



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE

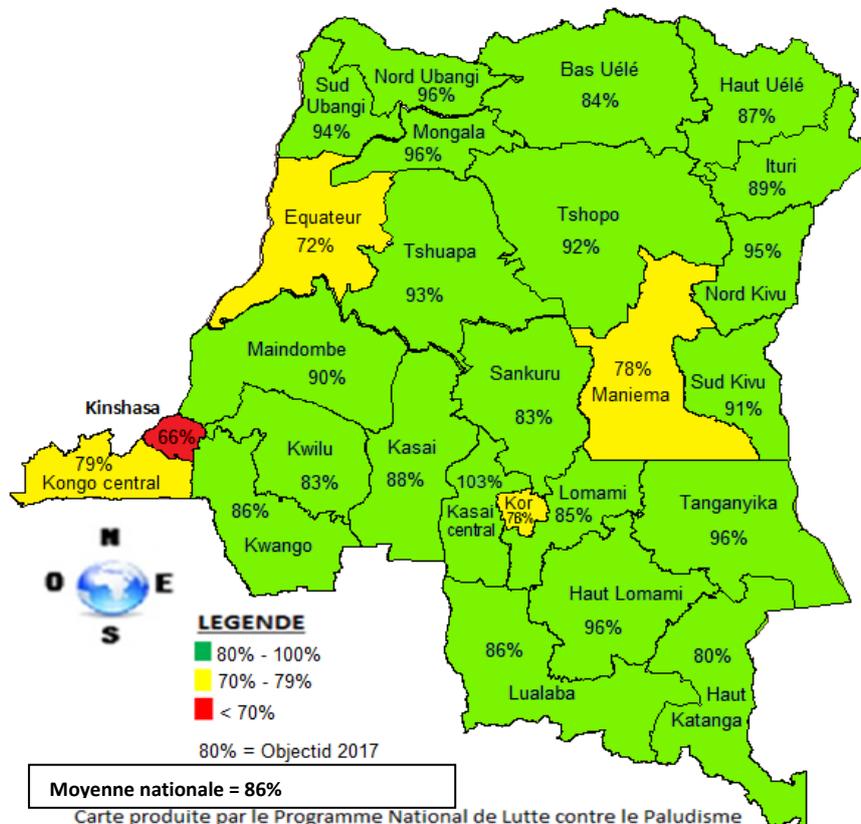


PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME
P.N.L.P.

Rapport d'activités 2017



Proportion des Cas Suspects Testés
en RDC, 2017



Mars 2018

TABLE DES MATIERES

Sommaire

LISTE DES ACRONYMES.....	2
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	5
AVANT-PROPOS.....	7
RESUME.....	8
INTRODUCTION.....	10
II. CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS.....	11
II.1 Organisation de la lutte contre le paludisme	11
II.2 Environnement de travail	11
III. BREVE DESCRIPTION DU PAO 2016.....	12
III.1 Objectifs	12
III.2 Principaux résultats attendus en 2016	12
IV. RESULTATS OBTENUS EN 2016.....	13
IV.1 Financement de la lutte	13
IV.2 PREVENTION	20
IV.3 Prise en charge des cas.....	26
IV.4 La gestion des achats et des stocks	30
IV.5 Communication en faveur de la lutte contre le paludisme	32
IV. 6 Surveillance, Suivi-Evaluation et recherche opérationnelle	35
IV.7.2 Recherche opérationnelle.....	39
IV.8 Gestion du programme.....	40
IV.9 Impact.....	42
V. ANALYSE FFOM.....	47
VI. RECOMMANDATIONS.....	48
VII. CONCLUSION.....	48

LISTE DES ACRONYMES

AL	Artémether-Lumefantrine
ASAQ	Artésunate-Amodiaquine
CCC	Communication pour le changement de comportement
CD	Chef de division
CPN	Consultation Périnatale
CPS	Consultation préscolaire
CT	Consultant technique
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
DFID	Department for International Development
DHIS 2.0	District Health Information System
DN	Directeur national
DNA	Directeur national adjoint
DPS	Division Provinciale de la Santé
DSNIS	Division du Système National d'Information Sanitaire
ECZS	Equipe Cadre de la Zone de Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
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
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
MILD	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action

MOSO	Mobilisation Sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PEC	Prise en charge
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PID	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PMI	President's Malaria Initiative
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
PPMRM	Procurement Planning and Monitoring for Malaria commodities
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
SIAPS	Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
SSC	Sites des Soins Communautaires
STPH	Swiss Tropical Public Health
SURVEPI	Surveillance épidémiologique
TDR	Test de Diagnostic Rapide

TPI	Traitement Préventif Intermittent
TPIn	Traitement Préventif Intermittent du Nourrisson
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development
ZS	Zone de Santé

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

Tableau I : Fonds décaissés en 2016 par bailleur en USD.....	13
Tableau II : Dépenses engagées en 2017 pour la lutte contre le paludisme en RDC.....	15
Tableau III : situation financière du PNLN en 2017	19
Tableau IV : Nombre des MILD distribuées en campagne par province en 2017.....	21
Tableau V : Résultats de l'enquête EUV réalisée en 2017.....	31
Tableau VI : Enquêtes réalisées en 2017.....	39
Tableau VII : Renforcement des capacités des cadres du PNLN.....	40
Tableau VIII : Rencontres internationales en 2017.....	41

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des fonds mobilisés par bailleur en 2017.....	13
Figure 2 : Répartition des dépenses selon les thématiques en 2017.....	16
Figure 3 : Cartographie des intervenants.....	17
Figure 4 : Nombre des ZS appuyées en PMA de lutte contre le paludisme en RDC, 2012-2017.....	18
Figure 5 : Cartographie des sites d'études entomologiques en 2017.....	23
Figure 6 : Proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses et trois doses de SP en 2017.....	25
Figure 7 : Evolution de la proportion des femmes enceintes ayant reçu la SP2 et la SP3 de 2013 à 2017.....	26
Figure 8 : Proportion des cas confirmés de paludisme qui ont traités conformément à la politique nationale.....	23
Figure 9 : Proportion des cas de paludisme qui ont été traités conformément à la politique nationale.....	29
Figure 10 : Complétude et promptitude des données des FOSA vers les ZS en 2017.....	37
Figure 11 : Répartition de l'incidence par DPS en 2017	42

Figure 12 : Evolution de l'incidence du paludisme en RDC, 2013-2017.....	43
Figure 13 : Evolution de la morbidité proportionnelle du paludisme en RDC, 2013-2017.....	43
Figure 14 : Répartition de la mortalité spécifique palustre par DPS en 2017.....	44
Figure 15 : Evolution du taux de mortalité du paludisme en RDC, 2013-2017.....	45
Figure 16 : Létalité hospitalière du paludisme en 2017.....	45
Figure 17 : Evolution de la mortalité proportionnelle du paludisme en RDC, 2013-2017.....	46

AVANT-PROPOS

Le paludisme reste encore un problème de santé publique en RDC, pour lequel le PNLP a adressé une réponse adéquate au travers de différents plans stratégiques dont le dernier qui est en cours couvre la période 2016 – 2020. De ce dernier a découlé le plan opérationnel 2017 qui devait permettre de relever de nombreux défis notamment l'amélioration de la couverture du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes, l'intensification de la promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action, l'amélioration de l'approvisionnement en moyens diagnostiques et médicaments antipaludiques, l'amélioration de la surveillance de la maladie et la production des données de qualité pour une prise des décisions basées sur des évidences.

En 2017, la mise en œuvre effective des interventions de lutte contre le paludisme a connu l'appui technique et financier de tous les partenaires du Gouvernement Congolais en matière de lutte contre le paludisme. Cet appui a consisté essentiellement en approvisionnement en MILD, en TDR et médicaments antipaludiques ainsi que l'appui aux activités de surveillance, suivi et évaluation, communication et recherche opérationnelle.

Nous tenons à présenter sincèrement nos remerciements :

- Au Gouvernement de la RDC pour le leadership sectoriel et l'engagement à un accroissement de ses contributions financières à la lutte contre le paludisme;
- Aux différents acteurs de niveau intermédiaire et opérationnel pour la bonne organisation des services des soins ;
- A tous les partenaires du Gouvernement Congolais pour leur appui tant technique que financier (Fonds Mondial, PMI, DFID, OMS, UNICEF, ASF/PSI, SANRU, PROSANI PLUS, IMA, CARITAS, SWISS TPH, MSF, IRC, MEASURE Evaluation, GHSC-TA, Coopération Canadienne...)

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

Prof Dr Eric MUKOMENA SOMPWE

Directeur du Programme National de Lutte contre le Paludisme

RESUME

Le plan opérationnel 2017 a été élaboré pour entre autres le souci de consolider les progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme en 2016, et aussi pour relever les nombreux défis identifiés en 2016 notamment dans la prévention, la prise en charge, le GAS, la surveillance, le suivi et évaluation, en rapport avec la lutte contre le paludisme.

La mise en œuvre du PAO 2017 a été assurée avec le concours des principaux Bailleurs des fonds qui sont le Fonds Mondial, PMI et DFID. Cet appui a été assuré à travers les Récipiendaires Principaux du Fonds Mondial (CAGf, ASF/PSI et SANRU) et leurs sous bénéficiaires, les agences de mise en œuvre de PMI (PROSANI PLUS, ASF/PSI, MEASURE Evaluation, Malaria Care et l'UNICEF), et les agences de mise en œuvre de Dfid (IMA, ASF/PSI, Swiss TPH), OMS et IRC pour le projet RAcE financé par la Coopération Canadienne. Certaines interventions spécifiques ont bénéficié des appuis divers de l'OMS, Unicef, MSF.

Les besoins de financement du PAO 2017 se sont chiffrés à 273.548.316\$. Le Gouvernement congolais et ses partenaires ont financé les activités de lutte contre le paludisme à concurrence de 120.094.303 \$ soit un taux de mobilisation de 44%. Il faut noter que les PR Fonds Mondial CAGF et ASF/PSI, ainsi que les autres PR de Dfid en dehors de ASP/PSI n'ont pas rendu disponibles leurs informations financières pour l'année 2017. Le diagnostic, les médicaments ainsi que la gestion des approvisionnements couvrent la grande part des dépenses (39%), suivi de la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action et les matériaux d'imprégnation (23%), des ressources humaines et formation (13%), Suivi et évaluation (10%), planification, administration et autres frais (9%), communication et plaidoyer (3%), infrastructures et équipements (1%).

Les principaux résultats obtenus au terme de l'année 2017 se présentent de la façon suivante :

- **8 412 959** MILD ont été distribuées dont **3 722 592** MILD en campagne de masse avec **95%** des ménages servis (Kongo central et 13 ZS du Kasai central) , et **4 690 367** MILD en routine avec **2 392 498** MILD distribuées chez les femmes enceintes lors de la CPN soit **74%** de couverture et **2 297 869** MILD distribuées chez les enfants de moins d'une année lors de la CPS soit **87%**.
- 2.173.258 femmes enceintes ont bénéficié de deux doses de SP et 1.478.817 ont bénéficié de trois doses de SP, soit respectivement 68% et 46% des femmes ayant utilisé les services de CPN;
- 18.994.861 cas suspects ont été testés sur l'ensemble de 21.959.428 cas suspects soit 86% de taux de testing;
- 14.627.170 cas de paludisme ont été traités conformément à la politique nationale sur 15.272.767 cas de paludisme confirmés soit 96% de couverture ;

- 15.272.767 cas de paludisme ont été reçus sur 43.694.342 nouveaux cas enregistrés soit 35% de taux de morbidité proportionnelle;
- 27.458 décès liés au paludisme ont été enregistrés au cours de l'année 2017 sur les 97.358 décès enregistrés dans les formations sanitaires soit 28% de taux de mortalité proportionnelle.

INTRODUCTION

Avec près 15.272.767 cas de paludisme et 27.458 décès dus à cette pathologie enregistrée au niveau des formations sanitaires et des sites communautaires, le paludisme reste un problème majeur de santé publique en RDC. Il reste en tête des causes des consultations, d'hospitalisation et de décès avec une vulnérabilité importante auprès des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans. En outre, le paludisme entraîne des coûts d'opportunité liés à sa prise en charge d'une part et aux pertes occasionnées par les personnes affectées notamment la population active.

Conscient de l'ampleur de cette situation, La RDC a souscrit à la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016–2030, à l'AIM 2016–2030, ainsi qu'à l'AMS pour éliminer le paludisme d'ici 2030. Pour ce faire, les principales orientations stratégiques et priorités ont été développées dans son PSN 2016–2020 qui vise à réduire de 40% les cas et les décès par rapport à la situation de 2015. A ce jour, grâce à la disponibilité des ressources financières par le Gouvernement Congolais en collaboration avec les principaux bailleurs notamment le Fonds Mondial, PMI et DFID d'une part et à la mise en œuvre des activités à différents niveaux, des progrès notables sont enregistrés notamment sur la disponibilité et l'utilisation des moustiquaires ayant un impact positif sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans tel que démontré dans le rapport d'impact des interventions antipaludiques sur les enfants de moins de cinq ans (MEASURE Evaluation 2017).

Le présent rapport annuel s'inscrit dans le cadre d'analyse et de dissémination de la mise en œuvre des activités ainsi que les résultats enregistrés en lien avec le PSN. Il décrit de manière détaillée les ressources mobilisées, les principales activités réalisées par thématique (prévention, prise en charge, surveillance ainsi que les activités d'appui) et présente par la suite les progrès enregistrés en lien avec la morbidité et la mortalité.

II. CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS

II.1 Organisation de la lutte contre le paludisme

L'organisation de la lutte contre le paludisme en RDC est assurée par le PNLP créé par l'arrêté Ministériel N° 1250/CAB/MIN/SP/008/1998 du 22 Juillet 1998. 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 à tous les habitants de la RDC, l'accès à des interventions efficaces de lutte contre le paludisme, à un coût abordable et réduire ainsi les pertes socio-économiques attribuables à cette endémie ».

Le PNLP est organisé en deux échelons. Au niveau national, la Direction qui comporte 8 Divisions : Partenariat, Prévention Multiple, Surveillance épidémiologique, Suivi et Evaluation, Communication, Recherche opérationnelle, Administrative et financière, et Prise en charge. Au niveau intermédiaire, 11 Coordinations provinciales organisées en fonction de l'ancienne configuration des provinces, assurent transitoirement la coordination de la lutte dans les 26 provinces en étroite collaboration avec les DPS, en attendant l'aboutissement de la réforme qui vise l'intégration de la fonction de coordination de la lutte dans les DPS. Au niveau opérationnel, la mise en œuvre de la lutte est assurée de façon intégrée par les Equipes Cadres des Zones de Santé (ECZS) et les prestataires polyvalents.

II.2 Environnement de travail

L'environnement de travail reste caractérisé par des infrastructures peu commodes (bâtiment étroit et vétuste) constituant un défi majeur pour les principaux acteurs du programme. Ce cadre de travail peu commode, nécessite une réhabilitation dont le processus de plaidoyer pour la mobilisation des fonds est déjà déclenché par la nouvelle Direction au premier trimestre de l'année 2018.

Le financement des activités de lutte contre le paludisme a été assuré en 2017 par le Gouvernement congolais avec le concours de différents partenaires techniques et financiers. 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 2017

III.1 Objectifs

Objectif général

Contribuer à la réduction de 24% d'ici fin 2017 par rapport à 2015 les taux de morbidité et de mortalité liés au paludisme

Objectifs spécifiques

- protéger au moins 80% des personnes exposées au risque de paludisme par les mesures préventives d'ici 2017;
- dépister au moins 80% des cas de fièvre suspects de paludisme et traiter 100% des personnes testées positives selon les directives nationales d'ici 2017 ;
- renforcer le système de surveillance, suivi et évaluation d'ici 2017;
- amener au moins 75% de la population exposée à connaître les modes de transmission, de prévention, de prise en charge du paludisme d'ici 2017 ;
- renforcer la gestion du programme d'ici 2017.

III.2 Principaux résultats attendus en 2017

- 80 % des personnes à risque de paludisme dorment sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action ;
- 80 % des maisons dans les aires d'intervention sont pulvérisées avec des insecticides à effet rémanent ;
- 80 % des femmes enceintes reçoivent deux doses de SP à la CPN
- 50% des femmes enceintes reçoivent trois doses de SP à la CPN
- 80% des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires intégrées et dans la communauté sont testés par la GE ou le TDR
- 100% des cas de paludisme confirmés sont traités conformément aux directives nationales à tous les échelons de la pyramide sanitaire, y compris dans la communauté.
- 80% des épidémies dues au paludisme sont détectées et ont bénéficié d'une riposte dans les 15 jours.
- 100% des fonds alloués au PNLN dans le budget de la Santé sont décaissés.
- 80% de la population adoptent des comportements favorables à la lutte contre le paludisme
- 80% des structures sanitaires intégrées ne connaissent pas de rupture en médicaments et autres produits antipaludiques

- 80% des FOSA transmettent régulièrement et à temps les données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme
- 80% des sujets de recherche opérationnelle planifiés sont réalisés

IV. RESULTATS OBTENUS EN 2017

IV.1 Financement de la lutte

A. Ressources mobilisées

Les apports financiers du Gouvernement et des principaux bailleurs à la mise en œuvre du PAO 2017 sont repris dans le tableau ci-après.

Tableau I : Fonds décaissés en 2017 par bailleur en USD

Bailleurs	Montants prévus en 2017	Montants décaissés	Taux de décaissement (%)
FM/SANRU	62 983 147	66313257	105%
PMI	50000000	46738755	93%
Dfid/ASF	7452288	4694136	63%
UNICEF	252492	82857	33%
GOVERNEMENT	ND	ND	ND
OMS	2100000	2265298	108%
TOTAL	122 787 927	120 094 303	98%

Les principaux bailleurs des fonds en 2017 qui ont contribué au PMA de lutte contre le paludisme dans les 516 ZS sont le Fonds Mondial/SANRU et PMI avec respectivement 66.313.257\$ (hormis les fonds gérés par la CAGF et l'ASF/PSI non rapportés), 46.738.755\$ soit 94% des appuis (figure 2).

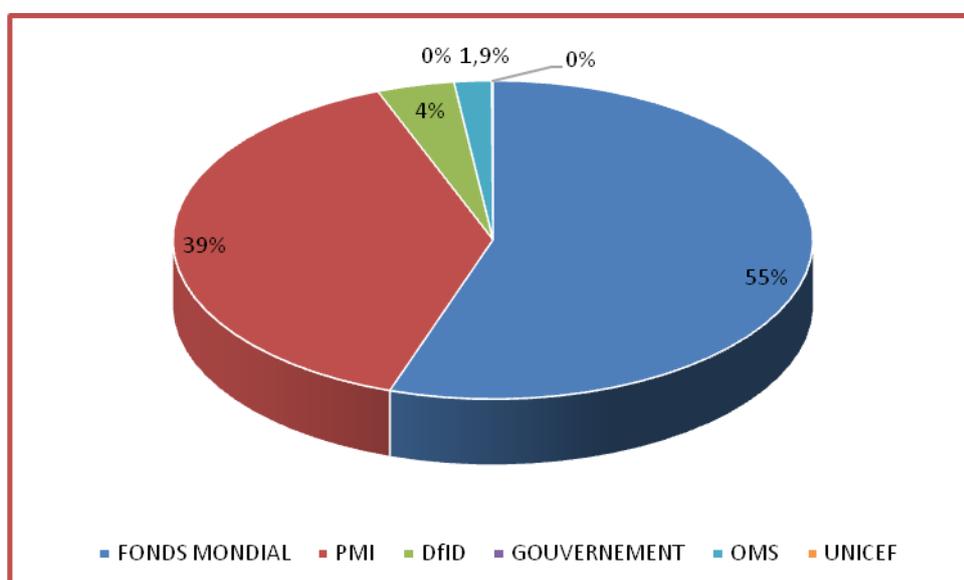


Figure 1. Répartition des fonds mobilisés en 2017 par bailleur des fonds

Le taux de décaissement des fonds mobilisés a été bon pour fonds Mondial/SANRU (105%), pour PMI (93%) et pour l’OMS (108%), par contre il a été contre performant pour DfID/ASF (63%) et l’UNICEF (33%).

Tableau II : Dépenses engagées en 2017 pour la lutte contre le paludisme en RDC (USD)

Dépenses 2017	FM/SANRU	PMI	DFID/ASF	UNICEF	GOUV	OMS	TOTAL
Ressources humaines et appui technique	6398843	2384000	2415931	82857		651733	11933364
Formation	0	4225000	228998	0		56906	4510904
MILD	2446447	26148267	0	0		0	28594714
Insecticide & matériaux d'imprégnation	0	0	0	0		0	0
Diagnostic du paludisme (TDR, microscopie)	9 652 975	2270000	0	0		0	11922975
Médicaments antipaludiques	16717305	28480	97460	0		839088	17682333
Gestion des approvisionnements	13490969	4997938	0	0		0	18488907
Infrastructure et équipements	1569316	500000	17850	0		67261	1654927
Communication et plaidoyer	2363731	800000	554915	0		147580	3866226
Suivi et évaluation	8194554	2933968	865342	0		188616	12182480
Planification, administration, frais généraux	5448891	1992133	852165	0		314114	8607303
Autres	3769	458969	2423788	0		0	2886526
Total	66286800	46738755	7456449	82857		2265298	122330659

FM : dépenses rapportées par SANRU seul

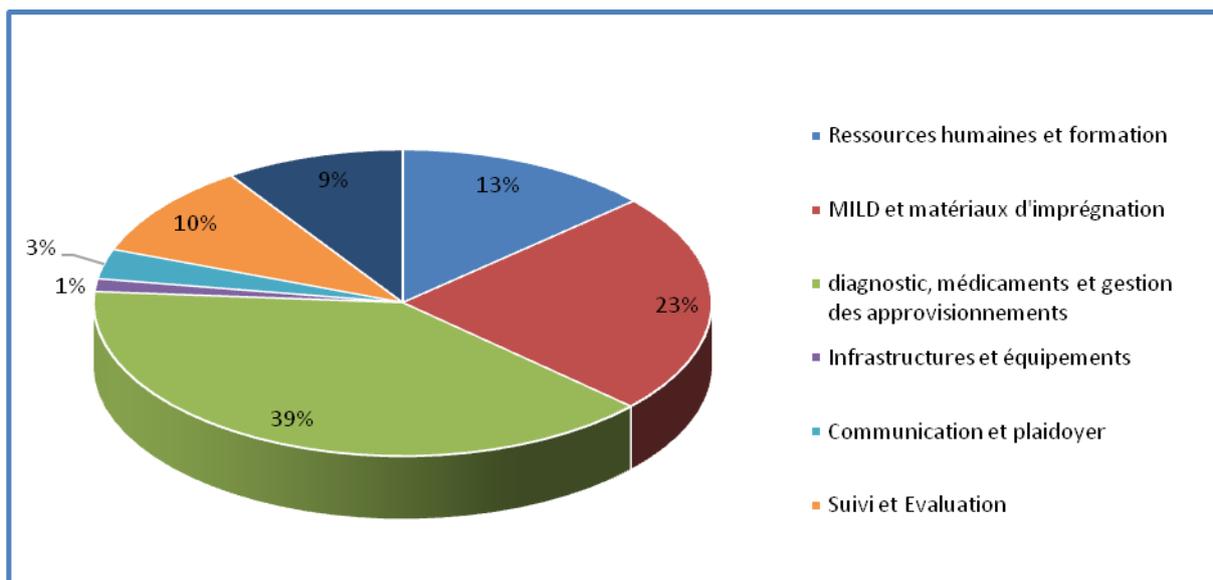


Figure 2 : Répartition des dépenses selon les thématiques en 2017

Les dépenses totales en 2017 s'élèvent à 122.330.659 \$. Le diagnostic, les médicaments ainsi que la gestion des approvisionnements couvrent la grande part des dépenses (39%), suivi de la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action et les matériaux d'imprégnation (23%), des ressources humaines et formation (13%), Suivi et évaluation (10%), planification, administration et autres frais (9%), communication et plaidoyer (3%), infrastructures et équipements (1%).

La part affectée au S&E est de 10% et est en conformité avec les recommandations de l'OMS qui exigent que cette rubrique soit au moins de 10%.

B. CARTOGRAPHIE DES INTERVENANTS

La mise en œuvre des interventions au cours de l'année a été rendue possible notamment avec le concours de différents partenaires techniques et financiers répartis à travers le pays tel que l'indique la carte ici-bas :

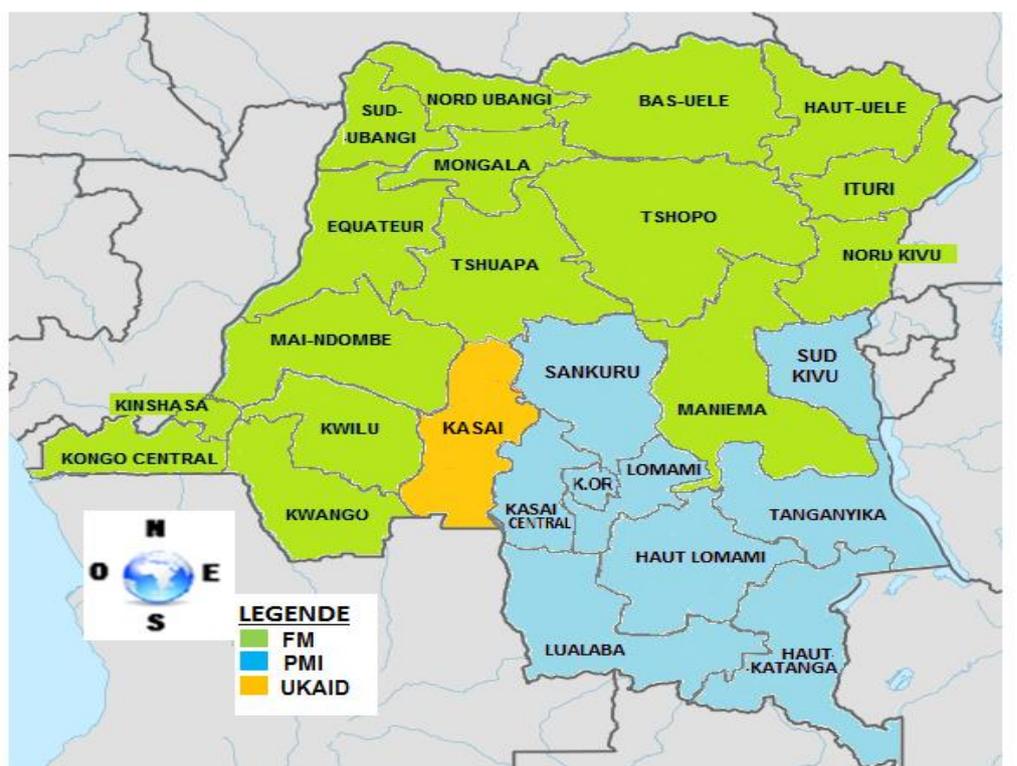


Figure 3. Cartographie des intervenants

L'appui des différents partenaires a permis de couvrir toutes les 516 ZS en interventions antipaludiques tel que l'indique le graphique ci-bas :

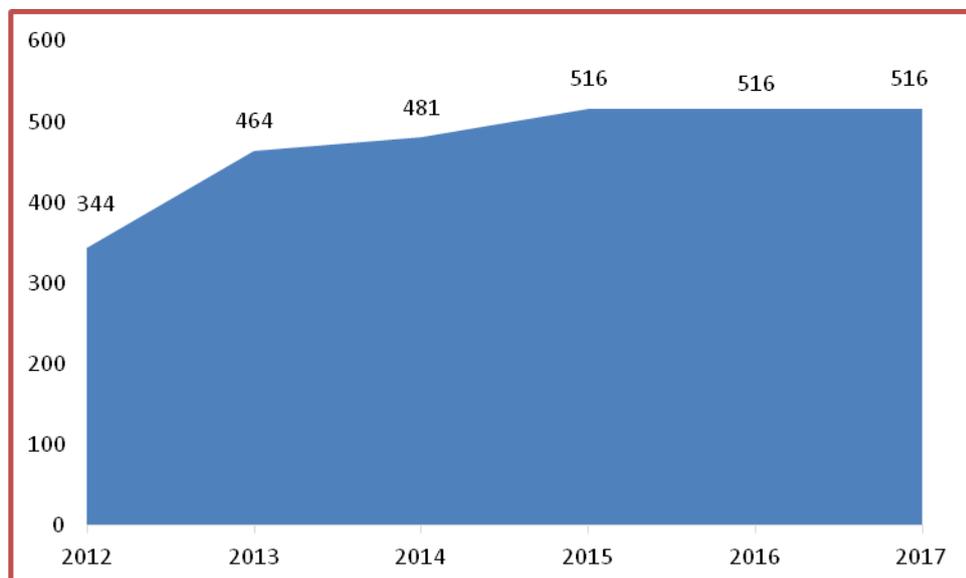


Figure 4 : Nombre des ZS appuyées en PMA de lutte contre le paludisme en RDC, 2012 – 2017

C. SITUATION FINANCIERE DU PNLP

Dans cette rubrique nous présentons la gestion des fonds qui sont passés par le compte bancaire et la caisse du Programme national de Lutte contre le Paludisme

Tableau III : Situation financière du PNLP

1. SITUATION BANQUES ET CAISSE							
N°	1.1. BANQUE		Solde Initial	Encaissement	Décaissement	Solde	Observation
1	Nom de la Banque :	BCDC					Pour les financements du fonds Mondial
	Intitulé compte bancaire :		\$ 25 997,51	\$ 2 055 940,67	\$ 1 156 694,42	\$ 925 243,76	
	Numéro compte bancaire :						
2	Nom de la Banque :	FBN BANK					Pour les financements du gouvernement congolais (Contre partie)Aucune subvention reçue en 2017.
	Intitulé compte bancaire :		\$ 42,24	\$ -	\$ 8,22	\$ 34,02	
	Numéro compte bancaire :						
2	Nom de la Banque :	RAWBANK					Pour les financements des autres Partenaires que le Fonds mondial
	Intitulé compte bancaire :		\$ 13 302,53	\$ 41 892,20	\$ 49 251,62	\$ 5 943,11	
	Numéro compte bancaire :						
TOTAL			\$ 39 342,28	\$ 2 097 832,87	\$ 1 205 954,26	\$ 931 220,89	Le solde au 31/12/2017
1	1.2. CAISSE		\$ -	\$ 309 017,00	\$ 308 965,00	\$ 52,00	
2. DEPENSES REALISEES PAR ACTIVITEES							
N°	Description		Montant dépensé				
I	FRAIS DE FONCTIONNEMENT						
I.1.	Frais de fonctionnement		\$ 99 187,34				
	Total frais de fonctionnement		\$ 99 187,34				
II	CHARGES DU PERSONNEL						
II.1	Primes Performences des agents du PNLP		\$ 544 080,00				
	Total charges du personnel		\$ 544 080,00				
III	AUTRES ACTIVITES						
III.1	Retraite team bulding		\$ 8 325,00				
III.2	Audit des données		\$ 703,00				
III.3	Etude Test d'Efficacité thérapeutique		\$ 213 218,08				
III.4	Reversement solde ateliers de Validation des données S Sentinelle		\$ 13 112,00				
III.5	Etude Prévalence du portage asymptomatique du plasmodium		\$ 5 675,00				
III.6	Atelier macro planification des campagnes MILD		\$ 74 933,84				
III.7	Célébration Journée Mondiale de lutte contre le Paludisme		\$ 15 000,00				
III.8	Reproduction modules, carburant, communication et couverture médiatique Table ronde		\$ 30 095,00				
III.9	Cours International de Paludologie		\$ 58 977,00				
III.10	Transport des participants o la Table ronde		\$ 720,00				
III.11	Atelier Macroplanification des campagne de Masse /Kinshasa		\$ 113 765,00				
III.12	Atelier Macroplanification dans 6 Provinces		\$ 9 792,00				
III.13	Formation biologiste pool de Kongo Central		\$ 16 691,00				
III.14	Formation biologiste pool de Kinshasa						
III.21	Pre-atelier Macroplanification		\$ 1 680,00				
	Total autres activités		\$ 562 686,92				
TOTAL GENERAL			\$ 1 205 954,26				
Solde au 31/12/2017			\$			931 220,89	

IV.2 PREVENTION

IV.2.1. Lutte anti vectorielle

La prévention constitue l'un des piliers des interventions actuelles du PNLN pour atteindre ses objectifs et se caractérisent essentiellement par :

- La distribution des moustiquaires à longue durée d'action en masse et à travers la CPN et la CPS associée à la promotion de son utilisation en collaboration avec la division de la communication ;
- 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 la promotion de la possession et l'utilisation des MILD

Normes et directives

La production du manuel de planification et de la mise en œuvre des campagnes de distribution de masse des MILD contenant de nouvelles normes et directives ainsi que de nouveaux outils a été finalisée au cours de cette année.

Cibles et résultats obtenus en 2017

Cible 2017 :

En 2017, huit provinces ont été planifiées pour les campagnes de distribution de masse des MILD, il s'agit des provinces suivantes : Kongo central, Tshopo, Haut Uélé, Ituri, Maniema, Bas Uélé, Kasai Central et Kasai. Mais suite aux problèmes d'acquisition des MILD et des contraintes logistiques et financières, une seule province a pu réaliser totalement la campagne de distribution gratuite des MILD à savoir le Kongo Central, et la province du Kasai central n'a réalisé la campagne que dans 13 ZS dans lesquelles la situation sécuritaire était bonne, les 13 autres ZS vont achever leur distribution en 2018.

Les autres provinces c'est à dire Tshopo, Haut Uele, Maniema, Ituri, Bas uele et Kasai ont été replanifiées pour l'année 2018.

Résultats obtenus en 2017

Tableau IV : Nombre des MILD distribuées en campagne par province, en 2017

Provinces	Cible MILD Attendues	Stratégie et nombre des MILD Distribuées				Total ménages dénombrés	Total ménages servis	Performance
		Fixe	CAC	Porte à porte	Total			
Kongo central	2 417 420				2306092	926 449	886 143	95,7%
Tshopo	1 978 441							
Haut Uélé	1 204 196							
Ituri	3 221 914							
Maniema	1 584 892							
Kasai central	1 420 914*				1416500	543 276	512 247	94,3%
Kasai	2 105 931							
Bas Uele	710 460							
TOTAL					3722592	1469725	1398390	95%

*MILD attendues pour 13 ZS

Au cours de l'année 2017, **8 412 959** MILD ont été distribuées dont **3 722 592** MILD en campagne de masse avec **95%** des ménages servis (Kongo central et 13 ZS du Kasai central), et **4 690 367** MILD en routine avec **2 392 498** MILD distribuées chez les femmes enceintes lors de la CPN soit **74%** de couverture et **2 297 869** MILD distribuées chez les enfants de moins d'une année lors de la CPS soit **87%**. En 2017 il n'y a pas eu distribution des MILD à travers les écoles.

De façon cumulée, on estime à **42 927 828** MILD en usage en 2017 c'est à dire avec celles distribuées en 2015 et 2016 au regard de la durée de vie de la MILD, laquelle est estimée à 3 ans selon l'OMS et en tenant compte du taux de déperdition de 8% et de 20% respectivement la première année et la deuxième année suivant la distribution des MILD. 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 (97 301 130 habitants), il est possible d'estimer à **88%** la proportion de la population ayant eu accès aux MILD en fin 2017.

Discussion des résultats

En 2017, huit provinces ont été planifiées pour les campagnes de distribution de masse des MILD, mais suite aux problèmes d'acquisition des MILD et des contraintes logistiques et financières, une seule province a pu réaliser totalement la campagne de distribution gratuite des MILD à savoir le Kongo Central, et la province du Kasai central n'a réalisé la campagne que dans 13 ZS dans lesquelles la situation sécuritaire était bonne. Cette situation serait due en grande partie aux difficultés d'ordre administratif qu'a connues le Récipiendaire Principal, en l'occurrence l'ASF/PSI, qui a dû par ailleurs arrêter ses activités en 2017. Par rapport à la routine l'on note une faible distribution des MILD chez les femmes enceintes ayant fréquenté les services de CPN, cette situation serait due à une rupture de stock des MILD et probablement aussi à une gestion irrationnelle des MILD.

Intervention 2 : Promotion de l'assainissement

L'assainissement intra et péri domiciliaire est une mesure préventive qui vise la destruction des gîtes larvaires tout autour des habitations empêchant ainsi la multiplication des anophèles, vecteurs du paludisme. La promotion de l'assainissement est réalisée essentiellement par des messages clé développés à l'aide des cartes conseils et des boîtes à images utilisés par les relais communautaires et les prestataires au cours des visites à domicile et des causeries éducatives. Le programme "villages et écoles assainis" du ministère de la santé, vise la promotion de l'hygiène et la création d'un environnement favorable contribuant ainsi de façon complémentaire à la prévention du paludisme. Pour l'année 2017, 1.829 villages ont été certifiés « villages assainis » sur les 1.979 planifiés, soit une performance de 92% contre 68% en 2016, on note une amélioration nette en 2017. De façon cumulée 6.036 villages ont été assainis de 2014 à 2017.

Intervention 3 : Pulvérisation intra domiciliaire

Les ZS de Tenke Fungurume dans la province du Lualaba, Salamabila dans la province de Maniema et Kimpese dans la province de Kongo central sont les trois ZS bénéficiaires de cette intervention en RDC. Le financement de celle-ci est assuré par des sociétés minières pour les deux premières et la société de cimenterie pour la dernière. La zone de santé de Fungurume est à sa dixième année des campagnes de PID. La campagne de pulvérisation pour l'année 2017 s'est déroulée dans 11 aires de santé sur les 18 aires de santé que compte la zone de santé de Tenke Fungurume, du 09 novembre au 26 février 2018. Au cours de cette campagne l'insecticide utilisé est le bendiocarb, les résultats montrent que 149.491 chambres ont été pulvérisées sur 164.838 chambres visitées représentant une couverture de 90,69%, 15.341 chambres ont été fermées (9,3%) et 6 chambres de refus (0,01%). Par rapport à l'année 2016 l'on note une amélioration car 90,69% des chambres ont été pulvérisées en 2017 contre 86,4% en 2016. Il faut noter que les difficultés rencontrées dans l'octroi de l'exonération des insecticides ont retardé la campagne de pulvérisation.

Pour la ZS de Saramabila c'est la société NAMOYA MINING SARL qui implémente cette intervention en faveur de ses travailleurs et des communautés environnantes, les camps des travailleurs et six villages ont été concernés en 2017. L'insecticide utilisé est le lambdacyhalothrine et la PID a été réalisée dans 1324 maisons sur 1444 maisons visitées soit un taux de réalisation de 91,6%, 120 maisons n'ont pas été pulvérisées soit 8,3%. L'on note une légère contreperformance par rapport à l'année 2016 au cours de laquelle la PID a été réalisée à 97%. En plus des larvicides ont été largués dans 59 gîtes larvaires permanentes et 19 temporaires avec le DIMILIN 25 WP (produit à base des pyréthrinoides).

Intervention 4 : Surveillance entomologique

Les activités entomologiques sont menées dans le but de générer des données de base qui permettent de mieux connaître les vecteurs du paludisme (anophèles) en termes de leur identification, leur distribution géographique, leur comportement vis-à-vis de l'homme et d'autres animaux ainsi que leur comportement face aux insecticides utilisés en santé publique. Ces activités sont menées essentiellement dans 11 sites sentinelles.

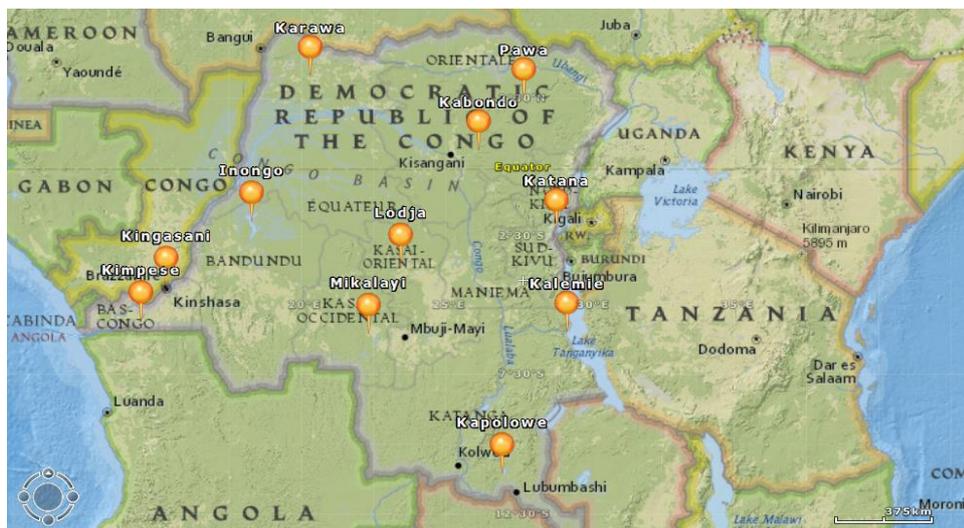


Figure 5 : Cartographie des sites d'études entomologiques en 2017

Les études menées dans les sites en 2017 donnent les résultats suivants :

1. Les anophèles sont présents dans tous les sites d'études. *L'Anopheles gambiae s.l* est l'espèce la plus abondante ; elle est suivie de *Anopheles funestus*. *Anopheles paludis* est très abondant à Mikalayï, mais surtout à Lodja (Sankuru) et à Kopolowe (Haut Katanga).
2. *L'Anopheles gambiae s.l*, pénètrent dans les maisons (endophilie) mais aussi ils opèrent à l'extérieur des habitations (exophilie). Ils préfèrent prendre leur repas sanguin sur l'Homme ; à l'absence de l'Homme, ils peuvent se nourrir sur les animaux ou les oiseaux (Watsenga, 2015). *Anopheles paludis* est plus exophile que *L'Anopheles gambiae s.l*

3. Le moment et le degré d'agressivité des Anophèles vecteurs du paludisme sont variables d'une espèce à l'autre. Pour l'*Anopheles gambiae s.l.*, l'agressivité commence généralement vers 18 heures et se termine vers 6 heures du matin. Le pic d'agressivité est observé entre 22 heures et 2 heures du matin. Mais, il peut y avoir quelques variations avec le temps
4. La résistance des *Anopheles gambiae s.l.* est un phénomène réel en perpétuelle expansion en RDC. Elle a été observée pratiquement dans tous les sites. La deltaméthrine reste encore efficace dans beaucoup de sites mais la tendance est à la perte de ses performances. La perméthrine par contre devient de plus en plus inefficace partout où elle est utilisée. L'intensité de résistance garde la même tendance pour chacune de ces deux molécules utilisées dans l'imprégnation des moustiquaires déployées en RDC. Elle est plus marquée avec la perméthrine qu'avec la deltaméthrine.

Les données entomologiques sont difficilement partagées par les chercheurs directs car devant d'abord être validées par CDC aux USA puis transmises à l'équipe pays de PMI qui les rendra finalement accessibles au pays. Ce long parcours de validation des données entomologiques prend énormément de temps si bien qu'il est difficile au PNLN d'accéder à ces données en temps réel. Un assouplissement de ces procédures s'impose.

Intervention 5 : Gestion des résistances aux insecticides

En 2017 le PNLN, en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers, a élaboré le document de la stratégie nationale pour la surveillance et la gestion de la résistance aux insecticides pour la période 2017-2020. C'est un document d'orientation en matière de gestion de la résistance des vecteurs du paludisme aux insecticides en RDC dont le but est de s'assurer que les interventions à base d'insecticides (pulvérisation intra-domiciliaire, moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action, larvicides) resteront efficaces pour la lutte anti-vectorielle en RDC. Le document est en processus de validation au niveau des commissions du Comité National de Pilotage du Ministère de la santé publique. Ce document est en cours de finition. Il faut aussi signaler qu'une étude sur le PBO est cours de réalisation au pays.

IV.2.2 Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte

Cibles 2017 :

50% des femmes enceintes reçoivent trois doses de SP à la CPN.

Normes et directives

Le PNL P a continué à vulgariser les nouvelles normes de l'OMS en matière de TPI qui recommandent au moins trois doses de SP.

Résultats obtenus en 2017

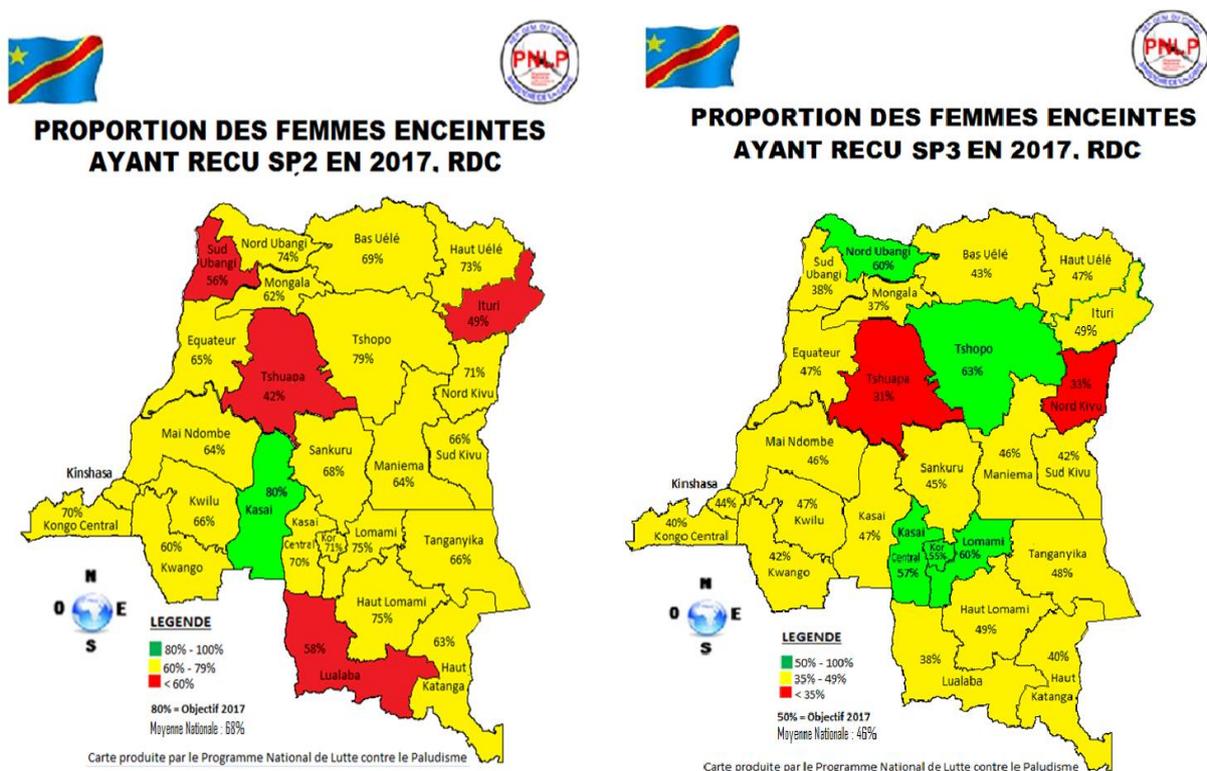


Figure 6: Proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses et trois doses de SP

La proportion des femmes ayant reçu la SP2 est en moyenne de 68% avec la proportion la plus élevée rencontrée dans la DPS du Kasai (80%) et la plus faible dans la DPS de Tshuapa avec 42%. Par rapport à la SP3 la moyenne nationale en 2017 est de 46% avec la proportion la plus élevée retrouvée dans la DPS de Tshopo (63%) et la plus faible dans la DPS de Tshuapa (31%). L'on note une amélioration de la SP3 en 2017 (46%) par rapport à l'année 2016 (35%).

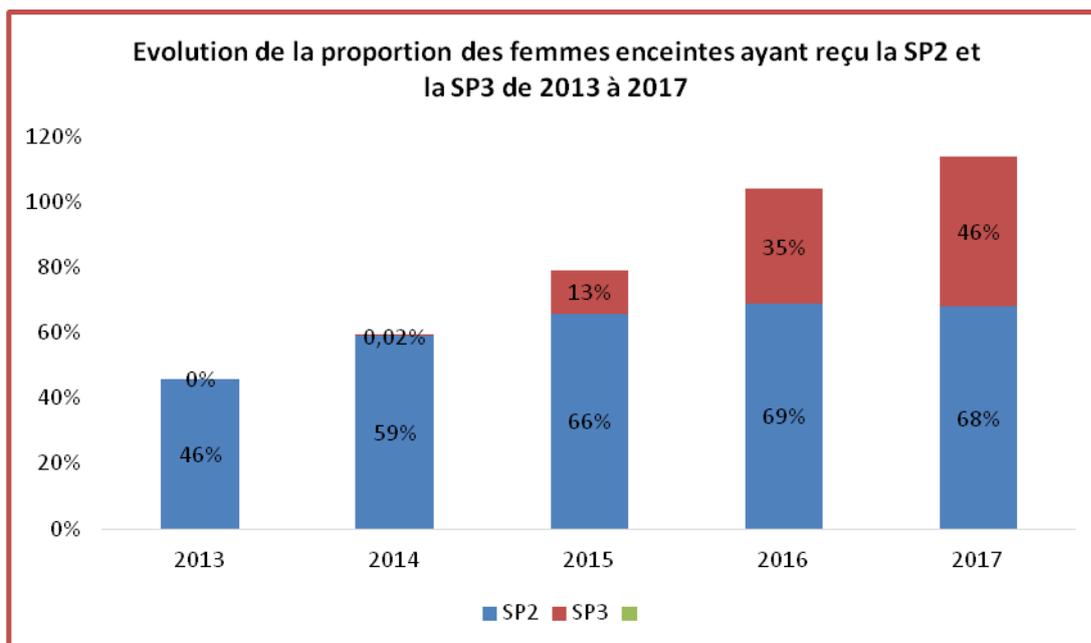


Figure 7: Evolution de la proportion des femmes enceintes ayant reçu la SP2 et la SP3 de 2013 à 2017

Le graphique ci-dessus renseigne une augmentation progressive de la proportion des femmes enceintes ayant reçu la SP2 à partir de 2013 avec une stagnation en 2017, par contre l'administration de la SP3 qui a effectivement commencé en 2014, connaît une évolution progressive jusqu'en 2017.

Discussion des résultats

L'on note des progrès dans l'administration de la SP3 qui connaît une évolution progressive depuis le début de cette intervention en 2014 pour atteindre une moyenne de 46% en 2017, bien que la cible 2017 de 50% n'ait pas été atteinte. L'administration communautaire de la SP, dont un projet pilote « Tip Top » est en implémentation dans la DPS de Kwango, permettrait à long terme après passage à l'échelle, l'amélioration du traitement préventif intermittent, et aussi contribuera à la réduction du nombre des jours de rupture.

IV.2.3 Chimio prophylaxie des migrants et voyageurs

Il y a quatre situations en RDC qui nécessitent la chimio prophylaxie chez les migrants et voyageurs (cfr guide thérapeutique du PNLP, 2016). Il sied par ailleurs de noter ce qui suit :

- Aucun moyen préventif n'assure à lui seul une protection totale. Il convient donc d'insister sur la nécessité de l'observance simultanée d'une protection contre les piqûres de moustiques associée à la chimio prophylaxie.
- Les médicaments appropriés pour la RDC (Zone 3 de l'OMS c'est-à-dire de chloroquino-résistance) sont : SP et l'association Atovaquone-Proguanil (Malarone®)
- Ce traitement est recommandé aux migrants ayant un séjour de courte durée c'est-à-dire ne dépassant pas 3 mois.

IV.3 Prise en charge des cas

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

Normes et directives

Au cours de l'année 2017 l'on a procédé à la révision et adoption officielle des documents stratégiques de Prise En Charge du paludisme par le Comité Technique de Lutte contre la Maladie (Directives Nationales de prise en charge de cas de paludisme, modules de formation de prise en charge du paludisme, manuel de formation des techniciens de laboratoire sur le diagnostic biologique du paludisme, guide de poche de prise en charge des cas de paludisme).

Cible 2017 :

- 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 100% des cas de paludisme confirmés, conformément aux directives nationales à tous les échelons de la pyramide sanitaire, y compris dans la communauté.

Résultats obtenus en 2017

18.994.861 cas suspects ont été testés sur l'ensemble de 21.959.428 cas suspects soit 86% de taux de testing.

13.885.210 tests se sont révélés positifs au TDR sur 18.994.861 tests réalisés, et 1.291.717 examens positifs à la GE sur 1.981.621 examens réalisés. Le taux de positivité a été respectivement de 73% au TDR et 65% à la GE.

95.840 cas n'ont pas été confirmés mais traités comme paludisme (cas présumés) soit 0,65% de l'ensemble des cas traités.

15.272.767 cas de paludisme ont été enregistrés en 2017 soit 13.786.327 cas de paludisme simple dont 6.705.608 cas chez les enfants âgés de moins de 5 ans et 7.080.719 cas chez les sujets âgés de 5 ans et plus, et 1.486.440 cas de paludisme grave (10% de l'ensemble des cas de paludisme) dont 714.983 cas enregistrés chez les enfants de moins de 5 ans et 771.457 cas chez les sujets âgés de 5 ans et plus. 27.458 décès ont été enregistrés dont 20.167 décès chez les enfants de moins de 5 ans et 7.291 décès chez les personnes âgées de 5 ans et plus. En ce qui concerne le traitement 14.627.170 cas de paludisme ont été traités sur l'ensemble de 15.272.767 cas enregistrés soit 96%. L'on note une légère diminution des cas et décès du paludisme par rapport à l'année 2016 au cours de laquelle l'on avait enregistré 15.397.717 cas et 33.997 décès.



Proportion des Cas Suspects Testés en RDC, 2017

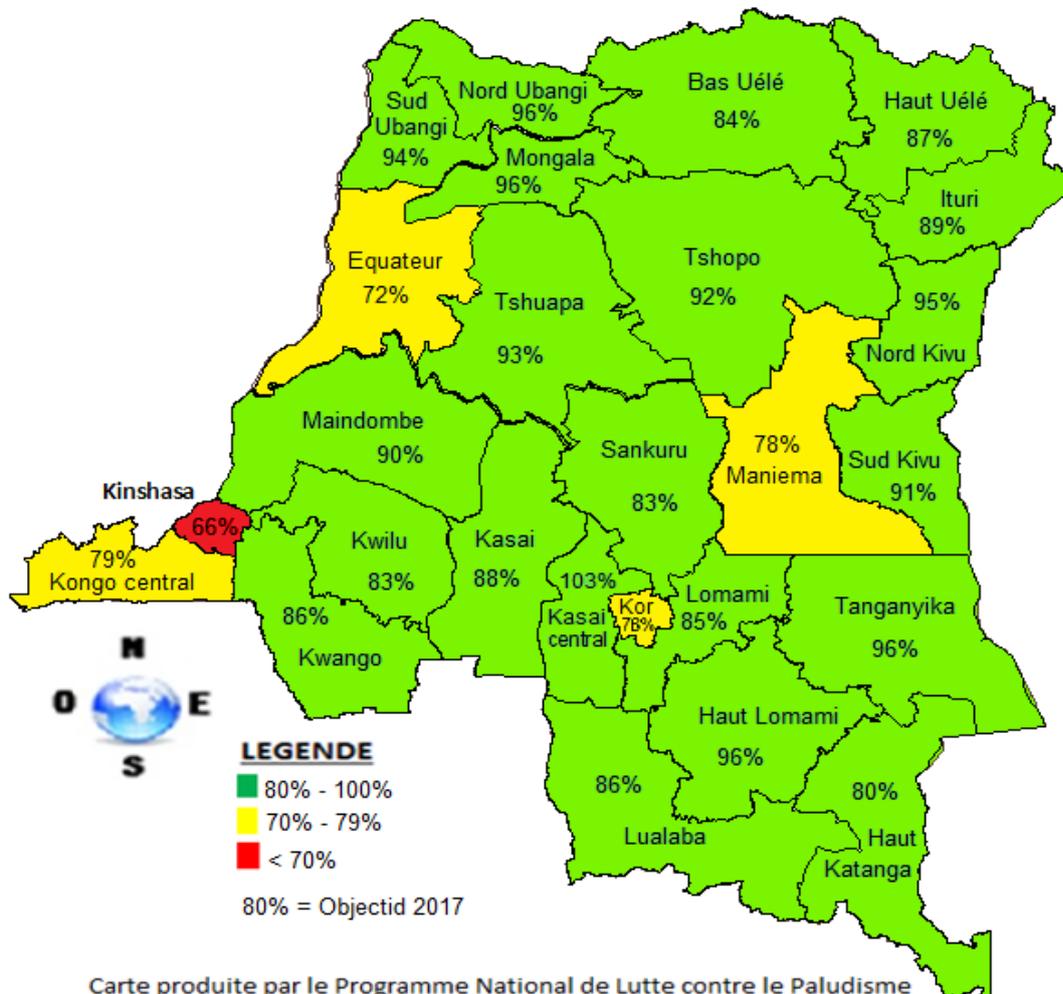


Figure 8 : Proportion des cas suspects de paludisme qui ont été testés biologiquement en 2017.

La figure ci-dessus montre que dans l'ensemble du pays 86% des cas suspects ont été testés biologiquement avec 21 DPS sur 26 qui ont au moins 80% de couverture diagnostique, par contre la DPS de Kinshasa inquiète avec la couverture la plus basse soit 66%



Proportion des Cas Paludisme traités Conformément à la Politique en RDC, 2017

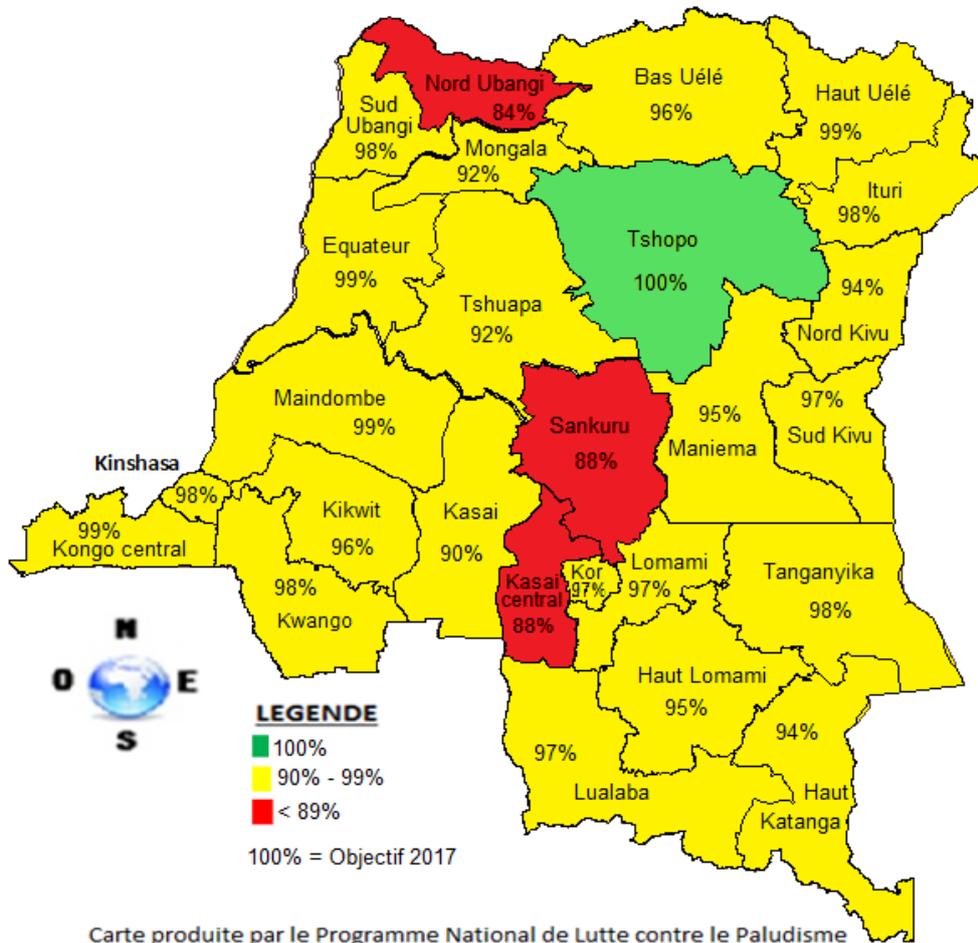


Figure 9 : Proportion des cas de paludisme qui ont été traités conformément à la politique nationale.

L'on note sur la figure ci-haut que seule la DPS de Tshopo a atteint l'objectif de traitement qui est de 100% de traitement des cas confirmés de paludisme conformément à la politique nationale. La moyenne nationale est de 96% avec des taux bas observés dans les DPS de Nord Ubangui, Sankuru et Kasai central.

Discussion des résultats.

L'objectif en rapport avec le diagnostic a été atteint car 86% des cas suspects ont été testés, ceci serait probablement lié à une bonne disponibilité des tests et à l'adhérence des prestataires aux directives nationales qui stipulent que tout cas suspect doit être confirmé avant le traitement. Par contre la cible de traitement (traiter 100% des cas positifs) n'a pas été atteinte. Toutefois les résultats sont encourageants car la moyenne nationale est à 96% de couverture thérapeutique avec 88% des DPS qui ont traité plus de 89% des cas positifs.

IV.3.2 Prise en charge au niveau communautaire

Normes et directives

La vulgarisation du guide de mise en œuvre des sites des soins communautaires révisé en 2015 a été poursuivie.

Cibles 2017

- Tester au TDR 80% des cas de fièvre
- Traiter avec les ACT tous les cas TDR positif

Résultats obtenus en 2017

5.105 sites des soins communautaires opérationnels ont été enregistrés en 2017 dont 3.738 sont sous financement Fons mondial à travers SANRU et le reste est sous financement PMI. Au total 2.659.197 malades ont été reçus dont 2.231.731 cas suspects de paludisme soit une morbidité proportionnelle de 84%.

2.122.962 cas suspects ont été testés soit un taux de testing de 95%, dont 1.616.075 ont été testés positifs, ce qui représente un taux de positivité de 76%.

1.591.106 malades de paludisme ont reçu les CTA soit 98%.

En outre 272.648 cas de diarrhée et 160.223 cas de IRA ont été reçus dans les sites des soins communautaires en 2017.

Discussion des résultats

Le taux de testing en 2017 est resté performant et stationnaire autour de 95% depuis 2015. La proportion des malades ayant reçu les CTA s'est légèrement améliorée et est passée de 95% en 2015 à 97% en 2016 et à 98% en 2017. La prise en charge des cas de paludisme simple dans les sites des soins communautaires reste performante. Mais l'extension des sites des soins communautaires devra continuer pour augmenter la couverture dans l'ensemble du pays.

IV.3.3 Prise en charge au niveau du secteur privé

Le projet "Defeat Malaria" vise l'amélioration de la prise en charge dans le secteur privé par la disponibilité des TDR et des médicaments antipaludiques de qualité à un prix abordable, en subventionnant les intrants à l'importation. En 2015 la mise en œuvre a commencé avec 98 officines et 60 CS privés. Ce projet a pris brutalement fin en 2017 suite à la cessation des activités par ASF/PSI.

IV.4 La gestion des achats et des stocks

Normes et directives

En 2017 il n'y a pas eu de nouvelles directives.

Cibles 2017

La cible de 2017 était fixé à 80% des médicaments antipaludiques sont disponibles dans les structures.

Résultats obtenus en 2017

- 4 supervisions trimestrielles pour le suivi de la disponibilité et de l'assurance qualité ont été réalisées
- Une enquête EUV a été réalisée dans l'ensemble des 516 ZS
- 3 réunions trimestrielles du groupe thématique ont été organisées pour la coordination des approvisionnements
- 3 collectes des données de disponibilité des médicaments ont été réalisées dans les CDR pour le Ppmm et la planification des arrivages.

Tableau V : Résultats de l'enquête EUV réalisée en 2017

% FOSA AYANT CONNU DES RUPTURES DE STOCK : AU JOUR DE LA VISITE ET DURANT LES 3 MOIS PRECEDANTS					
	Commodity	Jour de la Visite		3+ jour*	
		FoSa	Dépôt	FoSa	Dépôt
ASAQ 25/67.5mg	89/363=24.5%	19/89=21.3%	87/264=33%	31/78=39.7%	
ASAQ 50/135mg	65/360=18.1%	11/85=12.9%	74/262=28.2%	28/77=36.4%	
ASAQ 100/270mg	66/365=18.1%	16/86=18.6%	80/269=29.7%	27/79=34.2%	
ASAQ Adult	63/352=17.9%	17/90=18.9%	73/261=28%	22/78=28.2%	
SP	58/333=17.4%	25/82=30.5%	66/231=28.6%	43/74=45.9%	
Quinine orale	66/160=41.3%	20/38=52.6%	39/100=39%	14/27=51.9%	
Quinine Inj	40/121=33.1%	21/32=65.6%	23/75=30.7%	14/20=70%	
TDR	52/359=14.5%	13/88=14.8%	77/259=29.7%	22/80=27.5%	
MIILD	103/322=32.0%	23/74=31.1%	98/223=43.9%	21/65=32.5%	
Paracetamol ce	71/344=20.6%	22/78=28.2%	52/236=22%	21/69=30.4%	
Folic Acid	45/121=37.2%	9/22=40.9%	31/78=39.7%	10/19=52.6%	
Artesunate Inj	42/119=35.3%	20/76=26.3%	59/89=66.3%	45/70=64.3%	
Artesunate Rectale	16/46=34.8%	8/28=29.6%	15/24=62.5%	17/22=77.3%	

Discussion des résultats

L'enquête EUV a montré qu'un peu moins de 25% de FOSA visitées avaient une rupture de stock en ASAQ (toutes les 4 tranches d'âge) et un peu moins de 15% de FoSa avaient une rupture de stock en TDR le jour de la visite. En revanche, la proportion de FOSA ayant connu une rupture de stock de plus de 3 jours durant les 3 mois précédant l'enquête atteint 33% pour les ASAQ destinés aux enfants de moins de 1 an et un 29,7% pour les TDR. Ceci pourrait se justifier par le fait que seulement 63,9% des FOSA transmettent leurs états de stocks au niveau ZS au bon moment de sorte que leur réapprovisionnement puisse intervenir avant qu'elles puissent entrer en rupture de stock. Des efforts supplémentaires sont à fournir en termes de supervisions formatives et de rappel à l'approche de la fin de chaque mois pour que tous les rapports de stock des FOSA soient transmis aux ZS.

La disponibilité des médicaments antipaludiques devra être améliorée dans les FOSA notamment par la maîtrise de la CMM et du stock d'alerte afin de s'approvisionner à temps pour éviter des ruptures.

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

Normes et directives

- Participation à l'atelier de révision des normes et de rédaction du "Manuel des campagnes de distribution gratuite des MILD" dans sa partie "Communication"
- Production du Plan Stratégique National de Communication (PSNC) 2017-2020, annexe au Plan Stratégique National (PSN) 2016-2020. Le PSNC a pour cadre de

référence le processus  qui est un guide de conception des programmes de communication stratégique avec impact mesurable.

Cibles 2017

Amener au moins 90% de la population à utiliser les mesures préconisées et à s'approprier les stratégies de prévention et de lutte contre le paludisme.

Résultats obtenus en 2017

- Organisation des émissions de sensibilisation des femmes enceintes à la prise de TPI en langues nationales à la radio et à la télévision (Passage dans plusieurs chaînes de Kinshasa après enregistrement au Studio Mack Agence en février 2017).

- Mise en œuvre et suivi de de la Campagne de CCSC dans le Sud Kivu menée avec Prosani Plus.
- Appui à l'élaboration des Plans provinciaux de communication des campagnes MILD de 2018 et de leur réajustement après la réalisation du diagnostic communautaire dans les provinces de l'Ituri, de la Tshopo, du Bas-Uélé et du Maniema.
- Publication du magazine "PNLP INFO" n° 4 avec en manchette le titre « Le Plan Stratégique National 2016-2020 validé » en mars 2017 ainsi que le n° 6.
- Tenue de deux réunions de Task Force Communication sur la JMP 2017 et d'une réunion du Groupe « Communication de "Faire Reculer le Paludisme" pour valider et adopter le PSNC 2017-2020.
- Célébration de la Journée Mondiale Paludisme (JMP) 2017, mardi 25 avril à l'Institut Lisanga, dans la commune de la Gombe, en présence de près de 1.000 élèves et de 500 invités.

La RDC a saisi l'occasion de la célébration de la JMP 2017 pour lancer officiellement la campagne de sensibilisation de lutte contre le paludisme en milieux scolaire et universitaire à travers le pays, sous le slogan : « ***je m'engage pour zéro cas de malaria dans mon milieu*** ». En plus des mots de circonstance prononcés par les autorités et les partenaires, les élèves ont déclamé des poèmes, réalisé des scénettes et participé à un concours sur les modes de transmission et de traitement du paludisme, les mesures de prévention et de lutte...

A l'issue de ce concours, le Ministre de la Santé Publique a remis des MILD, en guise de récompense, aux élèves qui ont répondu correctement.

L'on a noté sur le site de la célébration de la JMP des stands des quelques partenaires, comme ASF/PSI, SANRU, PROSANI PLUS... et des fabricants des médicaments (Pharmakina, Phatkin, New Cesamex...).

Organisation, en marge de la JMP 2017, d'une soirée de gala de mobilisation des ressources et de plaidoyer à l'endroit des honorables députés à l'hôtel Memling sous le thème « ***je suis élu du peuple, je m'engage pour la suppression des taxes sur les antipaludiques pour alléger les souffrances des populations congolaises*** ». Cette soirée a été rehaussée de la présence de Son Excellence la vice-ministre de la Santé.

Organisation, en marge de la JM, des campagnes de sensibilisation sur la prévention et la lutte contre le paludisme dans les églises, écoles, marchés, camps militaires, universités...

- Organisation du jeu concours dénommé "Génie en herbes" sur la prévention et la lutte contre le paludisme dans 16 écoles championnes de Kinshasa.
- Organisation d'une campagne de mobilisation des ressources avec l'ONG "Tous contre le Paludisme" (TCP) et formation des volontaires TCP.
- Appui du diagnostic communautaire dans la province du Kongo Central (Matadi, du 18 au 24 mai 2017).

- Organisation de la campagne de mobilisation des ressources à l'hôtel du fleuve présidée par Son Excellence le Premier Ministre, Mr Bruno Tshibala Nzenze.



Le Chef de Division de la Communication au PNLN s'adresse aux finalistes du concours « génies en herbe » en rapport avec les connaissances sur le paludisme, au studio Maman Angebi de la RTNC.

Discussion des résultats

Ces résultats sont à considérer comme le couronnement des efforts collectifs entre le PNLN et ses différents partenaires. En effet, ces activités sus évoquées ont été réalisées grâce à l'appui technique et financier ainsi qu'à l'accompagnement des bailleurs du programme, notamment le FM à travers la CAG, ASF/PSI, SANRU et de PMI via MSH, CCP et UNICEF.

La disponibilité des supports de communication et l'engagement des acteurs de terrain ont constitué, comme les années précédentes, un facteur de succès des activités de communication en 2017.

L'actualisation des supports de communication devrait se poursuivre par un appui aux activités de communication au niveau opérationnel afin d'obtenir l'adhésion de la communauté par rapport au TPI et la prise en charge du paludisme, notamment la prise des ACT. Par ailleurs, le leadership de la Division communication devra être renforcé pour améliorer la coordination des activités de communication avec tous les partenaires, comme l'ont souhaité les membres du comité directeur du programme.

IV. 6 Surveillance, Suivi-Evaluation et recherche opérationnelle

S'alignant à la stratégie Technique Mondiale, le PNLP a fait de la surveillance un des piliers majeurs de la lutte anti paludique. Ainsi les quatre axes y afférents ont été redynamisés notamment: la surveillance des maladies et riposte (SMIR), la surveillance sentinelle, le SNIS soins de santé primaires et les enquêtes.

IV.6.1 Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SIMR)

Le PNLP en collaboration avec la Direction de Lutte contre la maladie, procède aux analyses hebdomadaires des données épidémiologiques transmises par les zones de santé. Cette activité permet la détection précoce des faits anormaux notamment les flambées épidémiques pour une réponse rapide. Une base des données a été développée et est mise à jour régulièrement.

Cibles 2017

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

Résultats obtenus en 2017

Une collecte hebdomadaire des cas et décès du paludisme a été réalisée à travers la Direction de Lutte contre le Paludisme et le PNLP a participé régulièrement aux réunions hebdomadaires d'analyse organisées par la DLM. Des cas des flambées de fièvre ont été notifiés dans 27 zones de santé et des investigations ont été réalisées dans 9 ZS seulement qui sont : les ZS de Wamba, Pawa, Isiro, Ganga (DPS Haut Uelé), ZS de la Tshopo et de Banalia (DPS Thopo), ZS Rimba et Agumu (DPS Ituri), ZS de Kamwasha (DPS Kasai). Toutes ces investigations ont été réalisées au-delà de 15 jours.

Discussions des résultats.

Les capacités d'investigation des flambées épidémiques ainsi que de la riposte restent encore faibles car toutes les investigations en 2017 ont été réalisées au-delà de 15 jours. 9 flambées seulement sur les 27 notifiées soit 33%, ont été investiguées. Ce qui pose un problème réel de faible capacité d'investigation à tous les niveaux. Un renforcement des capacités est donc plus que nécessaire tant au niveau périphérique, intermédiaire qu'au niveau national (Division de la surveillance épidémiologique).

IV.6.2 Surveillance par Site Sentinelle

Normes et directives

Vulgarisation des directives actualisées, des modules de formation et outils de collecte des données des sites sentinelles.

Cibles 2017

26 sites sentinelles fonctionnels

Résultats obtenus en 2017

- 3 visites trimestrielles de supervision dans les 26 sites sentinelles ont été réalisées
- Paramétrage et Implémentation du canevas complémentaire sites sentinelle dans le logiciel DHIS2
- Réhabilitation avec équipements (panneaux solaires, mobiliers de bureau et kits informatiques) dans les sites sentinelles de Karawa, Kalima et Mweka
- Initiation à l'Excel des cadres du PNLP central
- Formation des infirmiers titulaires en Base des données Excel, Word, Internet et logiciel DHIS2 dans les sites sentinelles de Karawa, Kalima, Vanga, Kenge et Kimpese

Discussions des résultats

La formation en Excel et en logiciel DHIS.2 a permis l'amélioration de l'analyse des données des sites sentinelles, la complétude de ces données est bonne mais la promptitude reste faible, un effort est donc à faire dans le sens d'envoyer les données des sites sentinelles dans le délai pour permettre un bon suivi des tendances du paludisme.

IV.6.3 Suivi et Evaluation/SNIS-SSP

Normes et directives

Validation du manuel des procédures de suivi-évaluation et surveillance. Ce document a été reproduit par MEASURE Evaluation avec le financement PMI.

Cibles 2017

Au moins 80% des FOSA transmettent régulièrement et à temps les données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme.

Résultats obtenus en 2017

En 2017 les activités clés suivantes ont été réalisées dans le domaine du suivi-évaluation :

a) Collecte et traitement des données

La collecte des données du paludisme a été réalisée en 2017 à travers le format papier au niveau des FOSA et par la saisie dans le logiciel DHIS.2 au niveau des zones de santé et 22 centres d'excellence appuyés par MEASURE Evaluation. Les données saisies dans le DHIS.2

par les ZS étaient déjà accessibles à partir du 20^{ème} jour du mois suivant. Mais suite à certaines insuffisances constatées dans le processus de collecte et saisie des données dans le logiciel DHIS.2, notamment la non notification des décès dus au paludisme dans le canevas hôpital, le PNLP a continué l'utilisation de la base en Excel pour saisir les données au niveau intermédiaire et les transmettre au niveau national.

MEASURE Evaluation a reproduit et fourni les outils de gestion des données (collecte et transmission) dans les 9 zones de santé appuyées par PMI et le reste des provinces ont été approvisionnées par la DSNIS via le projet multibailleur mais si on a signalé des cas de rupture de stock en outils.

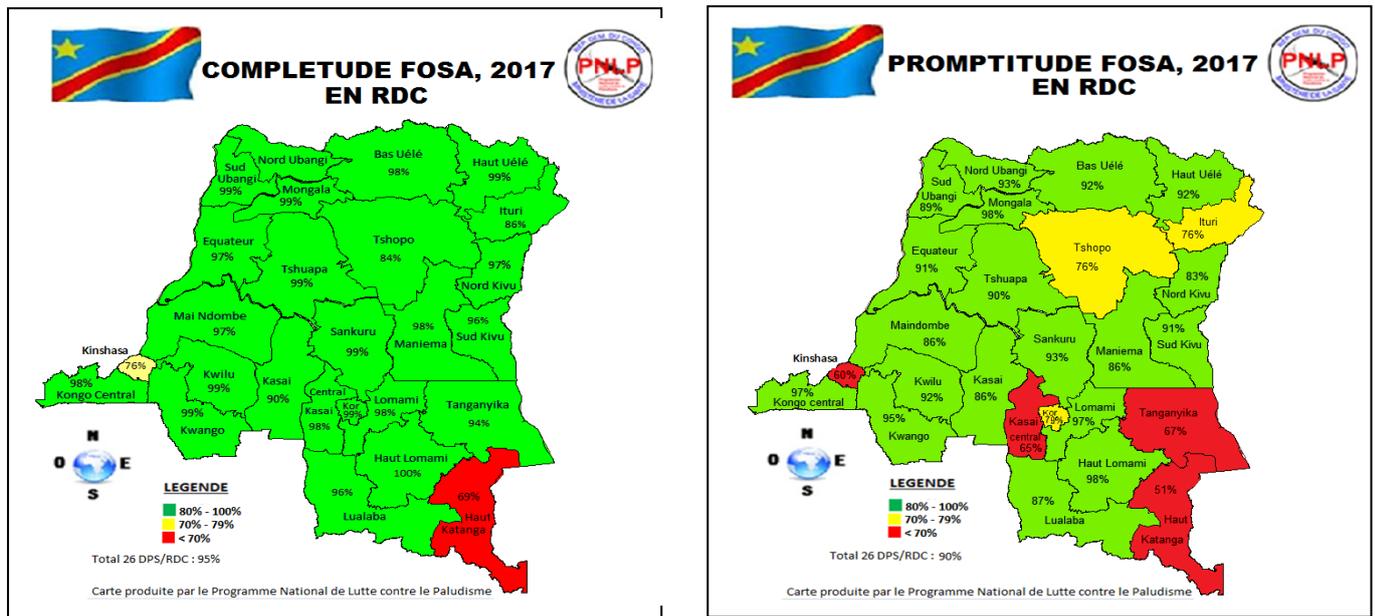


figure 10 : Complétude et promptitude des données des FOSA vers les zones de santé en 2017

Pour l'ensemble de la RDC la complétude des FOSA est de 95% avec la complétude la plus élevée retrouvée dans la DPS de Haut-lomami (100%) et la plus faible à 69% est retrouvée dans la DPS du Haut-Katanga. La promptitude moyenne est de 90% avec les DPS de Haut-Lomami et Mongala qui ont enregistré la promptitude la plus élevée (98%) et la plus faible est retrouvée dans la DPS du Haut-Katanga (51%).

b) Analyse et utilisation des données

L'analyse des données s'est réalisée chaque mois lors des réunions de monitoring organisées par les ECZS, et auxquelles ont participé tous les infirmiers titulaires et les représentants de la communauté. Au décours de ces réunions les données ont été validées et des décisions ont été prises dans le sens de l'amélioration de la mise en œuvre des

activités de lutte contre le paludisme. Puis les données ont été transmises au niveau intermédiaire et delà au niveau central.

Au niveau central, l'analyse des données s'est réalisée à un rythme trimestriel au niveau de la Division de Suivi et Evaluation, les indicateurs ont été calculés et les performances évaluées par DPS. Les problèmes identifiés lors de cette analyse et les actions correctrices proposées ont fait l'objet d'une rétroaction écrite adressée à chaque DPS.

c) Dissémination des données

Au cours de l'année 2017 les données ont été diffusées au travers des canaux suivants :

- Rapports d'évaluation des plans de travail trimestriels du PNLP transmis au Secrétariat Général à la Santé publique chaque trimestre
- Rapports d'activités du Programme transmis trimestriellement au Secrétariat Général à la Santé Publique.
- Lors des réunions trimestrielles du groupe thématique « Suivi et Evaluation »
- Lors des conférences et journées scientifiques.
- Rapports techniques des partenaires

d) Supervisions

Les supervisions du niveau central vers le niveau intermédiaire se réalisent trimestriellement, en 2017, 3 missions de supervision ont été menées sur les 4 prévues soit 75% de taux de réalisation. Les missions de supervision n'ont pas été réalisées au quatrième trimestre 2017 faute de décaissement des fonds. Il faut noter aussi que deux missions de supervision conjointe PNLP-MEASURE Evaluation ont été réalisées. Les supervisions ont porté essentiellement sur la gestion des données et les problèmes principaux identifiés lors de celles-ci sont :

- La persistance des incohérences des données et des données aberrants ;
- La promptitude des données reste faible
- Les graphiques des indicateurs du paludisme ne sont pas souvent élaborés, et lorsqu'ils le sont, ils ne sont pas affichés ;
- Le VSAT n'est pas fonctionnel dans la plupart des ZS rendant difficile la saisie des données dans le logiciel DHIS.2;
- Les rapports d'analyse n'existent pas dans la plupart des DPS visitées ;
- Rupture des outils de collecte des données.

e) Renforcement des capacités

En rapport avec le renforcement des capacités, 20 cadres du PNL Central ont été formés sur l'utilisation du logiciel DHIS.2. ainsi que l'utilisation de l'outil RDQA dans l'optique de leur permettre de mieux analyser les données produites dans le DHIS 2 et de procéder à des audits sur la qualité des données. Cette formation a été assurée par la DSNIS avec le financement de PMI à travers MEASURE Evaluation.

f) Coordination

La coordination des activités de Suivi et Evaluation est assurée par la Division S&E du PNL notamment à travers les réunions trimestrielles du groupe de travail S&E auxquelles prennent part tous les responsables S&E des différents partenaires.

Trois réunions ont été organisées en 2017 sur les quatre prévues soit une performance de 75%, au cours de celles-ci le manuel des procédures de surveillance, suivi et évaluation a été validé, les résultats des audits des données réalisés en 2016 ont été restitués, les données du premier semestre 2017 ont été présentées et analysées, la carte de score a été présentée et analysée, des échanges d'information sur les activités de suivi et évaluation ont été faits.

En outre la division a organisé régulièrement de manière hebdomadaire au cours de l'année, des réunions techniques de la division avec la participation de MEASURE Evaluation et PMI et ceci dans l'optique d'assurer un suivi des activités.

IV.7.2 Recherche opérationnelle

Normes et directives

En complément des données de routine à travers le SNIS, le SMIR et la surveillance sentinelle, le PNL s'appuie sur les enquêtes d'impact et sur les enquêtes thématiques pour éclairer la prise des décisions.

Cibles 2017

Réaliser 80% des sujets de recherche/enquêtes planifiés

Résultats obtenus en 2017

Tableau VI : enquêtes réalisées en 2017

Thèmes d'enquêtes prévus	Année de réalisation	Bailleurs/ MOE	Observations
Enquête de vérification auprès de l'utilisateur final des commodités de lutte contre le paludisme (EUV) en RDC	2017/Réalisé	PMI/ CHEMONICS FM/SANRU	1 enquête /2 prévues dans 25 provinces. Rapport synthèse disponible
Evaluation de la durabilité des MILD (Longitudinale)	2017 (Evaluation de la 1 ère année)	PMI/ ESP	Provinces : 1 ZS Mongala et 1 ZS Sud Ubangi. C'est une enquête longitudinale qui continue
Enquête communautaire dans les 11	Non réalisée	FM/CAG/PNL	Lourdeur des procédures

anciens sites de surveillance sentinelle du paludisme en complément aux données de routine	en 2017		Protocole disponible
Suivi de la sensibilité et de la résistance des vecteurs du paludisme aux insecticides dans les sites sentinelles	2017/Réalisé	PMI/INRB	Rapport disponible
FURAP (Facteurs associés à l'Utilisation Rationnelle des Antipaludiques)	2017/En cours	FM/CAG/CNPV	Rapport disponible
l'ampleur de la délétion de pfhrp2 et son impact clinique parmi des patients symptomatiques dans un contexte de l'utilisation d'un Test de Diagnostic Rapide du paludisme(TDR) en RDC	2017/ En cours	FM/SANRU-ESP-UNC	Analyse des échantillons par University of North Caroline(UNC)
Impact des grands travaux sur la transmission du paludisme	2017/En cours	FM/CAG/	Analyse de données
Enquêtes entomologiques sur la distribution des vecteurs et leur sensibilité aux insecticides	Non réalisé en 2017	FM/CAG/ UNIKIN-INRB	Lourdeur des procédures Protocole harmonisé disponible
Enqu^te MICS-Paludisme	2017/En cours	PMI, FM	Enquête continue
Enquête SPA (qualité de PEC dans les structures sanitaires)	2017/Réalisé	PMI, FM	Enquête continue

En 2017, il a été planifié 10 enquêtes dont 2 ont été réalisées totalement, 6 sont en cours de réalisation et 2 n'ont pas été réalisées, donc 8 enquêtes ont été totalement ou partiellement réalisées soit un taux de réalisation de 80%. 2 enquêtes n'ont pas été réalisées suite aux pesanteurs liées aux procédures d'analyse des dossiers et de décaissement des fonds.

IV.8 Gestion du programme

Le PNLN avec la collaboration de l'Université de Kinshasa sous le financement du FM et de PMI, a organisé la sixième édition du cours de paludologie dont 6 cadres du PNLN central (tableau VII) ont bénéficié. PMI à travers MEASURE Evaluation a organisé la formation de 52 MCZS du Haut-Katanga, Lualaba et Tanganyika en gestion du paludisme.

Tableau VII : Renforcement des capacités des cadres du PNLN

N°	NOM & POSTNOM	THEMATIQUE	DATE
1.	Dr MUTOMBO MUTOMBO Meschack	Paludologie, Kinshasa.	Août- Octobre 2017
2.	Mme Yolande BONGONDA	Paludologie, Kinshasa.	Août- Octobre 2017
3.		Formation de suivi-évaluation à Ouagadougou	08 au 19 Mai 2017

4.	Mme Brigitte LAISHE NKAKA	Paludologie, Kinshasa.	Août- Octobre 2017
5.	Mme Léonie MASOSUA KALOMBO	Paludologie, Kinshasa.	Août- Octobre 2017
6.	Dr Danny KASONGO KAKUPA	Formation de suivi-évaluation à Ouagadougou	08 au 19 Mai 2017
7.	Dr Lydie KALINDULA	Formation sur l'élimination du paludisme à Bâle, Suisse	25 juin au 02 juillet 2017

La coordination de la lutte contre le paludisme s'organise à travers les différents cadres de concertation du PNLN avec les PTF et les Chefs de division.

En 2017, le Secrétaire Général a organisé 4 évaluations trimestrielles des performances du Programme faisant office du rôle d'orientation du Comité Directeur placé sous l'autorité du Ministère. La Direction du PNLN a tenu 47 réunions hebdomadaires avec les Divisions sur les 52 prévues soit 90%, 23 réunions avec les partenaires techniques et financiers sur les 26 prévues soit 88% et 2 réunions de Task force FRP sur les 4 prévues soit 50%. Il y a eu une bonne performance dans la tenue des réunions de concertation résultant ainsi en une amélioration de la coordination de la lutte en 2017.

Conférences et autres rencontres internationales

Tableau VIII : Rencontres internationales en 2017

Période	Libellé	Lieu	Participants	Financement
Mai 2017	69ème Assemblée Générale de l'OMS	Genève	Dr Joris Losimba	CAGF
Novembre 2017	67ème Conférence Annuelle de ASTMH (American Society of Tropical Medicine and Hygiene)	Baltimore (USA)	Dr Solange Umesumbu	Measure Evaluation/PMI
Février 2017	Evaluation à mi-parcours du PSN 2014 – 2018 du Tchad	Gemena	Dr Achille Mudiandambu	OMS
Août 2017	Evaluation à mi-parcours du PSN 2014 – 2018 de la république du Congo	Brazza ville	Dr Achille Mudiandambu	OMS
Février 2017	Réunion SADC en Afrique du Sud	Pretoria	Dr Lydie Kalindula	OMS

IV.9 Impact

La mobilisation des ressources ainsi que la mise en œuvre des interventions devra contribuer à l'atteinte des objectifs d'impact notamment la réduction de la morbi-mortalité.

Ainsi les principaux indicateurs ci-après ont été évalués :

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

a. Morbidité

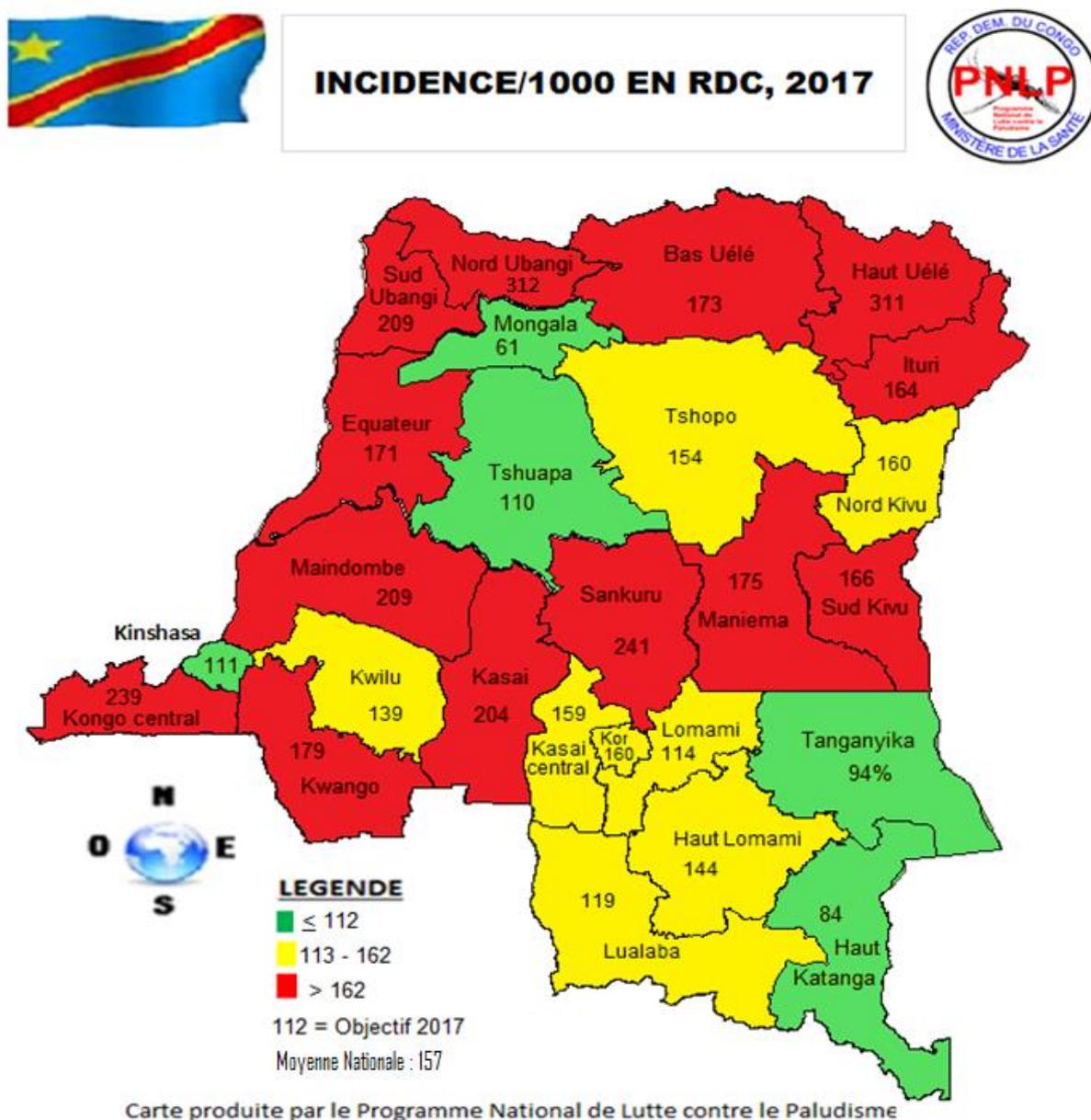


Figure 11 : Répartition de l'incidence par province en 2017

En 2017, l'incidence a varié entre 61 cas pour 1000 personnes dans la DPS de Mongala et 311 cas pour 1000 personnes dans la DPS du Haut-Uélé avec une moyenne nationale de 157 cas pour 1000 habitants. L'on observe que 5 DPS ont atteint la cible de l'année 2017 qui est de 122 cas pour 1000 personnes, il s'agit des DPS de Kinshasa, Mongala, Tshuapa, Tanganyika et Haut-Katanga.

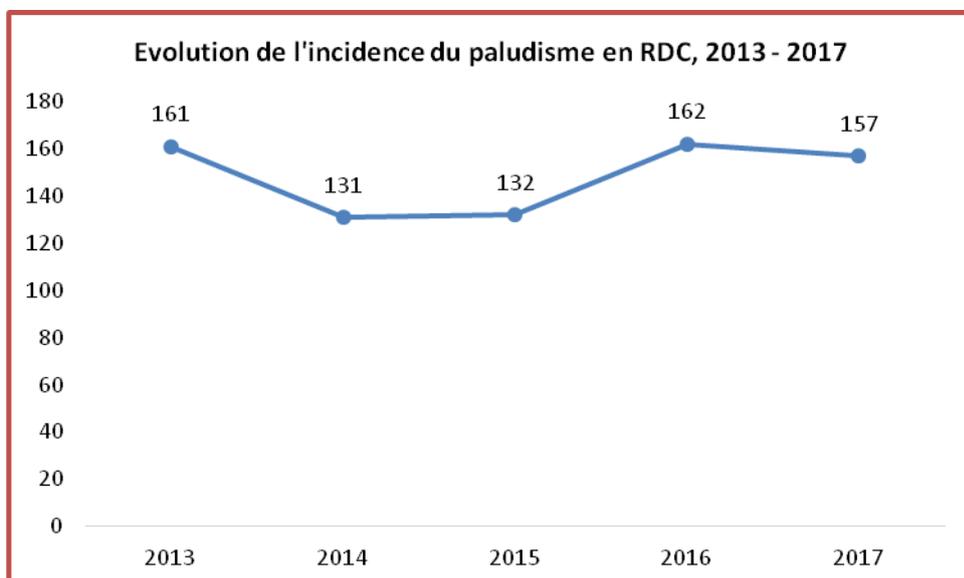


Figure 12 : Evolution de l'incidence du paludisme (nombre des cas pour 1000 habitants) en RDC, 2013 - 2017

La figure 14 montre un pic en 2016, en effet cette année a connu des flambées épidémiques du paludisme.

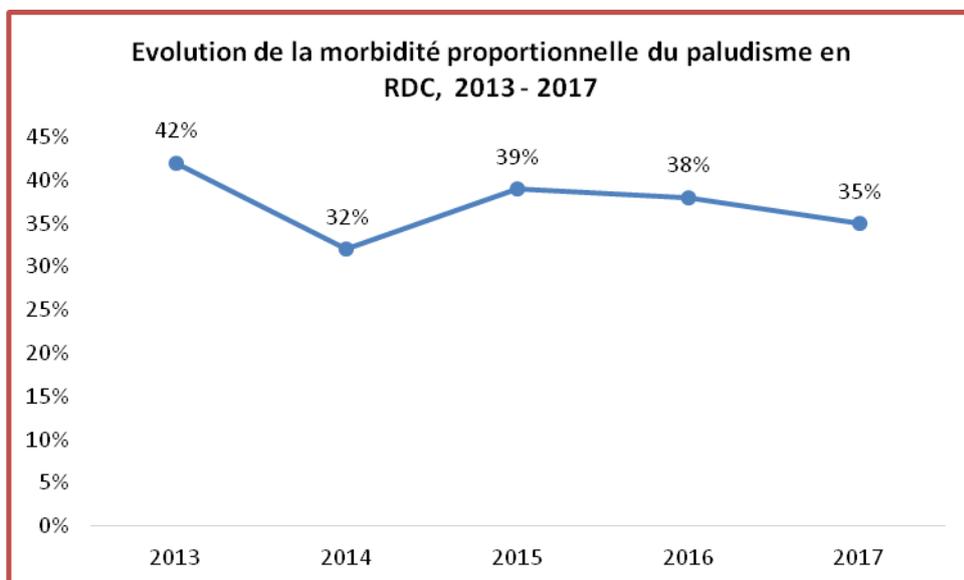


Figure 13 : Evolution de la morbidité proportionnelle du paludisme en RDC, 2013 - 2017

La figure ci-dessus montre une tendance à la chute de la morbidité proportionnelle à partir de l'année 2015.

b. Mortalité

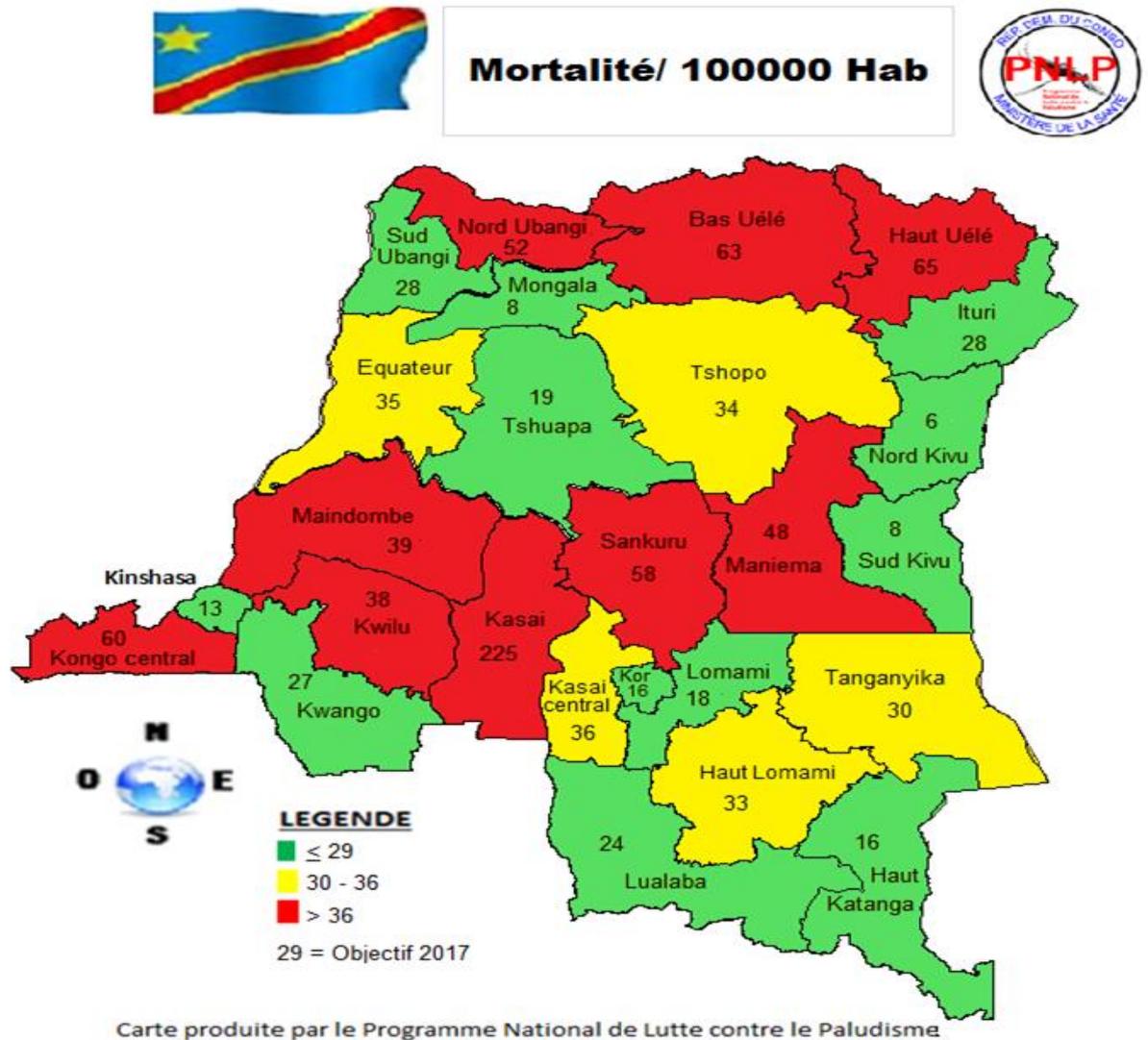


Figure 14 : Répartition de la mortalité spécifique palustre par DPS en 2017

En 2017, la moyenne nationale est de 28 décès pour 100.000 habitants et la cible 2017 de 29 décès pour 100.000 Habitants a été atteinte. La mortalité spécifique palustre a varié entre 6 pour 100.000 habitants dans la DPS du Nord Kivu et 65 pour 100.000 habitants dans les DPS du Kasai et du Haut-Uélé.

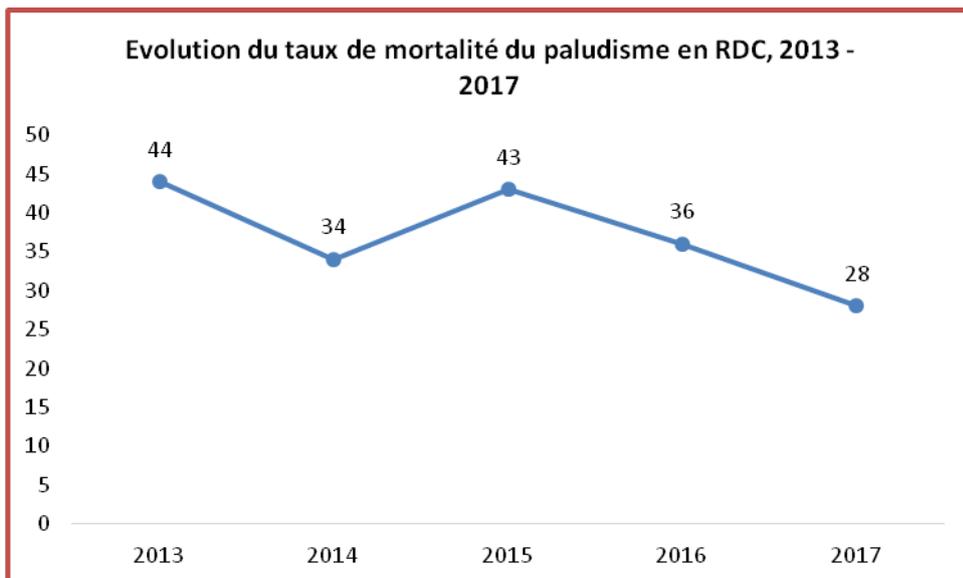


Figure 15 : Evolution du taux de mortalité du paludisme (décès pour 100000 habitants) en RDC, 2013 - 2017

L'on note sur le graphique ci-dessus une nette tendance à la baisse de la mortalité spécifique du paludisme à partir de 2015. La réduction est de 36% entre 2015 et 2017.

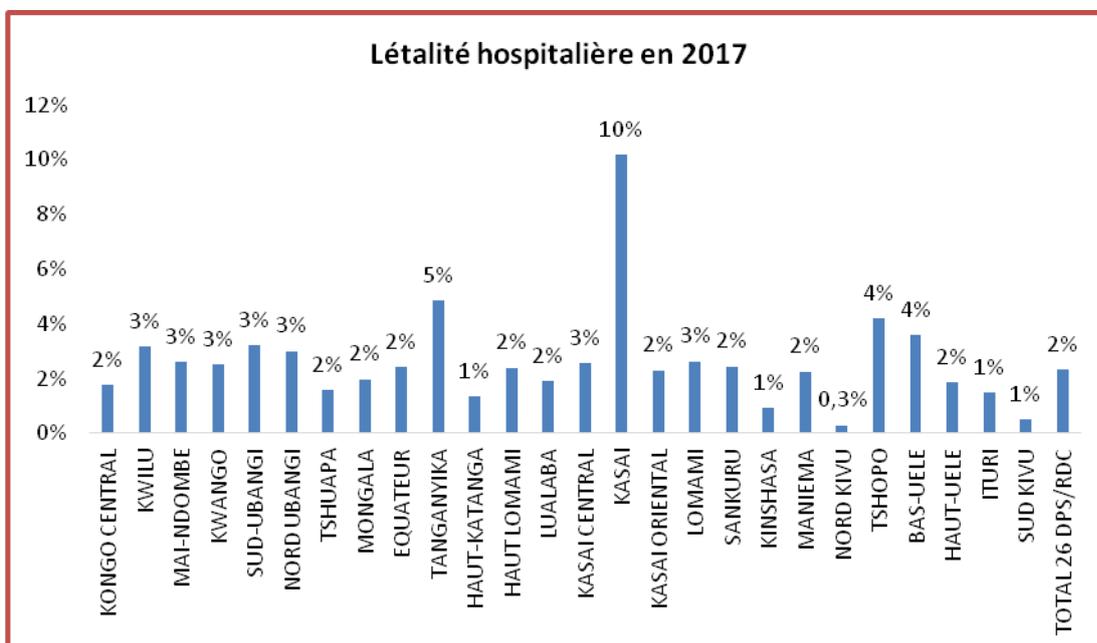


Figure 16 : Létalité hospitalière du paludisme en 2017

La létalité hospitalière est 2% pour l'ensemble du pays et est restée stationnaire par rapport à l'année 2016. La DPS du Kasai a la plus forte létalité suivie des DPS de Tanganyika, Tshopo et Bas-Uélé. La prise en charge des cas de paludisme grave pose un réel problème dans ces DPS.

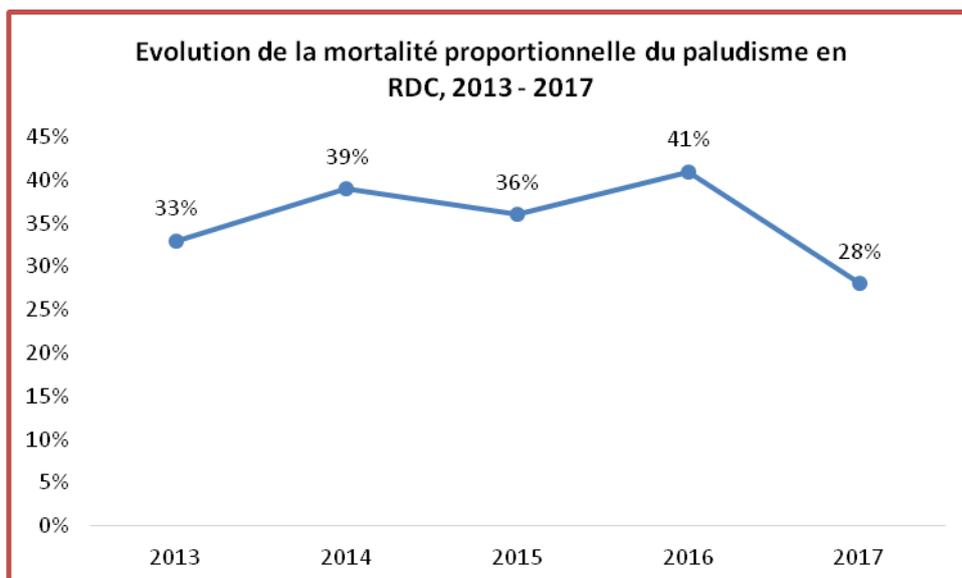


Figure 17 : Evolution de la mortalité proportionnelle du paludisme en RDC, 2013 - 2017

La mortalité proportionnelle a évolué en dents de scie entre 2013 et 2016 mais avec une nette diminution en 2017

Discussion des résultats

L'incidence a présenté dans son évolution un pic en 2016 avec 162 cas pour 1000 personnes avec l'incidence la plus élevée observée en 2017 dans la DPS de Haut-Uélé (311 cas pour 1000 personnes), celle-ci est la DPS la plus affectée en terme d'incidence ces deux dernières années au cours desquelles elle a connu des flambées épidémiques de paludisme. Une attention particulière devra être accordée à la campagne de distribution de masse qui sera organisée dans cette DPS au cours de l'année 2018.

Par contre la mortalité spécifique du paludisme connaît une nette tendance à la baisse jusqu'à dépasser la cible de l'année 2017 qui est de 29 décès pour 100.000 habitants, entre 2015 et 2017 la mortalité a été réduite de 36%. La létalité hospitalière a été maintenue à 2% par rapport à l'année 2016. Ces deux phénomènes dénotent d'une bonne prise en charge des cas de paludisme et d'une bonne disponibilité des médicaments antipaludiques. Cependant les cas de la DPS du Kasai laquelle présente la plus forte létalité, suivi des DPS de Tanganyika, Tshopo et Bas-Uélé, inquiètent et méritent une intensification des supervisions formatives et éventuellement des formations ou recyclages en matière de prise en charge, et la sensibilisation à l'accès précoce et l'utilisation de la MILD car l'investigation a montré que certaines personnes n'utilisent pas la MILD. Aussi la gratuité des soins décrétée en cas de paludisme devra être effective et renforcée en période d'épidémies.

En 2017, le paludisme a contribué à concurrence de 35% et 28% respectivement dans la morbidité globale et la mortalité globale, contre 38% et 36% en 2016. On serait tenté prudemment de constater une inversion de tendance du paludisme dans le poids global des maladies

V. ANALYSE FFOM

FORCES

- Tendance à la baisse de la mortalité
- Réalisation des activités entomologiques
- Bonne couverture diagnostique et thérapeutique des cas de paludisme dans les structures sanitaires et la communauté
- Elaboration, révision et validation des documents des normes et directives en rapport avec la lutte contre le paludisme
- Rapportage performant en termes de bonne complétude et promptitude des données des FOSA
- Bonne coordination de la lutte à travers la tenue régulière des réunions bihebdomadaires des PTF, réunions de service et des réunions trimestrielles de la Task force
- Organisation de la 5^{ème} session du cours de paludologie

FAIBLESSES

- Faible mobilisation des ressources financières pour la mise en œuvre du PAO 2017
- Très faible réalisation des campagnes de distribution gratuite des MILD programmées pour l'année 2017 (12,5%)
- Persistance de la contreperformance dans l'administration du traitement préventif intermittent chez la femme enceinte
- Faible qualité des données
- Faible capacité d'investigation et de riposte des flambées épidémiques
- Faible réalisation des enquêtes planifiées
- Rupture de stock des médicaments antipaludiques
- Emergence des cas de résistance des vecteurs aux insecticides

OPPORTUNITES

- Mise en œuvre du projet pilote Tip Top pour l'amélioration du traitement préventif intermittent
- Extension des sites des soins communautaires
- Projet de prise en charge dans le secteur privé
- Nouvelles subvention Fonds Mondial pour la période 2018 – 2020, et la continuation de l'appui PMI
- Arrivée d'une nouvelle équipe à la Direction du PNLP

MENACES

- Cessation d'activités par le Réciendaire Principal ASF/PSI
- Conditions défavorables de travail (locaux des bureaux inadaptés)
- Recrudescence de l'Insécurité dans certaines provinces du pays (Ituri, Tanganyika)
- Difficultés d'obtention de l'exonération des insecticides pour les campagnes de PID

VI. RECOMMANDATIONS

AU PNLP CENTRAL

- Repenser les stratégies de mobilisation des fonds pour la mise en œuvre des PAO
- Reprogrammer en 2018 les campagnes de distribution gratuite des MILD non réalisées en 2017
- Appuyer le projet Tip Top de la distribution communautaire de la SP dans l'éventualité de la mise à échelle
- Faire le plaidoyer auprès du Gouvernement pour les facilités administratives dans l'octroi de l'exonération des insecticides pour la PID et autres intrants antipaludiques
- Faire le plaidoyer auprès des détenteurs des fonds pour améliorer le taux de décaissement
- Poursuivre le plaidoyer pour l'amélioration des conditions de travail (réhabilitation du bâtiment du PNLP)

AUX DPS ET ZS

- Sensibiliser les femmes enceintes à fréquenter à temps les services de CPN pour bénéficier des doses requises de SP
- Améliorer la qualité des données par l'organisation régulière des audits des données dans les ZS et les FOSA
- Renforcer le système de surveillance épidémiologique pour une investigation précoce des flambées épidémiques et une riposte adéquate
- Estimer correctement les besoins en intrants antipaludiques
- Former les prestataires en prévention et prise en charge des cas de paludisme
- Mettre en place un système de PBF pour améliorer les performances des prestataires

VII. CONCLUSION

Le PAO 2017 a aligné un certain nombre d'activités de lutte contre le paludisme dont le budget total s'est élevé à 273.548.316 \$, les fonds mobilisés et rapportés en 2017 se sont chiffrés à 120.094.303 \$ soit un taux de mobilisation de 44%

Le Gouvernement Congolais et ses partenaires ont assuré ce financement. La réalisation des activités a produit des résultats encourageants notamment la tendance à la baisse de la mortalité due au paludisme, l'amélioration du rapportage des données de routine en termes

de complétude et promptitude des données des FOSA, la prise en charge des cas de paludisme en termes de diagnostic et traitement dans les FOSA ainsi que dans les sites des soins communautaires, la réalisation des activités entomologiques dont les résultats vont orienter les stratégies de gestion de résistance des vecteurs aux insecticides. Par contre l'on a noté une persistance de la contre-performance dans l'administration du traitement préventif intermittent chez la femme enceinte et dans la riposte des flambées épidémiques enregistrées en 2017, aussi a-t-on enregistré une faible réalisation des campagnes de distribution gratuite des MILD, une faible mobilisation des ressources financières pour la mise en œuvre du PAO 2017 et un faible décaissement des fonds mobilisés.

Les efforts doivent être maintenus quant à la mobilisation des fonds en faveur de la lutte contre le paludisme pour une bonne mise en œuvre du PAO 2018. Les couvertures devront être améliorées dans l'administration du traitement préventif intermittent chez la femme enceinte, l'organisation des campagnes de distribution de masse des MILD, la réalisation des enquêtes planifiées. Par ailleurs les acquis devront être préservés notamment dans la disponibilité des médicaments antipaludiques et dans la prise en charge des cas de paludisme pour maintenir la tendance à la baisse de la mortalité due au paludisme observée.