

République Démocratique du Congo

Justice*Paix*Travail

= : = : = : =



Ministère de la Santé Publique



REVUE DE PERFORMANCE DU PROGRAMME NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

RAPPORT FINAL

Kinshasa, Septembre 2015



TABLE DES MATIERES

		Page
ACRONYMES, ABREVIATIONS ET SIGLES		
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES		
RESUME		
I	INTRODUCTION	
	1.1. Jalons historiques dans la lutte contre le paludisme en RDC	
	1.2. Contexte de la RPP	
	1.3. Objectifs de la RPP	
	1.4. Méthodologie de la RPP	
	1.5. Contenu du rapport de la RPPP	
II	PERFORMANCE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME (Résultats)	
III	EFFICACITE ET VIABILITE DU FINANCEMENT DU PROGRAMME	
IV	TENDANCES DU FARDEAU DU PALUDISME	
V	FONCTIONNALITE DES SYSTEMES DE GESTION DU PROGRAMME (politique, planif, outif, S&e, ,RH,	
VI	RESULTATS DES INTERVENTIONS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME	
VII	RISQUES ET FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES DE LA TRANSMISSION	
VIII	EVALUATION DES PROGRES ACCOMPLIS VERS LES OBJECTIFS D'IMPACT DU PLAN STRATEGIQUE ET AUTRES IMPACTS EPIDEMIOLOGIQUES, ENTOMOLOGIQUE ET SOCIO- ECONOMIQUE DES INTERVENTIONS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME	
IX	CONCLUSIONS	
X	PRINCIPALES RECOMMANDATIONS	
XI	ANNEXES	

ACRONYMES, ABREVIATIONS ET SIGLES

AQ-SP	Amodiaquine + Sulfadoxine Pyriméthamine
AS -AQ	Artésunate + Amodiaquine
BAD	Banque Africaine de Développement
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
CAP	Comportements – Attitudes - Pratiques
CARN	Central African RBM Network
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDQ	Contrôle de qualité
CODIR	Comité de direction
COGES	Comité de gestion
COSA	Comité de Santé
CPN	Consultation prénatale
CPS	Consultation préscolaire
DSCERP	Document de Stratégie pour la Croissance, l'Emploi et la Réduction de la Pauvreté
DGS	Direction Générale de la Santé
DSRP	Document Stratégique pour la Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FMSTP	Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
FRP / RBM	Faire Reculer le Paludisme (Roll Back Malaria)
FRPC	Facilité pour la Réduction de la Pauvreté
FS	Formation sanitaire
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
HG	Hôpital général
IBC	Interventions à base communautaire
IDA	International Development Agency
INRB	Institut National de Recherche Biomédicale
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
LAP	Lutte AntiPaludique
LAV	Lutte Anti Vectorielle
LFA	Local Focal Agent
MI	Mortalité Infantile
MILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MILDE	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Efficacité
OBC	Organisation à Base Communautaire
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PEC	Prise en charge
PID	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PND	Plan National de Développement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National Lutte Contre le Paludisme
PNS	Politique Nationale de Santé
PTF	Partenaire Technique et Financier
RBM	Roll Back Malaria
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	Ressources Humaines
RPP	Revue de Performance du Programme
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine - Pyriméthamine
SP-AS	Sulfadoxine - Pyriméthamine + Artésunate
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	Soins de Santé Primaires
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TFM	TenkeFungurumeMining
TPI	Traitement Préventif et Intermittent
UE	Union Européenne
UNFPA	Fonds des Nations-Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNITAID	Facilité internationale d'achats de médicament
USAID	United States Agency for International Development
ZS	Zone de santé

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

	Tableaux	<u>Page</u>
Tab.I :		
Tab. II :		
Tab. III		

	Figures	<u>Page</u>
Fig.1:		
Fig.2:		

Draft 0

RESUME

Principaux résultats de la RPP

- Principales meilleures pratiques et réussites, facteurs facilitant
- Principaux problèmes et défis
- Les recommandations clés

I. - PRINCIPAUX RESULTATS DE LA REVUE

I.1. - *Gestion du programme*

I.2. - PEC

I.3. - LAV

II. - PRINCIPALES MEILLEURES PRATIQUES ET RESULTATS

III. - PRINCIPAUX PROBLEMES ET DEFIS

IV. - LES RECOMMANDATIONS CLES

Draft

I.- INTRODUCTION

I.1.- JALONS HISTORIQUES DANS LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN RDC

1. Historique de la lutte contre le paludisme

L'organisation de la lutte contre le paludisme en RDC a connu dans son développement 3 moments importants, son évolution (i) d'abord comme un projet du Ministère de la Santé, le Projet de Lutte Anti Paludique (PLAP) de 1977 à 1982, (ii) ensuite comme un volet de la Lutte Anti Paludique (LAP) de 1982-1998 au sein du Programme Elargi de Vaccination et de Lutte contre les Maladies Transmissibles de l'Enfance (PEV/LMTE) et enfin (iii) comme Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP de novembre 1998 à ce jour).

Cette évolution est jalonnée des étapes dates importantes suivantes :

1. **1983**: Enregistrement des premiers cas de résistance du *Plasmodium falciparum* à la chloroquine.
2. **1998** : Création de la Direction du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) au sein du Ministère de la Santé par Arrêté Ministériel N°1250/CAB/MIN/SP/008/1998 du 22 Juillet 1998.
3. **Mai 2000 à Novembre 2001** : Conduite de 7 études à travers le pays ayant permis de confirmer la résistance à la chloroquine variant de 29 à 80% selon les régions et de révéler une résistance à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) variant de 0 à 18%.
4. **2001** : Changement de politique nationale de traitement antipaludique et adoption de la SP comme médicament de première intention pour le traitement du paludisme simple pour une période transitoire de 2 ans, période au cours de laquelle devraient être évaluées les alternatives potentielles à la SP. Durant cette même période la RDC a adopté le traitement préventif et intermittent de la femme enceinte à la SP.
5. **2002 à 2004** : Des études ont été menées pour assurer la surveillance de l'efficacité thérapeutique de la SP et évaluer les combinaisons AQ-SP, AS-SP et AS-AQ ciblées comme alternatives. Cette surveillance de l'efficacité thérapeutique de la SP a révélé des taux d'échecs thérapeutiques variant entre 2 à 61 %. Par contre l'évaluation des combinaisons thérapeutiques ciblées comme alternatives ont montré les taux d'échecs ci-après : 0-20% pour AS-SP; 1-32% pour AQ-SP; 0-2% pour AS-AQ.
6. **2004** : Les résultats sus cités ont permis à la RDC **d'adopter la combinaison AS-AQ comme médicament de première ligne** dans le traitement du paludisme simple. La quinine demeurant la molécule recommandée pour les cas d'échecs thérapeutiques aux médicaments de première intention ainsi que

pour les formes graves du paludisme, la SP étant réservée au traitement préventif et intermittent chez la femme enceinte. La **Moustiquaire imprégnée d'Insecticide (MII)** a fait progressivement son apparition dans la stratégie nationale.

7. **2005** : Des études sur l'évaluation thérapeutique des combinaisons Artésunate-Amodiaquine et Artémether-Luméfantrine ont été effectuées dans 5 sites sentinelles du pays dont Bolenge (Province de l'Equateur), Kisangani (Province orientale), Kingasani (Province Kinshasa), Kimpese (Province Bas Congo) et Rutshuru (Province du Nord Kivu) pour la surveillance de l'efficacité de l'antipaludique de 1^{ère} intention, avec observation des résultats suivants : Echecs ASAQ (1,4– 6,9%) ; Echecs Coartem (0 – 9,2%).
8. **2006** : Introduction progressive des nouvelles stratégies de lutte contre le paludisme à savoir, la distribution des masses **des MILD** et introduction progressive **des TDR**.
9. **2009-2010** : **Mise à échelle** de la confirmation biologique, Introduction de la pharmacovigilance traitement de pré référence basé sur les suppositoires d'artésunate. La SP reste dans le traitement préventif et Intermittent de la femme enceinte, la MILD de routine distribuée aux femmes enceintes lors des CPN et aux enfants de moins de 5 ans ayant complété leur calendrier vaccinal. Intensification des campagnes

2. Organisation de la lutte contre le paludisme

Organisation structurelle

Le PNLN, qui relève de la 4^e direction, la direction de la lutte contre la maladie (DLM) du Ministère de la Santé Publique, est structuré en 3 niveaux:

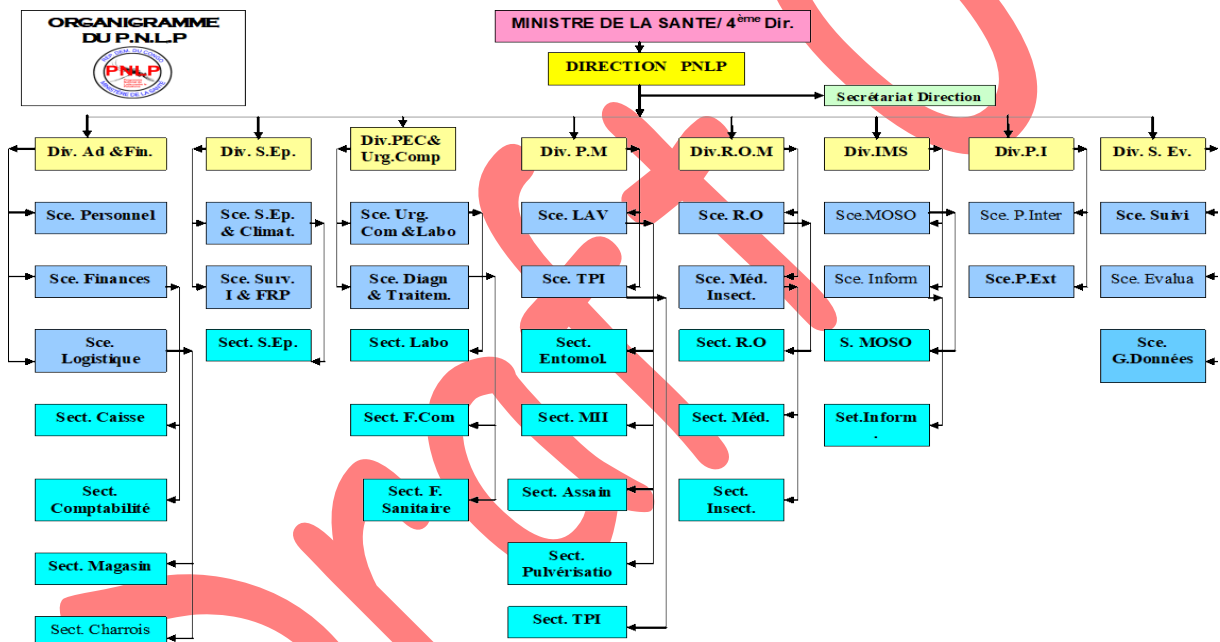
- Le niveau central est représenté par la direction ou l'unité centrale du PNLN, structure d'élaboration des normes et stratégies, avec ses 8 divisions techniques.
- Le niveau intermédiaire est représenté par une coordination technique qui est un des services de l'inspection provinciale de la santé. Ce service, animé par au plus 4 personnes (un chef de service, un superviseur, une secrétaire Data Manager et un chauffeur, coordonne les activités de lutte contre le paludisme dans la province et appuie techniquement le niveau périphérique.
- Au niveau périphérique, les activités de lutte contre le paludisme étant entièrement intégrées au niveau de l'équipe cadre du Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS), la responsabilité de ces interventions est partagée au sein de cette équipe qui assure l'offre des services et des soins de base.

Sa structure déterminée par arrêté ministériel n°1250/CAB/MIN/S/YS/RM/094/2003 du 30 Décembre 2003, comprend 1 Direction conduite par 1 Médecin Directeur et 1 Médecin Directeur Adjoint et 8 Divisions dirigées par des Chefs de Division.

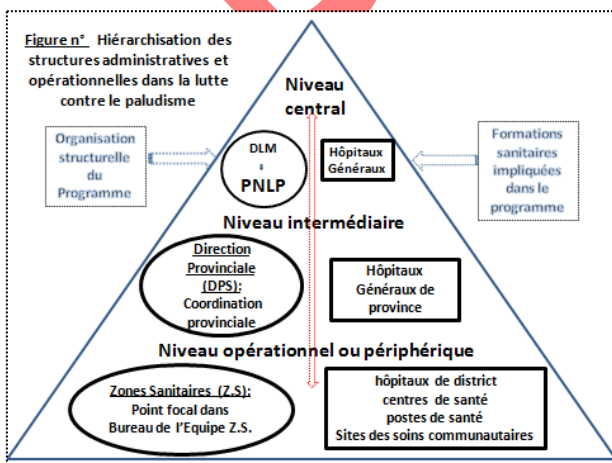
La Direction assure la gestion courante du PNLP conformément aux textes réglementaires en vigueur. A ce titre, elle coordonne les activités de tous les services du programme au point de vue administratif, technique et financier.

Les huit divisions ont pour rôle l'exécution et la mise en œuvre des directives de la direction en matière de lutte contre le paludisme en conformité avec la Politique Nationale. Il s'agit des divisions (1) Administrative et Financière ; (2) Surveillance Epidémiologique et Faire Reculer le Paludisme ; (3) Prise en charge et urgences ; (4) Prévention multiple ; (5) Recherche opérationnelle, Nouveaux Médicaments, Insecticides ; (6) Partenariat et Intégration ; (7) Information, mobilisation sociale et mobilisation de ressources; (8) Suivi et Evaluation.

Le PNLP, dont l'effectif actuel au niveau central est de 44 personnes, fonctionne depuis quelques années selon l'organigramme illustré ci-dessous et dont toutes les divisions et sections avec des tâches définies, sont pourvues.



Structures opérationnelles dans la lutte contre le paludisme



La PEC du paludisme se réalise dans toutes les FOSA en ambulatoire et en hospitalisation, tous secteurs confondus (public, paraétatique, privé à but lucratif et non lucratif), ainsi que dans les sites de soins communautaires (SSC) dont l'implantation progressive s'est réalisée avec l'appui du Fonds Mondial, de President's Malaria Initiative (PMI), de l'Agence Canadienne de Développement International (ACDI) et de la GIZ.

Ces SSC, dans le cadre de la PCIME communautaire, offrent aux enfants de moins de 5 ans, en sus de la PEC diarrhée simple et de la pneumonie, une PEC gratuite du paludisme simple, avec utilisation des tests de diagnostic rapide (TDR).

3. Les différents plans stratégiques du PNL

La lutte contre le paludisme a connu plusieurs exercices de planification.

2002- 2006 - Le premier plan stratégique de première génération avec comme objectif l'augmentation de la couverture des interventions clés de lutte contre le paludisme en mettant l'accent sur la couverture des populations les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

En 2005, l'OMS et d'autres partenaires ont conduit les pays à élaborer leurs plans stratégiques de deuxième génération avec comme objectif de mettre à l'échelle les Interventions pour couvrir toutes les populations vivant dans les zones à risque de paludisme afin d'assurer un impact sur la morbidité et la mortalité, ce qui va conduire à l'élaboration du plan stratégique 2007- 2011.

Par la suite, le plan 2009-2013 qui a suivi, a fait l'objet d'une évaluation lors de la Revue des Performances de Programme Paludisme RPP devant aboutir au développement des plans stratégiques de 3ème génération. Ces plans permettent d'entreprendre une mise en œuvre compréhensive des politiques et stratégies de lutte contre le paludisme afin d'atteindre la couverture universelle pour toutes les interventions de lutte contre le paludisme (MILD, PID, ACT, TDR et....) au cours de la période 2013 – 2015.

Au terme de la RPP de 2012, la RDC avait élaboré le Plan Stratégique National 2013-2015 du Programme National de Lutte contre le Paludisme de quatrième génération, faisant l'objet de la présente revue. Ce plan stratégique, expression de la réponse à l'un des défis majeurs que la RDC entend relever, a pour but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population par la réduction du fardeau humain et socio-économique du paludisme. Ses objectifs généraux étaient de réduire d'ici fin 2015 et à partir des données de 2010, (i) la mortalité spécifique due au paludisme dans les formations sanitaires de 50%, et (ii) la morbidité liée au paludisme de 25%.

I.2.- CONTEXTE DE LA RPP

La revue de performance du programme (RPP) est une évaluation périodique conjointe et collaborative du programme national de lutte contre le paludisme, avec pour but d'améliorer la performance de la stratégie nationale en vue de réduire la morbidité et la mortalité liée à cette maladie. Outil de dialogue entre les parties prenantes dans le pays autour des politiques, stratégies et prestation de services, elle vise à identifier les réalisations du Programme en termes de résultats et d'impacts, de meilleures pratiques, de points critiques à améliorer, ainsi que des recommandations pour le renforcement de ses performances. Elle permet non seulement de mettre en place un processus de planification, initié par le pays et basé sur les évidences, mais aussi l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et plans actualisés, ainsi que la possibilité de coordonner l'action des différents intervenants et bailleurs de fonds.

Au terme de la RPP de 2012, la RDC avait élaboré le Plan Stratégique National 2013-2015 du Programme National de Lutte contre le Paludisme, aligné au PNDS 2011-2015, et en harmonie avec les priorités nationales et les défis à relever. La période couverte par ce plan étant arrivé à terme, le Gouvernement de la RDC et ses partenaires se sont engagés depuis février 2015 à l'évaluer en prenant en compte les acquis de 2010 à 2012 en vue de rentrer dans l'alignement du Plan National du Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015.

I.3.- OBJECTIFS DE LA RPP

L'objectif général du processus de cette revue est d'améliorer les performances nationales et de veiller à rendre plus efficace la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme en vue de réduire la morbidité et la mortalité.

- Evaluer l'épidémiologie du paludisme en RDC afin d'actualiser l'analyse situationnelle de la pandémie (niveau d'endémicité, prévalence et distribution parasitaire, et autre profil épidémiologique
2. Evaluer le cadre structurel, organisationnel et administratif de la mise en œuvre des politiques et du programme au sein du système de santé et du programme national de développement
3. Evaluer les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan stratégique 2012-2015 par rapport aux objectifs nationaux, régionaux et mondiaux ;
4. Evaluer la performance actuelle du programme par domaines thématiques d'intervention et par niveaux de prestation de service (MILDE, TPI, diagnostic et traitement)
5. Rechercher et identifier des goulots d'étranglement au niveau du programme, du système de santé, du financement des activités et autres
6. Définir les étapes suivantes afin de (i) améliorer la performance du programme et(ii) de redéfinir les orientations et les priorités stratégiques, notamment par la révision de la politique et du plan stratégique, ainsi que les cibles en terme de couverture de population par les services essentiels de prévention et de prise en charge de l'endémie.

7. Promouvoir le maintien et l'augmentation des appuis des différents partenaires à la lutte contre le paludisme à la lumière des progrès réalisés dans l'atteinte des cibles fixés pour 2015.

Résultats attendus

- Le niveau de morbidité et de mortalité du paludisme est vérifié et la situation épidémiologique de la maladie mise à jour ;
- Le niveau d'accès, équité, couverture et qualité des interventions clés de lutte contre le paludisme dans les cibles est analysée
- Les zones de santé à risque, les populations à risque, les facteurs de risque sont redéfinis ;
- Le fardeau social et économique du paludisme ainsi que le coût de la maladie et de son contrôle sont mis à jour;
- Les domaines possibles de révision de la politique et des directives techniques sont identifiés ;
- Des stratégies et activités sont proposées en vue de l'accélération vers la couverture universelle et ou du maintien de la performance à travers la formulation d'un nouveau plan stratégique
- Les domaines pour améliorer la fonctionnalité (gouvernance, transparence, obligation de résultats, etc.) et les mécanismes de coordination sont identifiés ;
- Des propositions sont suggérées pour renforcer le cadre organisationnel et les capacités à différents niveaux du système de santé

Produits attendus

Dans le cadre de cette revue, les produits suivants sont attendus : (i) un Aide-mémoire signé par le pays et les partenaires sous forme d'engagement, (ii) un rapport de la revue du programme, (iii) des rapports thématiques, (iv) des rapports de visite de terrain, (v) une politique actualisée de lutte contre le paludisme, (vi) un plan stratégique, et (vii) un plan de suivi évaluation.

I.4.- METHODOLOGIE LA RPP

Phase de la Revue

Le processus engagé pour cette RPP a comporté 4 phases : (i) la Planification et la Préparation, (ii) la Revue Documentaire, (iii) la Revue externe et la descente sur terrain, (iv) la Finalisation du rapport, suivi des recommandations, et plan de réorientation du programme.

La **phase 1** de planification et de préparation consisté à : (i) consulter tous les partenaires et toutes les parties prenantes de la lutte contre le paludisme en vue d'obtenir un consensus sur les objectifs de la revue, (ii) élaborer les TDR de la revue, (iii) réaliser sa budgétisation et (iv) mobiliser les fonds nécessaires.

La **phase 2** de la revue documentaire a permis de constituer 8 Groupes de Travail (GT) selon les thématiques suivantes: (i) Situation épidémiologique, (ii) Prévention et lutte anti vectorielle, (iii) Prise en charge des cas de paludisme, (iv) Paludisme et groupes spécifiques, (v) Gestion des approvisionnements et des stocks, (vi) Surveillance épidémiologique, Suivi et évaluation, et Recherche opérationnelle, (vii) Gestion du programme, et (viii) Plaidoyer, IEC et Mobilisation Sociale. Les membres retenus dans ces groupes thématiques ont été désignés sur note du Secrétaire Général à la Santé Publique. Au terme de cette phase, des rapports thématiques ont été élaborés. Leur élaboration s'est réalisée en 4 étapes, (i) la production des premières moutures par les divisions correspondantes du PNLP, (ii) leur validation interne en plénière du programme, (iii) leur présentation à l'ensemble des membres des groupes thématiques pour amendements, enrichissement et amélioration, et enfin (iv) leur validation au cours d'un atelier. Ces rapports thématiques validés, partagés avec les évaluateurs externes, ont été soumis à l'examen des évaluateurs internes et externes dans la 3^e phase.

La **phase 3** de la Revue externe du au , ponctuée des visites de terrain a consisté à examiner les rapports thématiques au cours d'un atelier de revue, à collecter au cours des visites de terrain les données et informations pour infirmer, conforter ou compléter celles obtenues de la revue documentaire. Cette phase a permis la consolidation et la validation des rapports des commissions thématiques, la réorientation des stratégies de lutte sur la base des évidences, et l'élaboration de l'Aide-mémoire.

La **phase 4** de Finalisation du rapport, suivi des recommandations, et plan de réorientation du programme, permettra la finalisation du Rapport de la revue, le suivi des recommandations, la révision des politiques et l'élaboration d'un nouveau Plan Stratégique National.

Outils de collecte des données

Trois types d'outils ont été utilisés: (i) des fiches adaptées de l'outil générique de l'OMS pour la Revue Rapide de Programme (RRP) , (ii) des guides d'entretien pour les entretiens individuels adaptés selon les institutions, (iii) des guides d'entretien pour les focus groupe, et (iii) des guides d'observation pour les FOSA visitées.

I.5.- CONTENU DU RAPPORT DE LA RPP

Ce rapport, établi selon un canevas de rédaction proposé dans le guide générique OMS pour la RPP, est structuré comme suit :

- .1. L'introduction incluant (i) les jalons historiques dans la lutte contre le paludisme en RDC avec l'historique de la lutte contre le paludisme, l'organisation du programme, et les différents plans stratégiques mis en œuvre, et (ii) le contexte, les objectifs et la méthodologie de la RPP.
- .2. La performance de la mise en œuvre du programme, incluant la revue de la mise en œuvre du PSN et des PTA, l'identification des facteurs majeurs facilitant et les contraintes, et l'évaluation du niveau de mise en œuvre des recommandations des revues périodiques réalisées
- .3. L'efficacité et la viabilité du financement du programme incluant avec les résultats de différentes analyses sur le budget alloué à la santé par rapport au budget national, les contributions des autres ministères et des agences à la lutte contre le paludisme, le budget alloué à la lutte contre le paludisme par rapport au budget sectoriel, et les dépenses
- .4. Les tendances du fardeau du paludisme incluant celle de la maladie y compris la résistance aux médicaments, la bionomie des vecteurs y compris la résistance aux insecticides, l'établissement de la cartographie des risques de transmission
- .5. La fonctionnalité des systèmes de gestion du programme
- .6. Les résultats des interventions de lutte contre le paludisme,
- .7. les risques et les facteurs socio-économiques de la transmission, incluant les risques liés à la baisse de la transmission, à une faiblesse du système de santé, la perte des acquis de la lutte avec les modifications de l'environnement en rapport avec le développement de zones hydro agricoles, et les échanges entre les pays et la lutte transfrontalière
- .8. les évaluations des progrès accomplis vers les objectifs d'impact du plan stratégique et autres impacts épidémiologiques, entomologiques, et socio-économiques des interventions de lutte contre le paludisme, incluant les progrès accomplis dans le sens de la réduction de la morbidité et de la mortalité palustres et en rapport la mortalité globale, la revue du niveau atteint par le programme en termes d'impact épidémiologique, entomologique et socio-économique,
- .9. Les conclusions
- .10. Les principales recommandations

II.- PERFORMANCE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

II.1.- MISE EN ŒUVRE DU PSN ET DES PTA

Le PSN de lutte contre le paludisme 2013-2015 dont dispose le PNLP, a été élaboré en 2013, d'une manière participative avec tous les acteurs concernés dans la lutte contre le paludisme à la suite de la revue des performances du programme de 2012. Ce PSN transitoire de quatrième génération est budgétisé et aligné au PNDS 2011-2015. Il a été opérationnalisé aux différents niveaux du système de santé, avec 3 plans d'action annuels au niveau central, des plans opérationnels au niveau provincial. Au niveau opérationnel, les plans de développement sanitaire des zones de santé et les plans opérationnels annuels élaborés, ont pris en compte ses orientations stratégiques.

Le PSN dont le but était de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de la RDC par la réduction du fardeau humain et socio-économique du paludisme, avait pour objectifs généraux de réduire d'ici fin 2015 et à partir des données de 2010, (i) la mortalité spécifique due au paludisme dans les formations sanitaires de 50%, et (ii) la morbidité liée au paludisme de 25%.

Dans sa mise en œuvre, les résultats suivants ont été obtenus.

II.1.1. Dans le cadre de la gestion du programme

Résultat 1 : Renforcement de l'unité de coordination du PNLP ;

Ce résultat a été atteint à 50 % avec la tenue de réunions sanctionnées par des comptes rendus en vue de renforcer la cohésion interne et encourager la circulation de la communication au niveau central, provincial et avec les Partenaires d'appui Technique et Financiers.

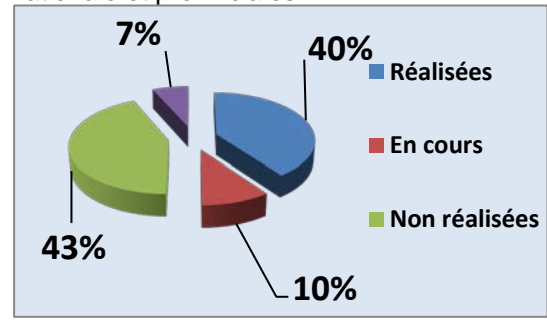
Résultat 2 : Un audit Institutionnel et organisationnel du PNLP est mené avec l'objectif d'améliorer le fonctionnement et le leadership du PNLP ;

Ce résultat a été atteint à **80%**, avec 4 étapes réalisées sur 5 prévues, à savoir (i) la mobilisation des ressources, (ii) la sélection du cabinet d'audit, (iii) l'exécution de l'audit, et (iv) la production du rapport préliminaire de l'audit)

Résultat 3 : La contribution financière du Gouvernement et des entités décentralisées en faveur de la lutte contre le paludisme est effective ;

Le budget consacré à la lutte contre le paludisme est passé de 303 835\$ en 2012 à 9 946 237\$ en 2014, soit une augmentation importante de plus de 30 fois. Ce budget représente 5% de l'apport du Fonds Mondial dans la lutte contre le paludisme.

Fig. Niveau de réalisation des activités de renforcement des structures de coordination nationale et provinciales



L'atteinte du **résultat 4** dont l'objectif fixé dans le PSN était de réaliser au moins 80% des activités planifiées dans le cadre du renforcement des structures de coordination nationale et provinciales du PNLP d'ici fin 2015, n'est que de 63%. Sur 60 activités programmées, seules 26 ont été complètement réalisées (soit 46%), 13 en cours de réalisation ou partiellement réalisées (10%), 23 non réalisées (43%), et 4 non applicables ou reportées (7%).

Résultat 5 : Le renforcement du leadership du PNLP pour la mise en oeuvre et le suivi de la stratégie nationale.

Ce résultat a été atteint à 50 %, les normes et directives de PEC des cas n'étant pas encore totalement appliquées dans le Secteur Public et encore moins dans le Secteur Privé..

Résultat 6 : L'implication du secteur privé dans la lutte contre le Paludisme

L'Implication des Entreprises et Organisations professionnelles dans la lutte contre le Paludisme dans tous ses aspects (Prévention & Prise en charge) est effective. Le suivi et évaluation des interventions de la lutte dans le secteur privé sont réalisés avec l'appui des partenaires suivants : le Projet DEFEAT MALARIA , le Projet CHAI, et le CIELS et FEC.

Résultat 7 : Renforcement et formalisation du cadre de partenariat.

Des cadres de collaboration existent avec les PTFs œuvrant dans la lutte contre le paludisme. Bien qu'il n'existe pas encore un cadre formel de collaboration avec les structures du Ministère de la Santé Publique, et des autres départements ministériels, le PNLP collabore avec certaines d'entre elles, notamment :

1. La Direction du ministère de la santé chargée du partenariat
2. La Direction des services des établissements de soins.
3. La Direction des médicaments et pharmacies.
4. La Direction de la lutte contre la maladie.
5. La Direction de développement des soins de santé primaires
6. La Direction d'études et planification
7. La Direction des laboratoires
8. Le Programmes National de Transfusion Sanguine
9. Le Programme National du Lutte contre le SIDA
10. Le Programme National de Santé de la Reproduction
11. Le Programme National d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels (PNAM/CME)
12. Le Programme Elargi de Vaccination
13. Le Programme national de Nutrition
14. Le Institut National de Recherche Biomédicale (INRB)

Résultat 8 : Mobilisation des ressources pour le financement de la lutte et de

l'élimination du Paludisme :

Les ressources mobilisées ces 5 dernières années, ont permis de faire passer le nombre de Zones de Santé bénéficiant d'un appui pour la mise en œuvre du paquet minimum de lutte antipaludique de **271 à la couverture totale, soit une augmentation de 47%**.

II.1.2. Dans le cadre de la Lutte antivectorielle (LAV)

Pour cette intervention essentielle de la lutte contre le paludisme, qui contribue largement à la réduction de la morbidité et de la mortalité, 3 stratégies essentielles ont été retenues: (i) la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MIILD), (ii) la pulvérisation intradomestique d'insecticides à effet rémanents (PID), et (iii) la gestion de l'environnement avec la lutte anti larvaire à travers le traitement des gîtes larvaires (utilisation des larvicides, des bactéries entomopathogènes et drainage des marais, marécages,...). La distribution des MILD se réalise en routine au bénéfice femmes enceintes lors des CPN et aux enfants de moins d'1 an en CPS complétant leur calendrier vaccinal, et en distribution de masse en vue couverture universelle lors des campagnes rotatoire dans les provinces au bénéfice des ménages et de toute la population.

La revue du programme de 2012, ayant identifié quelques faiblesses en matière de LAV, avait recommandé :

- (i) La mise à jour de la cartographie des vecteurs (incluant la densité vectorielle, le comportement des vecteurs, le taux d'agressivité, l'ineffectivité, la bio-écologie) ;
- (ii) La réalisation des distributions de masse des MILD à l'échelle nationale sur une période de 2 ans maximum afin de maintenir une couverture universelle au niveau du pays à tout moment;
- (iii) Le renforcement du cadre de collaboration de la lutte anti vectorielle et des capacités des agents en matière de lutte anti vectorielle et en surveillance des vecteurs surtout au niveau provincial.

Pour corriger ces faiblesses, le PSN 2013-2015, qui avait programmé la MIILD et la PID, avait planifié 80% de couverture universelle pour chacune de ces stratégies dans ZS d'intervention.

Sur les 18 activités programmées dans le cadre de l'objectif x d'amener au moins 80 % des personnes a risque de paludisme a dormir sous la moustiquaire imprègne d'insecticide a longue durée d'action, d'ici 2015,

- x ont été réalisées.
- y partiellement réalisées
- z non réalisées

Dans le cadre de la pulvérisation d'au moins 80 % des maisons dans les aires d'intervention avec des insecticides a effet remanent, sur les 23 activités programmées

- x ont été réalisées.
- y partiellement réalisées
- z non réalisées

II.1.3. Dans le cadre de la Prise en charge des cas du paludisme

Sur 18 activités programmées,

- x ont été réalisées.
- y partiellement réalisées
- z non réalisées

Dans le cadre du paludisme et des groupes spécifiques

II.1.4. Dans le cadre de la gestion des approvisionnements et des stocks

II.1.5. Dans le cadre de la surveillance, du S&E et de la recherche opérationnelle

II.1.6. Dans le cadre du Plaidoyer, de l'IEC et de la mobilisation sociale

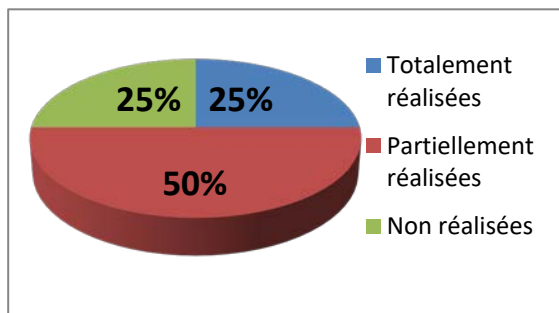
II.2.- FACTEURS MAJEURS FACILITANTS ET CONTRAINTES

Draft 0

II.3.- MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS

Le programme malgré la mise en place d'une nouvelle équipe de coordination n'a pu réaliser toutes les recommandations issues de la RPP 2012. Sur les 12 recommandations, 3 ont été totalement réalisées (25%), avec (i) la réorganisation effective de l'unité de coordination, (ii) le renforcement du cadre de partenariat avec l'organisation régulière des réunions de la Task Force, et (iii) l'appui au niveau opérationnel avec l'utilisation systématique des tests de confirmation biologique (TDR) dans les SSC.

Fig. Niveau de réalisation des recommandations issues du RPP 2012



Les recommandations relatives au renforcement de « l'Esprit d'Equipe » (Team building) au sein de l'unité de coordination, au renforcement des effectifs et de la qualité des équipes décentralisées au niveau des provinces, à l'accroissement de la contribution financière du gouvernement et des entités décentralisées, à l'accessibilité financière des populations aux soins et services anti paludiques, et à la mise en place des mécanismes de coordination n'ont été que partiellement réalisées..

Trois recommandations n'ont pas été mis en œuvre, celles relatives à (i) la réglementation du secteur privé, (ii) l'élaboration des directives sur la PID, et surtout (iii) l'affectation du personnel dans le cadre d'un processus compétitif selon l'organigramme, les profils et les besoins.

III.- EFFICACITE ET VIABILITE DU FINANCEMENT DU PROGRAMME

III.1.- ANALYSE DU BUDGET ALLOUE A LA SANTE PAR RAPPORT AU BUDGET NATIONAL

III.2.- ANALYSE DU BUDGET ALLOUE A LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME PAR RAPPORT AU BUDGET SECTORIEL

III.3.- ANALYSE DES CONTRIBUTIONS DES PARTENAIRES A LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

III.4.- ANALYSE DES CONTRIBUTIONS DES AUTRES MINISTERES ET DES AGENCES A LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

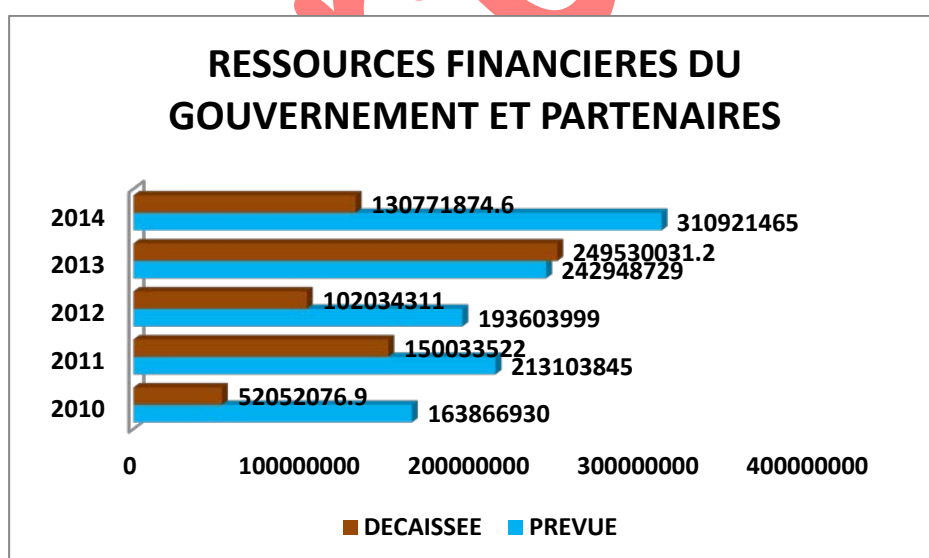
1.1.1.1 FINANCEMENT DE LA LUTTE ET DE L'ELIMINATION DU PALUDISME

En dépit de son autonomie financière conformément à l'arrêté n°1250/CAB/MIN/SP/008/1998 du 22 juillet 1998 portant création, organisation et fonctionnement du PNLP, la gestion financière est régie par la loi financière, le règlement général sur la comptabilité publique et les instructions budgétaires émanant du Ministère du Budget ; le PNLP utilise aussi le Manuel des procédures et du circuit de la dépense publique et manuel des procédures de gestion applicables aux financements du Ministère de la Santé Publique.

Financement de la lutte contre le paludisme en RDC de 2010 à 2014 (en USD)

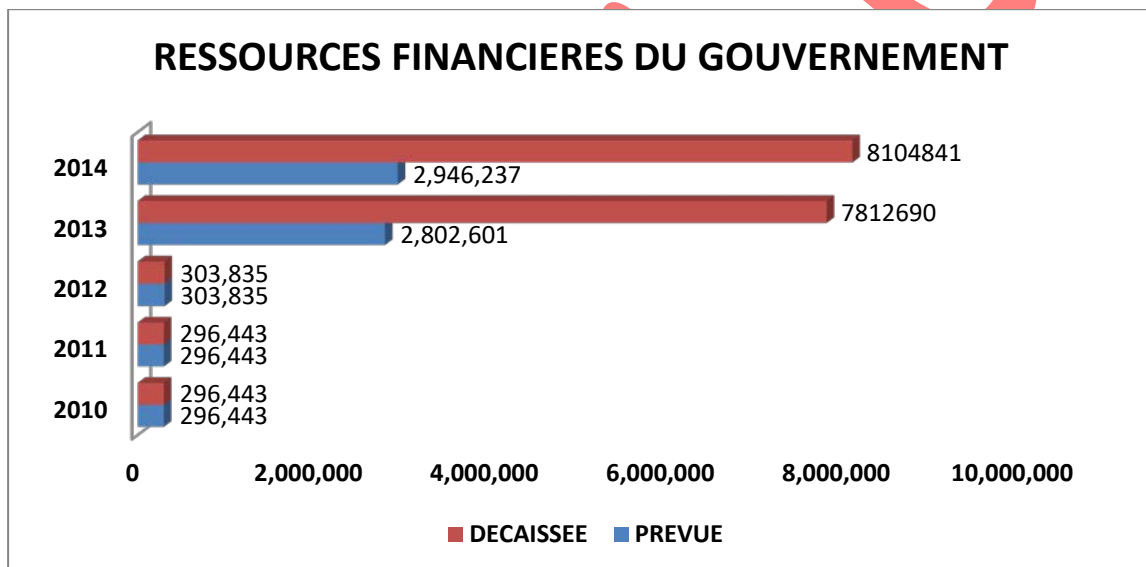
RESSOURCES FINANCIERES DE 2010-2014

ANNEE	PREVUE	DECAISSEE
2010	163.866.930	52.052.076,89
2011	213.103.845	150.033.522
2012	193.603.999	102.034.311
2013	242.948.729	249.530.031,2
2014	310.921.465	130.771.874,62



RESSOURCES FINANCIERES GOUVERNEMENTALES DE 2010-2014

ANNEE	PREVUE	DECAISSEE
2010	296 443	296 443
2011	296 443	296 443
2012	303 835	303 835
2013	2.802.600,77	7 812 690
2014	2.946.236,52	8.104.841



Avec cette mobilisation des ressources durant ces 5 dernières années, le nombre de zone de santé bénéficiant d'un appui pour la mise en œuvre du paquet minimum d'activités de lutte antipaludique est passé de 271 à la couverture totale soit une augmentation de 47%. Cet accroissement est lié essentiellement aux appuis additionnels du Fonds Mondial (Round 10), de l'USAID-PMI et de DFID.

Il reste que nous produisons le tableau des ressources décaissées par stratégie de lutte.

Il nous faut également produire un autre tableau qui va reprendre en même temps les ressources prévues, mobilisées et décaissées. Ce tableau nous permettra de déterminer le taux de décaissement des ressources mobilisées chaque année.

IV.- TENDANCES DU FARDEAU DU PALUDISME

- a) Disease trends including drug resistance. (Tendance de la maladie y compris la résistance aux médicaments.)
- b) Vector bionomics including insecticide resistance. (Bionomie des vecteurs y compris la résistance aux insecticides).
- c) Malaria transmission riskmapping. (Cartographie des risques de transmission).

IV.1.- TENDANCE DE LA MALADIE Y COMPRIS LA RESISTANCE AUX MEDICAMENTS

IV.2.- BIONOMIE DES VECTEURS Y COMPRIS LA RESISTANCE AUX INSECTICIDES

IV.3.- CARTOGRAPHIE DES RISQUES DE TRANSMISSION

V.- FONCTIONNALITE DES SYSTEME DE GESTION DU PROGRAMME

1. Niveau national

- a. **Availability of policies and guidance for** coordination and planning; systems for coordinated resource mobilization, implementation, co-investment and accountability; and system for performance monitoring and reporting.
- b. **Availability of capacity – structures, sites, systems, human resource, tools and/or equipment for** coordination and planning; systems for coordinated resource mobilization, co-investment and accountability including risk management; and system for performance monitoring and reporting
- c. **Review of the program structure/management system for the appropriateness to deliver the targets and objectives of the MSP** taking into account placement within the ministry, sustainability of partnership and donor coordination mechanisms, coordination and implementation
- d. **Delivery of appropriate inputs, outputs or services for:** Coordination and planning; systems for coordinated resource mobilization, co-investment and accountability; and system for performance monitoring and reporting

2. Sub-national level

The areas of analysis considered under national level should be applied as appropriate for the various sub-national levels.

VI.- RESULTATS DES INTERVENTIONS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

For each service delivery area, the review should take into account the following key areas of focus:

- a) Review the level of attainment of programme outcome indicator targets over time (trend analysis).
- b) Identify challenges, best practices and enablers to the implementation
- c) Reach conclusions and make recommendations on strategic and programmatic actions for enhanced attainment of programme outcome targets/objectives
 - a. Conclusions on projected technical attainment of the programme objective (s) or targets if the current trends in the technical attainment of the outcome indicator targets are maintained
 - b. Recommendations on strategic and programmatic actions for enhanced technical team attainment of programme objective(s)/targets or proposals on modification of the MSP objective(s)/targets

6.1.Lutte antivectorielle

6.2.Chimioprévention

6.3. Diagnostic et traitement

6.4.Urgences et Lutte contre les épidémies paludisme

6.5. Gestion des Achats et des Stocks

6.6.Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale

6.7.Surveillance, Suivi et Evaluation

VII.- RISQUES ET FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES DE LA TRANSMISSION

7.1 Risques liés à la baisse de la transmission (survenue d'épidémie au niveau des zones de faible transmission, etc.)

7.2 Risques liés à une faiblesse du système de santé

7.3 Perte des acquis de la lutte avec les modifications de l'environnement en rapport avec le développement de zones hydro agricoles

7.4 Les échanges entre les pays et la lutte transfrontalière

Draft 0

VIII.- EVALUATION DES PROGRES ACCOMPLIS VERS LES OBJECTIFS D'IMPACT DU PLAN STRATEGIQUE ET AUTRES IMPACTS EPIDEMIOLOGIQUE, ENTOMOLOGIQUE, ET SOCIO-ECONOMIQUE DES INTERVENTIONS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

- a) Improvement in the reduction in malaria morbidity and mortality. (Progrès accomplis dans le sens de la réduction de la morbidité et de la mortalité palustres et en rapport la mortalité globale)
- b) Review of the level of achievement of programme epidemiological, entomological and socio-economic impact (Revue du niveau atteint par le programme en termes d'impact épidémiologique, entomologique et socio-économique.)
- c) The effectiveness of the program strategies (Efficacité des stratégies du programme.)

Draft

IX.- CONCLUSIONS

Draft 0

X.- PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Draft 0

Draft 0

Draft 0