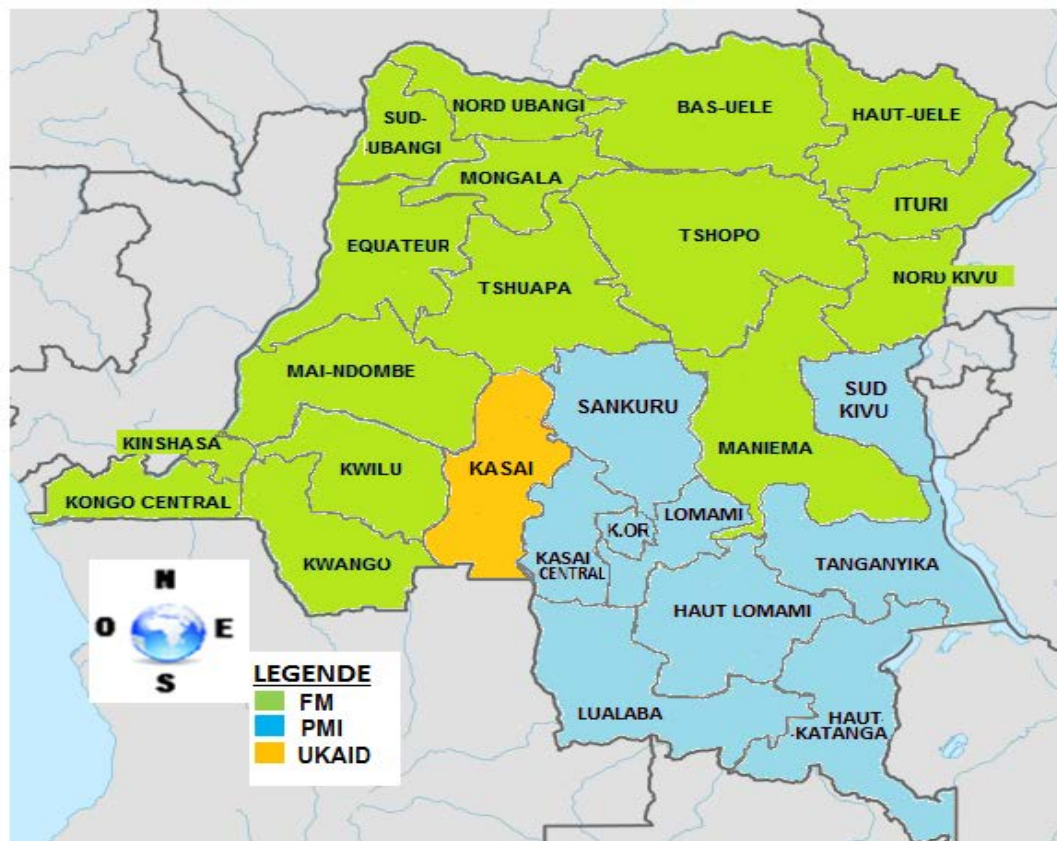




PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME
P.N.L.P.

Rapport d'activités 2016



Carte produite par le Programme National de Lutte contre le Paludisme

Cartographie des bailleurs d'appui à la lutte contre le paludisme pour la période 2016-2020

Mars 2017

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	18
IV.3 Prise en charge des cas	23
IV.4 La gestion des achats et des stocks	26
IV.5 Communication en faveur de la lutte contre le paludisme	27
IV. 6 Surveillance, Suivi-Evaluation et recherche opérationnelle	28
IV.7.2 Recherche opérationnelle	33
IV.8 Gestion du programme	34
IV.9 Impact	37
V. ANALYSE FFOM	42
VI. RECOMMANDATIONS	42
VII. CONCLUSION	43

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	FondsMondial
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
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	Suiviet 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

TPIIn	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.....	12
Tableau II : Dépenses engagées en 2016 pour la lutte contre le paludisme en RDC.....	14
Tableau III : Nombre des MILD distribuées en campagne par province en 2016.....	17
Tableau IV : Résultats des enquêtes EUV réalisées en 2016.....	26
Tableau V : Flambées épidémiques des cas de fièvre présumés palustres investiguées en 2016 en RDC.....	28
Tableau VI : Enquêtes réalisées en 2016.....	33
Tableau VII : Renforcement des capacités des cadres du PNLN.....	33
Tableau VIII : Rencontres internationales en 2016.....	35

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des fonds mobilisés par bailleur en 2016.....	12
Figure 2 : Répartition des dépenses en 2016.....	15
Figure 3 : Cartographie des intervenants.....	16
Figure 4 : Nombre des ZS appuyées en PMA de lutte contre le paludisme en RDC, 2010-2016.....	16
Figure 5 : Nombre des MILD distribuées par groupe des provinces de 2012 à 2016	18
Figure 6 : Proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses et trois doses de SP en 2016.....	20
Figure 7 : Evolution de la proportion des femmes enceintes ayant reçu la SP2 de 2010 à 2016.....	21
Figure 8 : Proportion des cas confirmés de paludisme qui ont traités conformément à la politique nationale.....	23
Figure 9 : Evolution de la proportion de confirmation biologique et de la mise sous CTA des cas simples confirmés.....	24
Figure 10 : Complétude et promptitude des 11 anciens et 15 nouveaux sites sentinelles au deuxième semestre 2016.....	29

Figure 11 : Complétude et promptitude des données des FOSA vers les zones de santé en 2016.....	30
Figure 12 : Cadres de coordination de la lutte contre le paludisme en RDC	34
Figure 13 : Répartition des cas et incidence par province en 2016	36
Figure 14 : Evolution de l'incidence du paludisme, 2012-2016.....	36
Figure 15 : Evolution de la morbidité proportionnelle du paludisme, 2012-2016.....	37
Figure 16 : Répartition des décès et mortalité spécifique palustre par province en 2016.....	37
Figure 17 : Evolution du taux de mortalité du paludisme (décès pour 100000 habitants), 2012 - 2016.....	38
Figure 18 : Létalité hospitalière du paludisme en 2016.....	38
Figure 19 : Evolution de la mortalité proportionnelle du paludisme en RDC, 2012-2016.....	39
Figure 20 : Analyse de l'incidence en fonction de l'utilisation des services curatifs, de la complétude et de la promptitude des données de 2016.....	40

AVANT-PROPOS

L'année 2016 a été la première année de mise en œuvre du plan stratégique national 2016-2020, au cours de cette année de nombreux défis devaient être relevés notamment l'intensification des activités liées à la promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action, l'amélioration de la couverture du TPI chez les femmes enceintes, l'amélioration de l'approvisionnement en intrants antipaludiques avec un accent sur la rationalisation des appuis par province, l'accessibilité au diagnostic et traitement de qualité dans le secteur privé et l'amélioration de la disponibilité des informations de qualité pour la prise des décisions.

Des efforts pour relever ces défis ont été déployés avec la contribution de l'ensemble des partenaires techniques et financiers réunis au sein de la Task Force « Faire reculer le paludisme » tant en termes d'apport financier que d'appui technique. En 2016 l'appui a concerné l'ensemble des 516 zones de santé et a permis l'approvisionnement en MILD, en TDR et médicaments antipaludiques ainsi que l'appui aux activités de surveillance, suivi et évaluation, et communication.

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 anti paludique;
- Aux différents collaborateurs des niveaux intermédiaire et opérationnel pour leur implication dans l'organisation et l'offre des services
- Au Fonds Mondial, au PMI et à DFID pour leur appui financier au paquet minimum d'intervention ;
- À la Coopération Canadienne, l'OMS, l'UNICEF, RBM, MEASURE Evaluation, ASF/PSI, SANRU, PROSANI PLUS, IMA, CARITAS, SWISS TPH, MSF, IRC ... pour leur appui aux divers aspects de la lutte anti paludique dans une perspective de complémentarité et de synergie.

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

Prof Dr Joris LOSIMBA LIKWELA

Directeur du Programme National de Lutte contre le Paludisme

RESUME

L'année 2016 est la première année de mise en œuvre du plan stratégique national 2016-2020. Celui-ci a été élaboré sur la base d'une nouvelle stratification du paludisme établie en fonction de la prévalence parasitaire avec différenciation des interventions selon les strates. Au cours de l'année 2016 la rationalisation des appuis des partenaires a été obtenue confiant ainsi la totalité des zones de santé d'une DPS à un même partenaire, rendant ainsi efficaces et efficientes les interventions de lutte contre le paludisme.

La mise en œuvre du PAO 2016 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 2016 se sont chiffrés à 215.579.511\$. Le Gouvernement congolais et ses partenaires ont financé les activités de lutte contre le paludisme à concurrence de 186.829.969 \$ soit un taux de mobilisation de 86,5%. La prévention par la MILD a la grande part des dépenses (21%), suivi de la gestion des approvisionnements (16%), Suivi et évaluation (10%), planification (10%), médicaments antipaludiques(9%), ressources humaines(9%), infrastructures et équipements (7%), diagnostic (6%), formation (6%) communication (4%), et autres dépenses (3%).

Les principaux résultats enregistrés au terme de l'année 2016, se résument comme suit :

- 31.439.920 MILD ont été distribuées dont 26.838.080 MILD en campagne de masse avec 97,3% des ménages servis, et 4.357.589 MILD en routine avec 2.405.582 MILD distribuées chez les femmes enceintes à travers la CPN soit 79% de couverture et 1.952.007 MILD distribuées chez les enfants de moins d'une année à travers la CPS soit 74% de couverture, et 244251 MILD distribuées à travers 1100 écoles dans la province du Kasai central ;
- 2.114.923 femmes enceintes ont bénéficié de deux doses de SP et 1.055.867 ont bénéficié de SP3, soit respectivement 69% et 35% des femmes ayant utilisé les services de CPN;
- 21.440.703 cas de fièvre ont été testés sur 21.569.754 cas suspects soit 99% de taux de testing;
- 14.628.316 cas de paludisme ont été traités avec les CTA sur 13.737.491 cas de paludisme confirmés soit 100% des cas confirmés et 6% des cas non confirmés traités ;
- 15.397.717 cas de paludisme ont été reçus sur 40.871.122 nouveaux cas enregistrés soit 38% de taux de morbidité proportionnelle;

- 33.997 décès liés au paludisme ont été enregistrés au cours de l'année 2016 sur les 96.166 décès enregistrés dans les formations sanitaires soit 35% de taux de mortalité proportionnelle.

INTRODUCTION

Le paludisme reste l'une des maladies parasitaires les plus répandues et les plus meurtrières en République Démocratique du Congo (RDC) malgré d'importants progrès réalisés dans la lutte contre ce fléau. En effet selon le rapport mondial sur le paludisme 2016 de l'OMS, l'on note une réduction significative des cas de paludisme de 28 millions en 2010 à 19 millions en 2015, et des décès dus au paludisme de 82 mille en 2010 à 42 mille en 2015.

Selon le rapport annuel 2015 produit par le Programme National de Lutte contre le Paludisme(PNLP) de la RDC, 12.186.639 cas de paludisme et 39.054 décès attribués à cette pathologie ont été enregistrés au cours de cette année.

Pour faire face à cette situation, la RDC à travers le Programme National de Lutte contre le Paludisme, a élaboré un plan stratégique 2016-2020 devant orienter les interventions majeures susceptibles de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liée au paludisme. Ce plan stratégique a été élaboré sur la base d'une nouvelle stratification du paludisme établie en fonction de la prévalence parasitaire avec différenciation des interventions selon les strates. De ce plan stratégique a découlé un plan annuel opérationnel 2016, lequel a bénéficié du financement du Gouvernement et de ses partenaires. Le présent rapport présente les principaux résultats obtenus de la mise en œuvre.

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 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 oeuvre 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

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme fonctionne actuellement dans les locaux de l'Hôpital Général de Référence de la Rive. Ce cadre de travail peu commode, bénéficie d'un processus de réhabilitation dont la mise en œuvre souffre d'une lourdeur de processus de passation de marché public.

Le financement des activités de lutte contre le paludisme a été assuré en 2016 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 2016

III.1 Objectifs

Objectif général

Contribuer à la réduction de 40% d'ici fin 2020 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 2016;
- dépister au moins 80% des cas de fièvre suspects de paludisme et traiter 100% des personnes testées positives selon les directives nationales d'ici 2016 ;
- renforcer le système de surveillance, suivi et évaluation d'ici 2016;
- amener au moins 75% de la population exposée à connaître les modes de transmission, de prévention, de prise en charge du paludisme d'ici 2016 ;
- renforcer la gestion du programme d'ici 2016.

III.2 Principaux résultats attendus en 2016

- 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
- 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 PNLP 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 2016

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 2016 sont repris dans le tableau ci-après.

Tableau I : Fonds décaissés en 2016 par bailleur en USD

Bailleurs	Montants prévus en 2016	Montants décaissés	Taux de décaissement (%)
FM	141.335.644	117.344.443	83%
PMI	50.000.000	49.325.000	99%
DfID	6.929.993	6.053.911	87%
UNICEF	4.771.747,29	4.771.747,29	100%
GOUVERNEMENT	9.254.005	7.294.512,5	79%
OMS	3.449.337	2.040.355	59%
TOTAL	215.740.726	186.829.969	86,5%

Les principaux bailleurs des fonds en 2016 qui ont contribué au PMA de lutte contre le paludisme dans les 516 ZS sont le Fonds Mondial, PMI et DfID avec respectivement 117.344.443\$, 49.325.402\$ et 6.053.911\$, soit 92% des appuis (figure 2).

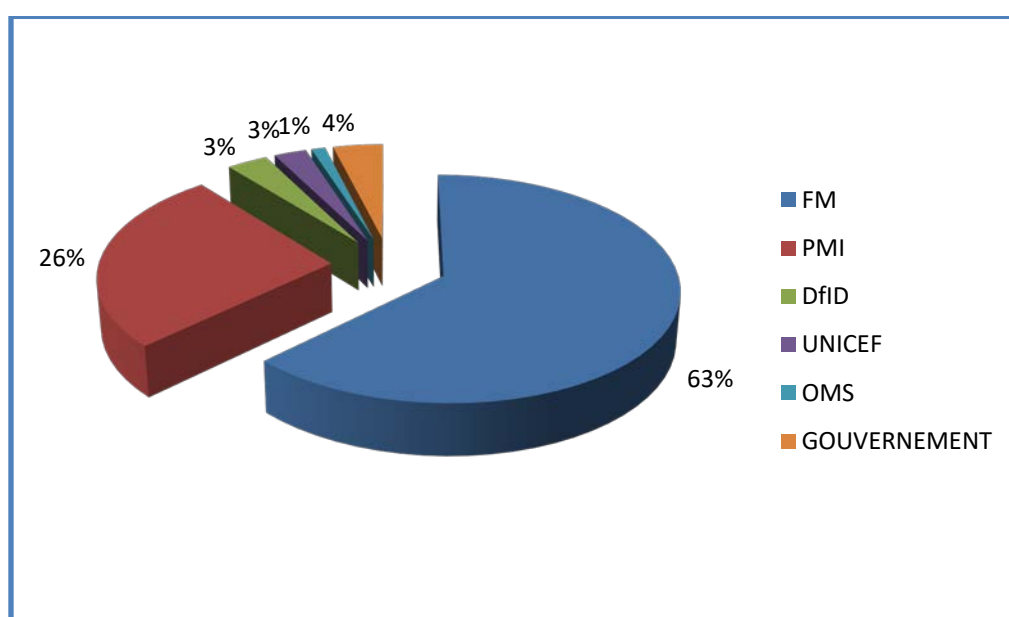


Figure 1. Répartition des fonds mobilisés en 2016 par bailleur des fonds

Il apparaît une carence financière pour la mise en œuvre du PAO suite au décaissement sous-optimal des fonds à savoir le Fonds Mondial (83%), l'OMS (58%), DfID (87%) et le Gouvernement (79%) comme le démontre le tableau I. Ces carences peuvent être attribuées aux lourdeurs de procédures et des délais dans le traitement des requêtes. Des efforts devront donc être déployés dans le sens de l'amélioration de l'absorption des fonds mobilisés afin d'atteindre le taux de décaissement de 100% pour mener à bien les activités planifiées.

Tableau II : Dépenses engagées en 2016 pour la lutte contre le paludisme en RDC (USD)

Dépenses 2016	FM	PMI	DFID	UNICEF	GOUV	OMS	TOTAL
Ressources humaines et appui technique	13598757	1327000	2115589	671515,89	26734	1028978	18768573,43
Formation	7125276	4625000	436167	96836	0	87462	12370741
MILD	26727795	19160000	0	439520	0	0	46327314,52
Insecticide & matériaux d'imprégnation	0	0	0	0	0	0	0
Diagnostic du paludisme (TDR, microscopie)	4386210	6850000	394814	0	0	610254	12241278,03
Médicaments antipaludiques	10891548	6850000	412771	70000	31743	610254	18866307,39
Gestion des approvisionnements	30099609	3950000	0	1504789	0	203865	35758263,44
Infrastructure et équipements	6203658	0	1079989	50000	7193985	14310	14541941,96
Communication et plaidoyer	5789819	1225000	1 430 280	96836,79	7800	126900	8676636,05
Suivi et évaluation	19947585	2092000	380680	49812,61	32201	190000	22692278,83
Planification, administration, frais généraux	15154602	3345500	580972	1640407	15572	576616	21313668,95
Autres	3760912	100000	1237237	152030	19035,58	228.928	5498143
Total	143.685.771	49.325.000	8.063.499	4.771.747,29	7.327.062	3.677.567	217.055.147

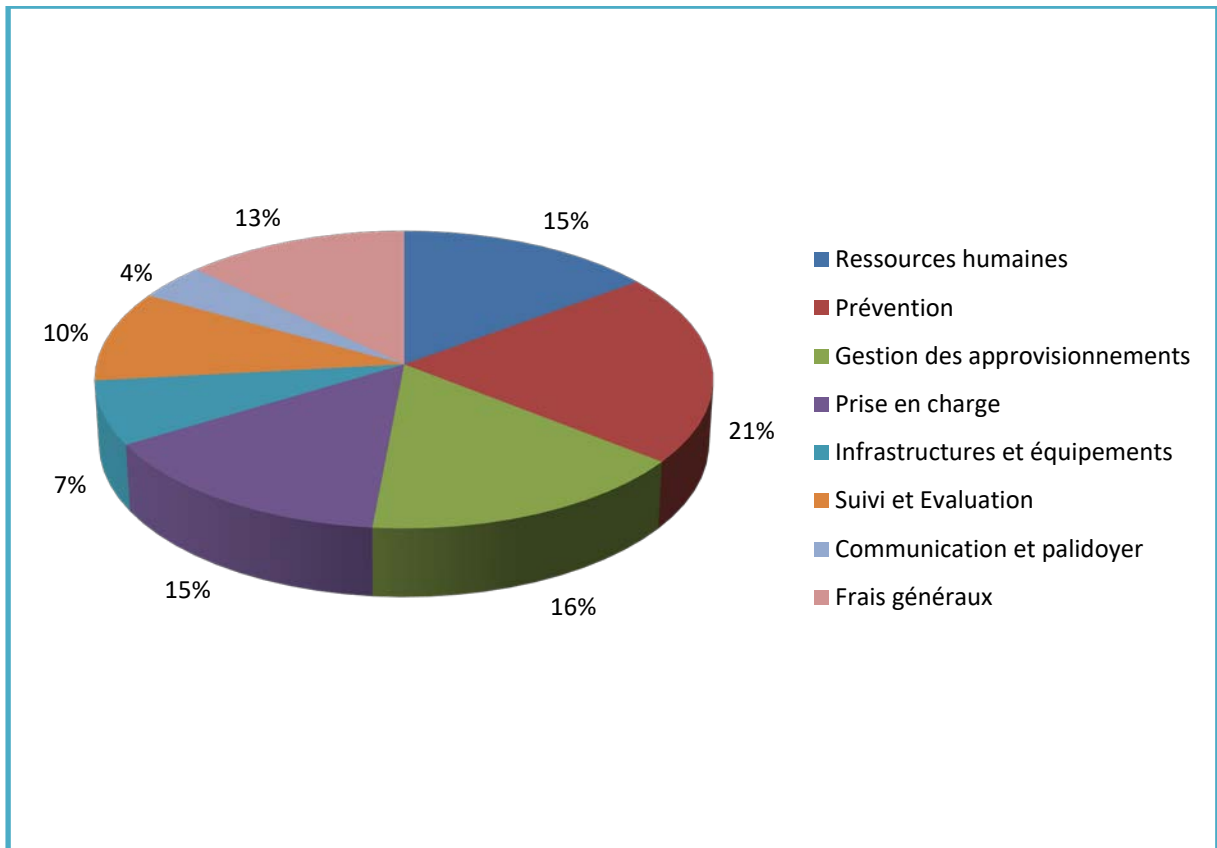
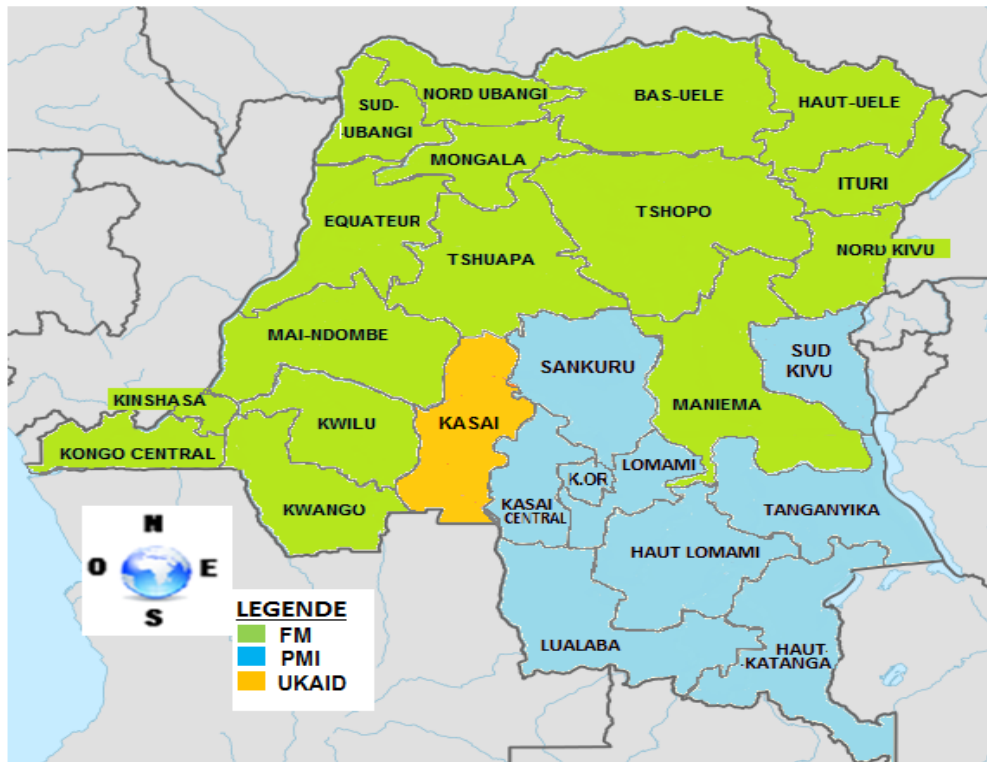


Figure 2 : Répartition des dépenses en 2016

Les dépenses totales en 2016 s'élèvent à 217.055.147\$ alors que les fonds décaissés sont de 186.829.969\$, la différence vient principalement de 30.225.178\$ de l'ASF/PSI qui a utilisé le report des fonds disponibles à la fin de l'année 2015. La prévention par la MILD a la grande part des dépenses (21%), suivi de la gestion des approvisionnements (16%), Prise en charge avec 15% (médicaments 9% et diagnostic 6%), Ressources humaines avec 15% (RH et appui technique 9%, formation 6%), Frais généraux avec 13% (planification et frais administratifs avec 10% et autres frais 3%), Suivi et évaluation (10%), infrastructures et équipements (7%), communication (4%).

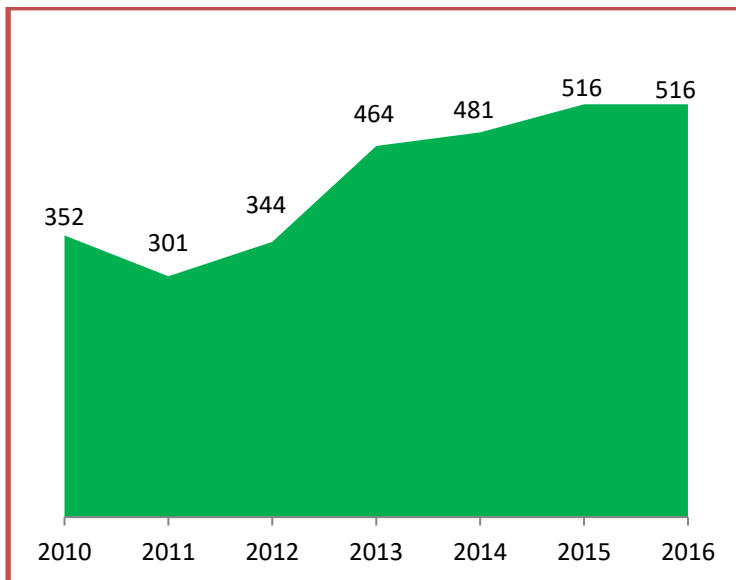
La part affectée au S&E est de 10% et est en conformité avec les recommandations de l'OMS qui exigent que cette rubrique soit au moins de 10%.

B. CARTOGRAPHIE DES INTERVENANTS



Carte produite par le Programme National de Lutte contre le Paludisme

Figure 3. Cartographie des intervenants



L'on note sur la figure 5 ci-contre que la couverture en PMA de lutte contre le paludisme de 100% atteinte au cours de l'année 2015 (516 ZS appuyées), a été maintenue en 2016.

Figure 4 : Nombre des ZS appuyées en PMA de lutte contre le paludisme en RDC, 2010 – 2016

IV.2 PREVENTION

IV.2.1. Lutte anti vectorielle

La promotion de l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'action (MILD), la promotion de l'assainissement intra et péri domiciliaire (APID) et la pulvérisation intra domiciliaire (PID) focalisée au niveau de certaines aires de santé, constituent des interventions de lutte anti vectorielle mises en œuvre en RDC.

Intervention 1 : Prévention du paludisme par la promotion de la possession et l'utilisation des MILD

Normes et directives

La production de drafts du manuel de planification et de la mise en œuvre des campagnes de distribution de masse des MILD et de nouveaux outils y relatifs.

Cibles et résultats obtenus en 2016

Cible 2016 :

En 2016, cinq provinces ont été planifiées pour les campagnes de distribution de masse des MILD, il s'agit des provinces suivantes : Kinshasa, Haut Katanga, Haut Lomami, Lualaba et Tanganyika. Sept autres provinces programmées en 2015 ont distribué en 2016 suite aux problèmes d'acquisition et contraintes logistiques à savoir : Sud Ubangui, Tshuapa, Mongala, Kwango, Mai Ndombe, Nord Kivu, Sud Kivu. La province du Nord Ubangui a commencé la distribution en fin 2015 pour l'achever en 2016, ce qui fait treize provinces qui ont réalisé la campagne gratuite de distribution de masse des MILD comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau III : Nombre des MILD distribuées en campagne par province, en 2016

Provinces	Cible MILD Attendues	Stratégie et nombre des MILD Distribuées				Total ménages dénombrés	Total ménages servis	Performance
		Fixe	CAC	Porte à porte	Total			
Sud Ubangui	768989				1599892	575270	600505	104,4
Mongala	1358003				1270685	490761	480376	97,9
Tshuapa	1082982				909783	382568	352265	92,1
Maindombe	1002650				1117114	410736	403300	98,2
Kwango	1318565				1263453	441283	424766	96,3
Nord Kivu	4287571				4100012	1524573	1495613	98,1
Sud Kivu	3569856				3265124	1266559	1241433	98,0
Haut Katanga	2 816 045				3074258	1129286	1083720	96,0
Haut Lomami	2 058 626				1758202	701108	675141	96,3
Lualaba	1 213 496				1295625	496537	478293	96,3

Tanganyika	1 793 245				1582480	599179	573844	95,8
Kinshasa	5043709				4933290	1767410	1714522	97,0
Nord Ubangui					668162	187253	185804	99,2
TOTAL	26313737				26838080	9972523	9709582	97,3

Au cours de l'année 2016, 31.439.920 MILD ont été distribuées dont 26.838.080 MILD en campagne de masse avec 97,3% des ménages servis, et 4.357.589 MILD en routine avec 2.405.582 MILD distribuées chez les femmes enceintes soit 79% de couverture et 1.952.007 MILD distribuées chez les enfants de moins d'une année soit 74% de couverture, et 244251 MILD distribuées à travers 1100 écoles dans la province du Kasai central.

De façon cumulée, on estime à 55.152.375 MILD en usage en 2016 c'est à dire avec celles distribuées en 2014 et 2015 au regard de la durée de vie d'une MILD estimée à 3 ans selon les normes de 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 (94.467.116 habitants), il est possible d'estimer à 116% la proportion de la population ayant eu accès aux MILD en fin 2016.

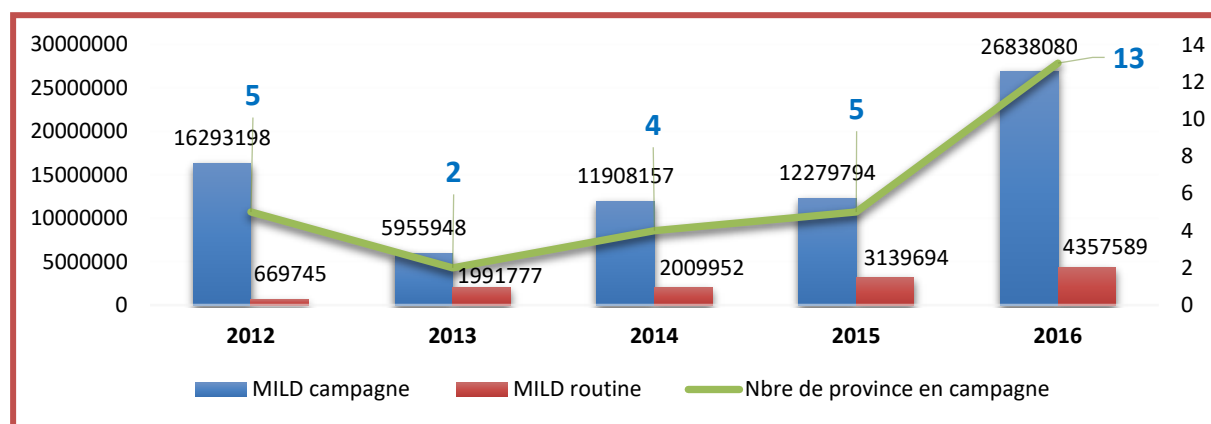


Figure 5 : Nombre des MILD distribuées par groupe des provinces de 2012 à 2016

Le graphique ci-dessus indique que l'année 2016 a été une où exceptionnellement la moitié des provinces du pays était concernée par la distribution de masse des MILD.



Le Ministre de la santé, Dr Félix Kabange, lors de la cérémonie de lancement de la campagne MILD à Goma



Le Ministre de la santé, Dr Félix Kabange, accompagné du Gouverneur Cishambo lors de la cérémonie de lancement de la campagne MILD à Bukavu



Un camion avec à bord la fanfare et des comédiens participant à la caravane motorisée à Lisala



La caravane motorisée lors de la cérémonie de lancement de la campagne à Lisala



Le Directeur du PNLP, Prof Dr Joris Losimba Likwela, prononçant son discours lors du lancement de la campagne à Lisala



Le chef coutumier du village de Wataba au plateau de Bateke expliquant au Directeur du PNLP et aux partenaires, l'organisation de la campagne

Discussion des résultats

En termes de planification et de mise en œuvre il est apparu que les aspects logistiques et le montage institutionnel de mise en œuvre faisant intervenir sous récipiendaires et les agences fiduciaires ont été laborieusement déployés avec comme conséquence d'importants décalages entre la planification et l'effectivité de la mise en œuvre. La performance moyenne en termes des ménages servis était de 97,3% contre 96,5% en 2015, la performance la plus élevée est retrouvée dans la DPS du Sud Ubangui avec 104,4% et la moins élevée dans la DPS de Tanganyika avec 95,8%.

Intervention 2 : Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte

Le traitement préventif intermittent est une intervention de prévention utilisée pour protéger la femme enceinte contre le paludisme et favoriser la croissance intra-utérine harmonieuse du fœtus.

Cibles 2016 :

80% des femmes enceintes reçoivent deux doses de SP à la CPN

Normes et directives

Le PNLN 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 2016

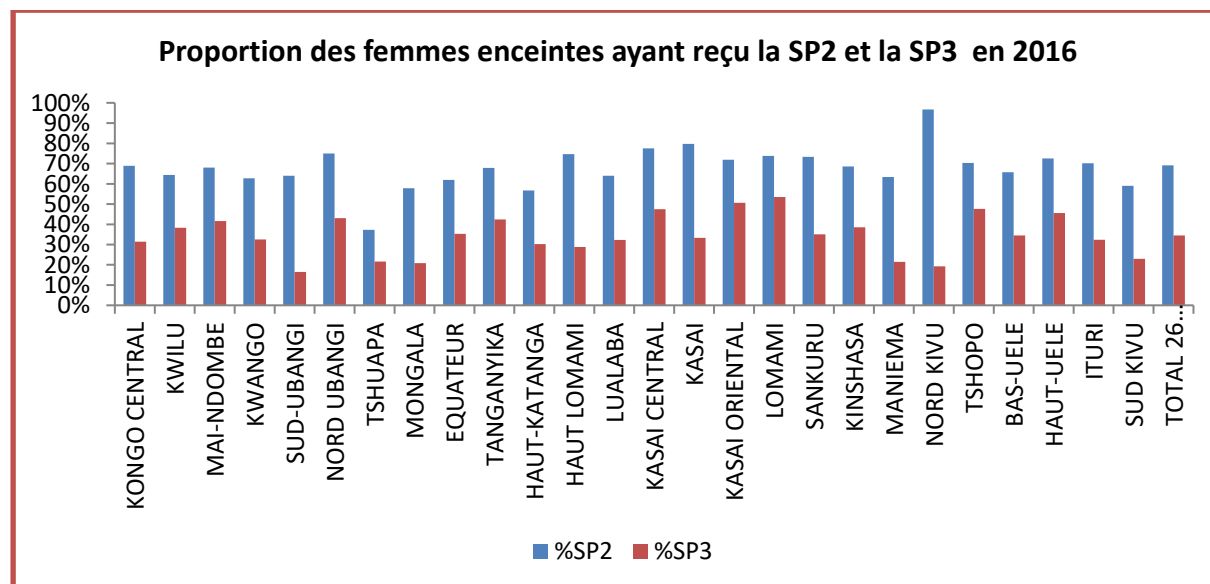


Figure 6: Proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses et trois doses de SP

La proportion des femmes ayant reçu la SP2 est en moyenne de 69% avec la proportion la plus élevée rencontrée dans la DPS de Nord Kivu (97%) et la plus faible dans la DPS de Tshuapa avec 37%. Par rapport à la SP3 la moyenne en 2016 est de 34,5% avec la proportion

la plus élevée retrouvée dans la DPS de Lomami (53%) et la plus faible dans la DPS de Sud Ubangui (16%).

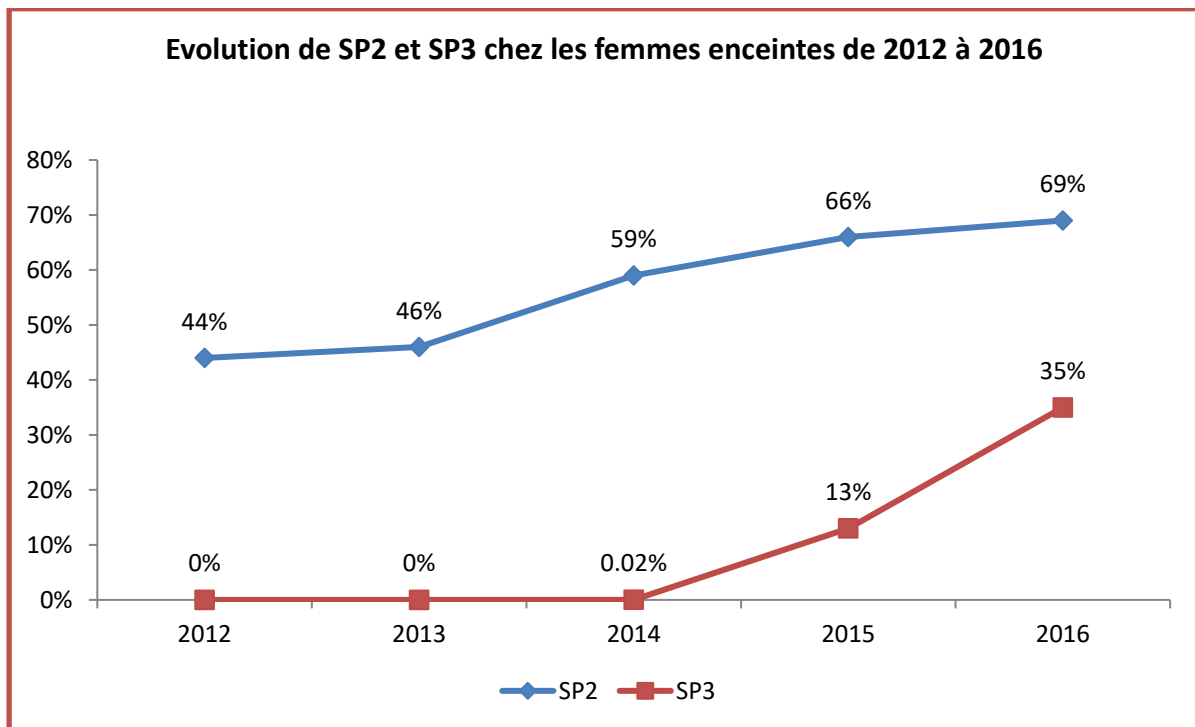


Figure 7: Evolution de la proportion des femmes enceintes ayant reçu la SP2 et la SP3 de 2010 à 2016

Le graphique ci-dessus renseigne une augmentation progressive de la proportion des femmes enceintes ayant reçu le SP2 à partir de 2013 jusqu'en 2016, par contre l'administration de la SP3 a effectivement commencé en 2015.

Discussion des résultats

Des progrès sont enregistrés dans l'administration du traitement préventif intermittent chez la femme enceinte. En effet l'on note une augmentation progressive de la proportion des femmes enceintes ayant reçu la SP2 à partir de l'année 2013, aussi l'administration de la SP3 commence à prendre de l'envol avec 34,5% en 2016. La cause majeure de la contreperformance de la SP3 est le début tardif des CPN. Les interventions communautaires notamment des sensibilisations, permettraient d'améliorer cette performance.

Intervention 3 : 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 2016, 1.493 villages ont été labélisés « villages assainis » sur les 2.205 planifiés, soit une performance de 68% contre 89% en 2015. De façon cumulée 4.207 villages ont été assainis en 2014, 2015 et 2016.

Intervention 4 : 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. Pour la zone de santé de Fungurume est à sa neuvième année des campagnes de PID. Pour l'année 2016, 11 aires de santé sont concernées sur les 18 aires de santé que compte la zone de santé de Tenke Fungurume. La campagne de pulvérisation pour l'année 2016 s'est déroulée du 28 septembre au 17 décembre 2016, au cours de cette campagne 127.247 chambres ont été pulvérisées sur 147.317 chambres visitées représentant une couverture de 86,4%, 20.057 chambres ont été fermées (13,6%) et 13 chambres de refus (0,009%).

Des améliorations ont été notées en 2016 car la couverture de pulvérisation est de 86,4% contre 81% en 2015, la proportion des chambres fermées et chambres de refus ont été respectivement de 13,6% et 0,009% en 2016 contre 19% et 0,05% en 2015. Un plaidoyer pour les 5 aires de santé non couvertes relevant de cette société minière permettrait d'aboutir à une couverture totale de la ZS.

Pour la ZS de Salamabila c'est la société NAMOYA MINING SARL qui implémente cette intervention en faveur de ses travailleurs et des communautés environnantes, en 2016 la PID a été réalisée à deux reprises dont le premier passage a eu lieu le 10 juin 2016 et le deuxième passage le 03 octobre 2016. Les camps des travailleurs et six villages ont été concernés, au total 3685 chambres ont été pulvérisées soit 97% et 117 chambres ne l'ont pas été soit 3%.

IV.3 Prise en charge des cas

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

Normes et directives

Actualisation des normes et directives de la prise en charge

Cible 2016 :

- 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 2016

21.569.754 cas suspects de paludisme ont été enregistrés ; 2.810.067 GE et 18.630.636 TDR ont été réalisés soit un taux de testing de 99%.

13.483.698 tests se sont révélés positifs au TDR et 1.847.143 examens positifs à la GE soit un total des cas confirmés de 15.330.841. Le taux de positivité était respectivement de 72% au TDR et 66% à la GE.

66.876 cas n'ont pas été confirmés mais traités comme paludisme (cas présumés) soit 0,45% de l'ensemble des cas traités.

15.397.717 cas de paludisme ont été enregistrés en 2016 soit 13.737.491 cas de paludisme simple et 1.660.226 cas de paludisme grave, avec 33.997 décès. En ce qui concerne le traitement 14.628.316 cas de paludisme ont été traités sur l'ensemble de 15.397.717 cas enregistrés soit 95%.

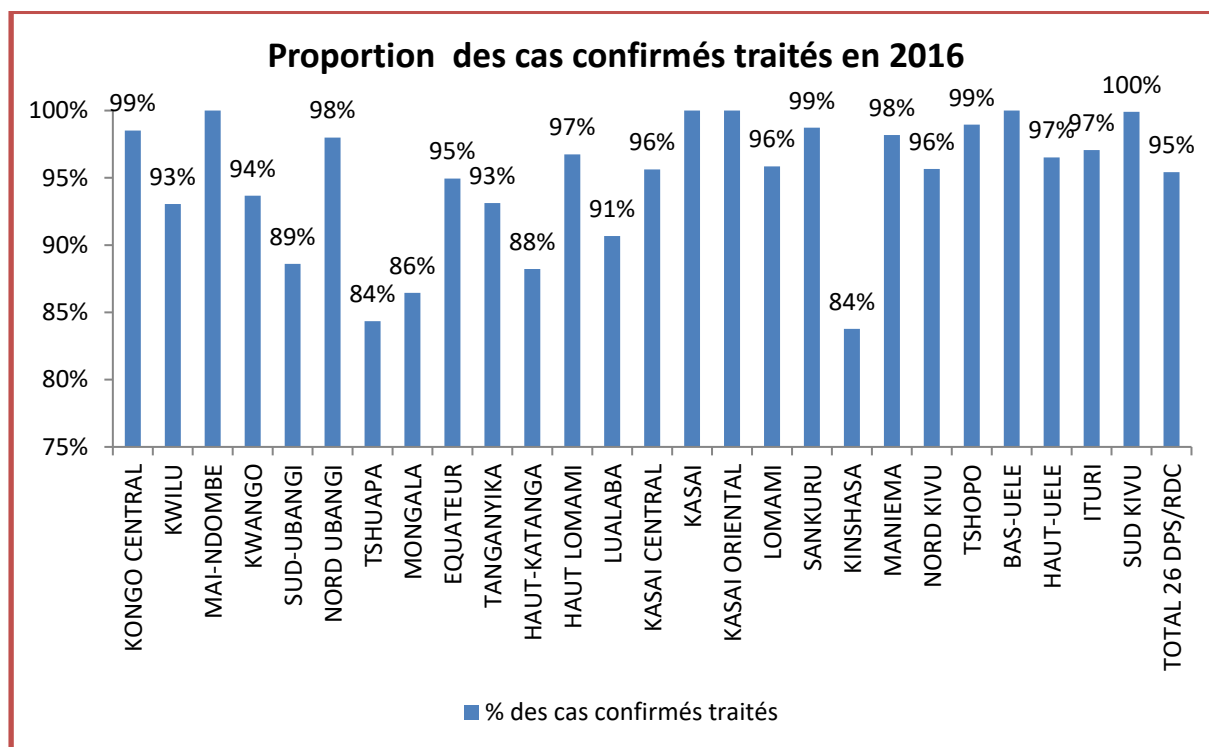


Figure 8 : Proportion des cas confirmés de paludisme qui ont été traités conformément à la politique nationale.

La figure ci-dessus montre que dans l'ensemble du pays 95% des cas positifs ont été traités conformément à la politique nationale, la proportion la plus élevée est retrouvée dans la DPS du Sud Kivu (100%) et la moins élevée dans la DPS de Kinshasa et Tshuapa (84%). Il faut noter que 21 DPS sur les 26 soit 81% ont traité plus de 90% des cas positifs.

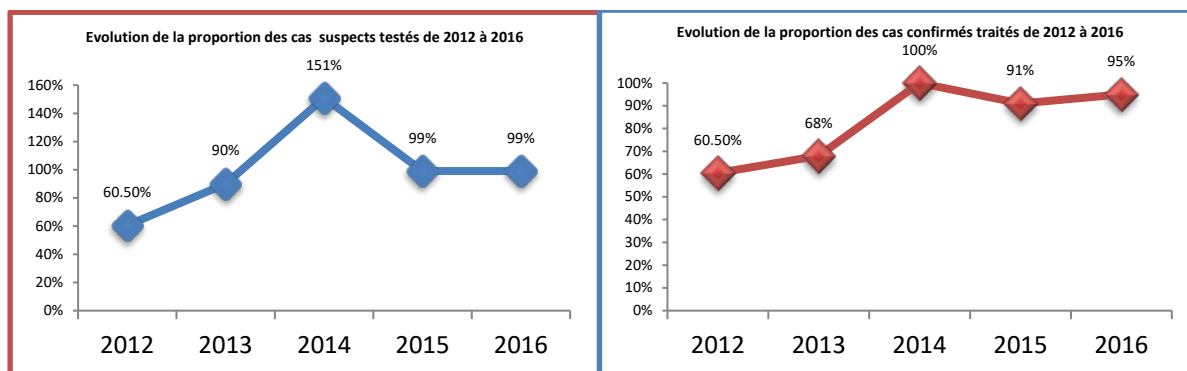


Figure 9 : Evolution de la proportion de confirmation biologique et de la mise sous CTA des cas simples confirmés.

Discussion des résultats.

En 2016, 99% des cas suspects ont subi un test biologique dépassant ainsi la cible de 80%. Ce résultat serait dû à la disponibilité des tests biologiques et à l'adhésion des prestataires à la directive recommandant systématiquement la confirmation biologique avant la mise sous traitement. Cet effort doit être intensifié car l'on remarque néanmoins l'existence de 66.876 cas présumés. Il faudrait par ailleurs veiller à la disponibilité continue des tests diagnostiques aux points de prestation des services.

Par ailleurs la cible de traitement (100% des cas positifs) n'a pas été atteinte. Toutefois des résultats sont encourageants car 81% des DPS ont traité plus de 90% des cas positifs.

Nonobstant la donnée aberrante de la proportion de confirmation biologique à 151% en 2014, il apparaît globalement une tendance continue à l'amélioration des performances de diagnostic et de traitement ces 5 dernières années.

IV.3.2 Prise en charge au niveau communautaire

Normes et directives

En 2016 l'on a poursuivi la vulgarisation du guide de mise en œuvre des sites des soins communautaires révisé en 2015.

Cibles 2016

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

Résultats obtenus en 2016

En 2016 l'on a enregistré 5.192 sites des soins communautaires opérationnels dont 3.825 sont sous financement Fons mondial à travers SANRU. Au total 2.307.476 malades ont été reçus dont 2.023.266 cas suspects de paludisme soit une morbidité proportionnelle de 88%.

1.935.648 cas suspects ont été testés soit un taux de testing de 96%, dont 1.490.289 ont été testés positifs, ce qui représente un taux de positivité de 77%.

1.440.206 malades de paludisme ont reçu les CTA soit 97%.

En outre 203.087 cas de diarrhée et 132.985 cas de IRA ont été reçus dans les sites des soins communautaires en 2016.

Discussion des résultats

Le taux de testing en 2016 est resté stationnaire par rapport à l'année 2015(95%). La proportion des malades ayant reçu les CTA s'est légèrement améliorée et est passée de 95% en 2015 à 97% en 2016. Cette situation suppose une amélioration de la disponibilité des CTA dans les sites des soins communautaires en 2016.

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. En 2016, 4.025 structures privées ont distribué les ACT feuille verte, 1771 prestataires ont été formés, 921.360 ACT feuille verte ont été importés et 498.075 TDR ont été distribués.

IV.4 La gestion des achats et des stocks

Normes et directives

En 2016 il n'y a pas eu de nouvelles directives.

Cibles 2016

Disponibilité et accessibilité de 80% des médicaments antipaludiques dans les structures de soins.

Résultats obtenus en 2016

- Deux enquêtes d'évaluation de l'utilisation et la disponibilité des médicaments ont été réalisées en mars et septembre 2016 dans les zones de santé PMI;
- 300 prestataires ont été formés en GAS avec appui de SANRU/ FM au Kongo central et 925 avec appui SIAPS/PMI dans le Haut-Katanga et Lualaba ;
- 4 supervisions trimestrielles pour le suivi des intrants et l'assurance qualité des antipaludiques ont été réalisées ;
- 3 réunions du groupe Thématique GAS ont été organisées et ont permis de faire une réconciliation des plans d'approvisionnements des partenaires et d'initier une quantification conjointe et unique ;

- La collecte et l'analyse des données de distribution de stock de tous les partenaires ont été réalisées trimestriellement et les résultats partagés pour la prise des décisions.

Tableau IV : Résultats des enquêtes EUV réalisées en 2016

EUV AVRIL	STRUCTURES EN RUPTURES STOCK		EUV SEPTEMBRE	STRUCTURES EN RUPTURES STOCK
ASAQ 0-11mois	21%		ASAQ 0-11mois	13%
ASAQ 1-5ans	10%		ASAQ 1-5ans	9%
ASAQ 6-13ans	11%		ASAQ 6-13ans	8%
ASAQ>14 ans	11%		ASAQ>14 ans	7%
TDR	12%		TDR	26%

Discussion des résultats

La tenue des réunions du groupe thématique GAS ainsi que les visites des supervisions trimestrielles ont eu pour résultat la réduction des pertes des commodités anti paludiques surtout par péremption. Les formations des prestataires en GAS ont permis l'amélioration des prestations au niveau GAS par l'utilisation des outils de gestion.

La disponibilité en CTA et TDR s'est améliorée par rapport à l'année 2015, elle est passée de 63% à 83% pour l'ASAQ 0-11 mois, et d'au moins 80% à au moins 89% pour les autres formes d'ASAQ comme le montre le tableau ci-dessus. Toutefois il sied de noter que les enquêtes EUV sont réalisées dans une partie du pays et les résultats ne sont pas généralisables bien que donnant de précieuses indications. D'où la nécessité d'étendre ces enquêtes surtout dans les ZS appuyées par FM qui est le plus grand bailleur des fonds en matière de lutte contre le paludisme en RDC.

Malgré les résultats obtenus au cours de cette année, bien des défis restent encore à surmonter notamment l'adhérence des prestataires aux directives du PNLP en particulier dans le secteur privé et la mise en place du SIGL effectif pour la collecte des données de consommation.

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

Normes et directives

Production du draft du plan de communication 2016-2020

Cibles 2016

Amener au moins 75% de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme

Résultats obtenus en 2016

- Appui à l'élaboration des plans de communication et à leur mise en oeuvre en appui aux campagnes de masse dans les provinces de Nord Kivu, Sud Kivu, Kwango, Equateur, Mongala, Tshuapa, Nord Ubangui, Sud Ubangui, Haut-Katanga, Haut-Lomami, Lualaba, Tanganyika et Kinshasa ;
- Production de 4 numéros du magazine PNLN INFOS dont 2 diffusés ;
- Révision des supports de communication ;
- Célébration de la Journée Mondiale Paludisme 2016 couplée au lancement de la Campagne MILD à Goma ;
- 3 réunions du groupe de travail « Communication FRP » ont été organisées.

Discussion des résultats

Il sied de noter des progrès dans la possession et l'utilisation des MILD, en effet selon les résultats des enquêtes nationales MICS 2010, EDS 2013-2014 et UNIKIS 2015, la possession d'au moins une MILD par les ménages et son utilisation par les enfants de moins de 5 ans sont passées respectivement de 51% et 38% en 2010, à 70% et 56% en 2013 et à 86% et 66% en 2015.

L'actualisation des supports de communication devrait se prolonger 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. Par ailleurs, le leadership de la Division communication devra être renforcé pour améliorer la coordination des activités de communication avec tous les partenaires.

IV. 6 Surveillance, Suivi-Evaluation et recherche opérationnelle

La surveillance du paludisme se fait par quatre modalités : 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)

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

Cibles 2016

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

Résultats obtenus en 2016

Une collecte hebdomadaire des cas et décès du paludisme a été réalisée à travers la Direction de Lutte contre le Paludisme : en 2016 l'on a notifié 14 138 867 cas avec 23 843 décès (16,86 %), le taux de létalité est de 3,23 %. Des cas des flambées de fièvre ont été notifiés dans 13 zones de santé comme le montre le tableau ci-dessous et des investigations ont été réalisées pour les 13 dont 5 d'entre elles par le niveau central (DLM, PNLP...) mais toutes ces investigations ont été réalisées au-delà de 15 jours.

Tableau V : Flambées épidémiques des cas de fièvres présumées palustres Investiguées en 2016 en RDC.

PROVINCE	ZONE DE SANTE	INVESTIGATION
Bandundu/Kwango	KENGE	FM/DPS
Bandundu	BOKORO	DPS
	NIOKI	DPS
Bandundu /Mayi-Ndombe	YUMBI	DPS/FM/SANRU
	Banzow-Moke	DPS/FM/SANRU
	Inongo	DPS/FM/SANRU
Province orientale/Haut-Uélé	ISIRO	FM/CAG/SANRU, MSF
	PAWA	Belgique
	BOMA-MANGBETU	
	WAMBA	
Bas -Uélé	GANGA/DINGILA	MSF Belgique
Nord Kivu	MWESO	DPS
Sud-Kivu	BUNYAKIRI	DPS /IRC/RRMP

Discussions des résultats.

A ce jour la totalité des investigations se réalise tardivement ainsi que la riposte subséquente ne se fait pas dans le délai requis. Il importe de poursuivre le renforcement des capacités des cadres au niveau opérationnel et intermédiaire pour l'analyse et la mise en place des équipes de réaction rapide. Un renforcement de la Division de la surveillance est nécessaire au niveau national pour un meilleur accompagnement de ce processus.

IV.6.2 Surveillance par Site Sentinelle

Normes et directives

Finalisation de l'actualisation des directives, des modules de formation et outils de collecte des données des sites sentinelles.

Cibles 2016

26 sites sentinelles fonctionnels

Résultats obtenus en 2016

- Formation des acteurs dans 15 nouveaux sites sentinelles
- Tenue de 4 réunions de groupe thématique SS
- Validation des données des 11 SS semestre I
- 4 missions de supervision : T4 2015, T1, T2 et T3 2016
- Dotation des laptop, Modem et clé USB dans les 11 sites sentinelles ;
- Dotation de 10 automates dont 8 dans 8 HGR sentinelles, 1 à l'INRB et 1 au PNTS
- Révision des canevas complémentaires de surveillance sentinelle, la liste complète des indicateurs de surveillance et de la base des données Excel

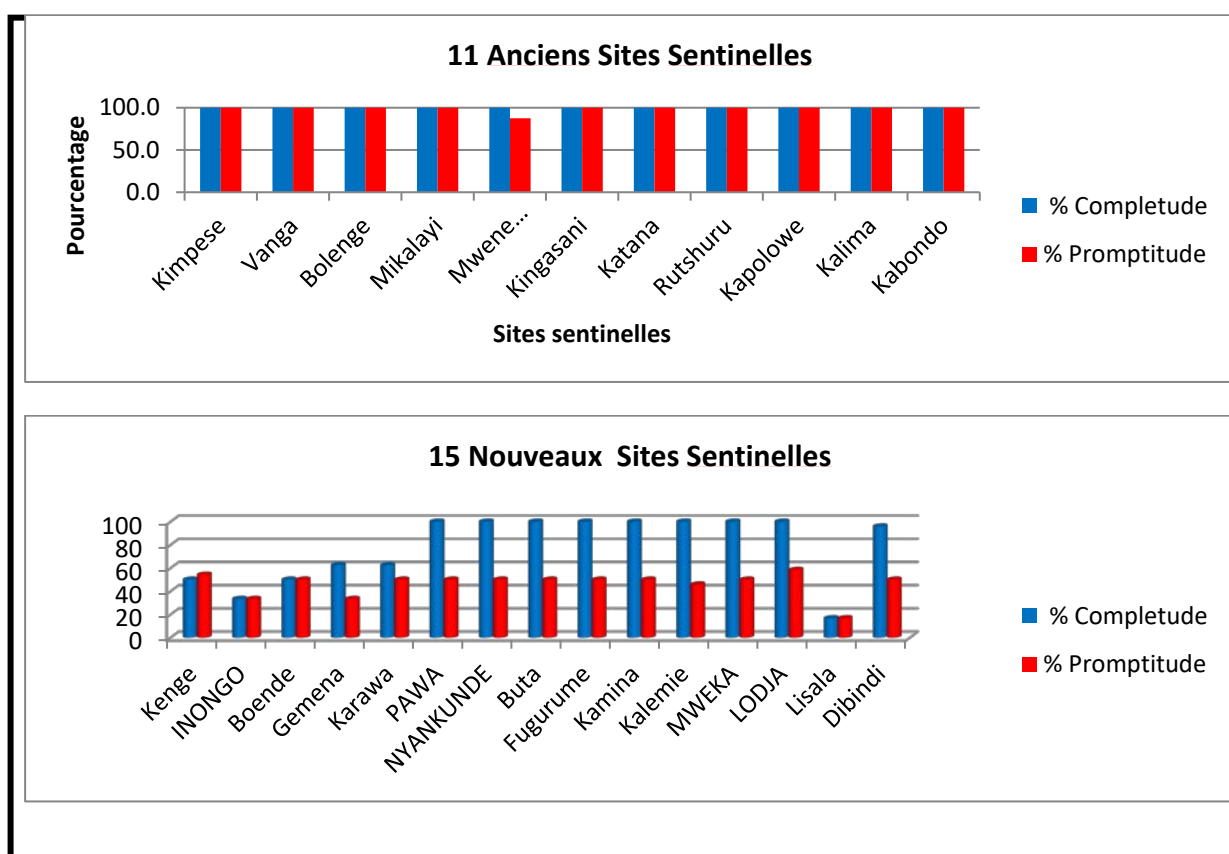


Figure 10 : Complétude et promptitude des 11 anciens et 15 nouveaux sites sentinelles au deuxième semestre 2016.

La figure ci-dessus montre une bonne complétude et promptitude dans les 11 anciens sites sentinelles comparativement aux 15 nouveaux sites sentinelles.

Discussions des résultats

La moyenne nationale de la complétude des FOSA est de 93% avec une complétude de 100% retrouvée dans la DPS de Nord Lomamai. La complétude la plus faible est retrouvée dans la DPS de Kinshasa avec 72%. Pour l'ensemble de la RDC la promptitude est de 84% avec la DPS de Lomami qui a enregistré la promptitude la plus élevée (99%) et la plus faible est retrouvée dans la DPS de Kinshasa (52%)

b) Analyse et utilisation des données

Au niveau périphérique, l'analyse des données s'est réalisée mensuellement lors des réunions de monitoring regroupant l'ECZS, les Infirmiers Titulaires et les représentants de la communauté. Des goulots d'étranglement ont été identifiés et des mesures correctrices proposées, après leur validation ces données ont été transmises au niveau intermédiaire puis 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 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

La diffusion des données produites en 2016 ont été disséminées à travers plusieurs canaux notamment des rapports d'activités :

- Rapports d'activités du Programme transmis trimestriellement au Secrétariat Général à la Santé Publique.
- Lors de différentes réunions techniques et conférences.
- Rapports techniques des partenaires

d) Supervisions

Les supervisions du niveau central vers le niveau intermédiaire se réalisent trimestriellement, en 2016, 4 missions de supervision ont été menées sur les 4 prévues soit 100% de taux de réalisation. Ces supervisions ont porté essentiellement sur la gestion des données et les problèmes principaux identifiés lors de celles-ci sont :

- faible promptitude des données ;
- les incohérences des données constatées ne sont pas souvent corrigées par les zones de santé concernées ;
- l'existence de quelques données aberrantes ;
- l'existence des données manquantes ;
- les indicateurs du paludisme ne sont pas calculés dans la plupart des DPS ;

- faible analyse des données produites ;
- les rapports d'analyse des données des DPS n'existent pas dans la plupart des DPS ;
- tableaux et graphiques des indicateurs non produits ;
- les données des outils de collecte (registres) ne concordent pas avec les données des outils de transmission (canevas SNIS)

e) Renforcement des capacités

Au cours de l'année 2016 avec le concours de MEASURE Evaluation 10 data managers du niveau provincial ont été capacités en nouvelle base des données (dashboard malaria), 14 prestataires de quatre centres d'excellence de Kinshasa et 8 prestataires de deux centres d'excellence du Haut-Katanga ont été formés en SNIS et en notions de base de S&E.

f) Coordination

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

Au cours de l'année 2016, une réunion a été organisée sur les quatre prévues soit une performance de 25%, au cours de laquelle la revue des activités S&E du premier semestre 2016 a été réalisée, et un plan de renforcement des capacités de la Division S&E a été présenté et discuté.

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 PNLP s'appuie sur les enquêtes d'impact et sur les enquêtes thématiques pour éclairer la prise des décisions.

Cibles 2016

Réaliser 80% des sujets de recherche/enquêtes planifiés

Résultats obtenus en 2016

Tableau VI : enquêtes réalisées en 2016

Thèmes d'enquêtes	Année de réalisation	Bailleurs/ MOE	Observations
Enquête de vérification auprès de l'utilisateur final des commodités de lutte contre le paludisme (EUV) en RDC	2016	PMI/ SIAPS	2 enquêtes semestrielles : rapports disponibles
Evaluation de la durabilité des MILD (Longitudinale)	2016 (début)	ESP/PMI	Provinces : 1 ZS Mongala et 1 ZS Sud Ubangi. C'est une enquête longitudinale qui continue
Evaluation rapide d'impact des interventions de lutte contre le paludisme en RD Congo	2016	Ministère de la santé publique et Swiss TPH	Début de l'enquête en novembre 2015 et fin en avril 2016. Rapports disponibles
Enquête communautaire dans les sites de surveillance sentinelle du paludisme dans les DPS du kongo central et du Kwilu en complément aux données de routine	2016	Swiss TPH	Rapport disponible
Suivi de la sensibilité et de la résistance des vecteurs du paludisme aux insecticides dans les sites sentinelles	2016	PMI/INRB	Rapport disponible

En 2016 il a été planifié 9 enquêtes dont 5 ont été réalisées soit un taux de réalisation de 55,5%, la cible de 80% n'a donc pas été atteinte. 4 enquêtes n'ont pas été réalisées suite aux pesanteurs liées aux procédures de décaissement des fonds.

IV.8 Gestion du programme

Le PNLP avec la collaboration de l'Université de Kinshasa sous le financement du FM et de PMI, a organisé la cinquième édition du cours de paludologie dont 6 cadres du PNLP central (tableau VII) ont bénéficié.

Tableau VII : Renforcement des capacités des cadres du PNLP

N°	NOM & POSTNOM	THEMATIQUE	DATE
1.	Ph Gloria LUMU META	Paludologie, Kinshasa.	Août-septembre 2016
2.	Dr Aline MALIWANI	Paludologie, Kinshasa.	Août-septembre 2016
3.	Dr Charlène KABONGO	Paludologie, Kinshasa.	Août-septembre 2016
4.	Michel ITABU	Paludologie, Kinshasa.	Août-septembre 2016
5.	Chantal DUSABE	Paludologie, Kinshasa.	Août-septembre 2016

6.	Dr Danny KASONGO	Paludologie, Kinshasa.	Août-septembre 2016
7.	Dr CIBINDA NTALE	Paludologie, Kinshasa.	Août-septembre 2016
8.	Dr Lydie KALINDULA, Marc MUTA	Suivi et évaluation, Ouagadougou	14 au 25 juillet 2016
9.	Narcisse BASOSILA	Entomologie, Bénin	Juillet à septembre 2016
10.	André LUNKULA	Entomologie, Sénégal	Mai 2016
11.	21 Staffs de : 2x8 sites sentinelles, 2 du PNLP central, & de la D8, 2 de l'INRB	Diagnostic biologique à l'aide d'automates Cellcheck, Kinshasa.	Septembre 2016
12.	40 Staffs du niveau central	Microsoft Excel	Octobre, Novembre 2016
13.	4 Staffs nationaux, Nord Kivu 2	Outils de gestion des ressources financières	Octobre, décembre 2016

La coordination de la lutte contre le paludisme s'organise à travers les différents cadres de concertation du PNLP avec les PTF et les Chefs de division (figure 12).

Le diagramme ci-dessous présente les différents cadres de coordination interne et externe du Programme.

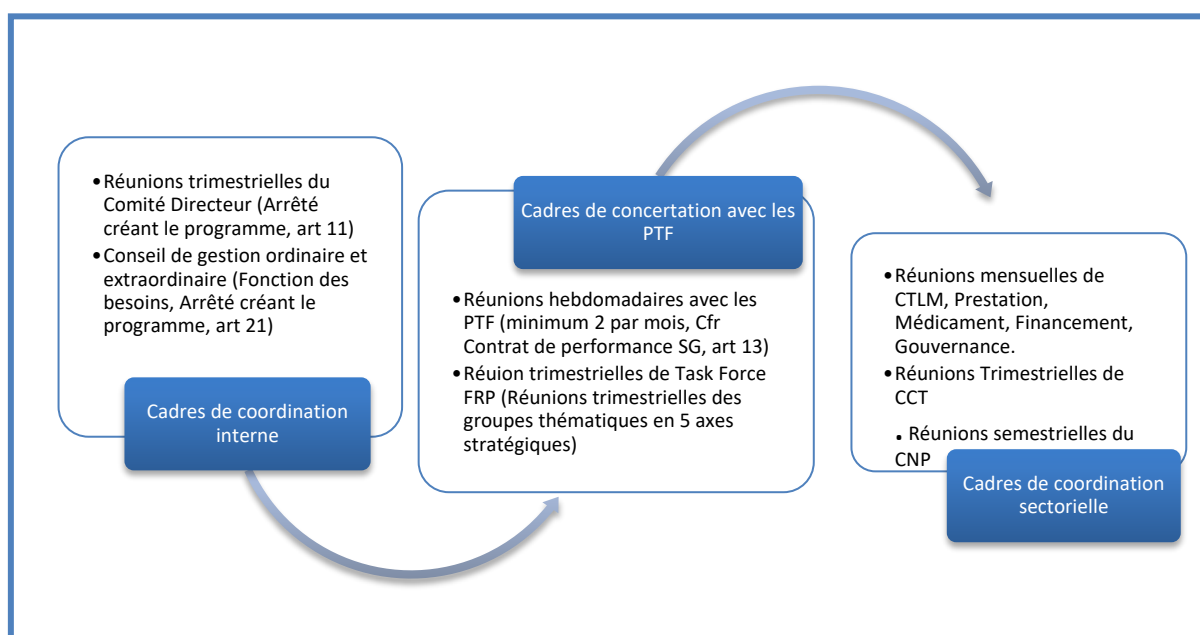


Figure 12. Cadres de coordination de la lutte contre le paludisme en RDC.

En 2016, 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. Le Conseil de Gestion a tenu 8 réunions ordinaires. Avec les PTF, 26 réunions hebdomadaires ont été tenues et quatre réunions de Task Force FRP. Il apparaît ainsi que, malgré la charge de travail liée aux nombre élevé de campagnes de distribution de MILD

organisé en 2016 (13 provinces) et aux missions de supervision, formation et d'appui aux investigations de flambées épidémiques, il y a une bonne performance dans la tenue des réunions de concertation résultant ainsi en une amélioration la coordination de la lutte en 2016.

Conférences et autres rencontres internationales

Tableau VIII : Rencontres internationales en 2016

Période	Libellé	Lieu	Participants	Financement
Avril 2016	Réunion de groupe de travail du comité spécialisé sur la santé de l'Union Africaine	Addis-Abeba (Ethiopie)	Dr Joris Losimba	Union Africaine
Mai 2016	69ème Assemblée Générale de l'OMS	Genève	Dr Joris Losimba	ASF/PSI
Mai 2016	Formation d'entomologie	Dakar (Sénégal)	Lukula Kitete	AIRS/USAID
Juillet 2016				
Juillet 2016	Formation d'entomologie	Bénin	Narcisse Basosila	Fonds Mondial
Novembre 2016	Améliorer l'accès au diagnostic et traitement du paludisme	Addis Abeba (Ethiopie)	François Mwema	OMS
Novembre 2016	Appui technique de la revue du PNLP Zambie	Lusaka (Zambie)	Dr Joris Losimba	OMS
Novembre 2016	Conférence annuelle de la société américaine des maladies tropicales et hygiène	Atlanta (USA)	- Dr Joris Losimba - Dr Danny kasongo	USAID
Décembre 2016	Atelier RBM : analyse des besoins programmatiques et sur la demande de financement au FM	Dar-es-salam	- Dr Joris Losimba - Dr Achille Mudandambu	RBM
Décembre 2016	Symposium sur le paludisme (succès et avenir de la lutte contre le paludisme et son élimination)	Bale (Suisse)	Dr joris Losimba	Swiss TPH

IV.9 Impact

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

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

a. Morbidité

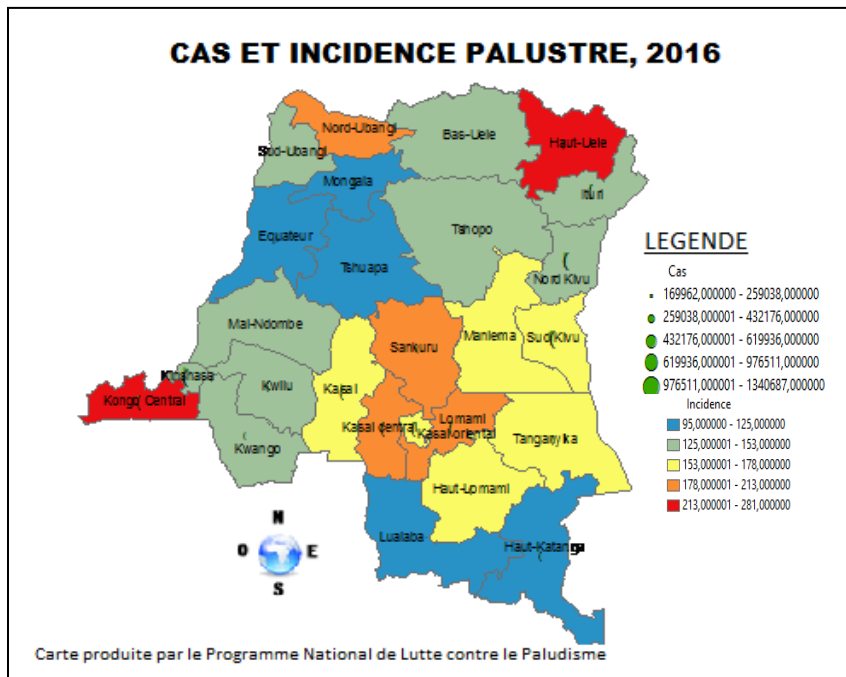


Figure 13 : Répartition des cas et incidence par province en 2016

En 2016, le nombre de cas a varié entre 169.962 en province du Bas-Uélé et 1.340.687 en province de Kinshasa tandis que l'incidence a varié entre 95 pour 1000 habitant en province de Tshuapa et 281 pour 1000 habitant en province du Haut-Uélé.

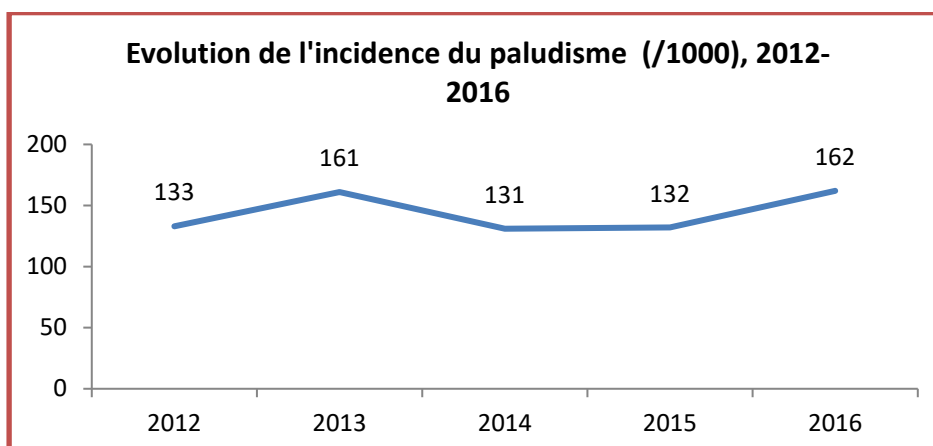


Figure 14 : Evolution de l'Incidence du paludisme(nombre des cas pour 1000 habitants), 2012 - 2016

La figure 14 montre deux pics en 2013 et en 2016, en effet ces deux années ont connu des flambées épidémiques du paludisme

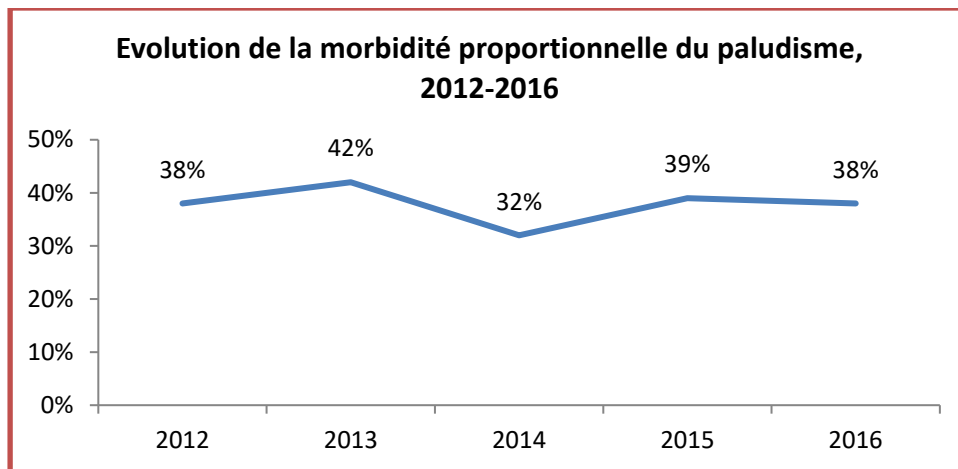


Figure 15 : Evolution de la morbidité proportionnelle du paludisme de 2012 à 2016

La figure 13 montre une évolution de la morbidité proportionnelle du paludisme en dents de scie avec une légère diminution entre 2015 et 2016

b. Mortalité

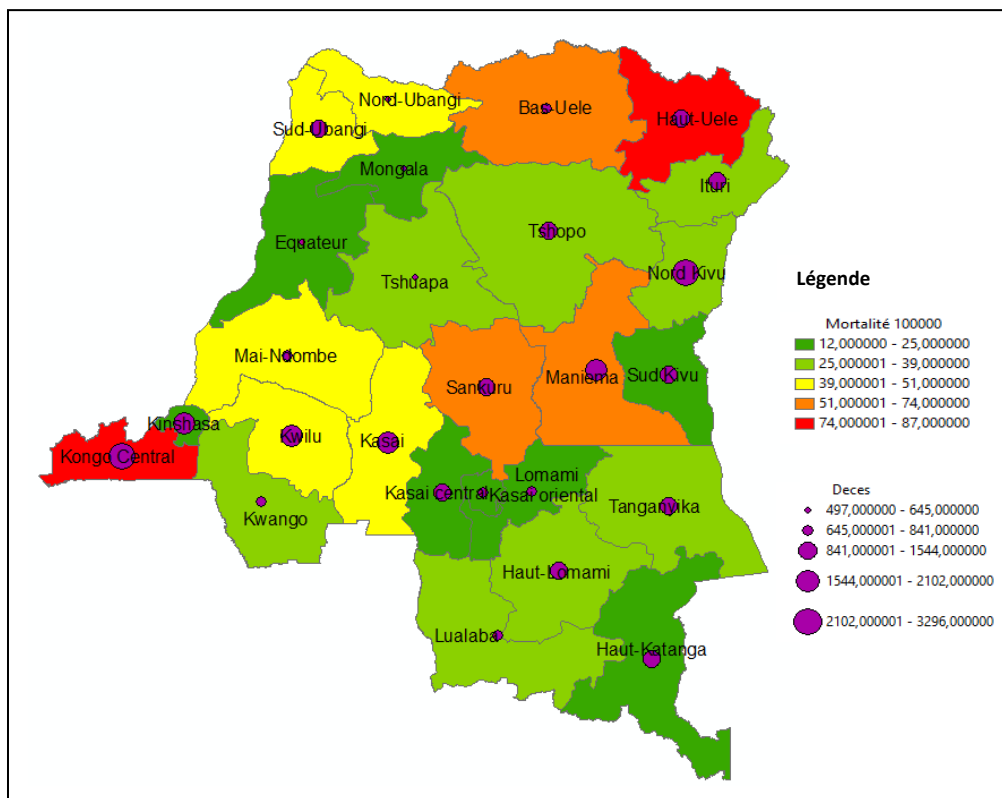


Figure 16 : Répartition des décès et mortalité spécifique palustre par province en 2016

En 2016, le nombre de décès a varié entre 497 en province de l'Equateur et 3.296 en province du Kongo Central tandis que la mortalité spécifique palustre a varié entre 12 pour 100.000 habitant en province du Kasai Oriental et 87 pour 100.000 habitant en province du Kongo Central.

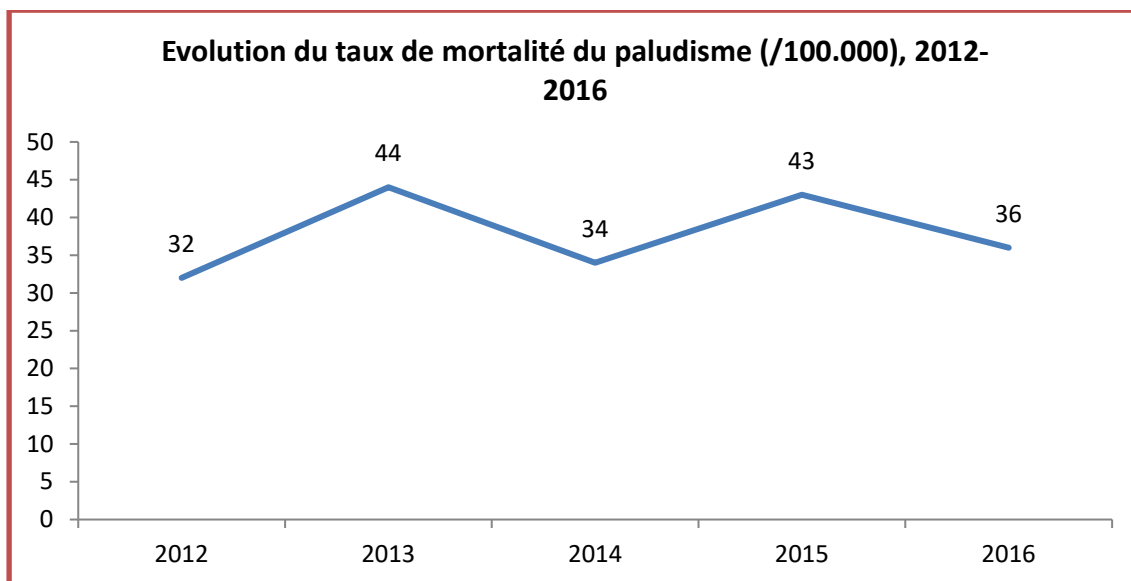


Figure 17 : Evolution du taux de mortalité du paludisme(décès pour 100000 habitants), 2012 - 2016

L'évolution du taux de mortalité est en dents de scie entre 2012 et 2016, mais l'on note une nette diminution en 2016

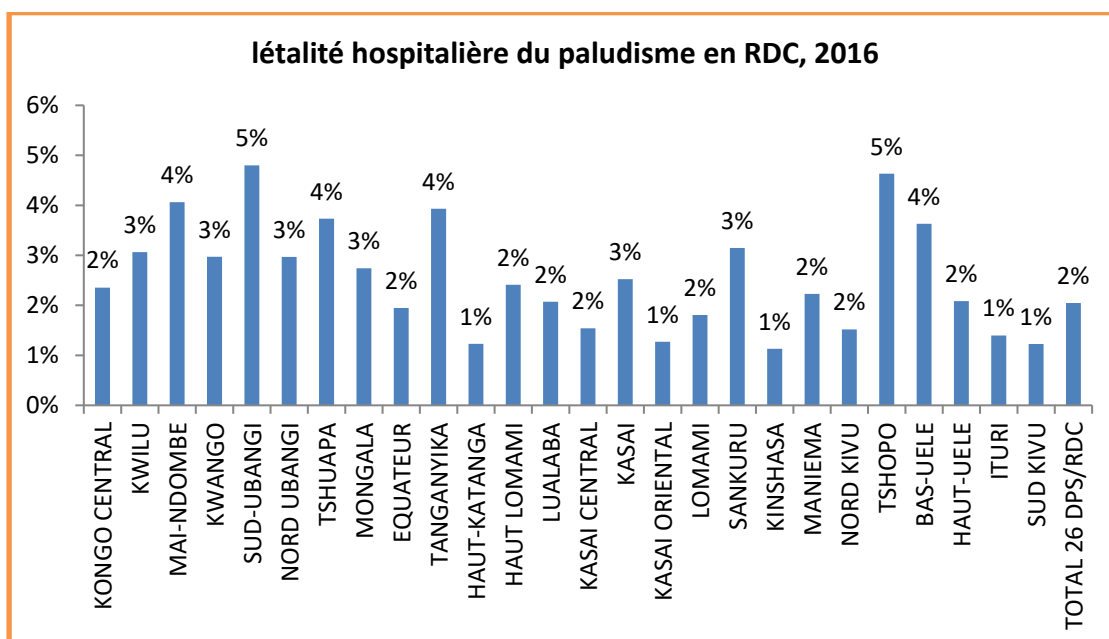


Figure 18 : Létalité hospitalière du paludisme en 2016

La létalité hospitalière est 2% pour l'ensemble du pays contre 3,2% en 2015, 6 DPS ont une forte létalité à savoir Mai-ndombe, Sud Ubangui, Tshuapa, Tanganyika, Tshopo et Bas-Uélé, il se pose un problème dans la prise en charge des cas dans ces DPS.

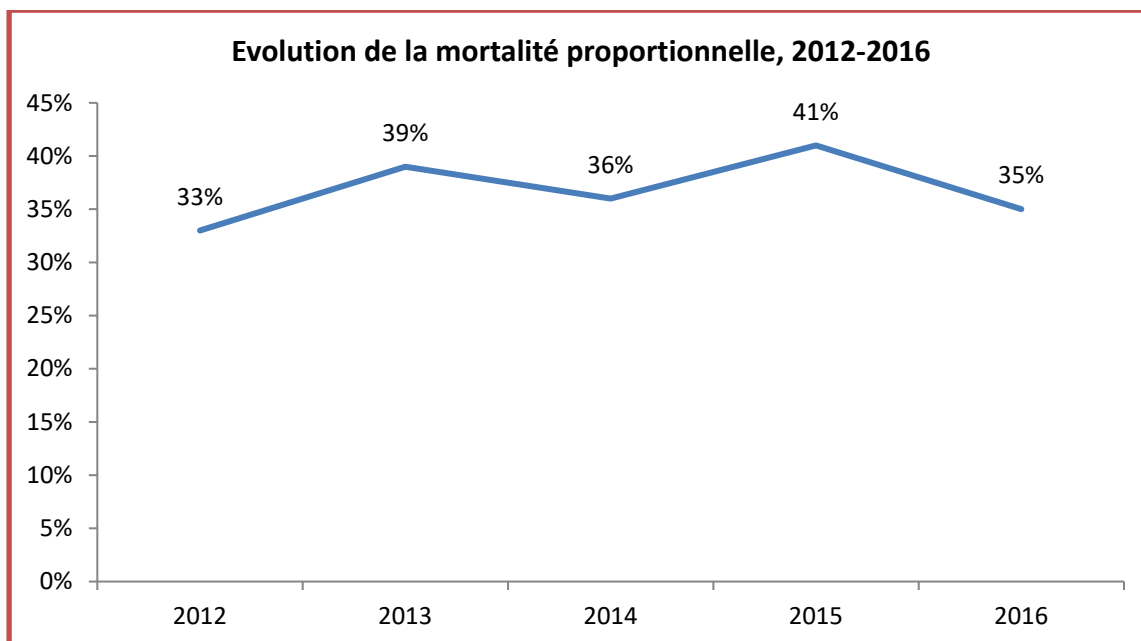


Figure 19 : évolution de la mortalité proportionnelle du paludisme en RDC, 2012-2016

La mortalité proportionnelle a évolué en dents de scie entre 2012 et 2016 mais avec une nette diminution en 2016

Discussion des résultats

Entre 2012 et 2016, l'incidence du paludisme a présenté deux pics dans son évolution notamment en 2013 (161 cas pour 1000 personnes) et en 2016 (162 cas pour 1000 personnes). Ceci s'expliquerait par la survenue des épidémies dans plusieurs zones de santé au cours de ces deux années. La létalité a, par contre baissé de 3,2% en 2015 à 2% en 2016, ce qui dénote d'une bonne prise en charge des cas en 2016 tributaire probablement d'une disponibilité en médicaments antipaludiques. Cependant la létalité a été élevée dans les DPS de Mai-ndombe, Sud Ubangui, Tshuapa, Tanganyika, Tshopo et Bas-Uélé au cours de la même année.

En 2016, les provinces du Kongo Central et Haut-Uélé semblent les plus affectées en termes d'incidence et de mortalité. Cependant, ces données de morbidité et de mortalité sont à analyser en fonction du poids démographique des provinces, du taux d'utilisation des services curatifs et de la complétude des données (Cfr figure 17). Au-delà de ces facteurs, il faut néanmoins relever que le Haut-Uélé a été affecté par des flambées qui pourraient expliquer le poids de la maladie dans cette province qui mérite une attention particulière en 2017.

Le paludisme reste encore le grand contributeur à la morbi-mortalité globale en RDC, effet en 2016, le paludisme a contribué à concurrence de 38% dans la morbidité globale et de 36% dans la mortalité globale.

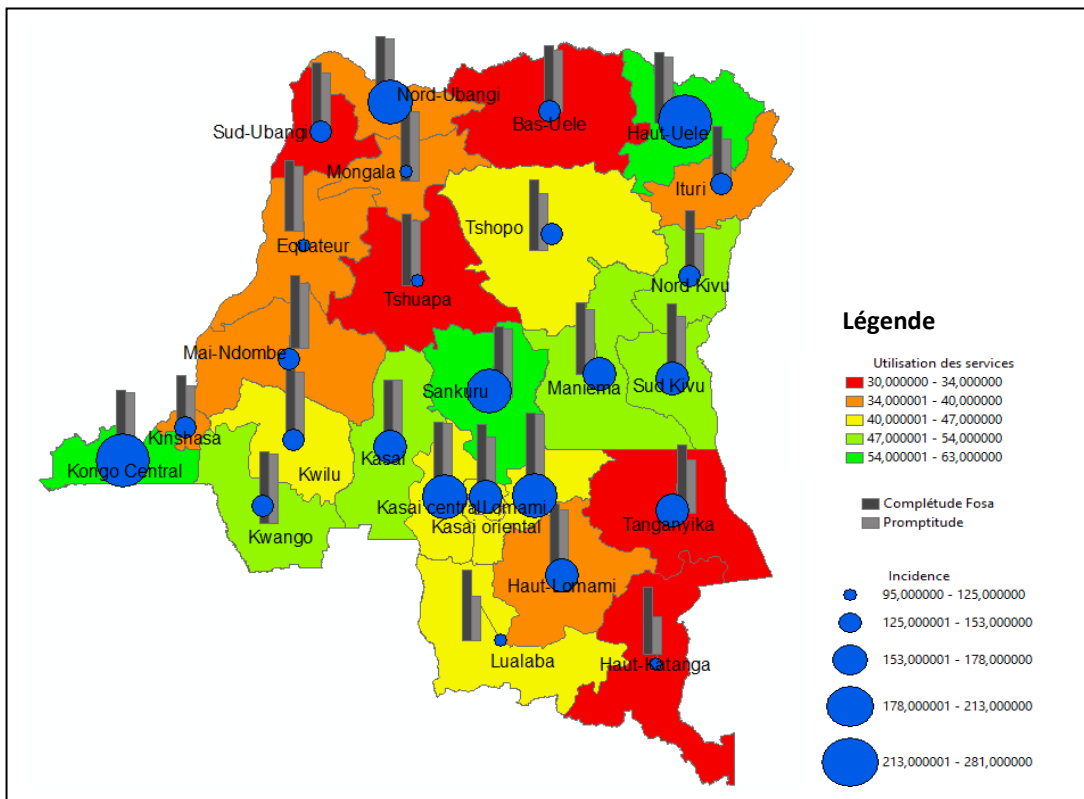


Figure 20 : Analyse de l'incidence en fonction de l'utilisation des services curatifs, de la complétude et de la promptitude des données de 2016.

La tendance générale est que les provinces avec une faible utilisation des services curatifs présentent une faible incidence, à l'exception de la province de Nord Ubangui. Il sied de noter que la province de Nord Ubangui a une prévalence parasitaire élevée (enquête EDS 2013-2014).

V. ANALYSE FFOM

FORCES

- La capacité du PNLN à organiser des campagnes de masse de distribution gratuite des MILD dans 13 provinces dans l'année au vu de l'étendue du pays
- La confirmation biologique est optimale
- La prise en charge thérapeutique à plus de 90% des cas confirmés de paludisme
- Bonne prise en charge communautaire du paludisme
- Très bonne complétude (93%) et bonne promptitude (84%) des données des FOSA
- L'efficacité des interventions menées
- Bonne coordination de la lutte à travers la tenue régulière des réunions hebdomadaires des PTF, réunions de service et des réunions trimestrielles de la Task force

FAIBLESSES

- Contreperformance dans l'application du traitement préventif intermittent chez la femme enceinte
- Faible mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le paludisme
- Faible absorption des fonds mobilisés
- Faible rapportage de la gestion logistique des intrants antipaludiques
- Faible qualité des données
- Faible capacité de détection et d'investigation des flambées épidémiques

OPPORTUNITES

- Résultats de la mise en œuvre du projet « Defeat malaria » qui vise l'amélioration de la prise en charge dans le secteur privé avec des CTA de qualité et des TDR
- Mise en œuvre du projet PESS par le Gouvernement

MENACES

- Conditions défavorables de travail (locaux inadaptés)
- Insécurité dans certaines régions du pays
- Faible décaissement des fonds

VI. RECOMMANDATIONS

- Sensibiliser les femmes enceintes à fréquenter les CPN pour bénéficier du TPI, et organiser la distribution communautaire de la SP chez les femmes enceintes
- Intensifier la mobilisation des ressources et identifier de potentiels contributeurs
- Faire le plaidoyer auprès des détenteurs des fonds pour améliorer le taux de décaissement

- Améliorer la qualité des données par l'organisation régulière des audits des données et des supervisions pour la gestion logistique des intrants antipaludiques
- Intensifier le plaidoyer pour l'amélioration des conditions de travail (réhabilitation du bâtiment du PNLP)
- Renforcer le système de surveillance épidémiologique pour une détection précoce des flambées épidémiques et une investigation précoce

VII. CONCLUSION

L'année 2016 a été la première année de mise en œuvre du plan stratégique national 2016-2020, lequel a été élaboré sur la base d'une nouvelle stratification du paludisme établie en fonction de la prévalence parasitaire avec différenciation des interventions selon les strates.

En 2016 les fonds mobilisés se sont chiffrés à 186.829.969 \$ sur 215.579.511\$ des besoins de financement du PAO 2016 soit un taux de mobilisation de 86,5%. Le Gouvernement congolais et ses partenaires ont assuré ce financement. La réalisation des activités a produit des résultats encourageants notamment dans le rapportage des données de routine, la distribution de la MILD à travers les campagnes et la routine, 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. Par contre l'on a noté une contre performance dans l'administration du traitement préventif intermittent chez la femme enceinte et dans la riposte des flambées épidémiques enregistrées en 2016.

Néanmoins des défis devront être relevés notamment la mobilisation des fonds en faveur de la lutte contre le paludisme, l'amélioration du taux d'absorption des fonds mobilisés, l'amélioration du traitement préventif intermittent, la gestion rationnelle des intrants antipaludiques, l'amélioration de la qualité des données et le renforcement de la surveillance épidémiologique pour une détection précoce des flambées épidémiques et une investigation précoce.