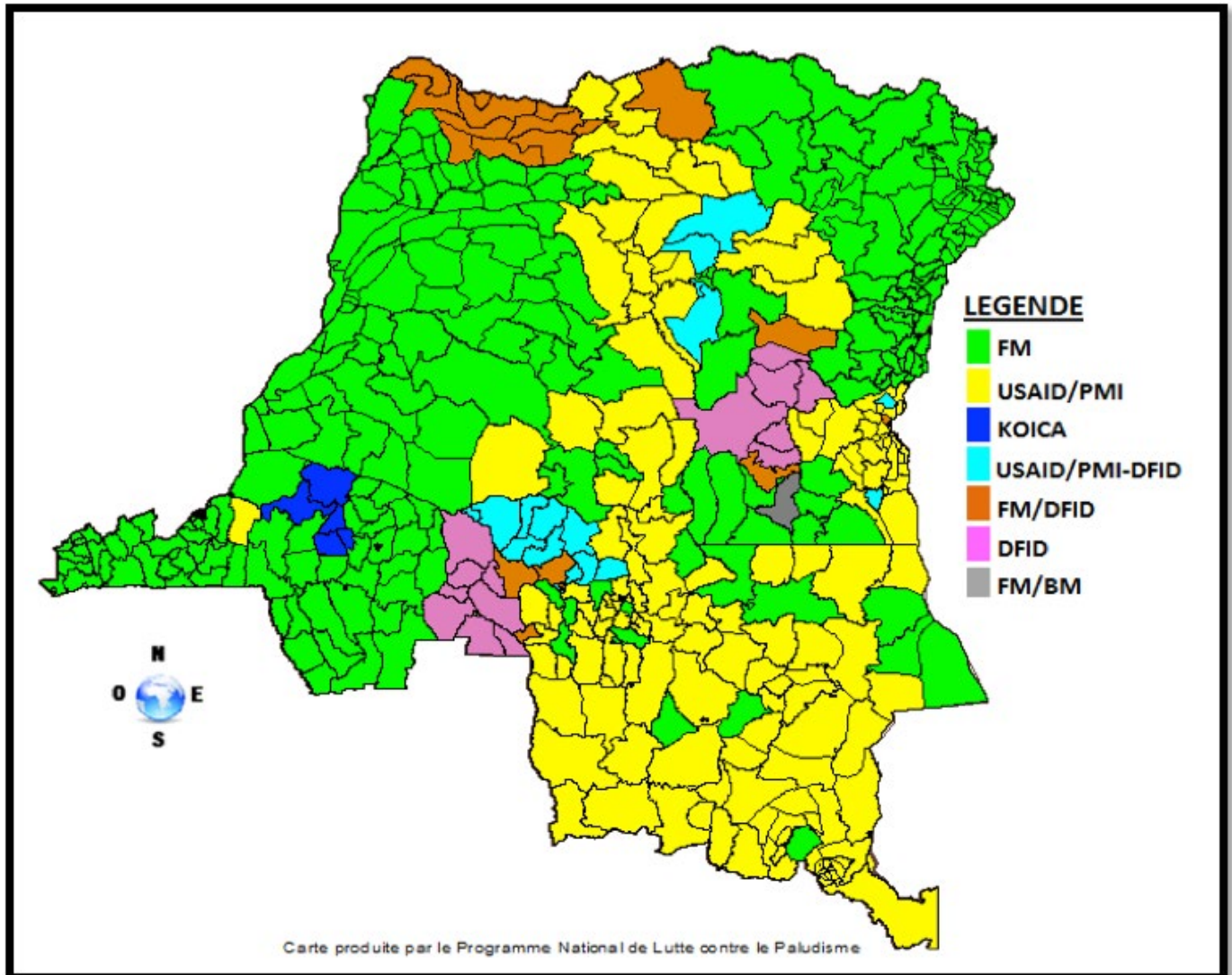




PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME
P.N.L.P.



Cartographie des intervenants

Rapport d'activités 2015

Avril 2016

Rapport d'activités 2015

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	ii
A. LISTE DES TABLEAUX.....	ii
B. LISTE DES FIGURES	ii
LISTE DES ABREVIATIONS	iii
AVANT-PROPOS	v
RESUME	vi
INTRODUCTION	vii
II. CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS.....	1
II.1 Historique et Organisation du PNLP	1
II.2 Environnement de travail	2
III. BREVE DESCRIPTION DU PAO 2015	3
III.1 Objectifs.....	3
III.2 Principaux résultats attendus en 2015.....	4
IV. RESULTATS OBTENUS EN 2015.....	5
IV.1 Financement de la lutte	5
IV.2 PREVENTION	9
IV.3 Prise en charge des cas.....	14
IV. 4 La gestion des achats et des stocks	19
IV.5 Communication en faveur de la lutte contre le paludisme.....	20
IV. 6 Surveillance épidémiologique et riposte aux épidémies	22
IV.7 Suivi-Evaluation et Recherche opérationnelle.....	25
IV.8 Gestion du programme	30
IV.9 Impact.....	32
V. ANALYSE FFOM	37
FORCES	37
FAIBLESSES.....	37
OPPORTUNITES	37
MENACES	37
VI. RECOMMANDATIONS.....	38
VII. CONCLUSION	39

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

A. LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Fonds décaissés en 2015 par bailleur en USD.....	5
Tableau II : Dépenses engagées en 2015 pour la lutte contre le paludisme en RDC.....	6
Tableau III : Nombre des MILD distribuées en campagne par province en 2015	9
Tableau IV : Nombre des personnes formées par thématique et par DPS.....	17
Tableau V : Résultats des enquêtes EUV.....	20
Tableau VI : Flambées épidémiques des cas de fièvre présumés palustres investiguées en 2015 en RDC.....	23
Tableau VII : Résultats de l'évaluation du programme.	28
Tableau VIII : Enquêtes réalisées en 2015.....	29
Tableau IX : Renforcement des capacités des cadres du PNLP	30
Tableau X : Réunions de coordination.....	30
Tableau XI : Rencontres internationales.....	31

B. LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Organigramme du PNLP	1
Figure 2 : Répartition des fonds mobilisés par bailleur en 2015	5
Figure 3 : Répartition des dépenses en 2015.....	7
Figure 4 : Cartographie des intervenants.....	8
Figure 5 : Nombre des ZS appuyées en PMA de lutte contre le paludisme en RDC, 2010-2015.....	8
Figure 6 : Provinces ayant bénéficié de la distribution de masse des MILD en 2015	10
Figure 7 : Proportion des femmes ayant reçu deux doses de SP versus taux d'utilisation CPN en 2015.....	12
Figure 8 : Évolution de la proportion des femmes enceintes ayant reçu la SP2 de 2010 à 2015	13
Figure 9 : Tendance de la performance de prise en charge en RDC	15
Figure 10 : Diagnostic et traitement des cas de paludisme simple	16
Figure 11 : Implantation des sites des soins communautaires en 2015 par partenaire de mise en œuvre.....	18
Figure 12 : Carte des 26 sites sentinelles et leur localisation.....	24
Figure 13 : Complétude des données des ZS vers les provinces, 2011-2015.....	25
Figure 14 : Complétude des rapports en 2015.....	26
Figure 15 : Incidence du paludisme pour 100 000 habitants	33
Figure 16 : Décès hospitaliers imputables au paludisme en pour 100 000 habitants.....	33
Figure 17 : Évolution de la morbidité proportionnelle du paludisme en RDC, 2010-2015	34
Figure 18 : Évolution du taux de létalité en RDC, 2010-2015	35
Figure 19 : Évolution de la mortalité proportionnelle du paludisme en RDC, 2010-2015	35

LISTE DES ABREVIATIONS

AL	Artémether-Lumefantrine
ASAQ	Artésunate-Amodiaquine
CCC	Communication pour le changement de comportement
CD	Chef de division
CPN	Consultation Périnatale
CPNr	Consultation périnatale recentrée
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	Équipe Cadre de la Zone de Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EUV	End User Verification
FM	Fonds Mondial
FOSA	Formation sanitaire
GAS	Gestion des achats et des stocks
GE	Goutte épaisse
IEC	Information Éducation Communication
INRB	Institut national de recherche biomédicale
KOICA	Korea International Cooperation Agency
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
MILD	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action
MOSO	Mobilisation Sociale
MSH	Management Sciences for Health
NMF	Nouveau Modèle de Financement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PEC	Prise en charge
PEV	Programme Élargi 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	Suivi et Évaluation

SIAPS	Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
SSC	Sites des Soins Communautaires
SURVEPI	Surveillance épidémiologique
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TPI _n	Traitement Préventif Intermittent du Nourrisson
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development
ZS	Zone de Santé

AVANT-PROPOS

L'année 2015 a été marquée par l'évaluation du plan stratégique national 2013-2015 ainsi que celle du PNDS 2011-2015, l'extension de la couverture des interventions à l'ensemble des 516 ZS. Ainsi, des actions ont été menées notamment l'amélioration de la prise en charge communautaire du paludisme par l'augmentation des sites des soins communautaires passant de 4 756 en 2014 à 5 117 en 2015, l'initiation de la prise en charge dans le secteur privé à travers les officines privées en TDR et CTA de qualité, l'extension de la surveillance sentinelle par la mise en place de 15 sites sentinelles additionnels, la formation des cadres nationaux et provinciaux en S&E et paludologie, la mise en place du logiciel Dashboard malaria pour l'amélioration de la gestion des données.

Néanmoins, de nombreux défis devaient être relevés au cours de l'année 2015 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, l'accessibilité au diagnostic et au traitement de qualité dans le secteur privé et l'amélioration de la disponibilité des informations de qualité pour la prise des décisions. Les efforts pour relever ces défis se faisaient dans un contexte de changement, notamment la réforme dans le secteur de la santé et la fixation des orientations stratégiques pour les cinq prochaines années.

Les différentes actions ont été mises en œuvre 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 à travers des conseillers techniques mis à disposition du PNLP, ainsi que ceux œuvrant auprès des bailleurs et des représentations des partenaires de mise en œuvre. C'est à ce titre que des remerciements particuliers sont adressés :

- au Gouvernement pour le leadership sectoriel et l'engagement pour 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, à l'USAID/PMI, à DFID et à KOICA pour leur appui financier au paquet minimum d'intervention ayant comblé les écarts programmatiques pour l'appui aux 516 ZS ;
- à la Coopération Canadienne, l'OMS, l'UNICEF, RBM, Initiative 5 %, MEASURE Evaluation, ASF/PSI, SANRU, PROSANI PLUS, C-CHANGE, SIAPS, JSI-DELIVER PROJECT, IMA, CARITAS, SWISS TPH, MSF, etc. 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 de notre parfaite considération.

Prof Dr Joris LOSIMBA LIKWELA

Directeur du Programme National de Lutte contre le Paludisme

RESUME

L'année 2015 a marqué le terme du plan stratégique national 2013-2015. La mise en œuvre du PAO 2015 a bénéficié de la participation active des partenaires techniques et financiers du PNLP. Les principaux bailleurs des fonds étaient le Fonds Mondial, l'USAID, DFID, KOICA. L'appui à la mise en œuvre a été assuré via les Récipiendaires Principaux du Fonds Mondial (CAGf, ASF/PSI et SANRU) et leurs sous-bénéficiaires, les agences de mise en œuvre de la PMI (PROSANI PLUS, ASF, SIAPS, JSI-Deliver Project, MEASURE Evaluation, C-Change, Malaria Care et l'UNICEF), également via IMA, ASF, Swiss TPH pour le financement de DFID, OMS et IRC pour le projet RAcE financé par la Coopération Canadienne. Certaines interventions spécifiques ont bénéficié des appuis divers de l'OMS, l'Unicef, MSF, etc. La collaboration intra et intersectorielle a été un levier pour la réussite de la mise en œuvre de l'ensemble des interventions.

Les interventions de lutte contre le paludisme ont été menées en 2015 en conformité avec les stratégies du PNLP à savoir la prévention, le diagnostic et le traitement correct des cas, ainsi que les activités d'appui, notamment la communication, la surveillance épidémiologique, le suivi-évaluation, la recherche opérationnelle, la gestion des achats et des stocks, et la gestion du programme.

Le financement des activités de lutte contre le paludisme a été assuré par le Gouvernement congolais et ses partenaires, à la hauteur de 175 368 553 \$ sur 235 804 392 \$ planifiés dans le PAO 2015, soit un taux de mobilisation de 74 %. Le gros des dépenses a été consacré à la prévention par la MILD (27,5 %), suivi des Ressources humaines, de l'appui technique et la formation (18,5 %), de la gestion des approvisionnements (16,4 %), de la prise en charge des cas (12 %), des infrastructures et équipements (10,9 %), de la planification et de l'administration (6,2 %), et de la communication et S&E (6,2 %).

Les principaux résultats enregistrés au terme de l'année 2015, se résument comme suit :

- -15 391 187 MILD ont été distribuées dont 12 279 794 MILD en campagne de masse avec 96,5 % des ménages servis, 3 111 393 MILD en routine avec 1 716 435 MILD distribuées chez les femmes enceintes soit 63 % de couverture et 1 394 958 MILD distribuées chez les enfants de moins d'une année soit 77 % de couverture.
- 1 797 655 femmes enceintes ont bénéficié de deux doses de SP soit 66 % de couverture (dénominateur CPN1).
- 16 452 476 cas de fièvre ont été testés sur 16 566 209 cas suspects soit 99 % de taux de testing.
- 9 871 484 cas de paludisme ont été traités avec les CTA sur 10 878 974 cas de paludisme simple rapportés soit 91 %.
- 39 054 décès liés au paludisme ont été enregistrés au cours de l'année.

Au total, 12 186 639 cas de paludisme ont été reçus sur 31 470 842 nouveaux cas enregistrés, soit 38,7 %. Sur les 12 186 639 cas, 10 878 974 sont des cas de paludisme simple et 1 307 665 sont des cas de paludisme grave. 39 054 décès ont été attribués au paludisme sur les 96 415 décès enregistrés dans les formations sanitaires, soit 40,5 %.

INTRODUCTION

Le paludisme reste l'une des maladies parasitaires les plus répandues et les plus meurtrières dans le monde et constitue un réel problème de santé publique. Selon le rapport mondial sur le paludisme 2015 de l'OMS, 214 millions des cas de paludisme ont été enregistrés en 2014 dans le monde avec 538 000 décès liés à cette endémie. La région africaine est la plus touchée et représente 88 % de l'ensemble des cas de paludisme et 90 % de l'ensemble des décès enregistrés dans le monde. Les enfants de moins de 5 ans payent un lourd tribut avec 70 % du total des décès enregistrés.

Selon le rapport annuel 2014 produit par le Programme National de Lutte contre le Paludisme de la RDC, 9 745 369 cas de paludisme et 25 502 décès liés à cette pathologie ont été enregistrés au cours de cette année. La RDC bénéficie actuellement de financements des partenaires techniques et financiers.

Pour faire face à cette situation, la RDC à travers le Programme National de Lutte contre le Paludisme, a élaboré un plan stratégique 2013-2015 devant orienter les interventions majeures susceptibles de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liée au paludisme. De celui-ci a découlé un plan annuel opérationnel 2015 dont la mise en œuvre est synthétisée dans le présent rapport.

II. CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS

II.1 Historique et Organisation du PNL

L'organisation de la lutte contre le paludisme en RDC a été initiée d'abord sous forme d'un projet du Ministère de la Santé (Projet de Lutte Anti Paludique – PLAP de 1977 à 1982), qui a évolué par la suite 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) avant de devenir le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP de novembre 1998 à ce jour).

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

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

L'organisation du PNL est passée d'une structure à 2 Divisions à sa création (une Technique et une Administrative) à une structure à 8 Divisions avec l'Arrêté ministériel N° 1250/CAB/MIN/YS/RM/094/2003 portant Organisation et Fonctionnement du PNL. L'organigramme actuel du PNL se présente comme suit :

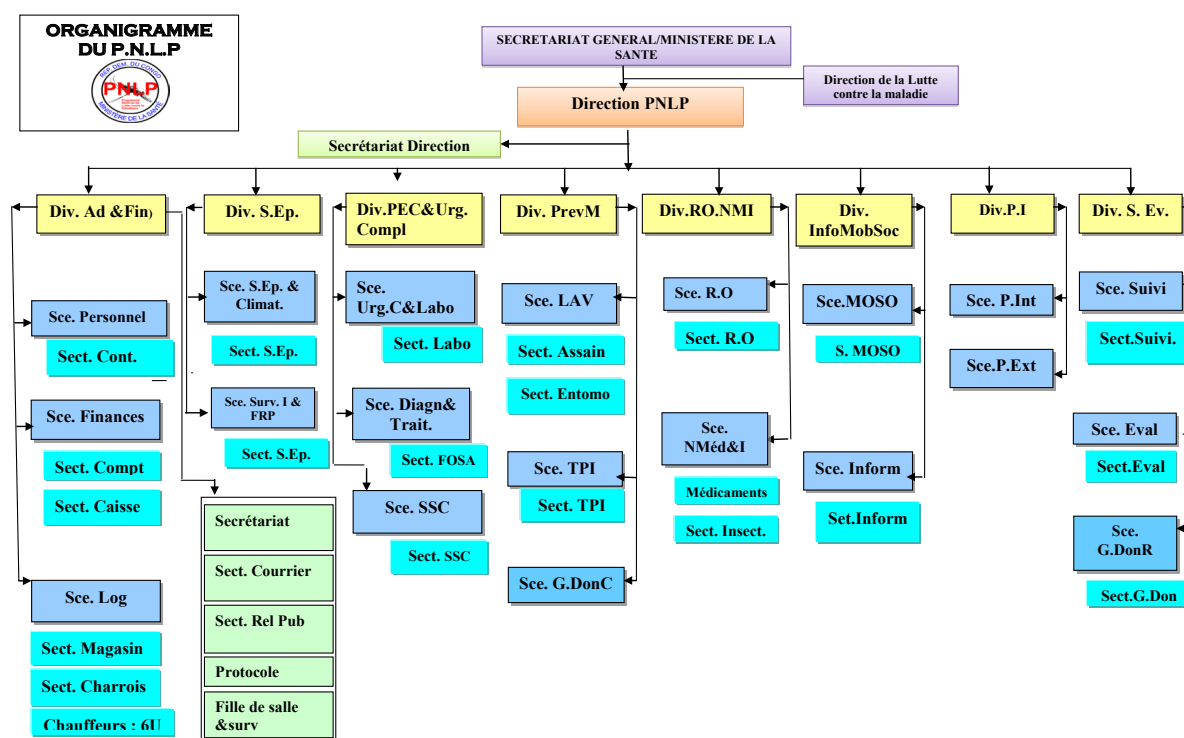


Figure 1. Organigramme du PNL.

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. Le cadre de travail est peu commode pour produire un travail de qualité car les bureaux sont exigus et insuffisants, imposant une promiscuité des agents non propice à un travail de profonde réflexion.

Cette situation qui semble perdurer mérite une attention particulière du Gouvernement et de ses partenaires pour offrir un cadre propice de travail afin d'assurer des résultats de meilleure qualité.

Le financement des activités de lutte contre le paludisme a été assuré en 2015 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 2015

III.1 Objectifs

Objectif général

Contribuer à réduire de :

- 50 % la mortalité spécifique du paludisme dans les formations sanitaires d'ici 2015 par rapport à la mortalité observée en 2010 ;
- 25 % la morbidité liée au paludisme d'ici fin 2015 par rapport à la morbidité observée en 2010.

Objectifs spécifiques

Prévention :

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

Prise en charge des cas :

- Confirmer au moins 80 % des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires intégrées et dans la communauté par la GE ou le TDR ;
- Traiter tous les cas de paludisme confirmés, conformément aux directives nationales à tous les échelons de la pyramide sanitaire, y compris dans la communauté.

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

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

Gestion du programme

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

Communication pour la Changement de Comportements/mobilisation sociale

- Amener au moins 80 % de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme.

Gestion des achats et des stocks (GAS)

- Rendre disponibles de façon permanente les médicaments et autres produits antipaludiques dans au moins 80 % des structures sanitaires intégrées.

Suivi – évaluation et recherche opérationnelle

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

III.2 Principaux résultats attendus en 2015

- 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 ripostées dans les 15 jours.
- 100 % des fonds alloués au PNLN dans le budget de la Santé sont décaissés.
- 80 % de la population adoptent des comportements favorables à la lutte contre le paludisme.
- 80 % des structures sanitaires intégrées ne connaissent pas de rupture en médicaments et autres produits antipaludiques.
- 95 % des zones de santé 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 2015

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 2015 sont repris dans le tableau ci-après.

Tableau I : Fonds décaissés en 2015 par bailleur en USD

Bailleurs	Montants prévus en	Montants décaissés	Taux de décaissement
FM	187 782 619	124 499 522	66 %
USAID	34 000 000	34 000 000	100 %
Dfid	8 423 549	4 465 786	53 %
UNICEF	600 000	808 130	134 %
KOICA	1 579 425	1 547 551	98 %
GOUVERNEMENT	7 014 345	7 014 345	100 %
OMS	2 933 630	2 772 144	94,5 %
TOTAL	242 333 568	175 107 478	72 %

Les principaux bailleurs des fonds en 2015 sont le Fonds Mondial, PMI et Dfid avec respectivement 107 594 221 \$, 34.000.000 \$ et 21 442 089 \$, soit 93 % des appuis à eux trois (figure 2)

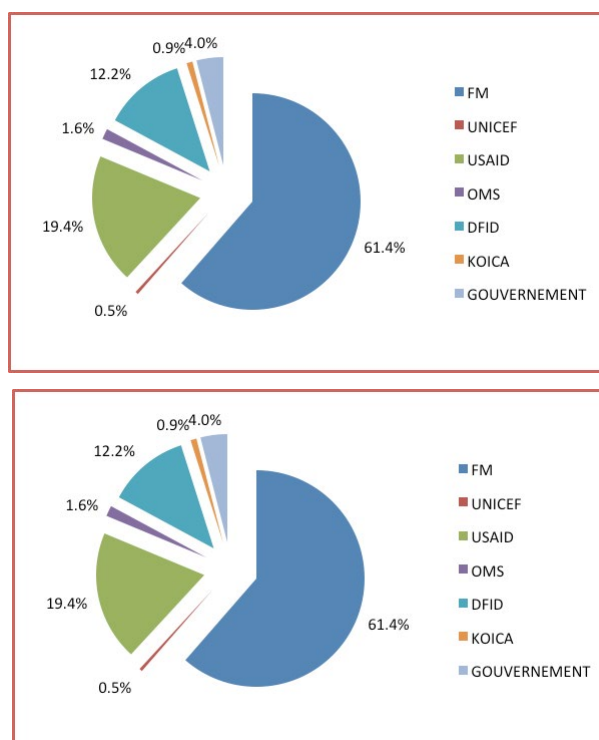


Figure 2. Répartition des fonds mobilisés en 2015 par bailleur des fonds.

Il apparaît que plus du quart des fonds annoncés en 2015 n'a pas été décaissé. Il y a donc des efforts à faire tant dans l'élaboration à temps des requêtes pour les activités programmées que dans l'assouplissement des mécanismes de décaissement des fonds pour une meilleure absorption des fonds alloués à la lutte contre le paludisme.

Tableau II : Dépenses engagées en 2015 pour la lutte contre le paludisme en RDC (USD)

Dépenses 2015	FM	USAID	DFID	UNICEF	KOICA	GOUV	OMS	TOTAL
Ressources humaines et appui technique	8 206 656	3 057 000	1 437 565	8 000	175 094	227 534	783 553	13. 895. 402
Formation	14 032 341	3 975 000	340 051	0	66 499	0	241 582	18 655 483
MILD	33 186 502	12 340 000	1 858 927	242 800	551 124	0	0	48 179 353
Insecticide & matériaux d'imprégnation	0	0	0	0	0	0	0	0
Diagnostic du paludisme (TDR, microscopie)	1 337 453	6 525 000	225 279	0	251 965	0	697 502	9 037 199
Médicaments antipaludiques	6 488 939	4 123 000	775 892	0	392 424	180 587	0	11 960 843
Gestion des approvisionnements	26 411 648	1 450 000	735 951	72 000	7 669	0	0	28 677 268
Infrastructure et équipements	1 557 738	10 000	11 023 607	65 000	1.597	6 537 744	0	19 195 686
Communication et plaidoyer	3 347 436	1 620 000	600 113	111 830	238 845	15 000	118 540	5 836 804
Suivi et évaluation	3 160 257	800 000	640 781	60 000	4 869	43 961	396 198	5 106 066
Planification, administration, frais généraux	9 712 469	100 000	749 634	28 500	101 002	7 684	2 933 630	10 954 886
Autres	152 782	0	3 054 289	220 000	0	1.835	0	869 563
Total	107 594 221	34 000	21 442 089	808 130	1 576 129	7 014 345	2 933 630	175 368 553

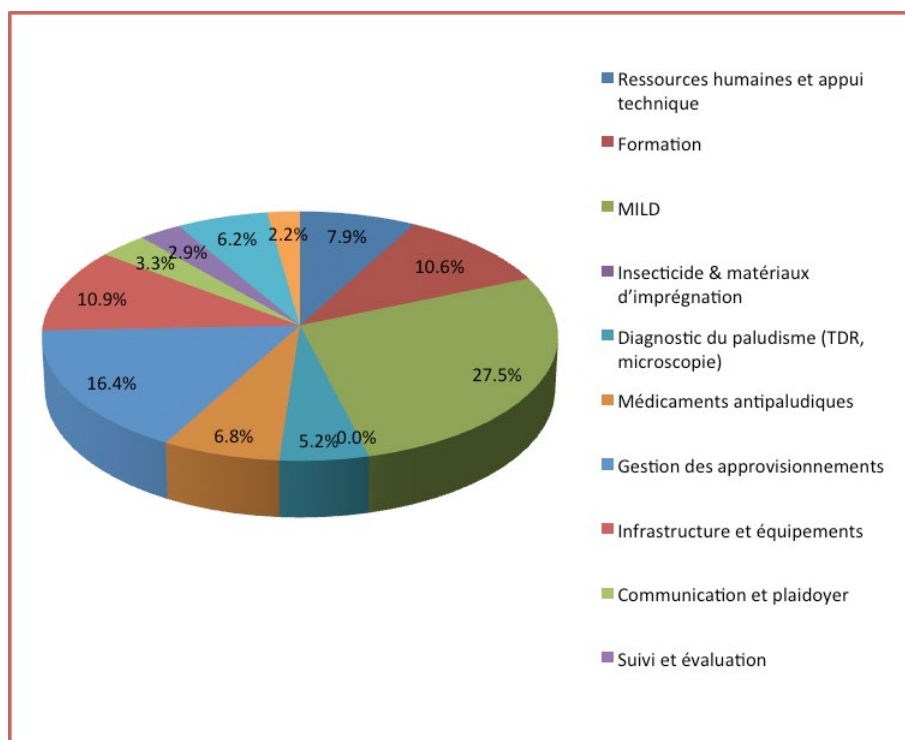


Figure 3 : Répartition des dépenses en 2015

La figure 3 montre que 27,5 % des fonds mobilisés en 2015 ont été affectés à la prévention par la MILD, suivi des Ressources humaines, de l'appui technique et la formation (18,5 %), de la gestion des approvisionnements (16,4 %), de la prise en charge des cas (12 %), des infrastructures et équipements (10,9 %), de la planification et l'administration (6,2 %), de la communication et S&E (6,2 %), et autres (2,2 %).

La part allouée au S&E est en deçà des recommandations de l'OMS qui exige que cette rubrique soit environ de 10 %.

B. CARTOGRAPHIE DES INTERVENANTS

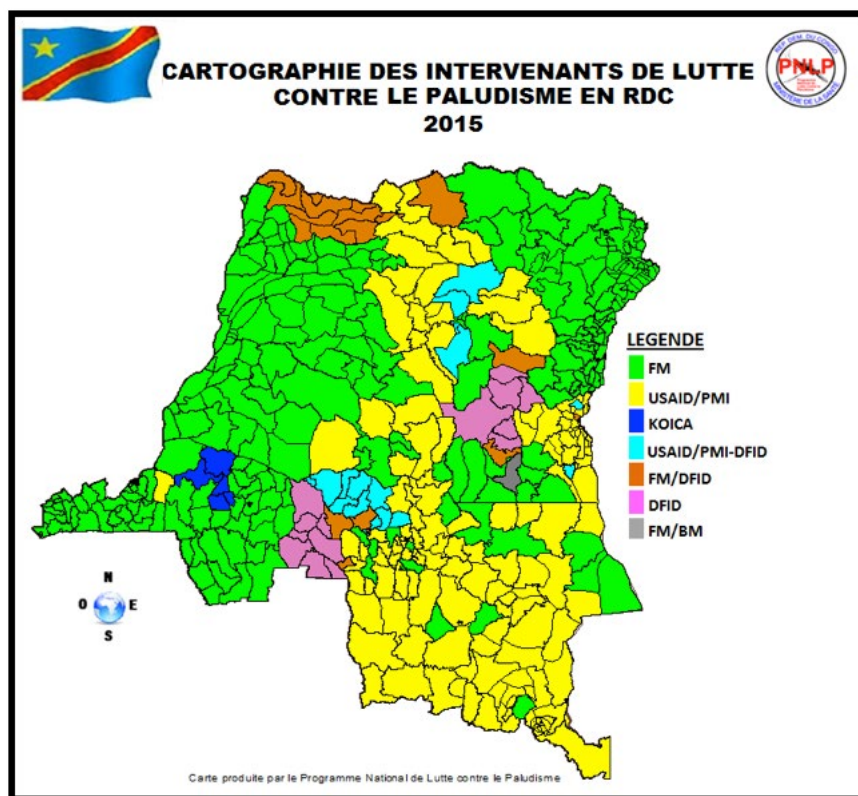


Figure 4. Cartographie des intervenants

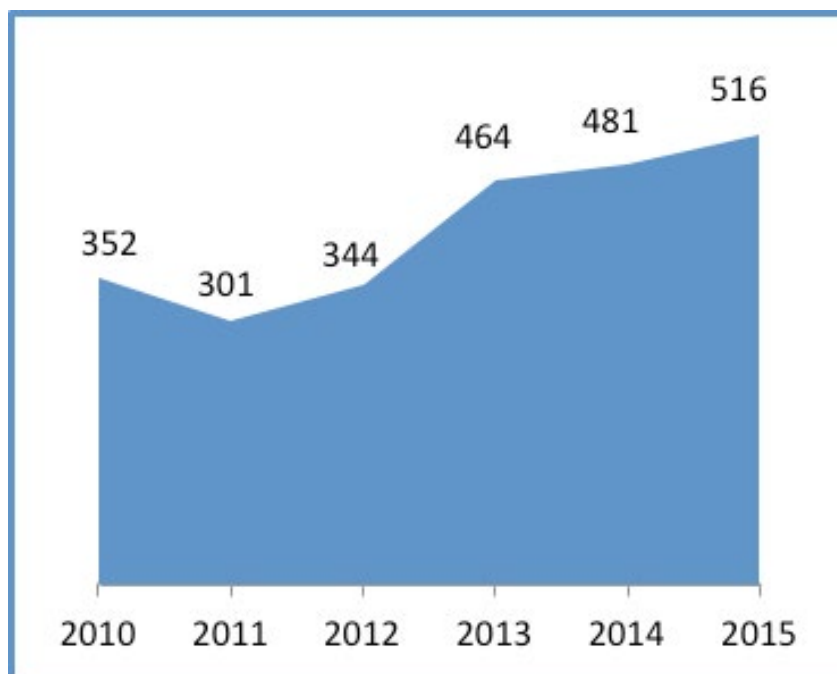


Figure 5 : Nombre des ZS appuées en PMA de lutte contre le paludisme en RDC, 2010 – 2015

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 antivectorielle mises en œuvre en RDC.

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

Normes et directives

Le processus d'actualisation des normes et des stratégies de distribution ainsi que des spécifications techniques des MILD en RDC, lancé en fin 2014, a abouti en 2015 à la production du manuel des procédures pour la réalisation de campagnes contenant de nouvelles normes et de nouveaux outils de distribution des MILD.

Cibles et résultats obtenus en 2015

Cible 2015 :

En 2015, treize provinces ont été planifiées pour les campagnes de distribution de masse des MILD. Il s'agit des provinces suivantes : Equateur, Nord Ubangui, Sud Ubangui, Tshuapa, Mongala, Kwilu, Kwango, Maitombe, Nord Kivu, Sud Kivu, Kasai oriental, Sankuru et Lomami.

Tableau III : Nombre des MILD distribuées en campagne par province, en 2015

Province	Cibles MILD	MILD distribuées			Ménages dénombrés	Ménages servis	Performance
		Stratégie fixe	Porte-à-porte	Total			
Lomami	2 078 538	X		2 196 361	697 593	692 147	99,2 %
Sankuru	1 095 537	X		1 127 885	392 271	391 063	99,7 %
Kasai oriental	2 649 919	X		2 761 075	952 549	891 594	93,6 %
Équateur	180 112	X		1 185 790	478 727	463 230	96,7 %
Kwilu	2 627 513	X		5 008 683	1 763 464	1 698 665	96,3 %
Nord Ubangui	768 989			0	0	0	0 %
Sud Ubangui	768 989			0	0	0	0 %
Tshuapa	1 082 982			0	0	0	0 %
Mongala	1 358 003			0	0	0	0 %
Kwango	1 318 565			0	0	0	0 %
Maitombe	1 002 650			0	0	0	0 %
Nord Kivu	4 287 571			0	0	0	0 %
Sud Kivu	3 569 856			0	0	0	0 %

Les campagnes de distribution de MILD non réalisées dans certaines provinces sont dues soit à des problèmes logistiques (Kwango, Maitombe, Nord Kivu et Sud Kivu, Nord Ubangi, Sud Ubangi), soit à des problèmes d'acquisition (Mongala et Tshuapa).



CARTE DE DISTRIBUTION DES MILD EN RDC, 2015, 2016-2017

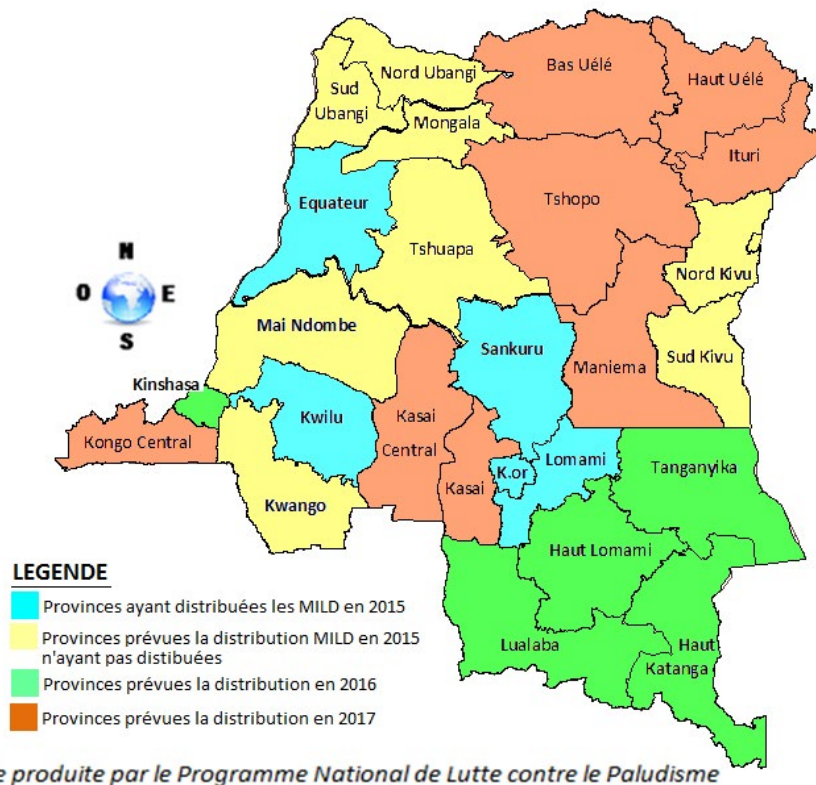


Figure 6. Provinces ayant bénéficié de la distribution de masse en 2015.

En 2015, un total de 15 419 488 MILD ont été distribués dont 12 279 794 MILD distribués en campagne de masse, soit 96,5 % des ménages servis, et 3 139 694 MILD distribués en routine, soit 1 716 435 MILD chez les femmes enceintes à travers la CPN représentant 63 % de couverture (dénominateur CPN1), et 1 394 958 MILD chez les enfants de moins d'une année à travers la CPS représentant 77 % de couverture (dénominateur VAR), et 28 301 MILD distribués à travers les écoles dans la province du Kasai central. (Rapport d'activités PNLN)

De façon cumulée, on estime à 32 883 263 MILD en usage en 2015, c'est à dire avec celles distribuées en 2013 et 2014 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 d'usure 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, il est possible d'estimer à 88 % la proportion de la population ayant eu accès aux MILD en fin 2015.



Vue des autorités à la tribune le jour du lancement de la campagne MILD à Mbandaka



Démonstration de l'installation de la MILD à Mbandaka le jour du lancement de la campagne



Remise des MILD à une femme enceinte par Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé publique



Remise des MILD à une femme enceinte par Monsieur Nicolas Farcy, Gestionnaire de portefeuille du Fonds Mondial pour la RDC



Vue des autorités peu avant la cérémonie du lancement de la campagne MILD à Mbuji-Mayi



Remise des MILD à un chef de ménage par une autorité le jour du lancement de la campagne du Kasai oriental

Discussion des résultats

En 2015, 13 DPS ont été planifiées pour la distribution de masse des MILD avec une quantité de 25 millions de MILD, mais suite aux difficultés logistiques et d'acquisition, seulement 15 391 187 MILD ont été distribués soit 62 % dans les DPS de l'Équateur, de Lomami, de Sankuru, Kwilu et du Kasai oriental. La performance moyenne en termes de ménages servis était de 96,5 % avec une variation de 99 % dans les DPS de Lomami et Sankuru contre 93,6 % dans la DPS du Kasai oriental.

Les 8 DPS qui n'ont pas réalisé la distribution de masse des MILD sont reprogrammées pour l'année 2016.

Intervention 2 : Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte. Le traitement préventif intermittent est une intervention de prévention utilisée par le PNLP pour protéger la femme enceinte contre le paludisme.

Cibles 2015 :

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

Normes et directives

Le PNLP a continué à vulgariser les nouvelles normes de l'OMS en matière de TPI mises en œuvre depuis 2014.

Résultats obtenus en 2015

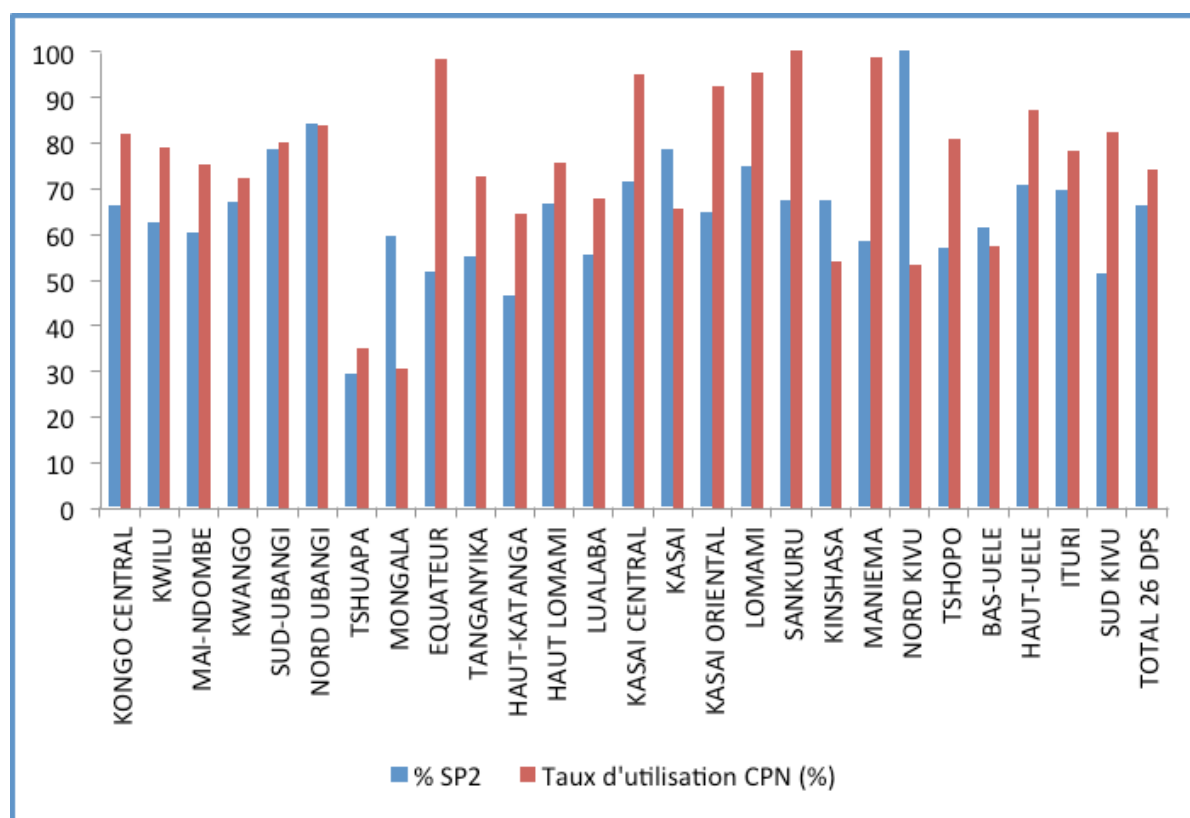


Figure 7 : Proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses de SP versus taux d'utilisation CPN en 2015

Sur la figure 7, on note que dans l'ensemble, la proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses de SP2 est de 66 % contre 59 % en 2014, les proportions les plus élevées se retrouvent dans les DPS de Nord Kivu (102 %) et Nord Ubungui (84 %), alors que la proportion la plus basse a été enregistrée dans la DPS de Tshuapa (29 %). Par rapport à l'utilisation des services de CPN, on note que le taux d'utilisation en 2015 est resté stationnaire à 74 % comme en 2014. L'utilisation la plus élevée est notée dans les DPS de Sankuru (114 %), Équateur (99 %) et Maniema (99 %) ; par contre, la DPS de Mongala présente la plus faible utilisation à 30 %.

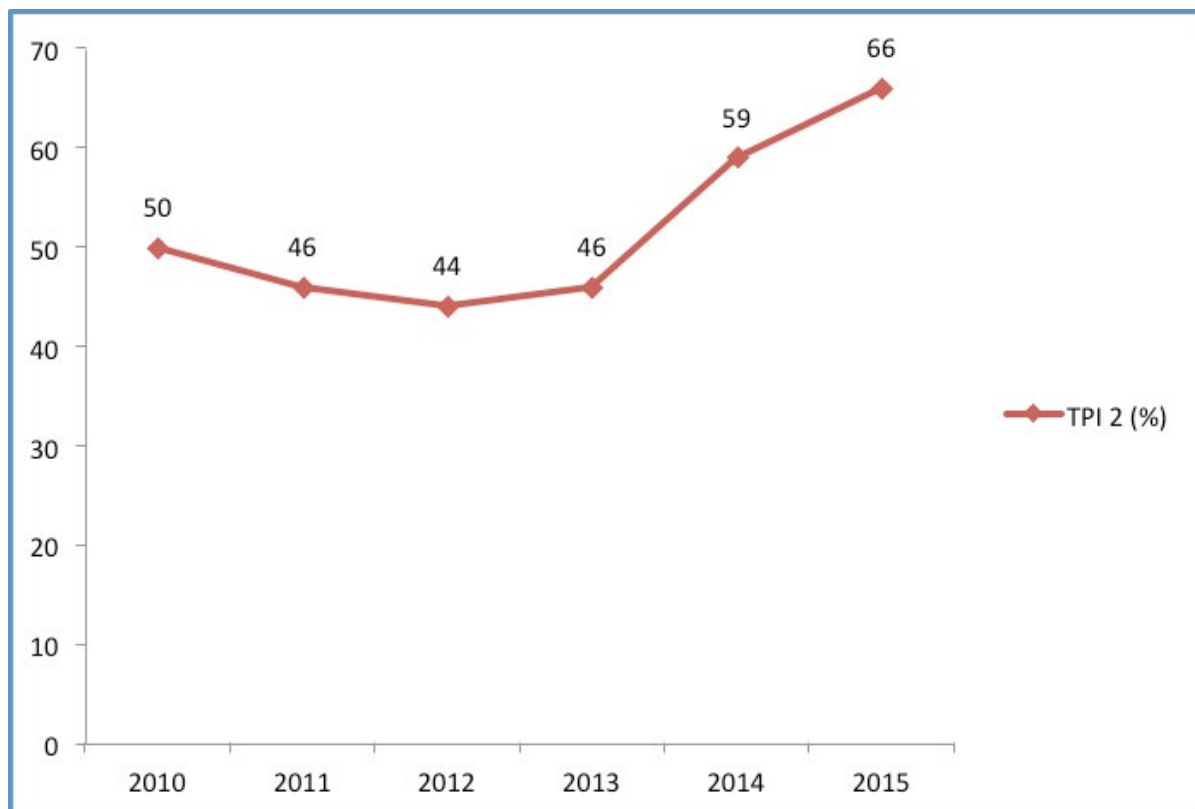


Figure 8 : Évolution de la proportion des femmes enceintes ayant reçu le SP2 de 2010 à 2015

Le graphique ci-dessus montre que l'amorce d'augmentation de la proportion des femmes enceintes ayant reçu le SP2 commencée en 2014 s'est poursuivie en 2015.

Discussion des résultats

Le taux de couverture de SP2 dans les structures sanitaires s'est nettement amélioré en 2015 atteignant 66 % contre 59 % en 2014. Par contre, le taux d'utilisation des services de CPN est resté stationnaire à 74 % par rapport à l'année 2014. Ceci montre que les facteurs à la base de la faible fréquentation des services de CPN sont encore présents avec la même intensité. L'augmentation de la proportion des femmes ayant reçu la SP2 serait due à l'amélioration de la disponibilité en intrants. Des actions dans le sens de l'amélioration de l'utilisation des services de CPN devront être menées, aussi faudra-t-il envisager la dispensation communautaire de la SP.

Intervention 3 : Promotion de l'assainissement

La promotion de l'assainissement intra et péri domiciliaire est l'une des stratégies retenues par le PNLP pour la prévention du paludisme. Cet assainissement vise la destruction des gîtes larvaires tout autour des habitations empêchant ainsi la multiplication des anophèles. La promotion de l'assainissement est réalisée essentiellement par des messages clés développés à travers les cartes-conseils et les boîtes à images.

Ces messages sont diffusés à travers la communication interindividuelle et les causeries éducatives animées par les relais communautaires sous la supervision des CODESA et des ECZS avec l'appui des PTF. Par ailleurs, le programme « villages et écoles assainis », qui vise la promotion de l'hygiène et la création d'un environnement favorable, contribue de façon complémentaire à la prévention du paludisme. Pour l'année 2015, 1 608 villages ont été labélisés « villages assainis » sur les 1 814 prévus, soit une performance de 89 %. De façon cumulée, 2 714 villages ont été assainis en 2014 et 2015.

Intervention 4 : Pulvérisation intra domiciliaire

Les ZS de Tenke Fungurume dans la province du Lualaba, de Salamabila dans la province de Maniema et de Kimpese dans la province de Kongo central sont les seules à pouvoir bénéficier 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, 11 aires de santé sont concernées sur les 18 aires de santé que compte la zone de santé. La campagne de pulvérisation pour l'année 2015 s'est déroulée du 14 octobre 2015 au 11 février 2016, au cours de laquelle 131 473 structures ont été enregistrées dont 106 351 pulvérisées, représentant une couverture de 81 % ; 25 053 chambres ont été fermées (19 %) et 69 chambres de refus (0,05 %).

La couverture de 81 % en 2015 est en baisse par rapport à l'année 2014 pendant laquelle elle était de 91 %, et la proportion des chambres fermées a augmenté (19 %) par rapport à l'année 2014 pendant laquelle elle était de 8,6 %. Cette situation serait due au retard connu dans la mise en œuvre de la campagne de pulvérisation, car les habitants s'absentent habituellement de leurs maisons pour un temps pour se livrer aux travaux des champs. Par contre, le taux de refus (0,05 %) a baissé par rapport à l'année 2014, cela dénote d'une bonne sensibilisation menée auprès de la population avant la campagne de pulvérisation.

Il convient de noter qu'une nouvelle zone d'intervention a vu le jour grâce à l'appui d'une société de cimenterie dans la ZS de Kimpese. Cette PID a été organisée dans trois villages de Nkumba, Malanga et Malanga gare. Les résultats se présentent de la manière suivante : 1 233 structures ont été pulvérisées sur 1 240 prévues soit 99,4 % et 8 pièces ont été fermées, soit 0,6 %. 1 678 personnes sont protégées dans une population estimée à 1 797, soit 93 %. Il faut cependant relever que cette première campagne a été réalisée avec les pyréthroides, et le PNLP a vivement recommandé l'usage d'une des trois autres familles d'insecticides au regard des études entomologiques réalisées sur site, en dehors des pyréthroides utilisés dans les MILD.

IV.3 Prise en charge des cas

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

Normes et directives

Il y a eu en 2015 la signature de la note circulaire par le Secrétaire Général à la Santé publique sur l'introduction et l'exécution de TDR dans les officines pharmaceutiques privées homologuées sur toute l'étendue de la RDC. En plus, il a été produit le document sur la spécification technique des commodités antipaludiques.

Cible 2015 :

- 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 2015

16 566 209 cas suspects de paludisme ont été enregistrés ; 2 877 585 GE et 13 574 891 TDR ont été réalisés soit un taux de testing de 99 %.

9 724 833 ont été positifs TDR et 1 902 640 examens revenus positifs GE soit un total des cas confirmés de 11 627 473.

559 166 cas n'ont pas été confirmés mais considérés comme paludisme (cas présumés).

12 186 639 cas de paludisme ont été enregistrés en 2015 soit 10 878 974 cas de paludisme simple et 1 307 665 cas de paludisme grave, avec 39 054 décès. En ce qui concerne le traitement des cas de paludisme simple, 9 715 872 malades ont été mis sous ASAQ et 155 612 malades ont reçu l'AL, soit un total de 9 871 484 traitements administrés. Par rapport à la cible, on est à 91 % des cas de paludisme simple positifs traités.

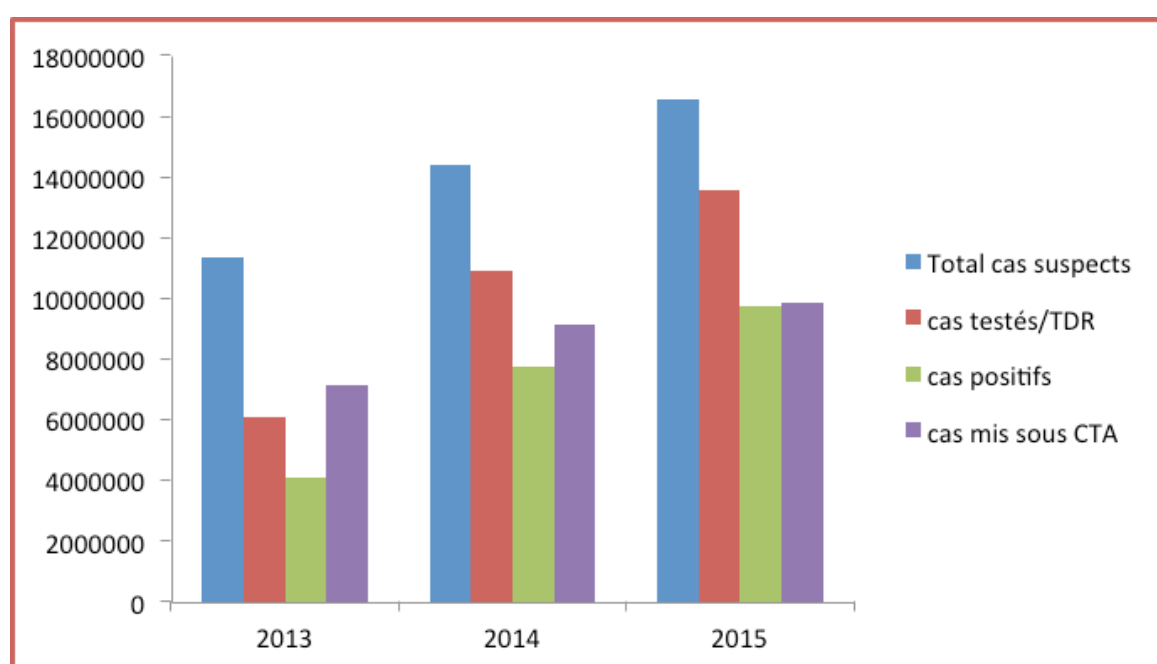


Figure 9 : Tendances de la performance de prise en charge en RDC

On observe un accroissement du nombre des cas rapportés d'une année à l'autre, que l'on pourrait attribuer à l'augmentation du nombre des ZS bénéficiant du PMA de lutte contre le paludisme susceptibles d'augmenter l'utilisation des services par la population. Il importe néanmoins de relever la réduction des cas suspects et des cas testés d'une part, et entre cas positifs et cas mis sous CTA d'autre part, traduisant respectivement la systématisation du test et le respect du traitement conditionné par la positivité du test.

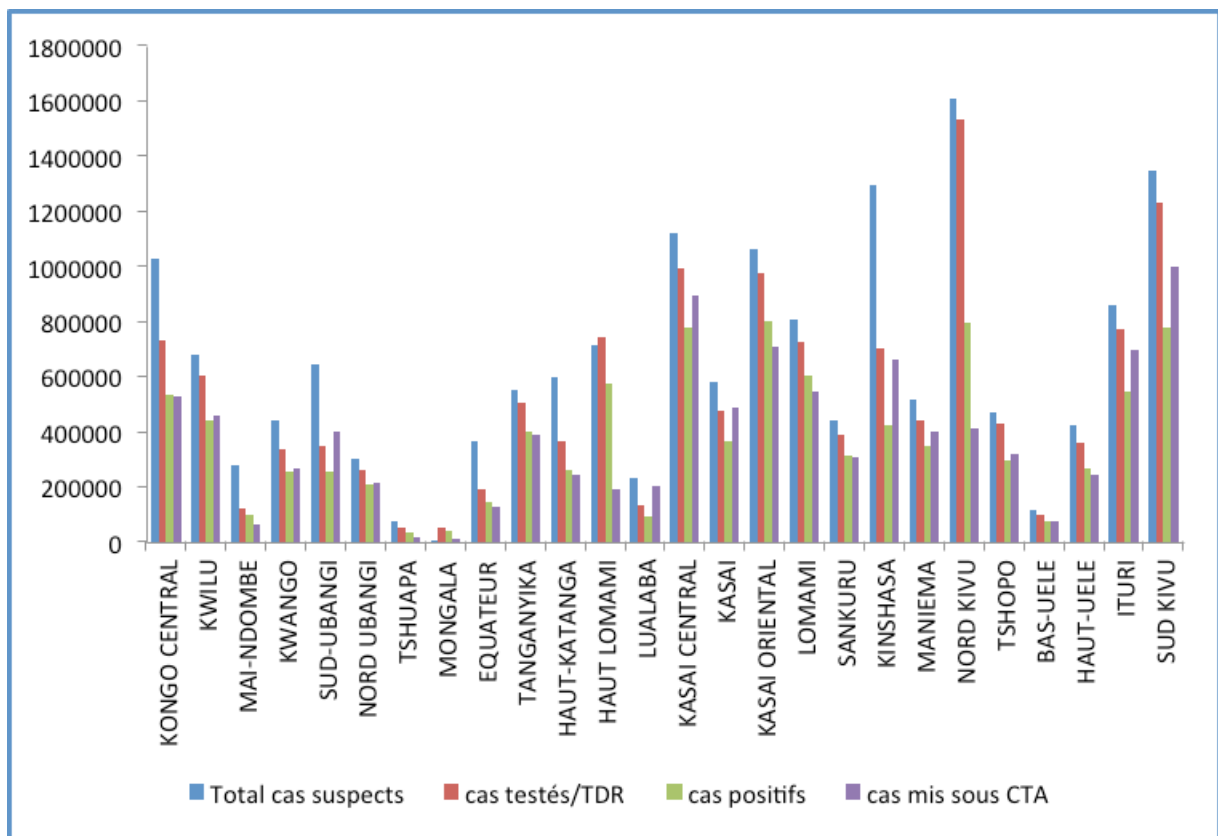


Figure 10 : Diagnostic et traitement des cas de paludisme simple

On note sur ce graphique que dans 10 DPS les malades ayant reçu les CTA sont plus nombreux que les malades testés positifs, cela implique le traitement des cas négatifs. Une incohérence est toutefois constatée dans la DPS de Haut-Lomami où l'on a testé plus que les cas suspects enregistrés. Dans la DPS de Kinshasa, on note que le nombre des malades testés est très faible par rapport à celui des malades suspectés de paludisme, et le nombre des malades testés négatifs est relativement élevé. Par contre les DPS de Haut-Lomami, Lomami, Nord Kivu et Kasai oriental ont traité moins de cas positifs.

Renforcement des capacités

- Des formations ont été organisées, notamment en prévention et prise en charge du paludisme, sur l'utilisation de l'artésunate injectable et sur la microscopie et les Tests de diagnostic rapide comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau IV : Nombre des personnes formées par thématique et par DPS

Province	ECZS formé en	ECZS formé en			Partenaires
K.occidental	40		242	590	FM, PMI-EP2.
K.oriental	87	-	531	-	FM, PMI-EP2, PROSANI
Katanga	32	-	-	-	
Maniema	12	-	-		FM
kongo-central	66	55			
Nord-Kivu					
54	50	-			
Sud-Kivu					
72	-	6			
Bandundu	96	56	760		FM, MSH
Équateur					
P.Oriental					
Kinshasa	74	29	520	64	FM
Total	424	161	1 539	590	

- Deux phases de la Supervision ont été réalisées, notamment la supervision intégrée dans les ZS appuyées par PMI et la supervision formative sur le diagnostic biologique dans les 26 DPS, avec l'appui du FM.

Discussion des résultats.

Le taux de testing est de 99 % en 2015 ce qui est une très bonne performance car l'objectif était de tester au moins 80 % des cas suspects. Dans l'ensemble, tous les cas positifs ont été traités en dehors des DPS de Haut-Lomami, Lomami, Nord Kivu et Kasai-oriental dans lesquels on a traité moins de cas positifs. Il s'agirait relativement de situations de rupture de stock dans ces DPS ou tout simplement d'un non-alignement à la politique nationale. Par ailleurs, on note une bonne proportion des cas présumés et probablement aussi des cas négatifs qui seraient traités. Il y a lieu d'approfondir des investigations quant à la gestion des intrants de prise en charge et de rupture de stock possible.

IV.3.2 Prise en charge au niveau communautaire

Normes et directives

Au cours de cette année, en collaboration avec le PNLMD, il y a eu l'introduction de l'aspect de prise en charge des cas de paludisme des adultes dans le guide de mise en œuvre des sites des soins communautaires.

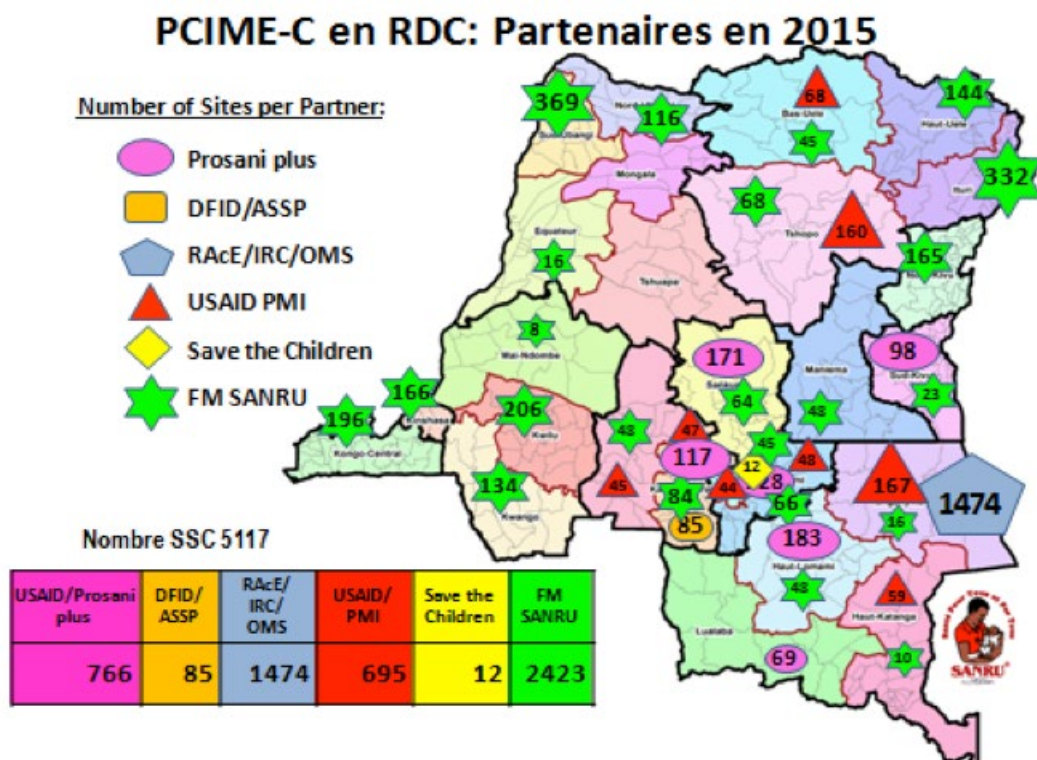
Cibles 2015

- Tester au TDR 80 % des cas de fièvre

Traiter avec les ACT tous les cas TDR positifs

Résultats obtenus en 2015

Figure 11 : Implantation des sites des soins communautaires en 2015 par partenaire de mise en œuvre



1 230 385 de cas suspects de paludisme reçus au niveau des SSC. 1 164 743 ont été testés, soit 95 %.

911 332 cas positifs sur 1 164 743 cas testés, soit un taux de positivité de 78 %. 869 521 ont reçu les CTA, soit 95 % au lieu de 100 % ciblés.

Au total, 41 811 cas de paludisme confirmé n'ont pas été traités, cela pourrait être lié à une rupture de stock éventuelle.

Au total, 5 117 sites des soins communautaires étaient opérationnels en 2015, dont le plus grand nombre sous financement du Fonds Mondial/SANRU, avec 2 423 sites des soins.

En outre, 180 822 cas de diarrhée et 139 159 cas de IRA ont été reçus dans les sites des soins communautaires en 2015.

Discussion des résultats

Le taux de testing en 2015 a diminué, soit 95 % contre 99 % en 2014, de même que le taux de malades ayant reçu les CTA est de 95 % en 2015 contre 98 % en 2014. Cette situation suppose des ruptures de stock en TDR et CTA en 2015.

IV.3.3 Prise en charge au niveau du secteur privé

Normes et directives

- Signature de la note circulaire par le SG sur l'introduction et l'exécution de TDR dans les officines pharmaceutiques privées homologuées sur toute l'étendue de la RDC.
- Production du document sur la spécification technique des commodités antipaludiques.

Cibles 2015

98 officines et 60 CS privés de la ville province de Kinshasa distribuent des CTA de qualité après confirmation par TDR.

Résultats obtenus en 2015

- Formation en prise en charge, gestion de stock et assurance qualité des médicaments de 159 agents de comptoir, 154 pharmaciens des officines privées homologuées et 294 prestataires de soins de la Ville Province de Kinshasa.

Discussion des résultats

En fin 2015, le projet était encore au stade de processus et ne permettait pas de connaître le nombre d'officines et le nombre de centres de santé privés.

IV. 4 La gestion des achats et des stocks

Normes et directives

Les ateliers ont été organisés pour la mise à jour des spécifications techniques des médicaments et intrants, ainsi que pour la révision des conditions de choix des TDR.

Cibles 2015

Notre cible annuelle était d'atteindre une disponibilité et une accessibilité de 80 % des médicaments dans les structures de soins.

Résultats obtenus en 2015

- Trois ateliers de renforcement de la coordination des approvisionnements avec le groupe GAS ont été tenus (T1, T2, T3).
- Deux enquêtes EUVS ont été réalisées en avril et septembre dans les zones de santé PMI (Province Orientale, Kasai Oriental, Kasai Occidental, Sud Kivu, Katanga).
- Mise à jour de la nomenclature harmonisée PNAM.
- Quantification des besoins des intrants antipaludiques PMI pour la période 2016-2017 avec JSI/DELIVER.
- Mise à jour des spécifications techniques des produits de lutte contre le paludisme. La validation par la CTLM est en cours.
- Formation des prestataires du niveau intermédiaire en GAS dans les provinces du kongo central, Kasai oriental et Katanga.
- Elaboration d'un mémorandum d'entente entre PNLP et partenaires d'appui pour l'interchangeabilité des intrants et la synergie dans les approvisionnements.

Tableau V : Résultats des enquêtes EUV.

EUVS AVRIL	STRUCTURES EN RUPTURE DE STOCK	EUVS SEPTEMBRE	STRUCTURES EN RUPTURE DE STOCK
ASAQ 0-11 mois	39 %	ASAQ 0-11 mois	35 %
ASAQ 1-5 ans	18 %	ASAQ 1-5 ans	17 %
ASAQ 6-13 ans	8 %	ASAQ 6-13 ans	12 %
ASAQ >14 ans	7 %	ASAQ >14 ans	15 %
TDR	16 %	TDR	19 %

Discussion des résultats

La disponibilité en CTA et TDR s'est améliorée par rapport à l'année 2014. Elle est au moins de 80 % en dehors de l'ASAQ 0-11 mois, comme le démontrent les résultats des enquêtes EUV ci-dessus. Les produits pour les cibles fragiles (petits enfants) ont connu plus de ruptures. Cette situation pourrait traduire une adéquation de quantification avec les réalités du terrain. 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.

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

Normes et directives

Le plan de communication 2013-2015 a servi de baliseur pour toutes les planifications des activités des différents partenaires engagés sur ce terrain en RDC. Les directions provinciales s'en sont inspirées pour élaborer leurs plans locaux de communication.

Cibles 2015

Amener au moins 80 % de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme.

Résultats obtenus en 2015

Plusieurs activités de communication ont été réalisées en 2015, notamment la communication en appui à l'organisation des campagnes de distribution gratuite de la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILD) dans le cadre du passage à l'échelle des interventions à impact visible sur la réduction de la morbi-mortalité palustre. Parmi ces activités, il y a lieu de citer :

Pour la CCC

- l'organisation des campagnes de sensibilisation des femmes enceintes sur les dangers du paludisme et la prise de quatre (4) doses de SP sur deux chaînes de télévision de la ville de Kinshasa du 28 janvier au 8 février ;
- l'organisation d'une campagne de sensibilisation de 800 élèves du Lycée Kingasani III, qui compte 3 écoles, sur l'utilisation des MILD en vue de la prévention et la lutte contre le paludisme.

Pour la mobilisation sociale

- l'organisation de la cérémonie de la célébration de la Journée Mondiale du Paludisme (JMP) 2015 à Kinshasa (Stade Vélodrome de Kintambo devant près de 1 000 personnes, dont des élèves des écoles) et dans les 26 divisions provinciales de la santé ;
- l'organisation, samedi 9 mai 2015, de la cérémonie de lancement de la première édition de la caravane visant la mobilisation des élèves pour vaincre le paludisme (MEVAP), à la place



commerciale de la 7^{ème} rue Limete, par le consortium d'ONG IRED Africa et GONG en collaboration avec le PNLP, et remise de prix aux élèves.

L'artiste musicien Werrason en train de sensibiliser la population sur l'utilisation des MILD

Pour le Plaidoyer

- l'organisation de la tenue de six (6) réunions de Task Force Paludisme, dont une réunion par trimestre et deux lors des préparatifs de la JMP 2015.

Pour le renforcement des capacités

- l'organisation d'une session de formation des RECO en CCC pour la prévention du paludisme dans les ZS appuyées par PMI-EP ;
- l'organisation d'un briefing de journalistes sportifs, le 15 janvier 2015 au Collège Boboto, en vue de sensibiliser les femmes enceintes pendant la Coupe d'Afrique des Nations (CAN) 2015 au cours des émissions sportives ;
- la participation à l'atelier sur la révision des programmes de l'Enseignement Primaire et Secondaire, en vue d'enrichir le cours de Santé et Hygiène avec la matière sur le paludisme, et l'élaboration du cours sur la malaria pour les classes de 6^{ème} primaire par le PNLP.

Pour l'élaboration et la production des outils de communication

- la finalisation du processus d'actualisation de la boîte à images sur le paludisme avec ASP/DFID ;
- la révision des supports de communication avec l'appui de SANRU ;
- la publication du premier numéro du magazine du PNLP, dénommé « PNLP INFOS ».

Discussion des résultats

Les activités de communication du PNLP ont contribué dans une certaine mesure au changement des comportements de la population traduits notamment par l'amélioration de l'utilisation de la MILD ; aussi les femmes enceintes ont-elles accepté la CPN et les mères la CPS moyennant l'appât moustiquaire pour recevoir le TPI et fidéliser la pesée pré scolaire des enfants. En outre, le plaidoyer a été mené pour l'obtention de ressources financières, les communicateurs ont fait leur travail en diffusant les messages de la lutte antipaludique sous tous ses formats. Il y a eu la conscientisation, la mobilisation des consciences, la sensibilisation à la base et l'utilisation des techniques de communication interpersonnelle profondément porteuses pour induire les comportements. Aussi, faut-il souligner que la disponibilité des intrants de lutte antipaludique, la présence des communicateurs opérationnels avec des outils élaborés et bien adaptés, et la présence du personnel formé en prise en charge ont permis d'obtenir ces résultats.

IV. 6 Surveillance épidémiologique et riposte aux épidémies

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 2015

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

Résultats obtenus en 2015

Une collecte hebdomadaire des cas et décès du paludisme a été réalisée à travers la Direction de Lutte contre la maladie. En 2015, on a notifié 11 861 620 cas avec une morbidité proportionnelle de 72,3 % par rapport à l'ensemble des maladies à potentiel épidémique, et 20 920 décès enregistrés représentant 80,8 % de mortalité proportionnelle, le taux de létalité étant de 0,18 % (source : DLM). Des cas des flambées de fièvre ont été observés dans 6 zones de santé comme le montre le tableau ci-dessous et des investigations ont été réalisées dans 5 d'entre elles, mais au-delà de 15 jours.

Tableau VI : Flambées épidémiques des cas de fièvres présumées palustres investiguées en 2015 en RDC

PROVINCE	ZONE DE SANTE	INVESTIGATION
Sud Kivu	KALOLE	DPS, MSF/H
	MINOVA	PROSANI, DPS
	BUNYAKIRI	PROSANI, DPS
Tshuapa	IKELA	PARSS
	MOKOTO	DPS
Nord Ubangui	MOBAYI MBONGO	DPS
Kwilu	MOKALA	DPS
	KINGANDU	PNLP, DLM& DPS
	SIA	PNLP, DLM& DPS
Kwango	FESHI	DLM
Tshopo	YAHUMA	DPS

Discussions

En 2015, six épidémies ont été notifiées dont cinq ont fait l'objet d'une investigation soit une performance de 83 %, mais aucune investigation n'a été réalisée dans les 15 jours, soit une performance de 0 % alors que l'objectif en 2015 était de 60 %. Ceci constitue donc une grande contreperformance du système de surveillance, lequel devra absolument être renforcé en 2016. En outre, les ZS de Ikela, Monkoto, Mobayi Mbongo et Yahuma ont connu aussi des flambées épidémiques en 2014. C'est vraiment très inquiétant que ces ZS connaissent des flambées épidémiques deux années de suite. Un suivi particulier et soutenu s'impose donc dans ces quatre ZS afin de pouvoir identifier les facteurs déclencheurs de ces phénomènes anormaux et les prévenir.

En marge de la notification de ces flambées épidémiques, la discussion autour de la méthode de calcul du seuil épidémique reste de mise car jusque-là deux approches sont utilisées pour déterminer le seuil épidémique : le dédoublement des cas recommandé par la DLM, peu sensible pouvant retarder l'alerte, et le 3ème quartile utilisé par le PNL, très sensible susceptible de générer de fausses alertes.

IV.6.2 Surveillance par Site Sentinelle

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

Normes et directives

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

Cibles 2015

Redynamiser 15 sites sentinelles

Résultats obtenus en 2015

- L'état de lieux des 15 nouveaux sites sentinelles a été réalisé.
- La tenue de la réunion du Groupe de travail Site Sentinelle.
- La formation d'un pool de formateurs d'entomologistes dans les 11 sites sentinelles existants.
- Le développement d'un plan de travail de surveillance sentinelle du paludisme en RDC.
- Deux missions de supervision dans les 11 sites sentinelles ont été réalisées au deuxième et troisième trimestres 2015.
- Une enquête communautaire sur la prévalence parasitaire a été menée dans deux sites sentinelles (kimpese et vanga).
- La complétude des données des sites sentinelles a été de 100 % en 2015.



SURVEILLANCE SENTINELLE DU PALUDISME EN RDC LOCALISATION DES SITES SENTINELLES - 2015

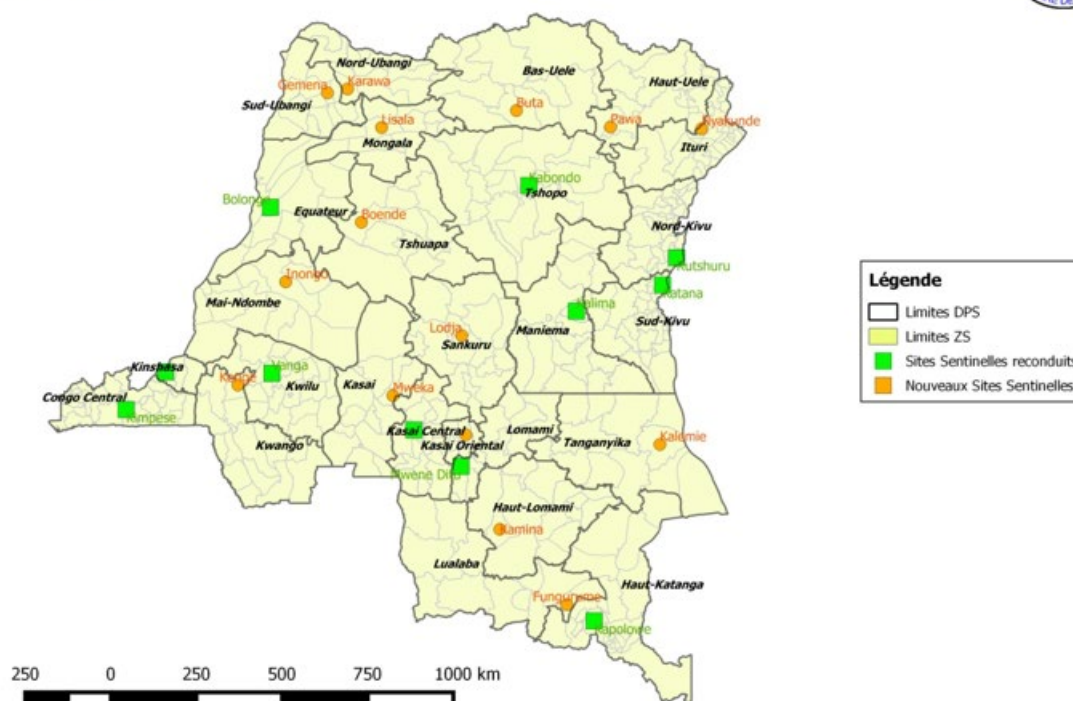


Figure 12 : Carte des 26 sites sentinelles et leur localisation

Discussions

L'objectif de redynamiser 15 nouveaux sites sentinelles en 2015 a été atteint partiellement car on a réalisé seulement l'état des lieux de ces sites, puis deux supervisions trimestrielles ont été réalisées sur les quatre prévues, soit un taux de réalisation de 50 %, ce qui est insuffisant et un effort devra donc être fait en 2016 en matière de missions de supervision.

IV.7 Suivi-Evaluation et Recherche opérationnelle

IV.7.1 Suivi et Evaluation

Normes et directives

La révision des indicateurs en lien avec la lutte contre le paludisme dans la plateforme DHIS 2.0.

Cibles 2015

Au moins 95 % des zones de santé transmettent régulièrement et à temps les données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme.

Résultats obtenus en 2015

Les activités clés réalisées dans le domaine du suivi-évaluation en 2015 se résument essentiellement en :

a) Collecte et traitement des données

En 2015, la collecte des données provenant des zones de santé a été catégorisée en deux : d'une part, celles ayant intégré le logiciel DHIS 2.0 comme outil de gestion des données et pour lesquelles les données en lien avec la lutte antipaludique sont transmises via ce logiciel ; d'autre part, nous avons noté une part importante des zones des ZS qui continuent à transmettre leurs rapports en version dure.

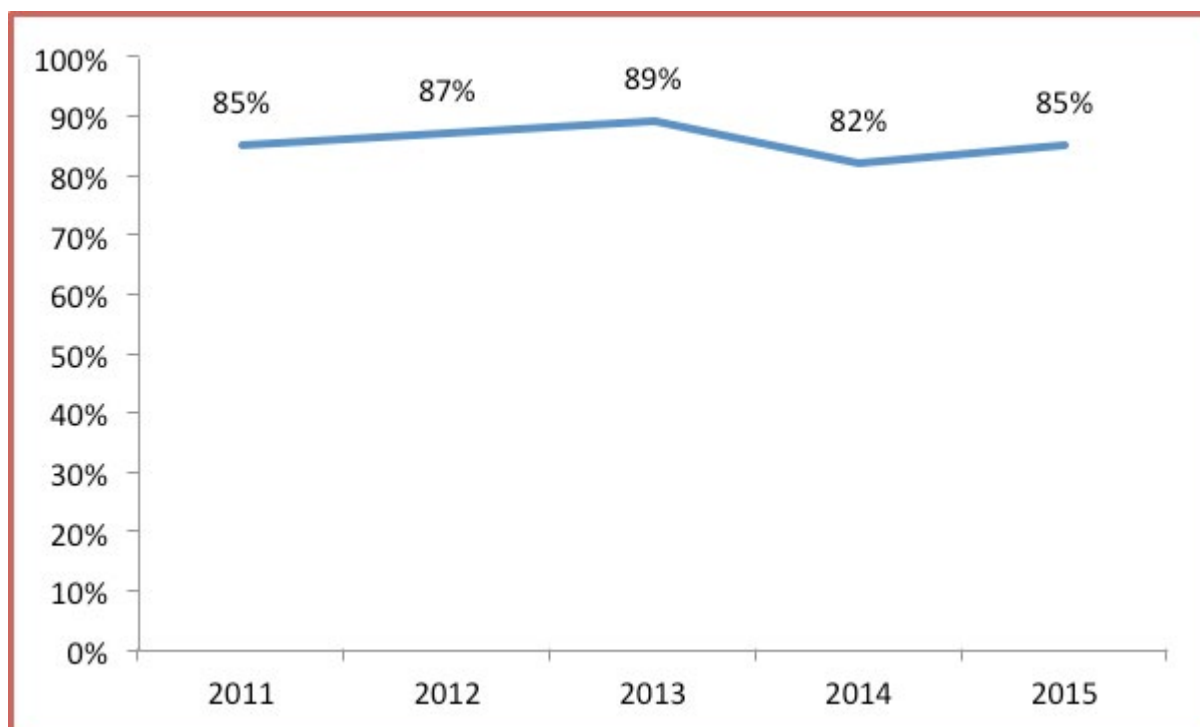


Figure 13 : Complétude des données des ZS vers les provinces, 2011-2015

Entre 2011 et 2015, la complétude des données des ZS vers les provinces est restée en plateau, la mise en place du logiciel Dashboard malaria pourra améliorer la situation.

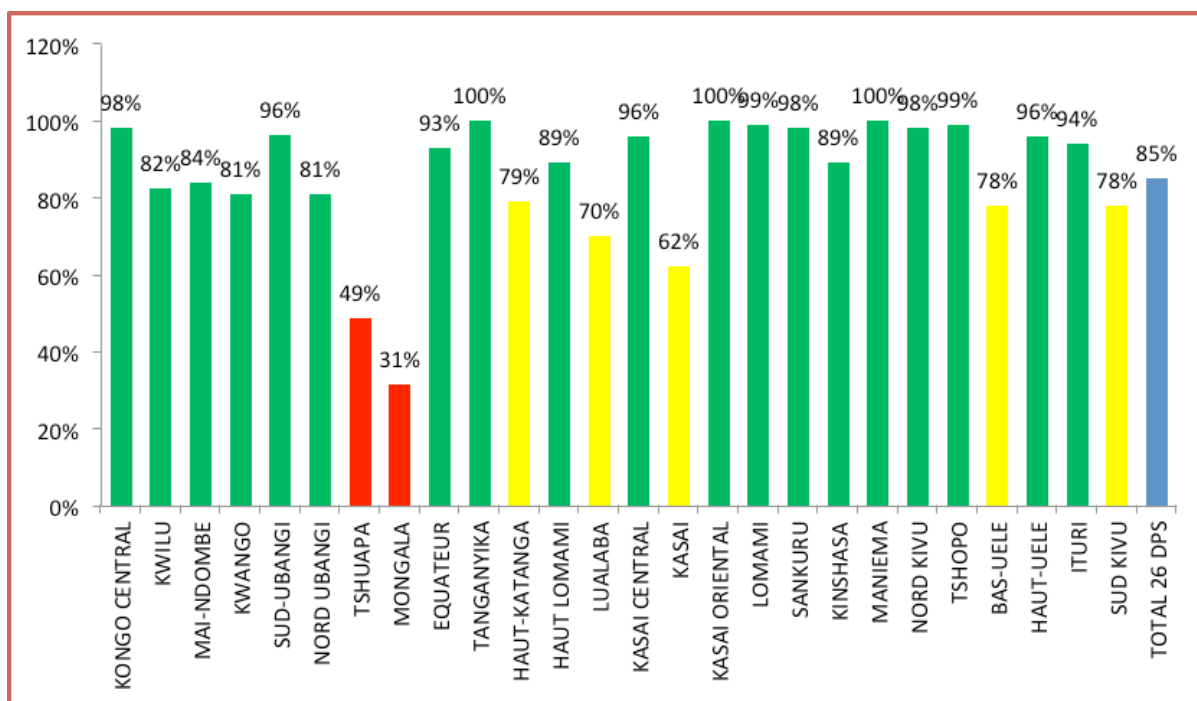


Figure 14 : Complétude des rapports en 2015

La complétude de la RDC est de 85 % en 2015. 42 % des DPS, soit 11 sur les 26, ont transmis au moins 85 % des rapports attendus ayant ainsi atteint les objectifs du programme (avec un maximum de 100 % de rapports pour les DPS de Tanganyika, Maniema et Kasai Oriental). D'autre part, on a noté une faible complétude notamment pour la DPS de la Tshuapa (49 %) et celle de la Mongala (31 %).

b) Analyse et utilisation des données

L'analyse des données au niveau opérationnel s'est réalisée au cours des réunions mensuelles de monitoring au niveau des bureaux centraux, avant leur transmission au niveau intermédiaire.

Au niveau national, de manière régulière (trimestriellement), la division S&E en collaboration avec la direction a procédé à l'analyse des données des DPS assortie des actions correctrices, et une rétroaction a été transmise à toutes les DPS.

c) Dissémination des données

Les différentes données produites en 2015 ont été disséminées notamment au travers des rapports d'activités :

- Rapports de progrès transmis trimestriellement au secrétariat Général de la Santé publique.
- Différentes présentations orales lors des réunions techniques et conférences.
- Rapports techniques des partenaires.

c) Supervisions

Les supervisions du niveau national vers le niveau intermédiaire se font trimestriellement. En 2015, 3 missions de supervision ont été menées sur les 4 prévues, soit 75 % 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 et complétude des données ;
- incohérence de certaines données ;
- existence des données aberrantes ;
- les indicateurs du paludisme ne sont pas calculés dans la plupart des DPS ;
- les rapports d'analyse des données des DPS n'existent pas dans la plupart des DPS.

d) Renforcement des capacités

Au cours de l'année 2015, la division de S&E a bénéficié d'une évaluation de ses capacités réalisées par MEASURE Evaluation, et cela en prévision du développement d'un plan de renforcement des capacités.

En outre, dans le souci de capter et gérer les données importantes liées à la lutte, avec l'appui de MEASURE Evaluation, une base de données avec une passerelle de transfert automatique des données du DHIS 2.0 a été développée, et le staff du niveau national ainsi que les Data Managers Provinciaux ont été formés.

e) Coordination

La division S&E du PNLP assure la coordination de toutes les parties prenantes dans la lutte, spécifiquement dans le domaine du suivi-évaluation. C'est dans ce cadre que le groupe de travail S&E a été redynamisé par la tenue régulière des réunions trimestrielles auxquelles prennent part tous les responsables S&E des différents partenaires.

Au cours de l'année 2015, trois réunions ont été organisées sur les quatre prévues, soit une performance de 75 %, au cours desquelles un plan de travail commun a été validé, et une liste minimale des indicateurs à placer dans la base des données définie.

f) Evaluation

Une évaluation du programme a été réalisée en collaboration avec l'appui technique de l'OMS, le cofinancement du FM, PMI et Dfid et la participation de tous les partenaires FRP. Elle visait essentiellement la revue des performances du Programme avant de procéder à l'élaboration du nouveau plan stratégique 2016-2020 orienté vers la réduction drastique de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme.

Les principaux résultats issus de cette évaluation se résument :

Tableau VII : Résultats de l'évaluation du Programme

Facteurs internes	Facteurs externes
<ol style="list-style-type: none"> 1. Stratification de la maladie (prévalence parasitaire, endémicité) disponible par DPS avec cartographie partielle des vecteurs et leur sensibilité aux insecticides & distribution des espèces (2007) 2. Directives sur la prévention et la prise en charge du paludisme disponible et à jour 3. Existence une plateforme des partenaires coordonnée par le PNLP 4. Gratuité des intrants pour améliorer l'accessibilité financière aux services 5. Initiation d'action en faveur du secteur privé (Elaboration de stratégies, planification conjointe, renforcement des capacités) 6. Mise en œuvre partielle des recommandations de la RPP MAL-RDC-2012, y compris l'audit organisationnel du Programme. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le PNLP a bénéficié d'un engagement politique au plus haut niveau avec inscription du paludisme dans la nomenclature du Budget national 2. Augmentation substantielle du budget de l'Etat dans le financement des activités de lutte contre le paludisme de 2011-2014, à travers le Fonds de contrepartie 3. Augmentation considérable du nombre de ZS bénéficiant de l'appui pour la LAP, essentiellement par appuis extérieurs (271 en 2011 et 516 en 2015) 4. Prise en charge des déplacés et des réfugiés essentiellement par les ONG humanitaires
<ol style="list-style-type: none"> 1. Absence de plan de plaidoyer, données sur le fardeau socio-économique partiel ou ancien. 2. Absence d'un plan de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides 3. Absence de pérennisation de la distribution de MILDA en routine 4. Faible capacités en entomologie et lutte anti vectorielle 5. Faible application des directives nationales de prise en charge 6. Ruptures fréquentes et prolongées de stocks d'antipaludiques 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Financement très dépendant des PTF 2. Faible collaboration multisectorielle 3. Faible accès des ménages aux services dans les formations sanitaires 4. ONG humanitaires faiblement alignées sur les politiques sanitaires du pays

En marge de cette évaluation, les données étant jugées insuffisantes, il a été décidé d'organiser une évaluation rapide d'impact portant sur les données de routine sous financement FM, ainsi qu'une évaluation globale d'impact portant sur les données globales sous financement PMI à travers MEASURE Evaluation.

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 2015

Réaliser 80 % des sujets de recherche/enquêtes planifiés

Résultats obtenus en 2015

Tableau VIII : Enquêtes réalisées en 2015

Thèmes d'enquêtes	Année de réalisation	Bailleurs/institutions de MOE	Observations
Evaluation post campagne de la couverture des ménages en MILD dans la province du Kasai Occidental	2015	DFID/SWISS TPH/ESP	Rapport disponible
Enquête de vérification auprès de l'utilisateur final des commodités de lutte contre le paludisme (EUV) en RDC	2015	PMI/SIAPS/PNLP	Résumé disponible
Etude de faisabilité de l'utilisation de l'artésunate suppositoire pour le traitement de préférence des cas de paludisme au niveau des SSC	2015	PMI/PROSANI	Rapport préliminaire disponible
Durabilité de la MILD en contexte d'utilisation dans les ménages en RDC	2015	DFID	Rapport disponible
Coût et efficacité de la distribution de routine des MILD après campagne dans la province de l'Equateur	2015	Dfid	Rapport disponible
Etude des déterminants de la non-utilisation des MILD	2015	Dfid	Rapport disponible
Revue du premier cycle des campagnes de la RDC	2015	Dfid	Rapport disponible

Afin de disposer des baselines pour le PSN 2016-2020, une enquête des du paludisme (EIP) était prévue, dont les préparatifs ont commencé au dernier trimestre de l'année 2015 pour réaliser la collecte en 2016.

IV.8 Gestion du programme

Le PNLP, avec la collaboration de l'Université de Kinshasa et sous le financement du FM et de la PMI, a organisé la quatrième édition du cours de paludologie, dont 7 cadres du PNLP central (tableau IX) et 7 cadres du PNLP provincial, dont 2 chefs de service provincial et 5 infirmiers superviseurs ont bénéficié sur l'ensemble de 31 participants.

Tableau IX : Renforcement des capacités des cadres du PNLP central

N°	NOM & POSTNOM	THÉMATIQUE	DATE
1.	Yvon BOMB	Paludologie	août-septembre 2015
2.	Irénée NYEMBO	Paludologie	Idem
3.	Roger SANGA	Paludologie	Idem
4.	Thomas LUZOLO	Paludologie	Idem
5.	Solange UMESUMBU	Paludologie	Idem
6.	Ritha MBEMBA	Paludologie	Idem
7.	Constant Kowolite	Paludologie	Idem

Afin de coordonner la lutte contre le paludisme, le PNLP dispose de plusieurs cadres de concertation avec ses PTF et les chefs de division (tableau X).

Tableau X : Réunions de coordination

N°	Libellé	Planifié	Réalisé	Taux de réalisation
01	Réunions hebdomadaires de la direction avec les chefs de divisions	52	20	38%
02	Réunions hebdomadaires avec les PTF	52	8	15 %
03	Réunion de Task Force FRP	4	6	150 %

Le tableau ci-dessus montre une contre-performance dans la tenue des réunions de service et des réunions avec les PTF, à cause des travaux intenses de la RPP et l'élaboration du PSN 2016-2020.

Conférences et autres rencontres internationales

Tableau XI : Rencontres internationales en 2015

Période	Libellé	Lieu	Participants	Financement
Novembre 2015	Assister à la réunion des coordonnateurs de programmes nationaux de lutte contre le paludisme	ENTEBBE	DN	OMS
Août 2015	<ul style="list-style-type: none"> Participer à l'atelier de finalisation de l'élaboration et du suivi de projets de recherche communs sur le paludisme avec le centre national de référence du paludisme de France 	PARIS/France	DN	Centre National de Recherche
	<ul style="list-style-type: none"> Participer à l'atelier de travail RBM sur l'Analyse des écarts programmatiques 	Ouganda/ Kampala	DN, chef de service PEC et chef de projet CAG/MSP/FM volet Paludisme	RBM
Juin 2015	<ul style="list-style-type: none"> Participer à la réunion technique sur le renforcement de collaboration entre les programmes nationaux de lutte contre le paludisme et les institutions de recherche. 	Ouagadougou/ Burkina Faso	DNA et chef de service Recherche opérationnelle, professeur Nsibu (unikin) et Dr Mutombo, chercheur UNILU	OMS

Période	Libellé	Lieu	Participants	Financement
Mai 2015	• Participer à la 68ème Assemblée Mondiale de la Santé.	(Genève/Suisse)	DN PNLP, PNLT et PNLS	Fonds Mondial
	• Appui technique à la révision du plan de suivi et évaluation et à l'amélioration des outils de collecte et d'audit des données au Cameroun.	Cameroun	CD Suivi et Evaluation	PNLP Cameroun
	• Participer à l'atelier de formation en Microscopie de diagnostic du paludisme	Kenya (Nairobi)	Chef de service nouveaux médicaments et insecticide	OMS/AMREF
	• Participer à la réunion des coordonnateurs et des chargés de suivi et évaluation des PNLP	Cotonou (Bénin)	DN et chef de service chargé de la surveillance épidémiologique	CARN/WARN
	• Participer à l'atelier régional de formation des formateurs pour la lutte contre le paludisme en entreprises.	Cotonou (Bénin)	Chef de Div PEC	CIELS
Janvier 2015	Réunion Annuelle de vector control working group Malaria	Genève (suisse)	DN et chef de Division PM	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

Au cours de l'année 2015, un total de 31 470 842 patients ont été reçus en consultation externe au niveau des structures sanitaires, parmi lesquels 16 566 209 ont été suspectés de paludisme (soit 53 %), dont 12 186 639 ont été confirmés après réalisation d'un test parasitologique.

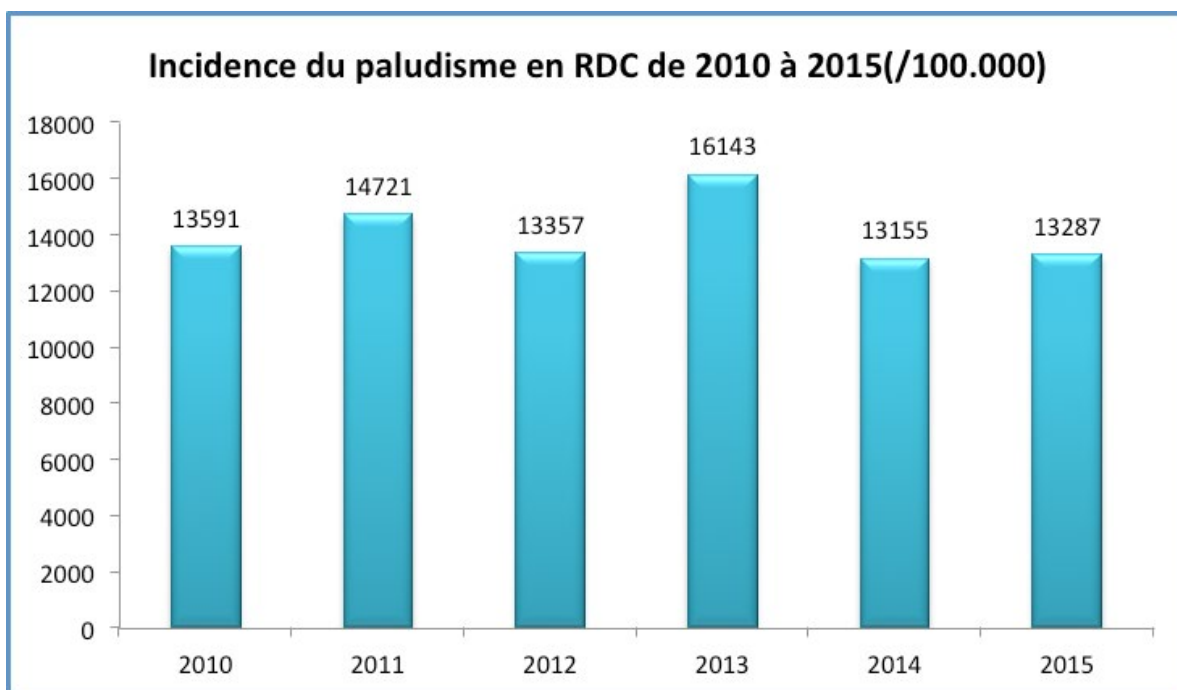


Figure 15 : Incidence du paludisme pour 100 000 habitants

L'incidence du paludisme est restée stationnaire au cours de deux dernières années et a baissé par rapport aux données de 2013.

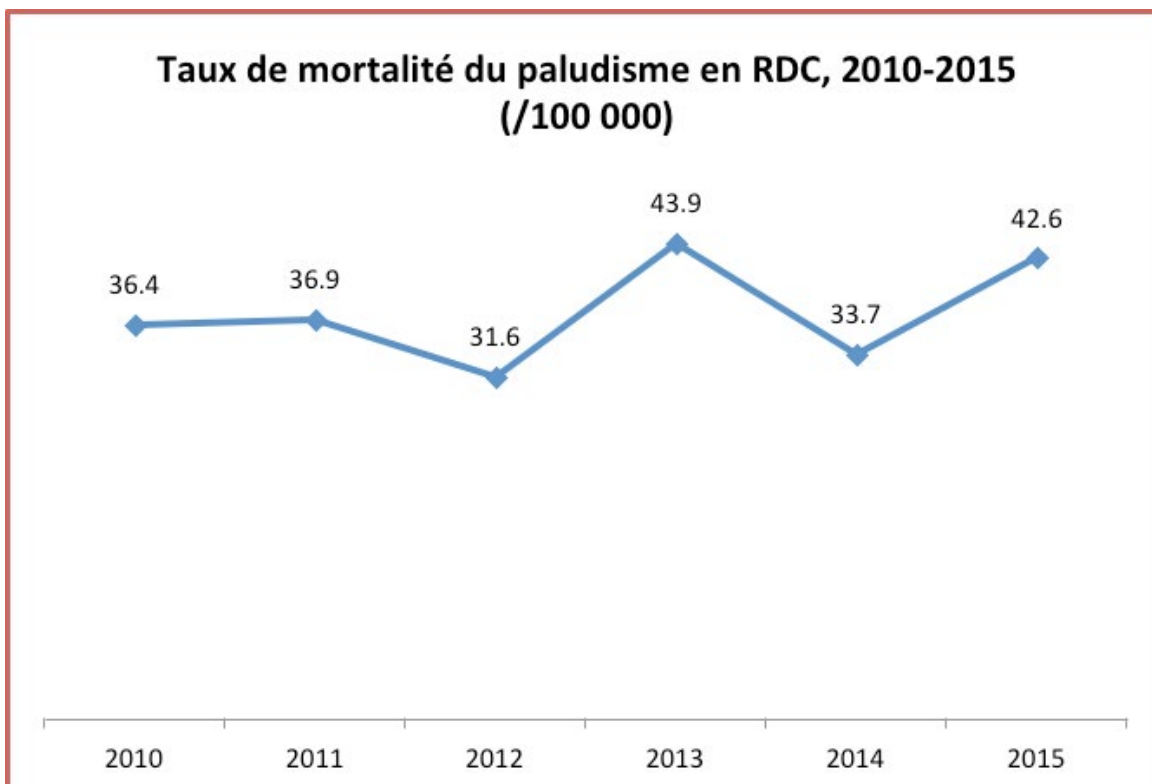


Figure 16 : Décès hospitaliers imputables au paludisme pour 100 000 habitants

Le taux de mortalité est resté stationnaire entre 2010 et 2012, puis a évolué en dents de scie entre 2013 et 2015. En 2015, ce taux est de 42,6 décès pour 100 000 habitants.

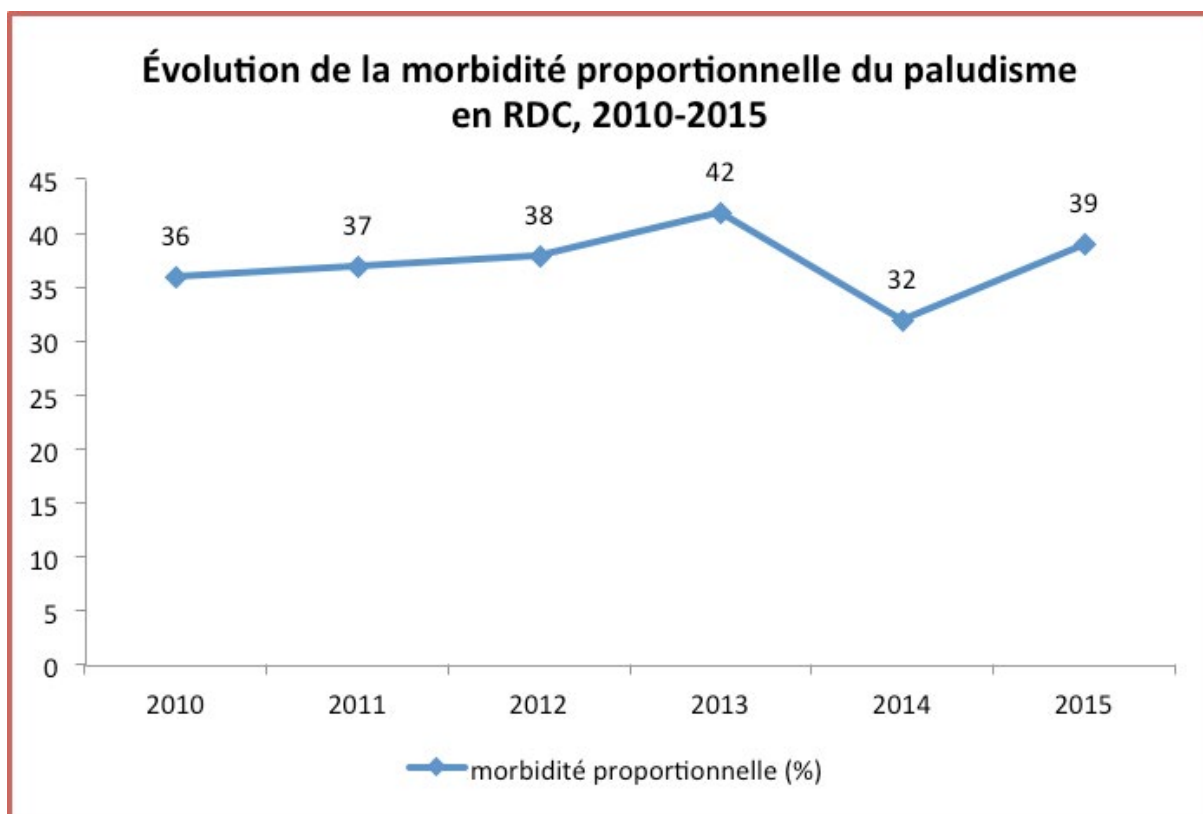


Figure 17 : Évolution de la morbidité proportionnelle du paludisme en RDC, 2010-2015

La morbidité proportionnelle du paludisme est restée presque stationnaire entre 2010 et 2013, puis elle a chuté en 2014 pour remonter en 2015 où elle a atteint 39 %.

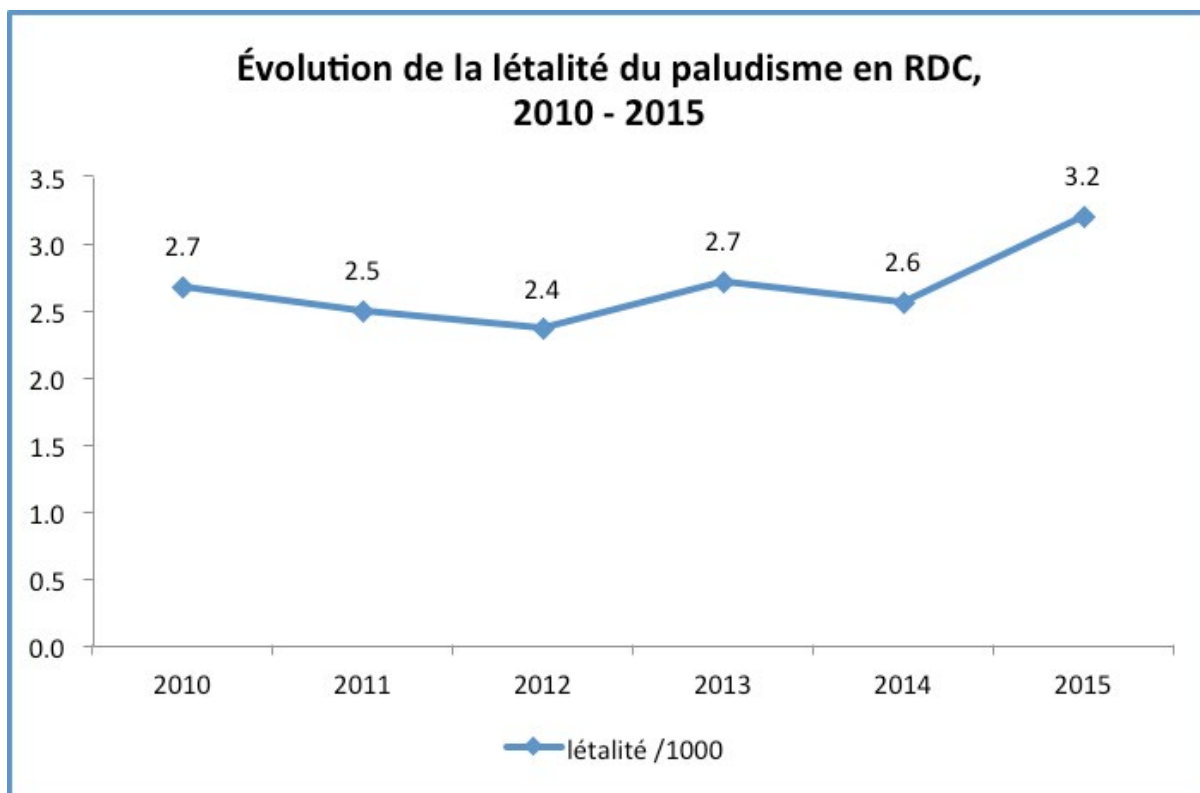


Figure 18 : Évolution du taux de létalité en RDC, 2010-2015 (données de routine)

La létalité liée au paludisme a diminué entre 2010 et 2012, et elle est restée stationnaire entre 2013 et 2014 pour remonter en 2015 où elle a atteint 3,2 %.

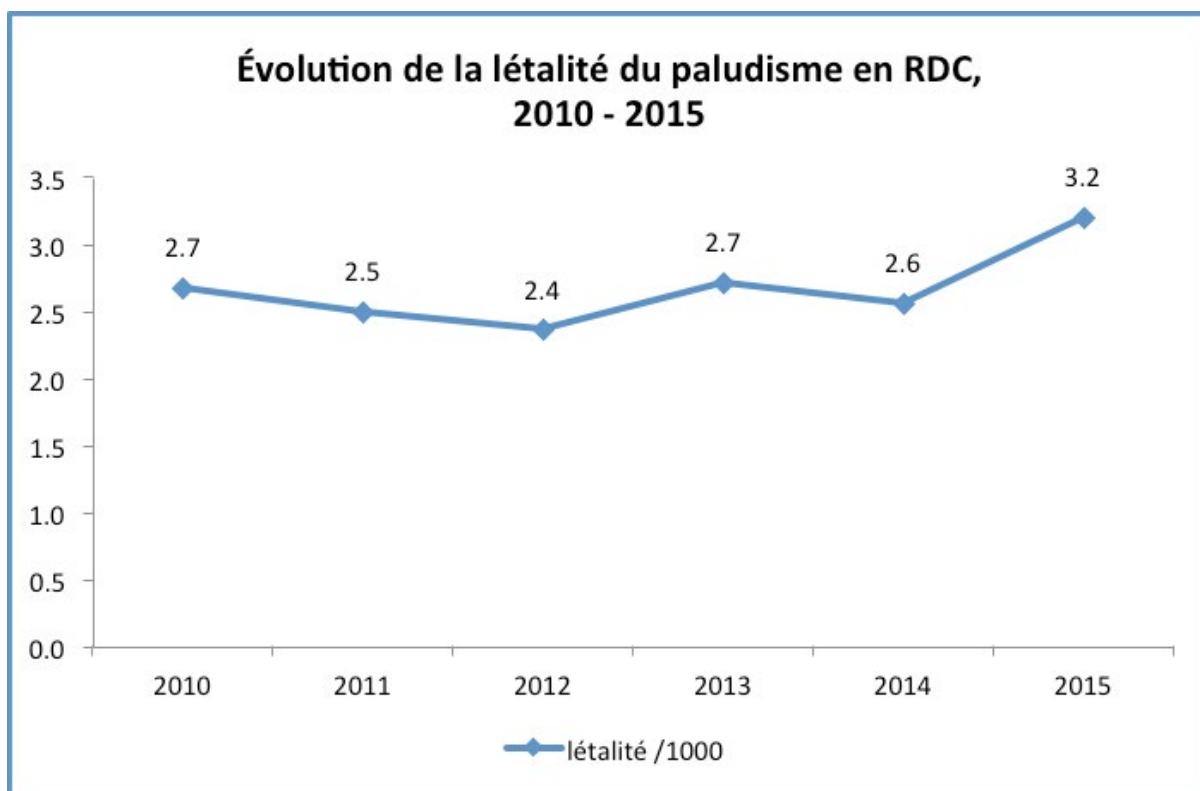


Figure 19 : évolution de la mortalité proportionnelle du paludisme en RDC, 2010-2015

La mortalité proportionnelle est restée stationnaire entre 2010 et 2012, puis devient progressive à partir de 2013.

Discussion des résultats

L'incidence du paludisme est restée stationnaire au cours de deux dernières années et a baissé par rapport aux données de 2013. Cela pourrait traduire les efforts de lutte observés dans le domaine de prévention, notamment la possession et l'utilisation des MILDS relevés par l'EDS 2013-2014. Néanmoins, il faudrait relativiser ces résultats étant donnée la faible complétude des données enregistrée pour certaines DPS, notamment la Tshuapa, Mongala et Bas Uelé.

Les DPS ayant enregistré des taux importants sont principalement celles du Kasai oriental (20 352 cas pour 100 000), Sankuru (19 919 cas pour 100 000) et Kasai central (19 466 cas pour 100 000). Paradoxalement, de faibles taux ont été notés au niveau de Maindombe (8 012 cas pour 100 000), Kwilu (10 009 cas pour 100 000) et Kinshasa (10 198 cas pour 100 000).

On note une augmentation des décès par rapport aux années précédentes, avec un pic dans la DPS Tanganyika (403 décès imputables au paludisme sur 100 000 habitants). Cette donnée paraît aberrante et cela dénote d'une faible qualité des données. Cette situation a influencé sensiblement les données du niveau national, et excepté les données du Tanganyika, la moyenne nationale se situe autour de 37 décès pour 100 000.

La létalité a augmenté en 2015 et reste la plus élevée (3,2 %) par rapport aux années précédentes alors qu'en 2015 en principe toutes les ZS ont été appuyées dans le cadre de la lutte contre le paludisme. Cela pourrait être expliqué d'une part par un début très tardif de l'appui dans les nouvelles ZS, d'autre part par des ruptures de stock en médicaments antipaludiques, et peut-être aussi par les difficultés d'approvisionnement des structures sanitaires en médicaments.

V. ANALYSE FFOM

FORCES

- Disponibilité des fonds pour la lutte contre le paludisme
- Appui à toutes les 516 ZS
- Évaluation du plan stratégique national 2013-2015
- Organisation des campagnes de distribution de masse des MILD dans les provinces de Lomami, Kasai oriental, Sankuru et Équateur
- Très bonne couverture des ZS en PMA de lutte contre le paludisme (100 %)
- Opérationnalisation des sites de soins communautaires additionnels
- Opérationnalisation des sites sentinelles additionnels
- Bonne coordination de la lutte à travers la tenue régulière de réunions hebdomadaires des PTF et de réunions trimestrielles de la Task force
- Tenue de réunions des groupes thématiques S&E, GAS et SS

FAIBLESSES

- Rupture des stocks en intrants antipaludiques
- L'objectif de 95 % de complétude des données n'a pas été atteint
- Faible qualité des données
- Augmentation de la létalité
- Le taux d'utilisation des services de CPN est resté stationnaire
- Faible capacité de détection et d'investigation des flambées épidémiques
- Faible allocation des ressources financières pour le S&E et la communication

OPPORTUNITES

- Début effectif 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 à l'Est du pays

VI. RECOMMANDATIONS

- Intensifier le plaidoyer pour l'amélioration des conditions de travail (réhabilitation du bâtiment du PNLP)
- Améliorer la complétude et la qualité des données par des formations continues du personnel et des supervisions régulières à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Améliorer la chaîne d'approvisionnement pour éviter des ruptures en intrants antipaludiques au niveau des structures de soins
- Intensifier la sensibilisation des femmes enceintes pour les amener à utiliser de façon optimale les services de CPN et envisager des interventions à base communautaire
- Renforcer le système de surveillance épidémiologique pour une détection précoce des flambées épidémiques et une investigation précoce
- Allouer au moins 5 % du budget aux activités de S&E
- Financer de façon substantielle les activités de communication

VII. CONCLUSION

En 2015, la mobilisation de 175 368 553 \$ a permis au PNLP de réaliser les activités programmées dans le plan opérationnel 2015, en étroite collaboration entre le Ministère de la Santé publique, les partenaires bailleurs de fonds et les partenaires d'appui opérationnel. Il sied de noter que le gouvernement congolais a maintenu de façon substantielle son appui à la lutte contre le paludisme. Et pour la première fois, l'ensemble des 516 ZS ont été appuyés dans le cadre de la lutte contre le paludisme pendant l'année 2015. Cependant, il faut reconnaître que le niveau de réalisation des activités n'a pas été optimal, car plus du quart des fonds annoncés en 2015 n'a pas été décaissé. Il y a donc lieu d'améliorer le mécanisme de décaissement à tous les niveaux, ainsi que le taux de réalisation et de justification des ressources pour une meilleure absorption des fonds alloués à la lutte contre le paludisme. Par ailleurs, il a été noté l'existence de flambées épidémiques dans certaines ZS et des ruptures de stock des intrants antipaludiques au niveau des structures sanitaires, d'où la nécessité de renforcer le système de surveillance épidémiologique pour une détection précoce des flambées épidémiques et une investigation précoce, et d'améliorer la chaîne d'approvisionnement pour éviter des ruptures en intrants antipaludiques au niveau des structures de soins.

Ce document a été édité, formaté et reproduit par ICF/MEASURE Evaluation avec l'appui de PMI



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



President's Malaria Initiative