : en 2014, 11.528.121 cas ont été notifiés avec 23.476 décès, le taux de létalité est de 0,2%. Des cas des flambées de fièvre ont été observés dans 6 zones de santé comme le montre le tableau ci-dessous et des investigations ont été réalisées dans 5 d'entre elles, mais au-delà de 15 jours.

Tableau V : Flambées épidémiques des cas de fièvres présumées palustres Investiguées en 2014 en RDC

PROVINCE	ZONE DE SANTE	INVESTIGATION
Nord kivu	Rutshuru	DPS MSF/H, MSF/F
Equateur	IKELA	PARSS
	MOKOTO	DPS
	MOBAYI MBONGO	DPS
KATANGA	KANSIMBA	ND
PROVINCE ORIENTAL	YAHUMA	DPS

IV.6.2 Surveillance par Site Sentinelle

La surveillance sentinelle est une surveillance effectuée dans un nombre réduit d'aires géographiques pour fournir des données cliniques, entomologiques, parasitologiques et environnementales nécessaires à l'appréciation de l'évolution du paludisme en fonction de localité de pays. Les sites sentinelles permettent de fournir rapidement des données de qualité qui renseignent sur les tendances de certains indicateurs à partir d'informations complémentaires spécifiques qui ne sont recueillis ni par le système de routine ni par les principales enquêtes nationales (EDS, MICS, EIP)

Normes et directives

Actualisation des directives, des modules de formation et outils de collecte des données des sites sentinelles

Cibles 2014

Redynamiser 11 sites sentinelles

Résultats obtenus en 2014

- Tenue de l'état de lieux des 11 sites sentinelles existants
- Sélection des 15 sites sentinelles additionnels
- Complétude des données des sites sentinelles : voir Alain

- Rapport annuel 2013
- 4 rapports trimestriels d'activités du PNL
- Rapport de la revue annuelle 2013

Pendant l'année 2014 la téléphonie mobile a été utilisée pour collecter les données en routine et en campagne :

- en routine le système mango mis en place par PMI, a été expérimenté dans 10 ZS de la province du Kasai Oriental, ce système utilise de simples messages SMS et l'Internet permettant ainsi d'une part de suivre et gérer le stock des intrants de lutte contre le paludisme (ACT, TDR, SP, quinine, MILD), et d'autre part d'assurer une surveillance sur base d'un certain nombre d'indicateurs. Le système mango permet ainsi d'assurer une bonne gestion des intrants antipaludiques dans les zones de santé et d'éviter des ruptures intempestives de stock, il minimise aussi le risque de transmission des données incohérentes ou aberrantes

- en campagne l'outil ODK (Open Data Kit) a été utilisé pour la campagne de distribution de masse des MILD dans la province du Kasai Occidental (9 ZS), c'est donc un logiciel qui permet de collecter les données voulues à partir du téléphone, les transférer sur un ordinateur pour les traiter et avoir les résultats recherchés.

Les avantages de ce système sont notamment l'amélioration de la promptitude, la réduction des risques d'erreur matérielle, une meilleure planification, les données sont à jour et faciles à comprendre. Les inconvénients sont entre autres le coût élevé, la contrainte liée à l'énergie électrique...

c) Supervisions

Trimestriellement le niveau central doit superviser les acteurs du niveau intermédiaire essentiellement pour renforcer leur capacité dans la gestion des données, ces supervisions sont financées par le FM à travers la CAG. Il était prévu de visiter 19 DPS par trimestre mais les fonds disponibles n'ont permis de visiter que 15 DPS par trimestre. Au premier trimestre 2014 les fonds n'ont pas été décaissés pour la réalisation des supervisions, ainsi donc 45 DPS ont été visités en 2014 sur 76 prévus soit une performance de 59%.

Les principaux problèmes relevés au cours de ces supervisions sont : Base des données non à jour dans certaines DPS, faible promptitude et complétude des données, incohérence de certaines données, existence des données aberrantes, destruction de quelques données par des virus, faible supervision de niveau intermédiaire vers le niveau périphérique, personnel non formé en SNIS dans certains DPS, les indicateurs du paludisme ne sont pas calculés dans la plupart des DPS, les rapports d'analyse des données des DPS n'existent pas.

IV.7.2 Recherche opérationnelle

Normes et directives

Un avant-projet de document de formalisation du comité scientifique a été élaboré et est en processus de validation

Cibles 2014

70% des sujets de recherche opérationnelle planifiés sont réalisés

Tableau VI : enquêtes réalisées en 2014

Thèmes d'enquêtes	Année de réalisation	Bailleurs/ institutions de MOE	observations
Evaluation pré campagne de la couverture des ménages en MIILD dans la province du Kasai Occidental	2014	DFID/SWISS TPH/ESP	Rapport préliminaire disponible
Evaluation des profils entomologique et immunologique et du niveau d'endémicité du paludisme en RDC	2014	FM R10/UNIKIN-Médecine Tropicale	Analyse des données
Enquête de vérification auprès de l'utilisateur finale des commodités de lutte contre le paludisme (EUV) en RDC	2014	PMI/SIAPS/PNLP	Résumé disponible
Etude de faisabilité de TPI chez les nourrissons	2014	FM/PNLP	Rapport non disponible
Evaluation du système de distribution des MIILD en RDC	2014	PMI	Rapport disponible

Résultats obtenus en 2014

Tableau : enquêtes réalisées en 2014

4 enquêtes ont été réalisées en 2014 sur 8 planifiées soit 50%.

Une étude non planifiée a été réalisée en 2014, il s'agit de l'évaluation du système de distribution des MILD en RDC.

IV.8 Gestion du programme (voir CDAF)

Renforcement des capacités

Réunions de coordination

Conférences internationales

Le PNLP a pris une part active à plusieurs rencontres internationales dans le but de procéder aux échanges d'expérience d'une part et de bénéficier du renforcement des capacités d'autre part.

Tableau VII : Rencontres internationales en 2014

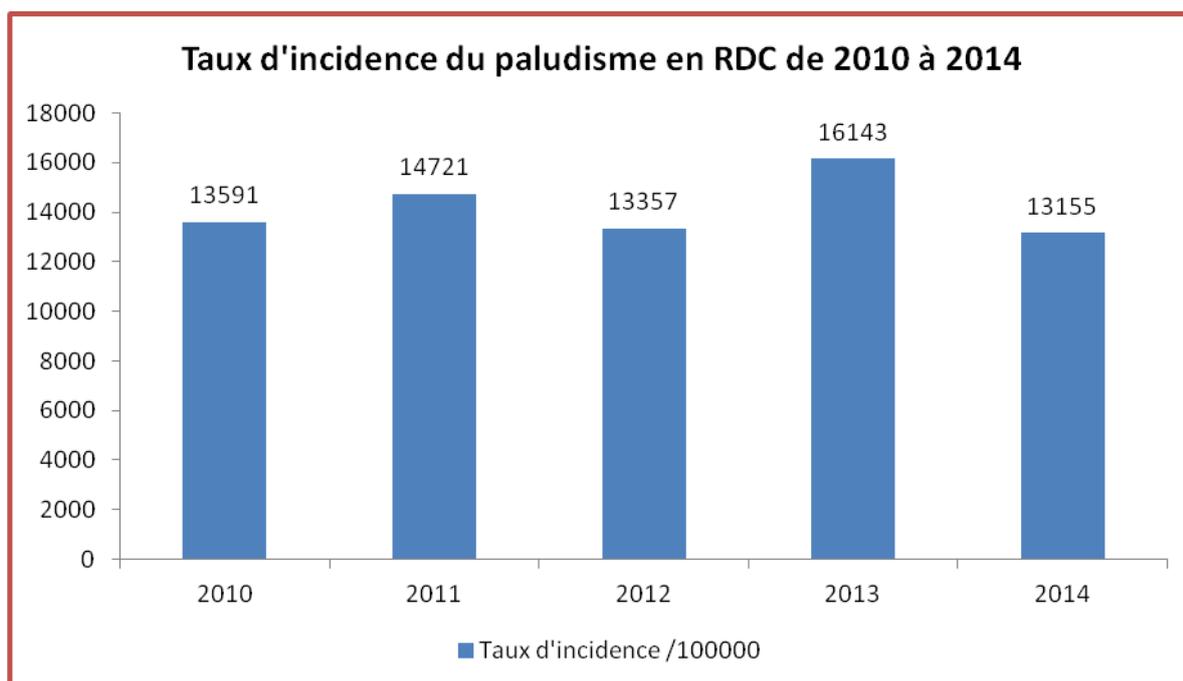
Période	Libellé	Lieu	Participants	Financement
Septembre 2014	Réunion CARN	Libreville	DN PNLP, CD S&E, représentant SANRU, représentant du projet Defeat	RBM, FM, DFID
Décembre 2014	Conférence ASTMH	News Orleans, USA	CS Recherche Opérationnelle PNLP	SWISS TPH
Avril 2014	Atelier secteur privé	Paris, France	CD PEC	Roll Back Malaria, OMS
Juillet 2014	Atelier de concertation entre les PNLP et les institutions de recherche	Douala, Cameroun	DNA PNLP, CS Recherche Opérationnelle, Dr Mantshumba (OMS), Prof Tona et Prof Nsibu (UNIKIN)	Roll Back Malaria

IV.9 Impact

L'impact a été mesuré à l'aide des indicateurs suivants :

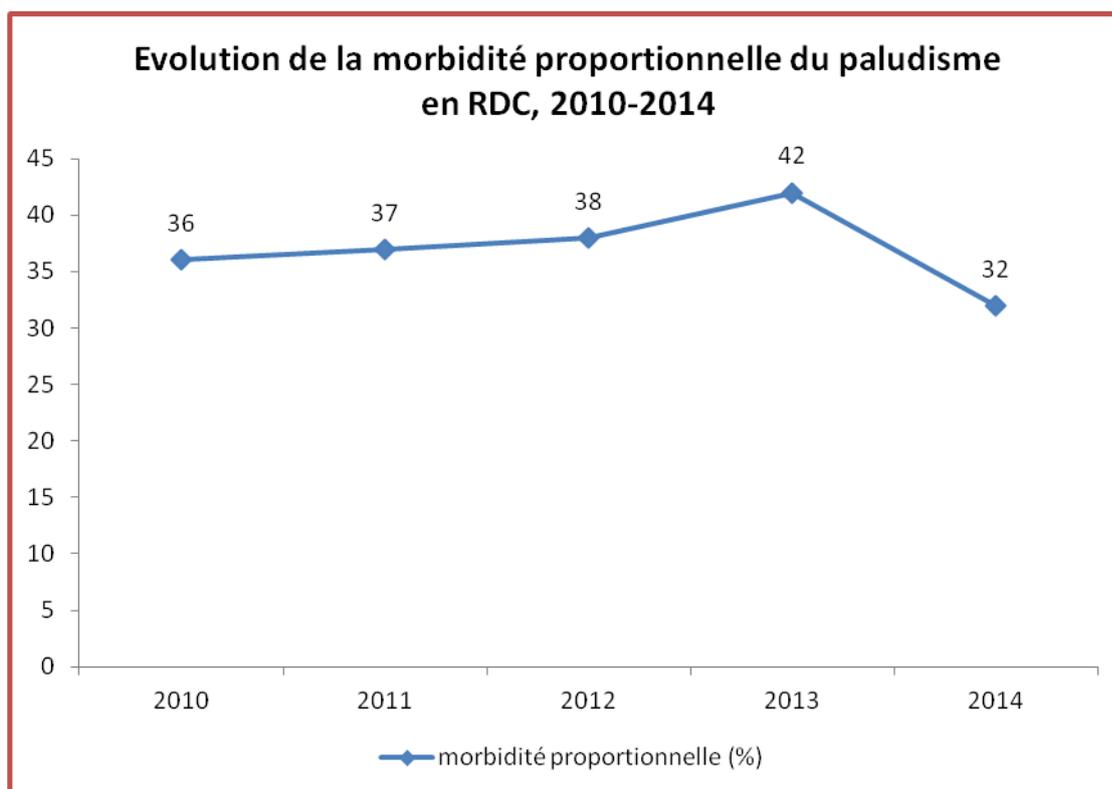
- Morbidité : taux d'incidence du paludisme, morbidité proportionnelle
- Mortalité : taux de mortalité liée au paludisme, taux de létalité, mortalité proportionnelle, mortalité infanto-juvénile

Figure 8 : Taux d'incidence du paludisme (/100.000) en RDC, 2010-2014



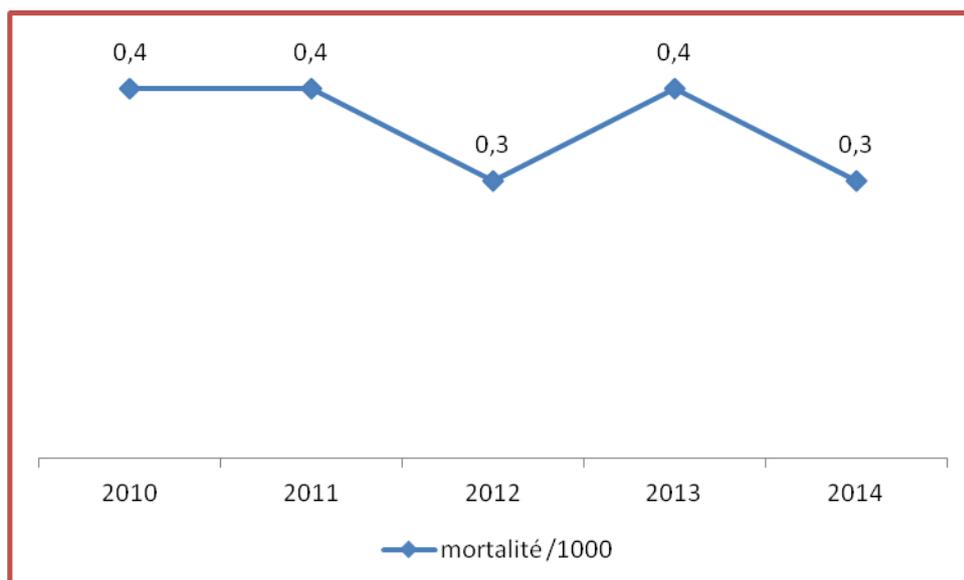
Le taux d'incidence a évolué en dents de scie entre 2010 et 2014, l'incidence la plus élevée est observée en 2013 qui est l'année au cours de laquelle l'on a observé un grand nombre des flambées épidémiques. On note par ailleurs qu'il ya moins des cas notifiés au cours de l'année 2014.

Figure 9 : Évolution de la morbidité proportionnelle du paludisme en RDC, 2010-2014



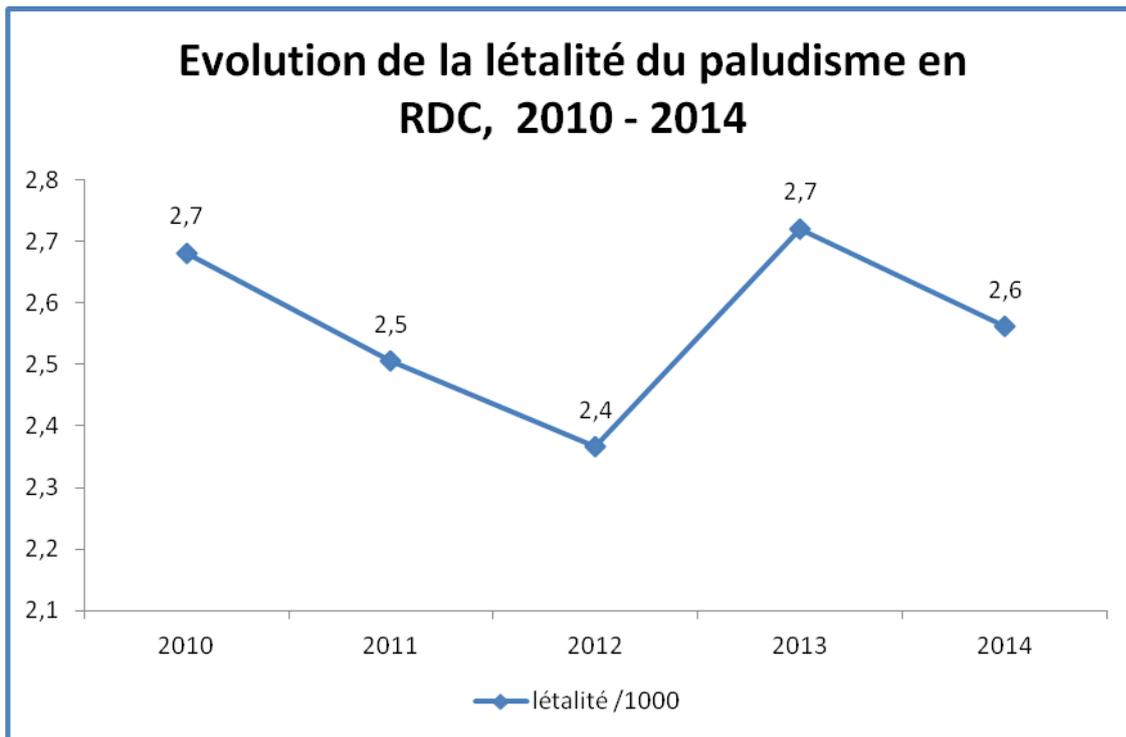
La morbidité proportionnelle du paludisme a évolué de façon progressive de 2010 à 2013, l'année au cours de laquelle elle a atteint 42% (flambées épidémiques en 2013 comme expliqué ci-dessus). Une chute significative est observée en 2014 avec le taux le plus bas (32%).

Figure 10 : évolution de la mortalité liée au paludisme en RDC, 2010-2014



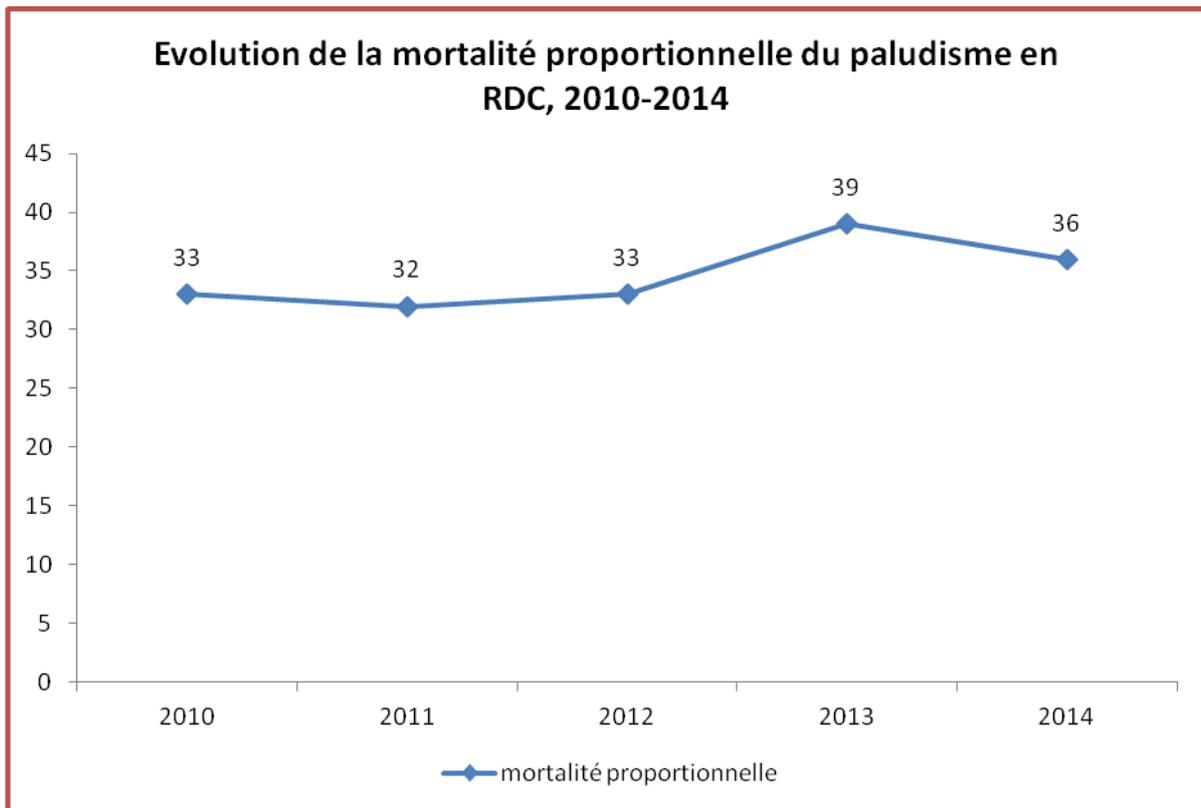
Le taux de mortalité du paludisme est resté presque stationnaire autour de 0,4‰, en 2014 l'on note une chute à 0,3‰, observée aussi en 2012.

Figure 11 : évolution du taux de létalité en RDC, 2010-2014



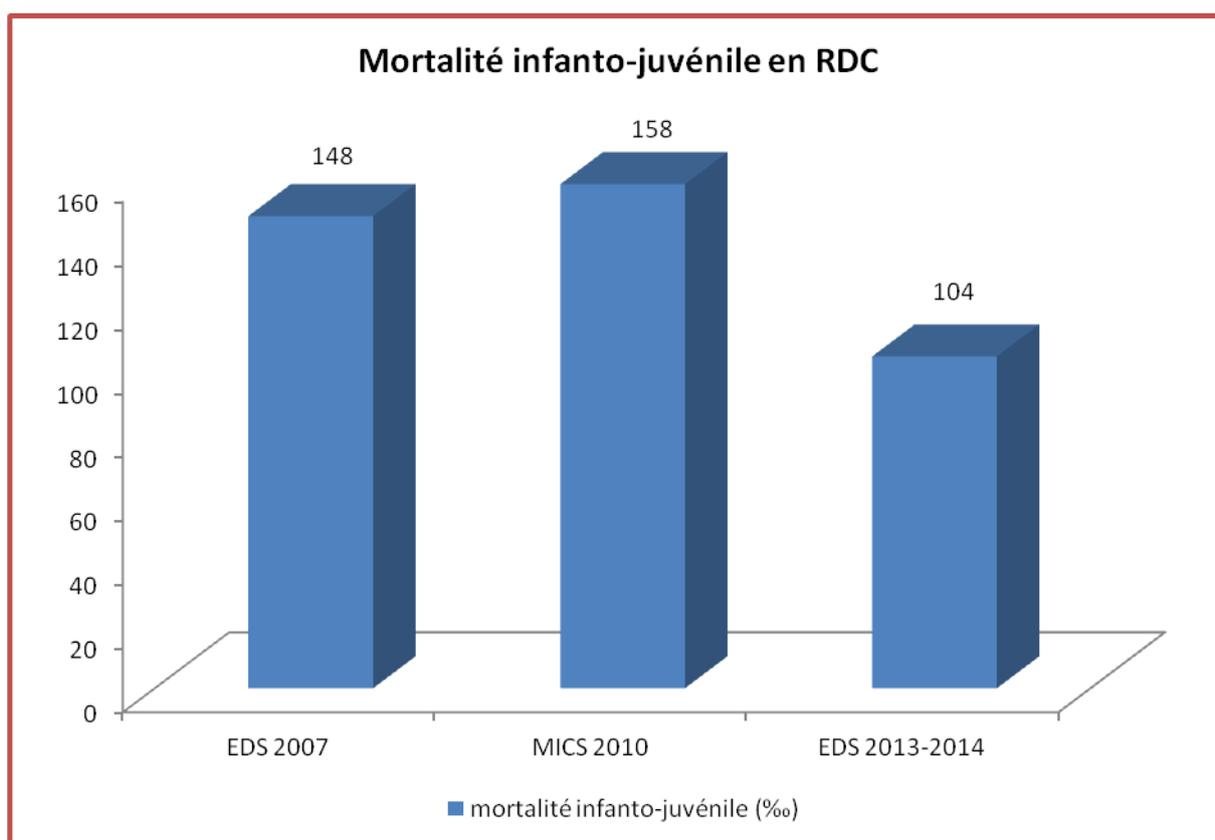
La létalité liée au paludisme a diminué entre 2010 et 2012 et elle est remontée au niveau de 2010 en 2013 (année qui a connu plus des flambées épidémiques). A partir de 2014 le taux de létalité amorce une régression.

Figure 12 : évolution de la mortalité proportionnelle du paludisme en RDC, 2010-2014



En 2014 les décès dus au paludisme ont représenté 36% par rapport à l'ensemble des décès toutes causes confondues, contre 39% en 2013. Il faut noter que cette proportion reste élevée par rapport aux années 2010 à 2012.

Figure 13 : Taux de mortalité infanto-juvénile en RDC, 2007-2014



La mortalité infanto-juvénile est passée de 148‰ en 2007 à 104‰, mais il faut noter qu'en 2010 le taux était de 158‰ (MICS 2010)

Discussion des résultats

Au vu des résultats présentés dans les figures ci-dessus l'on note que par rapport à la morbidité liée au paludisme, il a été enregistré au cours de l'année 2014 moins des cas (13.115 cas pour 100.000 habitants) par rapport aux 4 années précédentes, et la proportion des cas de paludisme par rapport à tous les cas toutes causes confondues est la plus faible (32%) la même année depuis 2010. Il se dégage donc une amélioration de la morbidité qui serait imputable entre autres à la bonne application des mesures préventives essentiellement la possession et l'utilisation de la MILD, lesquelles se sont nettement améliorées conformément aux résultats de l'EDS 2013-2014 (possession à 70%, utilisation à 60% chez les femmes enceintes et 56% chez les enfants de moins de 5 ans.

Par ailleurs l'on note une amorce de régression à partir des valeurs de 2013, du taux de mortalité liée au paludisme, de la mortalité proportionnelle et de la létalité des au paludisme. En plus la mortalité infanto-juvénile a connu une diminution de l'ordre de 34‰ entre 2007 et 2013-2014 dès lors que le paludisme a représenté 39% et 36% de l'ensemble des décès respectivement en 2013 et 2014. Il ressort donc qu'en 2014 il a été observé une amélioration de la mortalité liée au paludisme.

Les efforts conjugués des mesures préventives et de la prise en charge qui ont été mis à contribution en 2014 et les 4 années précédentes devront être renforcés pour que l'amélioration de la morbi-mortalité constatée en 2014, puisse se poursuivre pour espérer contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population congolaise.

V. ANALYSE FFOM

FORCES

- Existence d'un plan stratégique national
- Meilleure collaboration avec les PTF
- Organisation des campagnes de distribution des MILD dans les provinces Orientale, Kasai Occidental, Maniema et Bas-congo
- Atteinte de la cible de 60% des femmes enceintes qui dorment sous MILD
- Bonne couverture des ZS en PMA de lutte contre le paludisme (92,8%)

FAIBLESSES

- Faible activité de communication lors des campagnes de distribution des MILD
- Faible implication des ECZS et la DPS dans les activités des sites des soins communautaires
- Rupture de stock des intrants antipaludiques
- Faible qualité des données
- Irrégularité dans le suivi et supervision au niveau périphérique
- Infrastructures et équipements défectueux

OPPORTUNITES

- Fonds accordés par le FM dans le cadre du NMF
- Extension d'appui à 43 ZS par PMI
- Démarrage du projet « DEFEAT MALARIA » avec le financement de DFID

RECOMMANDATIONS

- Accélérer le processus de réhabilitation du bâtiment du PNLP
- Doter les services du PNLP en équipements
- Renforcer les capacités des prestataires en SNIS
- Rationaliser la distribution de masse et repenser la distribution continue des MILD
- Promouvoir la CPN recentrée
- Améliorer la prise en charge dans le secteur privé

- Améliorer l'accessibilité aux soins par le renforcement des sites des soins communautaires
- Renforcer le système de gestion des achats et des stocks
- Renforcer la communication interpersonnelle et innover d'autres stratégies de communication
- Renforcer la prise des décisions basée sur les faits prouvés

VI. CONCLUSION

La collaboration étroite qui a existé entre le Ministère de la santé publique, les partenaires bailleurs de fonds et les partenaires d'appui opérationnel a permis la mise en œuvre harmonieuse du PMA de lutte contre le paludisme en 2014. Un plaidoyer a été également mené avec succès par le PNLP auprès des autres bailleurs de fonds en vue de renforcer la mobilisation des ressources au profit du pays.

Cependant, il faut reconnaître que le niveau des réalisations des activités est faible par le fait que certains financements promis au cours de l'année 2014 sont arrivés en retard ou ont été décaissés en partie. Il y a donc lieu de mettre en place des mécanismes appropriés en vue de réduire le retard dans le décaissement des fonds et aussi respecter les besoins des ZS en intrants antipaludiques et éliminer le retard des approvisionnements de ces intrants à l'échelle nationale. Ceci suppose une gestion rationnelle des achats et des stocks à tous les niveaux.

Par ailleurs, il convient de noter que le plaidoyer fait en 2014 pour mobiliser des ressources additionnelles a produit des fruits et a permis d'améliorer tant soit peu la lutte contre le paludisme en 2014 (PMI/USAID, DFID), et le fera davantage en 2015 avec l'ajoute des fonds du NMF. Ces fonds permettront à partir de 2015 de contribuer à l'extension du paquet d'activités, notamment la prise en charge communautaire ainsi que la distribution des MILDS dans les provinces de l'Equateur, Bandundu, Kasai Oriental, Nord Kivu et Sud Kivu. En outre, il faudra relever un appui majeur de la part de l'USAID/PMI dans la mise en œuvre des interventions du PMA et celui de DFID pour un appui dans le secteur privé, une redynamisation des sites sentinelles ainsi qu'un appui au renforcement des capacités du PNLP. Ainsi les acquis obtenus en 2014 pourront être préservés et même renforcés au cours de l'année 2015.

