

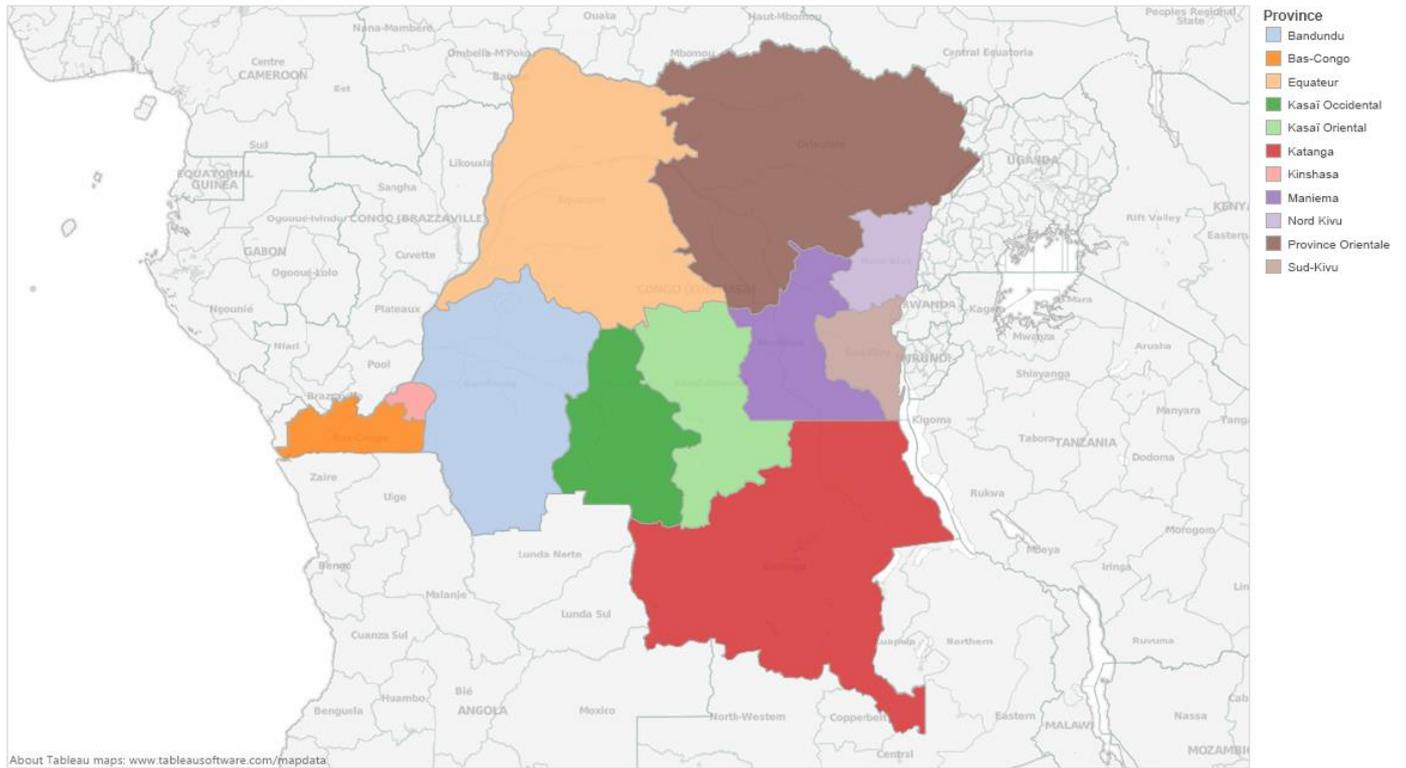


# PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

## P.N.L.P.

### Rapport annuel des activités de lutte contre le Paludisme

Provinces



Février 2014

## **AVANT PROPOS**

Au cours de l'année 2013, 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 des thématiques diverses.

À cet effet, des remerciements particuliers sont adressés à l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale, le Fonds Mondial, l'USAID-PMI, DFID, KOICA, 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

## I. INTRODUCTION

Avec 207 millions d'épisodes et 627 milles décès rapportés en 2012, 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 86% des décès enregistrés. La plupart des décès estimés (90 %) ont lieu en Afrique subsaharienne et chez les enfants de moins de cinq ans (77 %). Entre 2000 et 2012 selon le Rapport Mondial sur le Paludisme 2013. Le même rapport indique que plus de 80 % des décès imputables au paludisme en 2012 ont eu lieu dans seulement 17 pays, et 80 % des cas de paludisme sont comptabilisés dans 18 pays, notamment la République démocratique du Congo et le Nigeria, représentant à eux deux 40 % du total mondial.

Selon le rapport annuel 2012 produit par le Programme National de Lutte contre le Paludisme, près de 9,4 millions des cas de paludisme et près de 24 mille 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, Banque Mondiale, DFID, 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 2013 ainsi que les défis majeurs rencontrés dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme.

## II. ELABORATION ET MISE A JOUR DE LA POLITIQUE ET DES DIRECTIVES

### II.1. Planification

#### II.1.1. Planification stratégique

La revue des performances du programme paludisme réalisé en novembre 2012 avait recommandé la requalification du plan stratégique 2009-2013 réaligné au PNDS en PSN 2011-2015. Ce processus a abouti en juin 2013 à l'adoption d'un plan triennal 2013-2015 au cours d'un atelier de large consensus réunissant les différentes parties prenantes de la lutte antipaludique en RDC.

Ce plan a pour objectifs généraux :

- Réduire de 50% la mortalité spécifique due au paludisme dans les formations sanitaires d'ici fin 2015 à partir des données de 2010.
- Réduire la morbidité liée au paludisme de 25% d'ici fin 2015 à partir des données de 2010.

Les objectifs spécifiques poursuivis d'ici fin 2015 sont les suivants :

#### **Prévention :**

- Amener au moins 80 % des personnes à risque de paludisme à dormir sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action ;
- Pulvériser au moins 80 % des maisons dans les aires d'intervention avec des insecticides à effet rémanent ;
- Administrer à, au moins 80 % des femmes enceintes le traitement préventif intermittent conformément aux directives nationales.
- Administrer à, au moins 80% de nourrissons un traitement préventif intermittent dans les zones d'intervention.

#### **Prise en charge des cas :**

- Confirmer au moins 80 % 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 dans les formations sanitaires intégrées et dans la communauté.

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

- Maîtriser au moins 80% des épidémies dues au paludisme conformément aux directives nationales (détection précoce dans les 15 jours et riposte).

### **Gestion du programme**

- Décaisser 100% des fonds alloués au PNLP dans le budget de la Santé.

### **Plaidoyer, IEC et mobilisation communautaire**

- Amener au moins 80% 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 80% des structures sanitaires intégrées y compris au niveau communautaire.

### **Surveillance épidémiologique, suivi – évaluation et recherche opérationnelle**

- Amener au moins 95% des zones de santé à transmettre régulièrement les données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme (complétude)
- Réaliser au moins 80% des sujets de recherches opérationnelles planifiés.

## **II.1.2. Planification opérationnelle**

Ce plan stratégique 2013-2015 a permis la mise à jour du plan d'action opérationnel 2013 du PNLP initialement élaboré sur base du plan stratégique 2011-2015. Ce plan opérationnel avait, comme résultats attendus :

- au moins 60 % des personnes à risque du paludisme qui dorment sous moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action ;
- au moins 60 % des maisons dans les zones de santé d'intervention sont couvertes par pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent ;
- au moins 80 % des femmes enceintes bénéficient d'un traitement préventif intermittent conformément aux directives nationales ;
- au moins 40 % des patients atteints du paludisme bénéficient d'un diagnostic et d'un traitement conformes aux directives nationales à tous les échelons des formations sanitaires y compris la communauté ;
- au moins 60% des épidémies dues au paludisme sont maîtrisées conformément aux directives nationales ;

- 90% des données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme sont régulièrement transmises.
- 100% des structures de coordination nationale et provinciales du Programme National de Lutte contre le Paludisme sont renforcées;

Ce plan opérationnel a été ensuite décliné en plans de travail trimestriel et ces derniers en plan de travail hebdomadaire. Cette approche de planification dynamique a permis de capitaliser des opportunités qui se sont présentées au cours de l'année.

## ***II.2. Mise à jour des directives et outils***

Conformément à sa mission qui consiste entre autres en l'élaboration des stratégies susceptibles de garantir aux habitants de la RDC l'accès universel aux interventions les plus efficaces de lutte contre le paludisme, le PNLP a actualisé certaines directives et élaboré des nouveaux outils au cours de l'année 2013 en fonction des directives internationales et des évidences locales.

### **II.2.1. Prévention**

- Distribution des MILD porte à porte avec fixation ou aide à la fixation dans les ménages (Hang-up).

La promotion de l'utilisation de la MILD est une des 3 stratégies majeures de lutte antivectorielle en RDC. Des efforts ont été déployés dans la mise en œuvre des campagnes de distribution des MILD depuis 2006. Cependant, on note un écart, variable d'une province à l'autre, entre la possession de la MILD et son utilisation effective. Plusieurs pistes de solution ont été envisagées parmi lesquelles, la distribution porte à porte avec fixation ou aide à la fixation dans les ménages.

C'est ainsi que cette stratégie initiée en intervention pilote dans la zone de santé de Musienene dans la province du Nord Kivu en 2012 a fait l'objet d'une mise à échelle dans la province du Maniema avec élaboration des directives de microplanification, dénombrement, distribution et communication avec production d'outils de mise en œuvre. L'ensemble du processus étant capitalisé par une étude pré et post-interventionnelle réalisée par l'École de Santé Publique de l'Université de Kinshasa afin d'en évaluer l'acceptabilité par les bénéficiaires, l'efficacité et l'efficience. Ce processus devrait permettre la validation de cette approche et ses modalités de mise en œuvre afin de contribuer à réduire l'écart entre la possession et l'utilisation des MILDs.

- Traitement préventif intermittent de la femme enceinte

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.

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 en fin de bénéficier de 4 doses de TPI et des autres interventions de CPN.

- **Traitement préventif intermittent du nourrisson**

Ces deux dernières années, pendant que la couverture en MILD s'accroît, nous assistons à des recrudescences de cas de fièvre présumés palustres dans les districts sanitaires qui n'en avaient point connues avec une telle ampleur par le passé. Cette situation a résulté en un accroissement de la mortalité palustre, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans. Cette situation risque de compromettre l'atteinte des objectifs poursuivis par le programme, en particulier en raison de la faible utilisation des services curatifs d'une part et de l'émergence de la résistance du vecteur aux pyrethroïdes.

C'est ainsi que le traitement préventif intermittent du nourrisson s'impose comme des stratégies à mettre en œuvre en vue de contribuer à la réduction de mortalité palustre. En effet,

le TPI-SP administré par le biais du PEV confère une protection générale au cours de la première année de vie contre le paludisme clinique [30,3 % (IC95 % : 19,8–39,4 %)], contre l'anémie [21,3 % (IC95 % : 8,3–32,5 %)], contre les admissions hospitalières associées à une parasitémie paludique [38,1 % (IC95 % : 12,5–56,2 %)] et contre les admissions hospitalières toutes causes confondues [22,9 % (IC95 % : 10,0–34,0 %)] (Réf).

En 2013, outre la validation de cette intervention dans le plan stratégique, le PNLN compte sur les résultats de l'évaluation de la fréquence de la mutation 540 du gène *pf dhps* dans les sites sentinelles de Kimpese et de Kingasani à travers le projet de surveillance de la résistance aux antipaludiques financé par l'initiative 5% porté par XXX de Marseille, le CH de Monkole, l'INRB et le PNLN.

Des études de faisabilité seront menées au cours de l'année 2014 en collaboration avec le PEV, qui seront suivies d'une phase pilote en fonction du profil de résistance du parasite à la SP.

## II.2.2. Prise en charge des cas

- **Directives sur la prise en charge des cas**

Après la mise à jour des directives de prise en charge en 2012 qui a porté sur l'artéméter luméfantine en 1<sup>ère</sup> ligne aussi bien dans le secteur public que privé, l'artesunate en suppositoires pour le traitement préférentiel au niveau des structures de 1<sup>er</sup> échelon et au niveau communautaire, ainsi que l'intégration de l'artesunate injectable pour le traitement des cas graves au niveau des structures de référence, en 2013 :

- les ordonnances de soins au niveau du centre de santé ont été mis à jour au niveau de la 5<sup>e</sup> direction avec la collaboration du PNLN et l'appui financier de la Banque Mondiale/PARSS ;



- Le pool de formateurs centraux a été remis à niveau avec l'appui financier de la Banque Mondiale/PARSS ;

- Prise en charge au niveau communautaire

Les directives de prises en charge des cas au niveau communautaire de manière intégrée avec la prise en charge de la diarrhée et de la pneumonie a fait l'objet d'une mise à jour en collaboration avec le PNMLD et le PNIRA. Il s'en est suivi une mise à jour des outils de gestion des SSC de de collecte et transmission des données.

### **II.2.3. Surveillance épidémiologique, Suivi et évaluation**

- Cadre normatif du SNIS

Sous le leadership de DSNIS, une série de consultations des directions et programmes clés ainsi que des principaux bailleurs et PTF ont été conduites et ont abouti à un consensus sur les principaux indicateurs à collecter à tous les niveaux aussi bien en routine que par les enquêtes. C'est ainsi que les principaux indicateurs de routine de la lutte antipaludique ont été intégrés dans le DHIS 2.0 et les outils de collecte et de transmission ont été élaborés et adoptés. Le paramétrage de DHIS 2.0 sur base des outils ainsi harmonisés a été opéré et un pool de formateur centraux constitué.

- Surveillance sentinelle

Au cours de l'atelier de formation en suivi et évaluation organisé en collaboration avec MEASURE Evaluation avec l'appui financier de l'USAID-PMI, les données issues de la surveillances sentinelles ont été analysées. Il s'est dégagé de cette analyse un besoin de mise à jour du guide technique de surveillance sentinelle et des outils de gestion de sites sentinelles, ainsi que la nécessité d'un état des lieux sur les sites existant et l'implantation de nouveau sites sentinelles.

- Suivi programmatique

Dans le cadre du suivi programmatique, un nouveau logiciel de suivi a été introduit, le « TOM Monitoring ». Deux data manager du PNLP central ont été formé et le logiciel introduit. Cependant, la clé d'activation du logiciel n'a pas été rendu disponible afin de permettre son utilisation effective.

- Suivi des intrants

Dans le souci d'améliorer la gestion des intrants, avec l'appui de l'USAID-PMI, le logiciel MANGO a été implémenté au niveau des zones de santé d'intervention de PTF. Ce système a été formaté pour générer hebdomadairement des données de disponibilité des intrants ainsi que des données de morbidité et de mortalité. Vu le potentiel d'amélioration de la disponibilité des données en temps réel, le PNLP se propose d'étendre cet outil à toutes les zones de santé. C'est dans ce cadre qu'un atelier a été organisé en

collaboration avec Benelux Afro Center avec l'appui financier de RBM-Genève afin d'en évaluer la faisabilité de son extension à travers SMS for life. A l'issue de cet atelier, un projet pilote a été conçu et nécessite à ce jour un financement pour sa mise en œuvre.

#### **II.2.4. Gestion des achats et des stocks**

- Hypothèses de quantification des intrants de lutte antipaludique et gestion des informations logistiques

Un atelier a été organisé en collaboration avec SIAPS avec l'appui de l'USAID-PMI qui a permis la mise à jour des hypothèses de quantification des intrants antipaludiques. En outre, le système de gestion de l'information logistique a fait l'objet d'un atelier avec l'appui financier du Fonds Mondial à travers la CAG. Cet atelier a abouti à ....

#### **II.2.5. Gestion de programme**

Dans le souci d'améliorer la qualité de la gestion du programme par la mise à contribution de nouvelles technologies de l'information, le logiciel TOMPRO a été introduit en 2013. Il s'agit d'un logiciel de gestion comptable et des immobiliers. Sept cadres du PNLP central ont été formés à l'utilisation de ce logiciel. Cependant, à ce jour sa fonctionnalité nécessite une assistance technique pour sa mise en service.

#### **II.2.6. Communication**

Un plan stratégique national de communication a été élaboré en 2013 avec la participation de différents partenaires impliqués dans la lutte antipaludique avec l'appui financier de C-Change. Ce plan a été intégré dans le plan de mise en œuvre du PSN 2013-2015.

Par ailleurs, des supports de communication pour la promotion de pratiques favorables à la lutte antipaludiques ont été conçus et validés, notamment dans le cadre de l'intervention « Ecoliers contre le paludisme ».

Afin de booster la promotion de la lutte par des interventions innovantes, une campagne de communication « TUENDENI KUMPALA » a été initiée en 2013 avec une étude pré-post-interventions dont les résultats ont été rendus disponibles en 2013 par l'École de Santé Publique de Kinshasa. (Résultats plus loin)

### III. FINANCEMENT DE LA LUTTE

Pour la mise en œuvre des interventions de lutte antipaludique en RDC en 2013, il a été estimé des besoins se chiffrant à \$249.530.031,2. Le gouvernement de la RDC, avec l'appui des différents PTF, a mobilisé xxx USD en 2013 représentant XX% des ressources attendues.

Les tableaux ci-après présentent la répartition de ces ressources par domaines d'intervention et par PTF.

Tableau 1 : Répartition du financement par domaine d'intervention

N°	Domaine	Objectifs	2013
1	Prévention : MIILD	Amener au moins 80 % des personnes à risque de paludisme à dormir sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action	\$81.257.189,6
2	Prévention : PID	Pulvériser au moins 80 % des maisons dans les aires d'intervention avec des insecticides à effet rémanent	\$4.114.219,0
3	Prévention : TPI f. enceinte	Administrer à au moins 80 % des femmes enceintes le traitement préventif intermittent conformément aux directives nationales	\$3.305.520,0
4	Prévention : TPI nourrisson	Administrer à au moins 80 % des nourrissons un traitement préventif intermittent dans les zones d'intervention	\$50.000,0
5	PEC : Diagnostic	Confirmer au moins 80 % des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires intégrées et dans la communauté par la GE ou TDR	\$40.360.029,0
6	PEC : Traitement	Traiter tous les cas de paludisme confirmé conformément aux directives nationales à tous les échelons de la pyramide sanitaire, y compris dans la communauté	\$99.297.924,6
7	Surveillance/ Ges. épidémies	Maitriser au moins 80% des épidémies dues au paludisme conformément aux directives nationales	\$3.009.146,0
8	Gestion du programme	Décaisser au moins 100% des fonds alloués au PNLP dans le budget de la Santé	\$3.039.205,0
9	CCC/ MoSO	Amener au moins 80 % de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme	\$4.405.198,0
10	GAS*	Rendre disponible de façon permanente les médicaments et autres produits antipaludiques dans au moins 80% des structures sanitaires intégrées	\$369.258,0

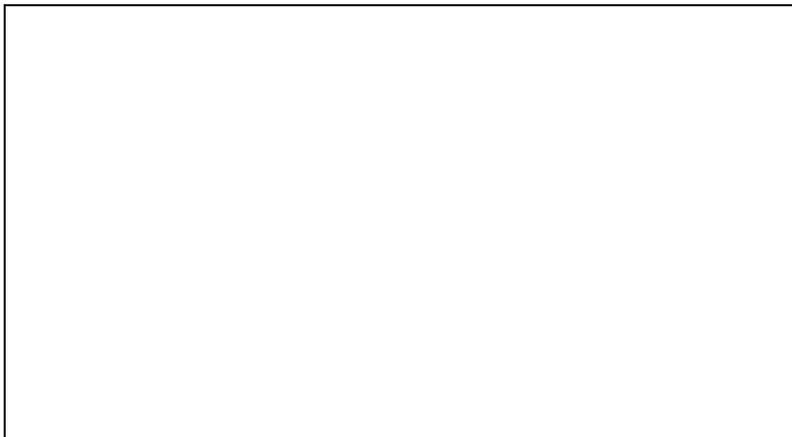
11	Suivi et évaluation	Amener au moins 95% des zones de santé à transmettre régulièrement les données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme (complétude)	\$4.208.858,0
12	Recherche op.	Réaliser au moins 80% des recherches opérationnelles planifiées	\$6.113.484,0
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>\$249.530.031,2</b>

Ce qui représente xx% affectés à la prévention, xx% à la PEC et xx% aux activités d'appui (cfr figure 1).

Tableau 2. Répartition du financement par source

<i>Source</i>	<i>Montant annoncé</i>	<i>Montant mobilisé</i>
<b>Besoins estimés</b>	\$249.530.031	
<b>Ressources mobilisées en 2013</b>		
<b>Ressources nationales actuelles</b>		
<b>Etat</b>	\$2.717.391	
<b>Autres / secteur privé/entreprises national(es)</b>		
<b>Ressources internationales</b>	\$108.740.664	
<b>Fonds Mondial</b>	\$62.105.618	
<b>Banque Mondiale</b>	\$3.773.746	
<b>USAID/PMI</b>	\$38.000.000	
<b>DFID</b>	\$3.193.102	
<b>KOICA</b>	\$319.023	
<b>Autres bilatéraux</b>		
<b>UNICEF</b>	\$1.112.085	
<b>OMS</b>	\$22.572	
<b>Autres (Secours Catholique France)</b>	\$214.518	
<b>Total Ressources</b>	\$111.458.055	
<b>Gap</b>	\$138.071.976	

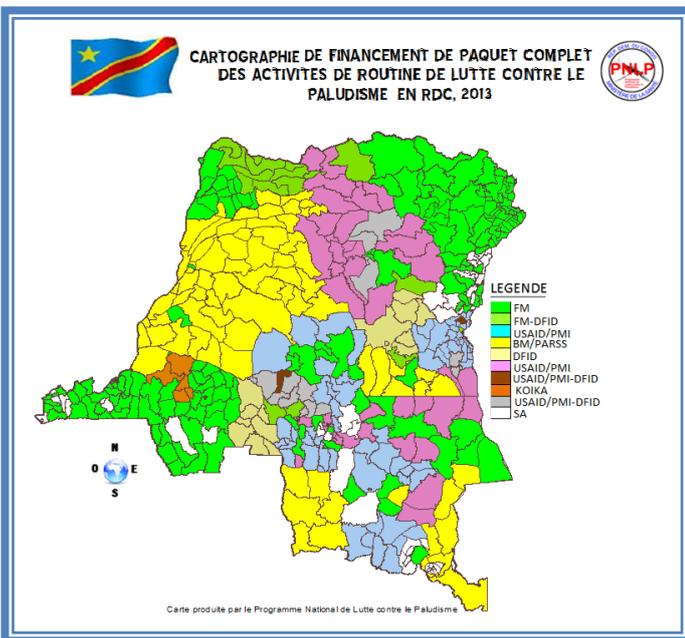
Ce tableau montre le gap initial et les ressources mobilisées en faveur de la lutte, soit respectivement 55,3% et xx% des besoins estimés. Ce qui présageait de difficultés dans la mise en œuvre des activités de lutte antipaludique pour obtenir les résultats escomptés.



Commentaire :

Figure : Répartition du financement par domaine d'intervention

En outre, il y a lieu de relever la répartition inéquitable des appuis aux zones de santé tel que le montre la figure ci-après.

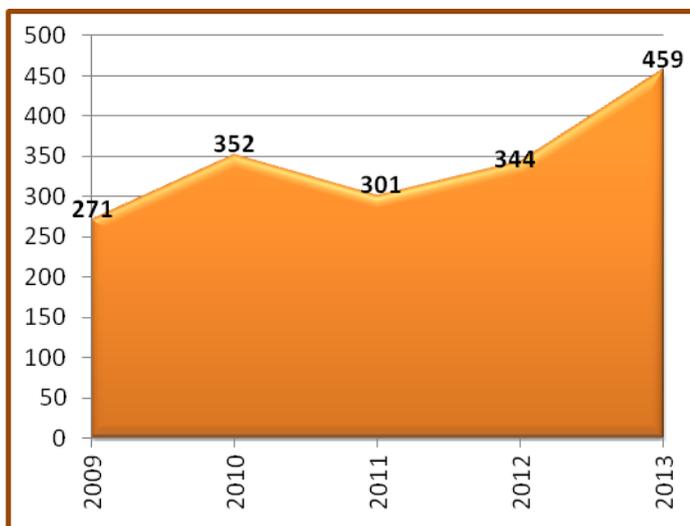


**Figure1. Cartographie des partenaires d'appui au PMA de lutte antipaludique en 2013.**

Ces 5 dernières années, le nombre de zone de santé bénéficiant d'un appui pour la mise en œuvre du paquet minimum de lutte antipaludique est passé de 271 à 459. Cet accroissement est lié essentiellement aux appuis additionnels du Fonds Mondial (Round 10), l'appui de l'USAID-PMI et DIFID.

Néanmoins, 57 zones santé restent sans appui dont 5 à Kinshasa, 11 au Bas-Congo, 2 au Bandundu, 3 au Kasai Oriental, 2 au Kasai Occidental, 15 au Nord Kivu, 19 au Katanga. En outre 84 zones de santé appuyées par la Banque Mondiale dispose d'un appui partiel incluant la prise en charges des cas et le TPI chez la femme enceinte. La composant distribution de routine de MILD fait défaut.

Le plaidoyer mené actuellement par le PNL P auprès des PTF pourrait réduire sensiblement ce gap. En effet, avec l'appui financier de l'USAID-PMI et du FM se proposent d'étendre les ZS d'intervention en 2014 Il faudrait en outre noter le comblement de GAP en MILD de routine dans 42 ZS de l'équateur par DFID et la possibilité de bénéficier de l'appui de la Fondation Clinton (CHAI).



*Figure 2. Nombre de zones de santé appuyées en PMA de lutte antipaludique de 2007 à 2013*

## IV. RESULTATS OBTENUS EN 2013

Les résultats obtenus en 2013 sont présentés par domaine d'intervention stratégique de base, essentiellement en rapport avec la prévention et la prise en charge des cas, en rappelant les résultats attendus avant de présenter les principales activités développées et les résultats obtenus. Ensuite, sont présentés les résultats en rapports avec les stratégies de soutien, qui sont plutôt transversales et viennent en appui aux stratégies de base de la lutte, à savoir : la gestion des achats et des stock (GAS), la communication et le renforcement des capacités.

### IV.1. Lutte antivectorielle

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 lutte anti larvaire et la pulvérisation intra domiciliaire (PID) focalisée au niveau de certaines zones.

#### Intervention 1 : Prévention du paludisme par l'accès aux MILD et leur utilisation.

**Résultats attendus** : au moins 60 % des personnes à risque du paludisme qui dorment sous moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action.

Les différentes approches utilisées pour la distribution de la MILD en 2013 étaient :

- **La distribution de routine** : la distribution de MILD en routine a été réalisée à travers la CPN pour les femmes enceintes et à la CPS pour les enfants de moins d'un an complétant leur calendrier vaccinal. Cette approche vise à maintenir la couverture globale post campagne et le taux d'utilisation des MILD dans les populations les plus vulnérables que sont les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

Principales activités développées :

- Approvisionnement des ZS en MILDS : xxxxx MILDS ont été déployées au niveau de xxx ZS pour la distribution en routine et cela a été réalisé essentiellement grâce aux subventions du FM (xxx MILD déployées dans 219 ZS) et USAID-PMI (xxx MILD déployées dans 219 ZS).
- Distribution : la distribution, a été réalisée principalement au niveau des centres de santé lors des CPS et CPN. Ainsi XXX MILDS ont été distribuées dans les 219 ZS appuyées par le FM, soit xx% de couverture, XXX MILDS dans les 136 ZS PMI, soit xx% de couverture et xxxx MILDS dans les xxx ZS d'appui KOICA, soit xx% de couverture.. Les écarts observés entre les MILD déployés (source : PTF) et les MILD distribuées (Source : ECZS) nécessite des investigations portant sur la qualité du rapportage et la chaîne de distribution depuis les

organisations chargées des acquisitions jusqu'aux prestataires de services au niveau opérationnel.

- Communication : cette distribution de routine est soutenue par des activités de sensibilisation réalisées par les relais communautaires essentiellement à travers des causeries éducatives et la communication interindividuelle au cours des visites à domicile.

**La distribution de masse à travers les campagnes** : cette stratégie est utilisée afin d'accroître rapidement la couverture en MILD. En 2013, la RDC a démarré le 2<sup>e</sup> cycle de distribution de MILD après le 1<sup>er</sup> qui s'était étalé de 2008 à 2012. Afin de prendre en compte la recommandation de la RPP recommandant de ramener les cycles de distribution à 2 ans et des contraintes de mobilisation des ressources, la 1<sup>ère</sup> année du cycle actuel est prévue de juillet 2013 à juin 2014. Les provinces concernées sont la ville de Kinshasa, la province Orientale, le Maniema, le Bas Congo, le Kasai Occidental, Kasai Oriental, deux districts sanitaires du Bandundu (Plateau et Mai-ndombe), et deux districts sanitaires de l'Equateur (Mbandaka et Equateur).

- Les activités développées pour la réalisation de ces campagnes ont été menées en plusieurs étapes :
  - Macroplanification : il s'agit de l'élaboration du macroplan au niveau provincial avec l'appui du niveau central au cours d'un atelier réunissant les cadres de la DPS et les PTF présents en province.
  - Acquisition des intrants : commande et déploiement des MILDs, production des outils de gestion et supports de communication.
  - Dénombrement : cette étape consiste en une formation en cascades des acteurs du niveau central jusqu'aux ECZS et aux acteurs de terrain (agent de dénombrement) suivi des opérations de dénombrement et remise de jeton aux ménages identifiés, puis des ateliers de validation des données de dénombrement. Cette étape permet de consolider les évaluations des besoins afin de déterminer les besoins réels en MILD et des cibles à atteindre. A ce niveau, les gaps éventuels identifiés font l'objet de réajustements.
  - Microplanification : il s'agissait ici de l'élaboration des microplans pour chaque zone de santé afin d'estimer les coûts de la mise en œuvre des opérations de distribution des MILD depuis les sites de distribution vers les ménages y compris le coût de stockage et du déploiement vers les sites de distribution. Ces microplans étaient ensuite consolidés au moyen d'un outil centralisateur afin de dégager les coûts sur l'ensemble de la province.
  - La distribution proprement dite des MILDs aux ménages : pour l'approche de distribution en site fixes, au niveau des sites de distribution, les MILDs étaient remis aux ménages dénombrés contre remise de jeton. Tandis que dans l'approche porte à porte, les agents de distribution passaient de ménage en ménage pour installer les MILD et sensibiliser les ménages à l'utilisation de ces MILD.
  - L'évaluation : au cours d'un atelier, les données de distributions produites par les comités locaux de coordination de la campagne sont analysées et validées.
  - La communication : avant, pendant et après toutes les étapes allant du dénombrement jusqu'à la distribution, la population est sensibilisée au moyen de messages radiotélévisés, la presse écrite, des affiches, des dépliants, des causeries éducatives sur des lieux publics (écoles, églises, marchés,...) et de la communication interindividuelle à travers les relais communautaires.

## DISTRIBUTION EN SITES FIXES A KINDU



*Distribution des MILD en sites fixes: engouement vers les sites de distribution (en haut) où des équipes briefées assurent une*

*Distribution des MILD en sites fixes: retour d'un site de distribution vers la maison, heureuse de ramener les MILD*

*Distribution des MILD en sites fixes: MILD étalée à l'ombre avant la fixation sur les lits*

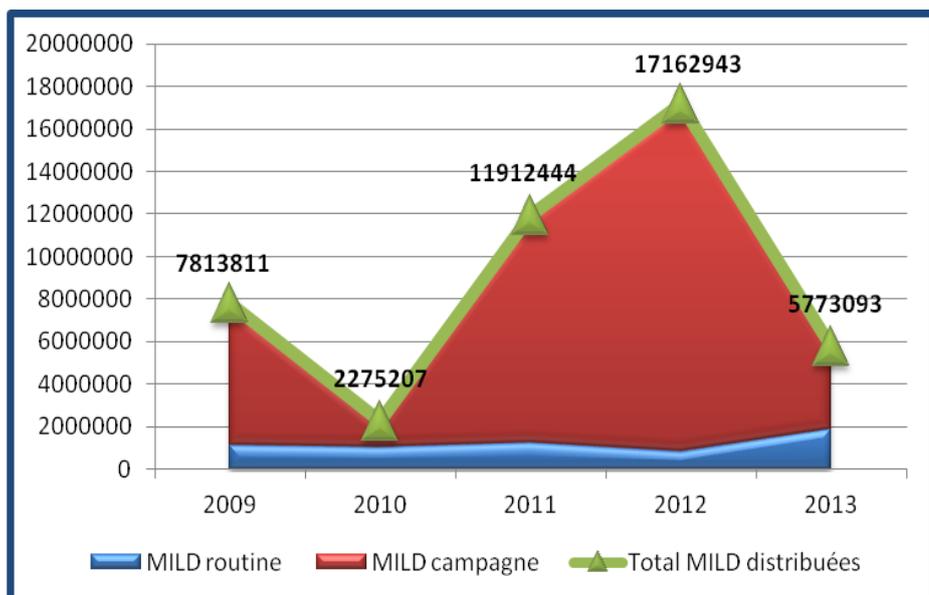
## DISTRIBUTION PORTE A PORTE A ALUNGILI



*Distribution mobile avec Hang-up: arrivée de l'équipe auprès du ménage.*



*Distribution mobile avec Hang-up: fixation par l'équipe de la MILD sur le lieu de couchage.*



Evolution de la possession et de l'utilisation des MILD de 2001 à 2010.

#### Evolution du nombre de MILD distribuées en RDC de 2009 à 2013

En général, on a noté une évolution croissante du nombre des MILD reçues et distribuées en RDC. Le décrochage de 2010 s'explique d'une part par le fait que les MILDS des campagnes de masse distribuées à cheval entre 2009 et 2010 ont été comptabilisées en 2009 et d'autre part, le retard de décaissement du financement Fonds Mondial qui a affecté l'approvisionnement en MILD de routine. En 2013, il était initialement prévu la distribution dans les provinces de Kinshasa, Maniema et Orientale. Suite aux contraintes budgétaire et opérationnelles, la distribution de la province orientale a été renvoyée à l'année 2014 et celle du Maniema n'a concernée que 2 zones de santé sur les 18 que compte la province, les 16 autres étant renvoyées au 1<sup>er</sup> trimestre 2014. Ceci explique le 2<sup>e</sup> décrochage observé en 2013 et risque de compromettre la mise en œuvre de la recommandation de la RPP demandant un resserrement du calendrier des distribution pour couvrir le pays en 2 ans plutôt qu'en 5 comme cela a été observé pour le 1<sup>er</sup> cycle de distribution.

Au total, en 2013, 5676039 MILD ont été distribuées à travers le pays sur xx prévues pour atteindre les performances programmatiques, soit un niveau de performance estimé à XX%.

Tableau 2. Nombre de MILD distribué par province et par stratégie de distribution

	BC	BDD	EQ	K Occ	K Or	KAT	KIN	MN	NK	Or	SK	Total
<b>CPS</b>	5657	1124	7294	7887	9316	4412	96291	9423	8465	2061	837	86302
	3	39	3	8	9	7			3	53	1	0
<b>CPN</b>	5858	1044	9048	9537	1134	7115	82553	1158	1038	1891	373	95792
	5	19	0	1	29	2		1	13	42	97	2
<b>Campagne</b>							37080	1470				38550
							97	00				97
<b>Total</b>	1151	2168	1634	1742	2065	1152	38869	1680	1884	3952	457	56760
	58	58	23	49	98	79	41	04	66	95	68	39

Ces MILD mobilisées en 2013 ont été distribuées à travers :

- La routine (CPN et CPS) : 1.820.942 MILD, dont 957.922 par la CPN et 863.020 par la CPS.
- Les campagnes de distribution de masse : 3855097 MILD dont 3708097 MILD pour le Kinshasa, 147000 MILD le Maniema (2 ZS).

De façon cumulée, on estime à 31.092.956 le nombre de MILD en usage en 2013, c'est-à-dire celles distribuées en 2011, 2012 et 2013 au regard de la durée de vie d'une MILD estimée à 3 ans selon les normes de l'OMS. Les directives de l'OMS visant l'accès universel aux interventions de lutte contre le paludisme recommandent 1 MILD pour 2 personnes. Considérant les totaux cumulés des MILD et la population totale du pays de l'année ayant fait l'objet du rapport, entendu que le taux d'usure des MILD est estimé à 8% la 1<sup>ère</sup> année et 20% la 2<sup>e</sup> année suivant la distribution, il est possible d'estimer à 72% la proportion de la population ayant accès aux MILD en fin 2013.

Il faut cependant noter que les données relatives aux MILD reçus par les ZS et distribuées aux cibles font ressortir des écarts qui pourraient s'expliquer, soit par la faible qualité des données, soit par des insuffisances dans la coordination et le suivi de mise en œuvre. D'où l'importance de renforcer les activités visant l'amélioration de la qualité des données et des mécanismes de coordination et de suivi en rapport avec le GAS en 2014.

## **Intervention 2 : Pulvérisation Intra domiciliaire**

**Résultats attendus :** au moins 60 % des maisons dans les zones de santé d'intervention sont couvertes par pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent.

La pulvérisation intra domiciliaire s'applique actuellement dans la province du Katanga dans la zone de santé de Fungurume avec l'appui de Tenke Fungurume Mining. Au cours de l'année 2013, NOMYA Mining a initié cette activité dans la zone de santé de Saramabila.

En 2013, cette activité a couvert les 10 aires de santé d'intervention de TFM sur les 18 que compte la zone de santé. Au total, xxx maisons ont fait l'objet de la PID sur les xxxx prévues, soit une performance de xxx%.

## **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 RTV et les points de presse, les cadres provinciaux et centraux du PNLN présente 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 ouvert 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 préventions réalisées par le PNLN.

Sous le pilotage de la direction chargée de l'hygiène du ministère de la Santé publique (9<sup>e</sup> direction), le Programme « Village assaini » est mis en œuvre sur toute l'étendue de la RDC, à travers XXX 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 2013, xxx villages ont été labélisés « village assaini » sur les xx prévue, soient une performance de xx%.

#### ***IV.2. Traitement préventif intermittent de la femme enceinte***

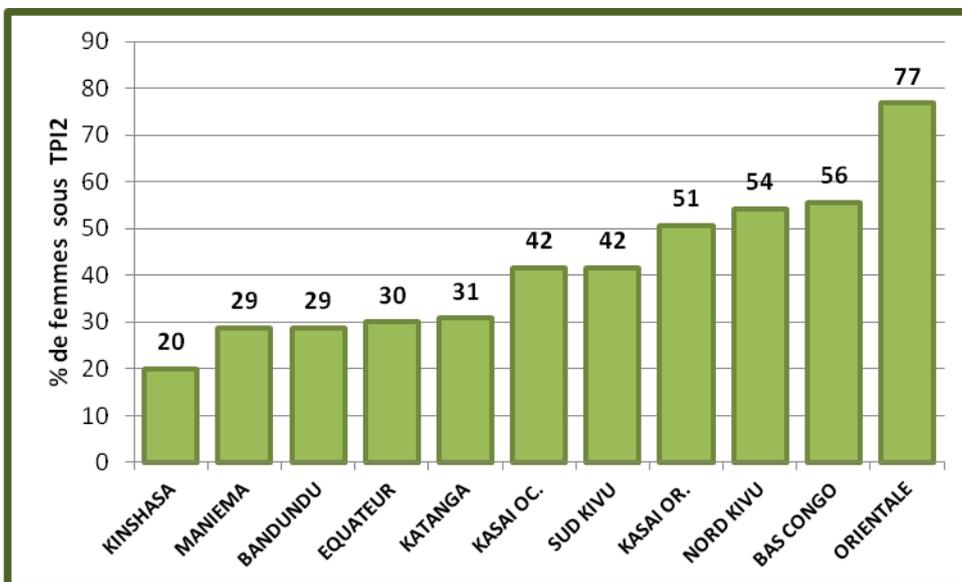
**Résultats attendus :** au moins 80 % des femmes enceintes bénéficient d'un traitement préventif intermittent conformément aux directives nationales.



Photo 2 : Une femme enceinte prenant la SP pour le TPI sous observation directe de l'infirmière. CS/Hopital ? ZS ? Province ?

A ce jour, le Traitement Préventif Intermittent (TPI) consiste en l'administration de 2 doses de SP à la femme enceinte pour prévenir les conséquences du paludisme pendant la grossesse. La SP est administrée aux 16<sup>ème</sup> et 28<sup>ème</sup> semaines de la grossesse pour les femmes enceintes séronégative. Une 3<sup>e</sup> dose est administrée à la 32<sup>e</sup> semaine aux femmes séropositives au VIH. Les nouvelles directives évoquées plus haut nécessitent une diffusion avant leur effectivité sur le terrain.

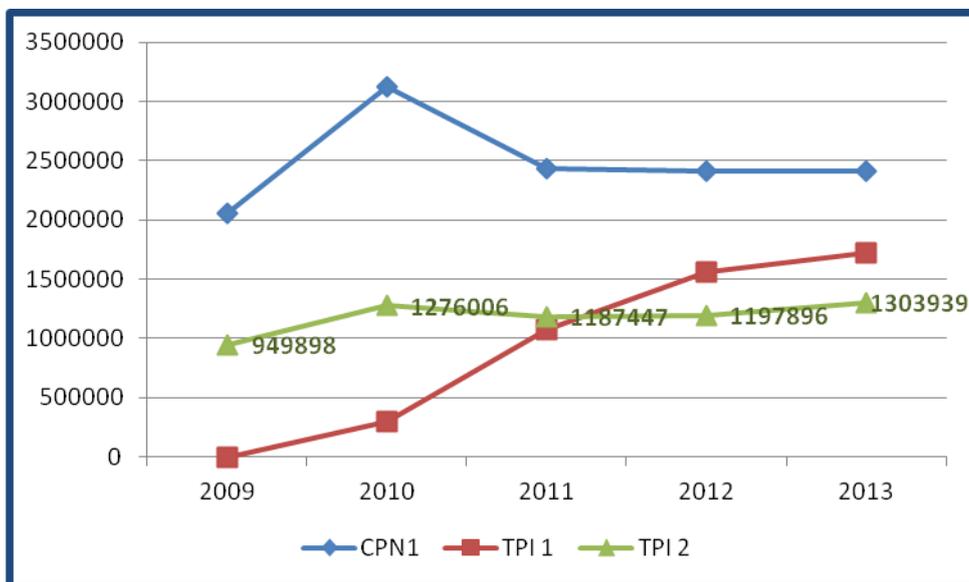
Dans l'ensemble 41,7% des femmes enceintes ont bénéficié d'un traitement préventif intermittent en 2013. La province orientale a affichée la couverture la plus élevée, soit 77% et la province du Kinshasa la couverture la plus basse soit 20%.



Evolution du nombre de femmes enceintes fréquentant la CPN et celles bénéficiant du TPI de 2009 à 2013.

Plusieurs facteurs sont à l'origine de la faible couverture des femmes enceintes en TPI entre autre, la faible disponibilité de SP dans les FOSA, la faible accessibilité aux services (non gratuité des services de CPN et/ou du médicament, des dessous de table), la faible fréquentation et/ou la fréquentation tardive des services de CPN. A cela s'ajoute le faible rapportage de certaines ZS et la faible proportion de prestataires formés en CPN recentrée

**Par rapport au résultat attendus de xxx femmes enceintes ayant bénéficiés du TPI 2, le niveau de performance est estimé à XX% pour l'année 2013.**



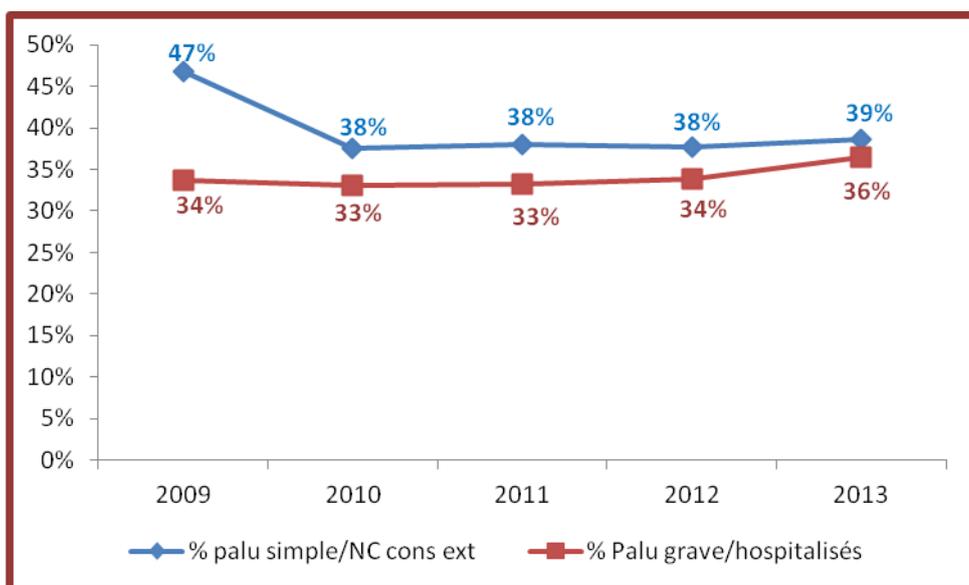
Le nombre de femmes ayant bénéficié du TPI est passé de 949.898 en 2009 à 1.303.939 en 2013.

Evolution du nombre de femmes enceintes fréquentant la CPN et celles bénéficiant du TPI de 2009 à 2013.

### IV.3. Prise en charge des cas

**Résultats attendus :** au moins 40 % des patients atteints du paludisme bénéficient d'un diagnostic et d'un traitement conformes aux directives nationales à tous les échelons des formations sanitaires y compris la communauté.

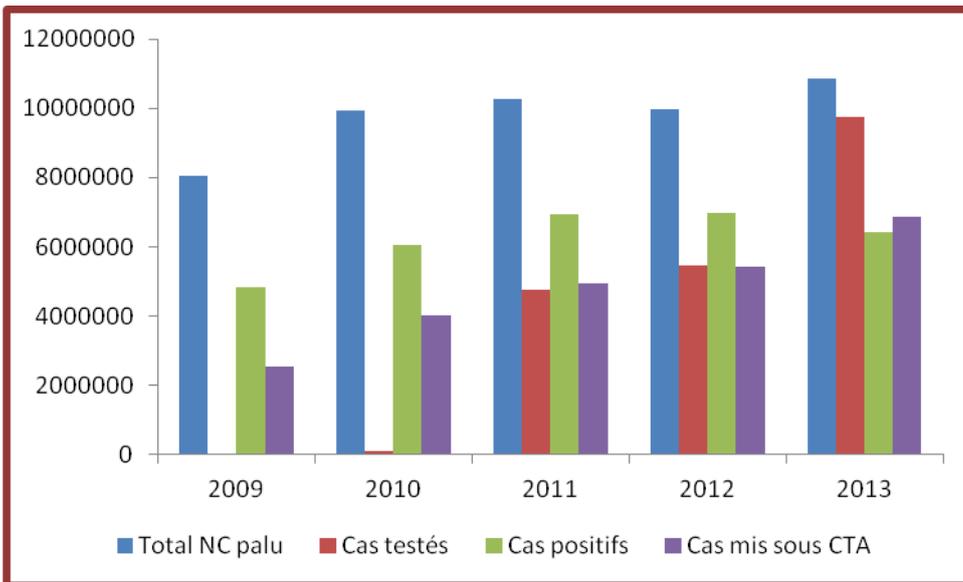
En 2013, 10.854.047 cas de paludisme ont été enregistrés aussi bien en consultation externe (9.935.040 cas de paludisme simple) qu'en hospitalisation (919.007 cas de paludisme grave). Avec 115.485.067 nouvelles consultations enregistrées et 11.173.913 patients hospitalisés, le paludisme représente respectivement, 39% des nouveaux cas reçus en consultation externe et 36% des cas hospitalisés.



On observe qu'après un recul de 2009 à 2010, ces deux indicateurs (Proportion des cas de paludisme simple parmi les cas reçus en consultation externe et proportion de cas de paludisme grave parmi les cas reçus en hospitalisation) ont stagné entre 2010 et 2011 avant d'amorcer une pente ascendante à partir de 2013.

Par contre, il convient de relever qu'au fil des années, le nombre de cas testés augmente progressivement ainsi que celui des cas mis sous CTA. Au total, 3.928.476 GE et 5.817.388 TDR ont été réalisés, soit un taux de « testing » de 90% (9.745.864/10.854.047).

Evolution de la proportion des cas de paludisme simple parmi les NC en consultation externe et des cas de paludisme grave parmi les patients hospitalisés de 2009 à 2013.



Evolution du nombre de cas de paludisme, des cas testés, des cas positifs et des cas mis sous CTA de 2009 à 2013.

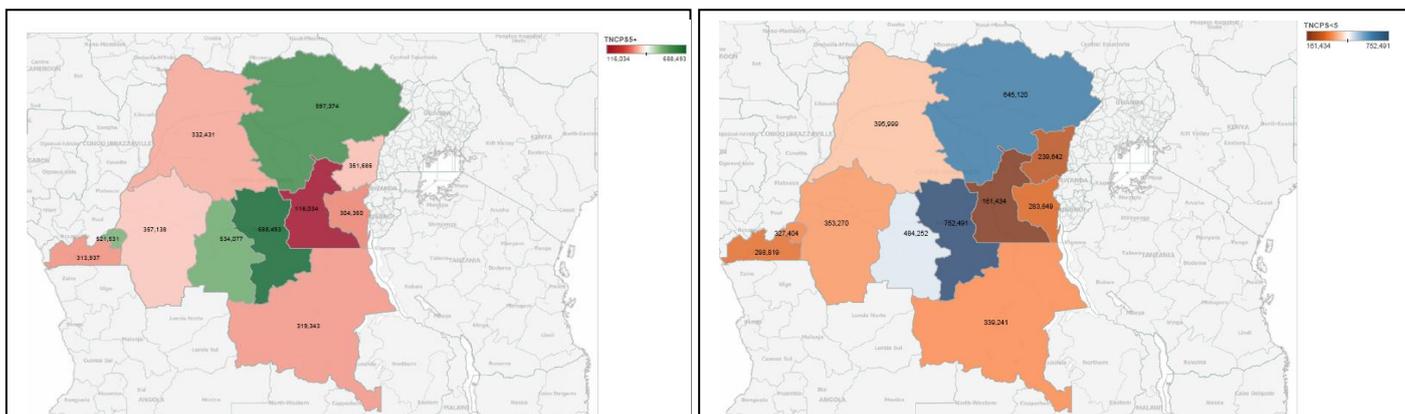
On observe qu'après un recul de 2009 à 2010, ces deux indicateurs (Proportion des cas de paludisme simple parmi les cas reçu en consultation externe et proportion de cas de paludisme grave parmi les cas reçu en hospitalisation) ont stagné entre 2010 et 2011 avant d'amorcer une pente ascendante à partir de 2013.

Par contre, il convient de relever qu'au fil des années, le nombre de cas testés augmente progressivement ainsi que celui des cas mis sous CTA. Au total, 3.928.476 GE et 5.817.388 TDR ont été réalisés, soit un taux de « testing » de 90% (9.745.864/10.854.047).

Cependant, seul 6.405.047 cas ont été positif (2.489.089 GE+ et 3.915.958 TDR+) parmi les 10.854.047 cas rapportés. Ce qui traduit un taux de confirmation de 59% parmi les cas pris en charge comme cas de paludisme en 2013.

Sur l'ensemble des cas rapportés, 6.865.560 ont été mis sous CTA, soit une proportion de 63,3%. Ce qui représente un accroissement de xx% en plus par rapport à l'année 2012.

La charge de morbidité a considérablement variée d'une province à l'autre (Figure x à x).

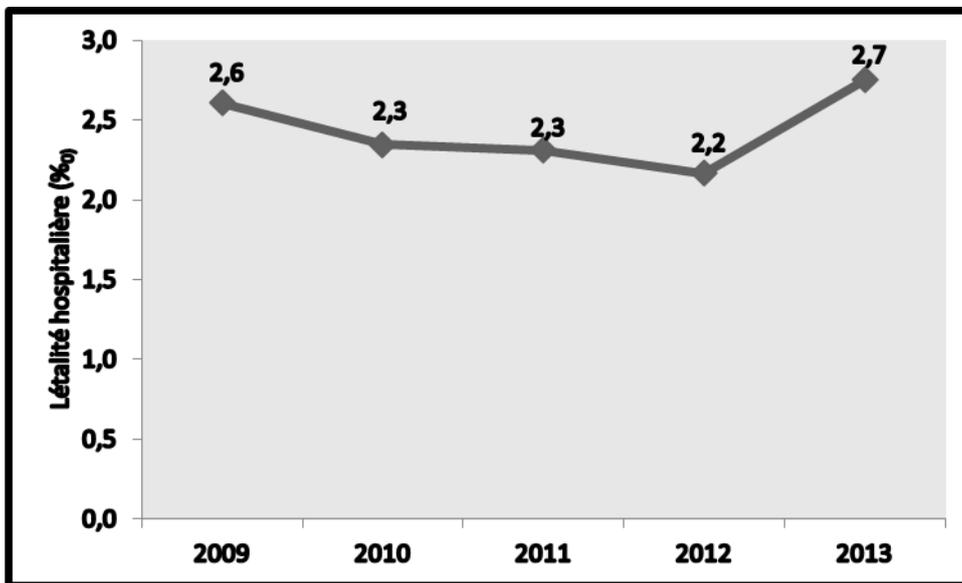


Mois	Province											
	Null	Bandundu	Bas-Congo	Equateur	Kasai Occidental	Kasai Oriental	Katanga	Kinshasa	Maniema	Nord Kivu	Province Orientale	Sud-Kivu
Null												
Janvier		39,437	42,671	34,185	50,168	58,864	40,375	58,243	16,875	32,445	57,801	34,805
Février		39,598	36,968	36,384	44,953	51,731	41,836	62,513	14,194	32,150	56,440	32,945
Mars		37,753	36,254	30,271	47,121	54,536	42,223	62,840	16,238	30,361	50,326	29,580
Avril		35,820	35,269	33,156	47,924	51,551	37,648	58,295	14,012	33,702	53,956	26,026
Mai		37,425	36,142	36,982	48,825	65,652	34,521	52,840	13,288	43,900	65,250	28,511
Juin		34,685	33,575	31,764	46,507	68,289	25,497	53,255	13,654	36,269	65,606	29,104
Juillet		31,964	25,877	22,147	49,096	58,418	24,829	48,760	9,752	34,383	56,233	30,042
Août		31,367	22,041	34,751	42,408	55,506	23,676	41,059	10,576	33,132	47,027	24,732
Septembre		28,998	22,634	30,243	40,730	57,709	26,796	35,640	7,445	33,518	52,439	27,030
Octobre		20,044	18,050	26,564	40,511	60,073	12,135	23,088		29,380	43,661	23,023
Novembre		15,518	4,456	15,601	45,343	72,443	9,807	16,891		12,446	38,779	16,464
Décembre		4,529		383	30,491	33,721		8,107			9,856	2,088

Province	Mois											
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Bandundu	36,793	39,860	40,062	36,795	36,644	35,638	31,145	30,467	28,639	18,235	15,235	3,757
Bas-Congo	39,314	36,615	36,218	34,477	35,851	32,105	24,117	18,352	20,469	17,543	3,758	
Equateur	43,313	44,451	39,045	39,066	43,489	40,365	27,682	39,649	33,596	27,642	17,691	10
Kasai Occidental	43,721	42,348	41,599	42,745	44,263	42,251	46,665	38,704	39,547	40,502	40,634	21,273
Kasai Oriental	61,939	56,227	62,359	59,101	71,698	71,102	62,893	59,993	67,486	71,452	75,221	33,020
Katanga	44,504	40,674	42,862	36,039	36,087	25,405	24,429	23,614	27,153	20,804	17,670	
Kinshasa	37,331	37,956	35,379	34,973	29,290	32,091	29,692	26,887	23,718	17,673	14,190	8,224
Maniema	23,251	20,637	22,394	19,836	18,518	19,025	13,946	14,027	9,800			
Nord Kivu	24,185	23,156	22,482	23,245	27,964	23,333	20,946	21,651	22,326	21,889	8,465	
Province Orientale	65,559	61,998	59,110	62,224	72,993	68,906	60,965	47,401	51,328	44,128	40,015	10,493
Sud-Kivu	34,014	29,240	26,752	25,227	36,340	25,223	25,592	22,900	23,077	19,984	14,491	1,009

Province	Mois											
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Bandundu	5,433	4,953	4,460	4,283	3,518	3,307	2,884	3,028	2,625	1,829	1,592	593
Bas-Congo	2,426	1,987	2,146	2,217	1,803	1,671	1,365	1,337	1,504	1,196	362	
Equateur	3,578	3,584	3,196	2,960	3,832	3,006	2,194	2,912	2,565	2,288	1,553	31
Kasai Occidental	6,167	6,433	5,779	7,188	5,984	6,482	6,705	5,121	4,905	5,213	5,044	3,181
Kasai Oriental	16,367	13,668	12,439	12,394	14,081	14,892	13,912	13,248	13,590	13,770	15,798	7,153
Katanga	5,387	4,222	4,883	4,426	3,966	2,283	3,221	2,557	3,545	1,759	1,119	
Kinshasa	4,235	3,583	3,459	3,944	3,721	3,400	2,528	2,363	2,805	1,739	1,058	484
Maniema	2,308	2,030	2,431	2,089	2,084	2,045	1,768	1,787	1,153			
Nord Kivu	2,160	2,193	2,502	2,234	2,855	2,398	2,500	2,210	1,998	1,853	634	
Province Orientale	6,781	6,483	6,328	6,039	7,120	6,702	5,808	4,886	5,387	4,991	4,734	1,330
Sud-Kivu	2,416	2,176	1,527	1,527	1,808	1,565	1,758	1,563	1,558	1,476	734	86

Commentaires :

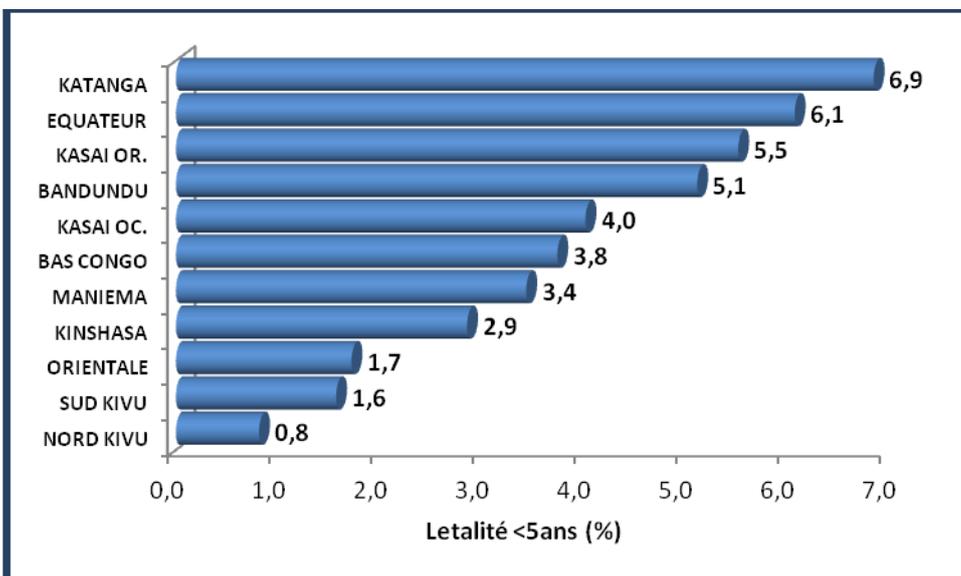


En 2013, 919.007 patients ont été admis en hospitalisation parmi lesquels 75.062 ont décédé, dont 29.838 du paludisme (sous réserve du taux de confirmation évoqué plus haut).

La mortalité hospitalière proportionnelle palustre était de 2% supérieur à celle rapportée en 2012 (36% en 2013 Vs 34% en 2012). De même, on constate une inversion de la courbe de la létalité hospitalière vers le haut. Ceci engage à la réflexion sur la qualité de la prise en charge au niveau des points de prestation de service.

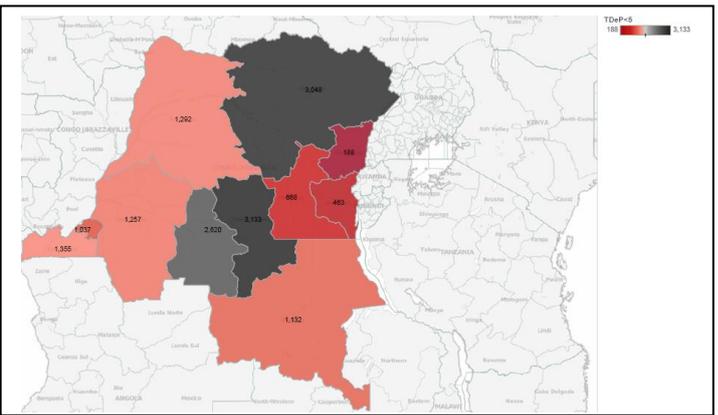
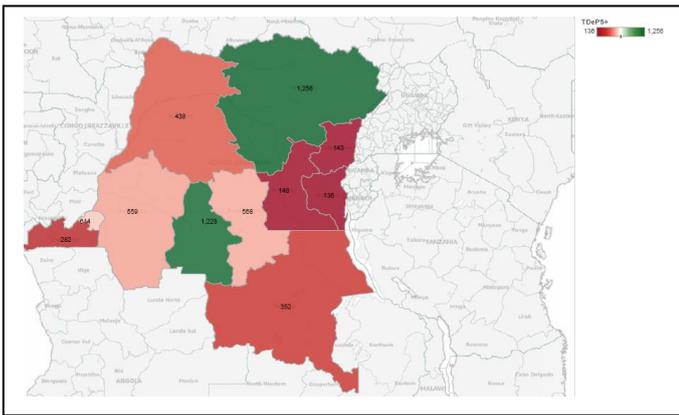
Comme pour la morbidité, la létalité et la mortalité hospitalières ont varié considérablement d'une province à l'autre. Ci-dessous, nous présentons la létalité hospitalière chez les enfants de moins de 5 ans par province en 2013. La province du Nord Kivu a rapporté la létalité hospitalière la plus basse du pays (0,8%) et celle du Katanga, la létalité la plus haute.

Les déterminants potentiels à interroger sont, entre autres, la présence de prestataires formés, les supervisions formatives (quantitativement et qualitativement), la disponibilité des intrants, l'itinéraire thérapeutique des patients (recours tardif ou précoce aux services de santé), l'accessibilité géographique, financière et culturelle, etc.



Répartition de la létalité hospitalière par province en 2013

## La mortalité



Province	Mois												TDeP5+
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	
Bandundu	65.0	72.0	49.0	44.0	56.0	55.0	37.0	43.0	46.0	39.0	40.0	13.0	
Bas-Congo	59.0	20.0	34.0	30.0	36.0	22.0	26.0	14.0	25.0	12.0	4.0		
Equateur	50.0	41.0	38.0	48.0	51.0	33.0	42.0	45.0	34.0	40.0	16.0	0.0	
Kasaï Occidental	63.0	81.0	91.0	76.0	201.0	157.0	110.0	103.0	86.0	132.0	72.0	56.0	
Kasaï Oriental	34.0	49.0	31.0	42.0	66.0	73.0	36.0	71.0	68.0	49.0	48.0	1.0	
Katanga	36.0	24.0	48.0	34.0	46.0	23.0	34.0	73.0	14.0	18.0	2.0		
Kinshasa	81.0	52.0	111.0	67.0	86.0	48.0	45.0	25.0	33.0	27.0	29.0	10.0	
Maniema	23.0	18.0	10.0	14.0	18.0	18.0	17.0	19.0					
Nord Kivu	14.0	13.0	8.0	14.0	13.0	20.0	13.0	9.0	19.0	12.0	8.0		
Province Orientale	140.0	93.0	114.0	100.0	401.0	71.0	59.0	71.0	86.0	78.0	37.0	6.0	
Sud-Kivu	15.0	9.0	9.0	11.0	17.0	15.0	16.0	4.0	25.0	13.0	1.0	1.0	

Province	Mois												TDeP<5
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	
Bandundu	127.0	123.0	120.0	99.0	118.0	128.0	108.0	129.0	106.0	85.0	87.0	27.0	
Bas-Congo	187.0	159.0	161.0	152.0	156.0	148.0	115.0	96.0	76.0	90.0	15.0		
Equateur	169.0	148.0	119.0	114.0	158.0	123.0	110.0	119.0	75.0	97.0	54.0	6.0	
Kasaï Occidental	194.0	185.0	222.0	186.0	370.0	201.0	167.0	235.0	270.0	252.0	200.0	138.0	
Kasaï Oriental	175.0	191.0	244.0	165.0	356.0	364.0	211.0	358.0	407.0	343.0	269.0	50.0	
Katanga	153.0	143.0	152.0	127.0	116.0	55.0	69.0	107.0	57.0	70.0	83.0		
Kinshasa	106.0	106.0	153.0	162.0	153.0	79.0	78.0	62.0	44.0	44.0	36.0	14.0	
Maniema	93.0	62.0	68.0	87.0	78.0	81.0	68.0	83.0	48.0				
Nord Kivu	11.0	12.0	16.0	13.0	15.0	20.0	15.0	32.0	18.0	20.0	16.0		
Province Orientale	337.0	295.0	271.0	307.0	408.0	292.0	241.0	227.0	281.0	214.0	150.0	25.0	
Sud-Kivu	46.0	32.0	24.0	35.0	50.0	33.0	45.0	34.0	94.0	51.0	18.0	1.0	

Province	Mois												TDePFen
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	
Bandundu	8.0	18.0	17.0	30.0	15.0	8.0	28.0	14.0	12.0	12.0	12.0	1.0	
Bas-Congo	10.0	10.0	17.0	13.0	15.0	12.0	13.0	6.0	10.0	4.0	1.0		
Equateur	3.0	8.0	3.0	18.0	7.0	2.0	3.0	4.0	7.0	4.0	1.0	0.0	
Kasaï Occidental	25.0	29.0	45.0	11.0	9.0	7.0	8.0	15.0	13.0	15.0	18.0	7.0	
Kasaï Oriental	14.0	11.0	6.0	16.0	14.0	5.0	14.0	11.0	9.0	1.0	15.0	1.0	
Katanga	49.0	50.0	55.0	36.0	46.0	53.0	42.0	2.0	4.0	5.0	2.0		
Kinshasa	11.0	4.0	0.0	3.0	3.0	5.0	3.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Maniema	5.0	3.0	4.0	2.0	14.0	1.0	3.0	4.0	3.0				
Nord Kivu	32.0	37.0	31.0	28.0	24.0	29.0	37.0	39.0	31.0	69.0	12.0		
Province Orientale	206.0	26.0	124.0	20.0	154.0	23.0	11.0	29.0	11.0	19.0	12.0	2.0	
Sud-Kivu	18.0	15.0	9.0	0.0	4.0	8.0	4.0	4.0	5.0	3.0	1.0	1.0	

Commentaires :

#### ***IV.4. La gestion des achats des stocks (GAS)***

**Résultats attendus** : au moins 40 % des patients atteints du paludisme bénéficient d'un diagnostic et d'un traitement conformes aux directives nationales à tous les échelons des formations sanitaires y compris la

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

#### ***IV.6. Renforcement des capacités.***

### V.1. Surveillance épidémiologique et riposte aux épidémies

**Résultats attendus :** au moins 60% des épidémies dues au paludisme sont maîtrisées conformément aux directives nationales.

### V.2. Suivi et évaluation

**Résultats attendus :** 90% des données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme sont régulièrement transmises.

#### Contexte

Dans son mode de gestion et de mise en œuvre des interventions de lutte contre le Paludisme, le PNLP dispose d'un système de suivi et évaluation des activités. Ce système est piloté par la division Suivi-évaluation chargée d'assurer un appui transversal aux autres divisions du programme. Elle assure également un encadrement et un accompagnement des services provinciaux et est chargée de la collecte, du traitement, de l'analyse et de la diffusion des informations stratégiques pour l'atteinte des résultats ou objectifs fixés par le programme, le suivi des rapports de l'évolution des activités et les visites de terrain pour la vérification des données.

#### Principales activités :

Au cours de l'année 2013, les principales activités ci-après ont été développées dans le domaine du Suivi-évaluation :

a) Assistance technique : la division S&E a bénéficié d'une assistance technique de la part de MEASURE-Evaluation, avec l'appui financier de l'USAID-PMI. Cet appui a été principalement axé sur l'élaboration des documents stratégiques (PSN et PSE), un appui dans le processus de collecte et d'analyse des données et un appui aux activités stratégiques du PNLP. En outre, 27 cadres du niveau national et provincial ont bénéficié d'une formation en suivi-évaluation.

b) Collecte et analyse des données :

Xxxx rapports ont été reçus et analysés au cours de l'année, soit une complétude de xxxx%. Il a été enregistré des taux faibles au niveau des provinces de xxxxxxxx.

En outre, le PNLP a contribué dans le processus de réforme du SNIS avec particulièrement, la mise en place du logiciel DHS 2.0.

Les principaux problèmes identifiés se résument dans le tableau ci-dessous :

Problèmes	Solutions apportées/Envisagées
1. Faible promptitude et promptitude des données principalement pour les coordinations de Kinshasa, Bandundu, xxxx	Les mails de rappel ont été envoyés aux coordinations concernées.  La direction se propose d'intégrer ce critère dans la cotation des performances des provinces.
2. Existence des discordances des données.	
3. Kit informatique défectueux de la division SE	Un projet d'équipement de la division a été produit et soumis pour financement au FM dans le cadre du financement intermédiaire.
4. Insuffisance des ressources humaines au niveau de la division	Affectation du personnel additif à l'issue de l'audit institutionnel

### c) Visites de supervisions

xxxxxx visites des supervisions ont été réalisées au cours de l'année du niveau national vers les provinces. Ces visites ont été essentiellement basées sur le renforcement des capacités des acteurs du niveau provincial sur la gestion des données de qualité, la gestion des intrants ainsi que l'amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas.

Ces activités ont été réalisées principalement avec l'appui du Fonds Mondial et dans une moindre mesure celui de KOICA. Nous avons enregistré une carence financière n'ayant pas permis d'atteindre toutes les Divisions provinciales.

La mobilisation des ressources additionnelles, avec l'appui de l'USAID-PMI et de DFID devra permettre de combler le gap en 2014.

### d) Publication des rapports

Les principaux rapports publiés en 2013 :

- Rapport annuel 2012
- Rapports de progrès/feuille de route OMS

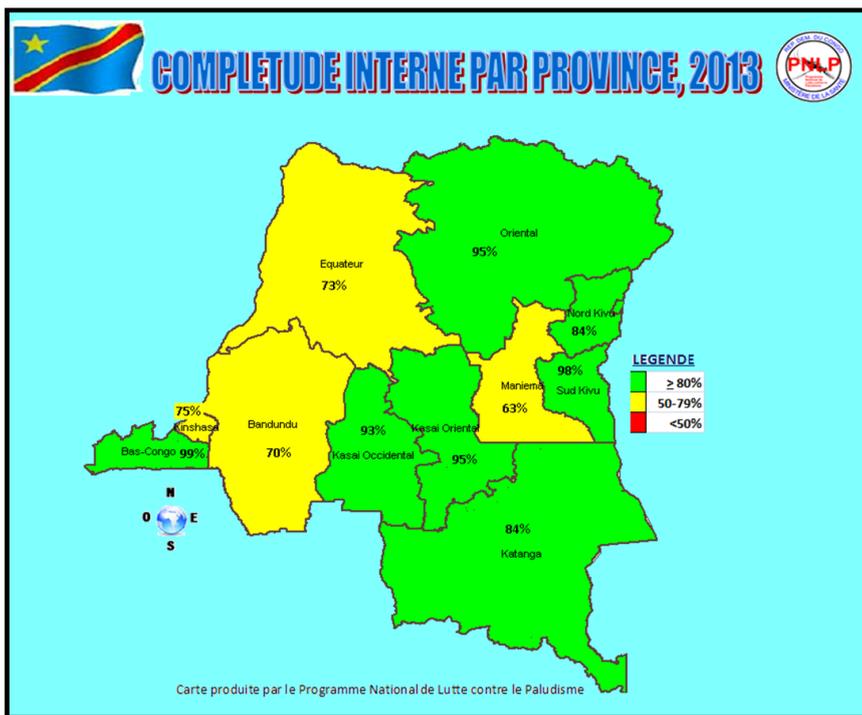
### e) Participation aux rencontres internationales :

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.

## Principaux résultats

### a) Complétude des données de routine

Commentaires :



Complétude des rapports par province en 2013

Tableau xxxxx Répartition des visites de supervisions réalisées en 2013 par DPS.

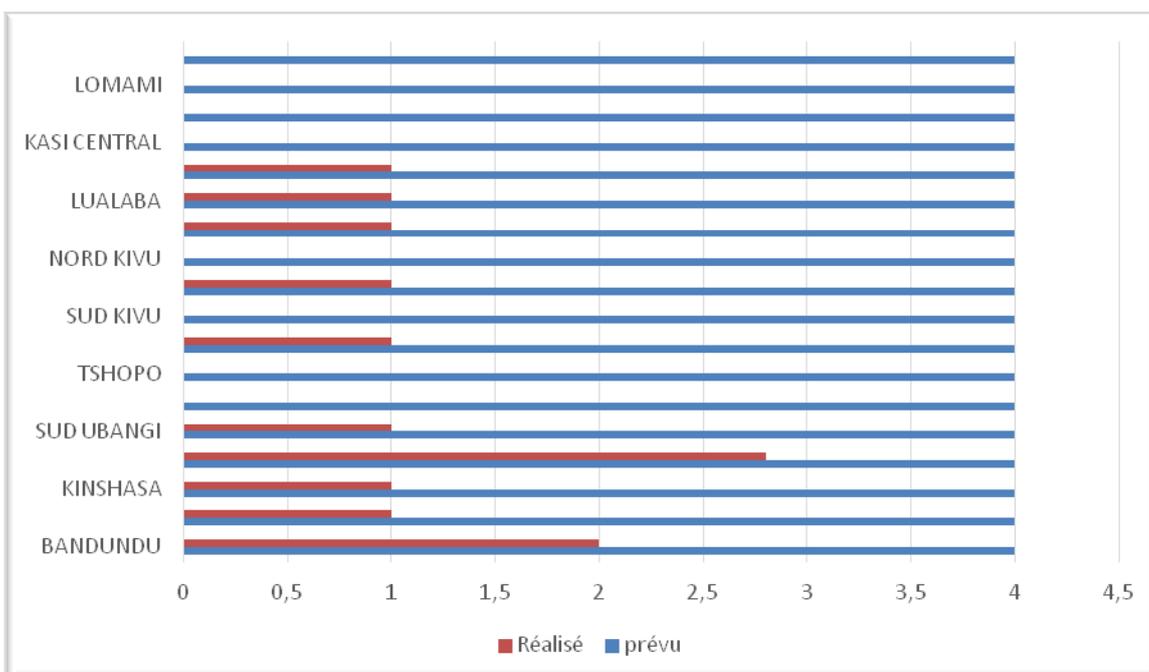


Tableau xx Personnel formé en suivi-évaluation en 2013

Structure	Total staff	Staff formé
Direction		
Divisions		
Coordinations Provinciales		
Total formés		

### V.3. Recherche opérationnelle.

Tableau xx Rencontres internationales en 2013

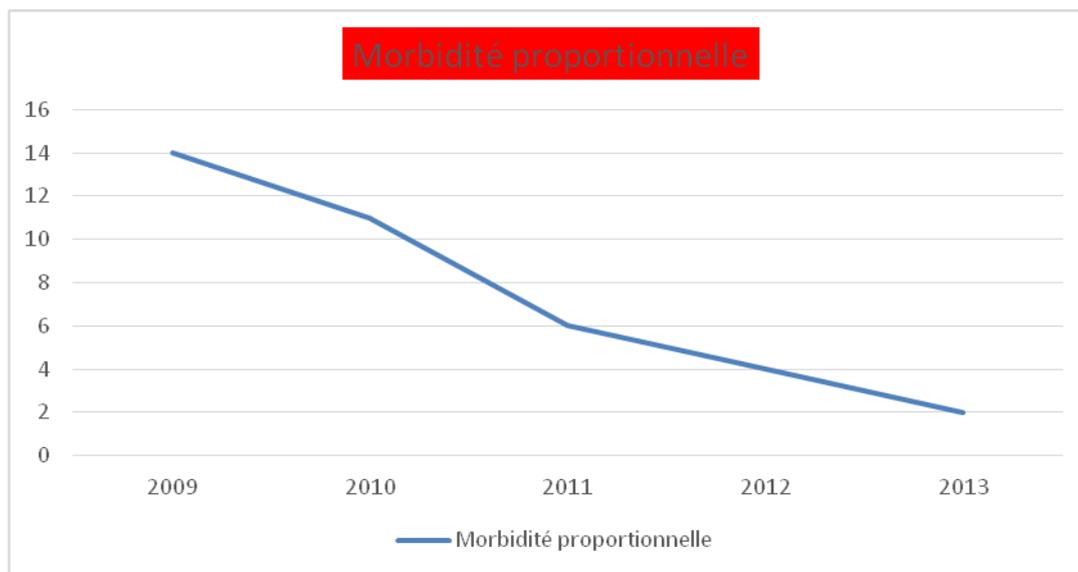
Période	Libellé	Lieu	Participants
Mai 2013	<b>Assemblée Mondiale OMS</b>	<b>Génève</b>	<b>DN</b>
Juillet	CARN	Douala	Directeur, CD S&E et CT
Novembre 2013	SARN	Johanesbourg	DNA et CD SURVEI
Novembre 2013	APAL/MIM	Cap town	DN
Décembre 2013	Atelier NMF/RBM	Nairobi	Directeur, CD S&E et CT

## IMPACT

Les résultats de l'enquête EDS 2013, qui seront disponibles au cours du présent semestre, devra nous permettre de mesurer de manière efficace l'impact des interventions de lutte antipaludique.

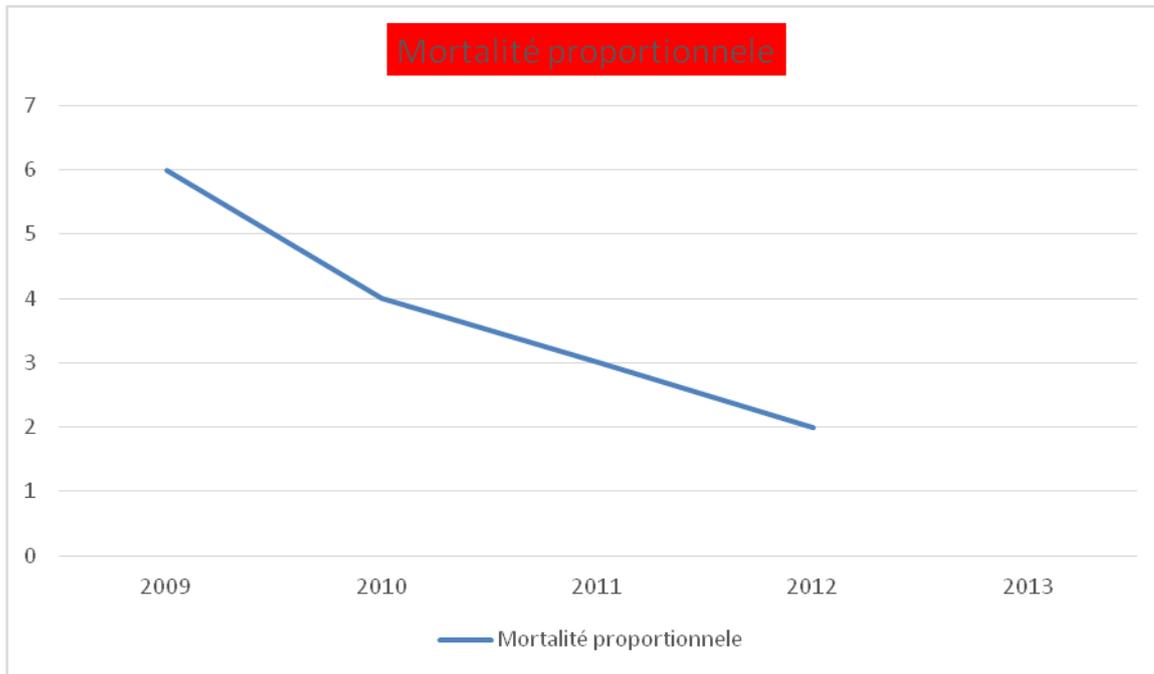
Néanmoins, les données collectées en routine nous indiquent des progrès importants dans la mise en œuvre.

Fig. xxxxx Morbidité proportionnelle au paludisme de 2009 à 2013



Commentaires

Fig xxxxx Mortalité proportionnelle du paludisme de 2009 à 2013



**Commentaires :**

V. ANALYSE FFMO

Matrice d'analyse des FFOR (Forces, Faiblesses, Opportunités et Risques)

PNLP/RDC

	Opportunités	Risques
	Facteurs <u>externes</u> au PNLN à saisir pour renforcer le programme ( <i>lister ci-dessous</i> )	Facteurs <u>externes</u> au PNLN qui peuvent fragiliser le programme ( <i>lister ci-dessous</i> )
	-	-
<b>Forces</b>	Activités visant à capitaliser sur les Forces pour saisir les Opportunités	Activités visant à capitaliser sur les Forces pour réduire les Risques
Facteurs <u>internes</u> au PNLN sur lesquels elle peut s'appuyer ( <i>lister ci-dessous</i> )		
-		
...		
<b>Faiblesses</b>	Activités visant à corriger les Faiblesses pour saisir les Opportunités	Activités visant à corriger les Faiblesses pour réduire les Risques
Facteurs <u>internes</u> au PNLN qui fragilisent le programme ( <i>lister ci-dessous</i> )		
-		
...		
-		

