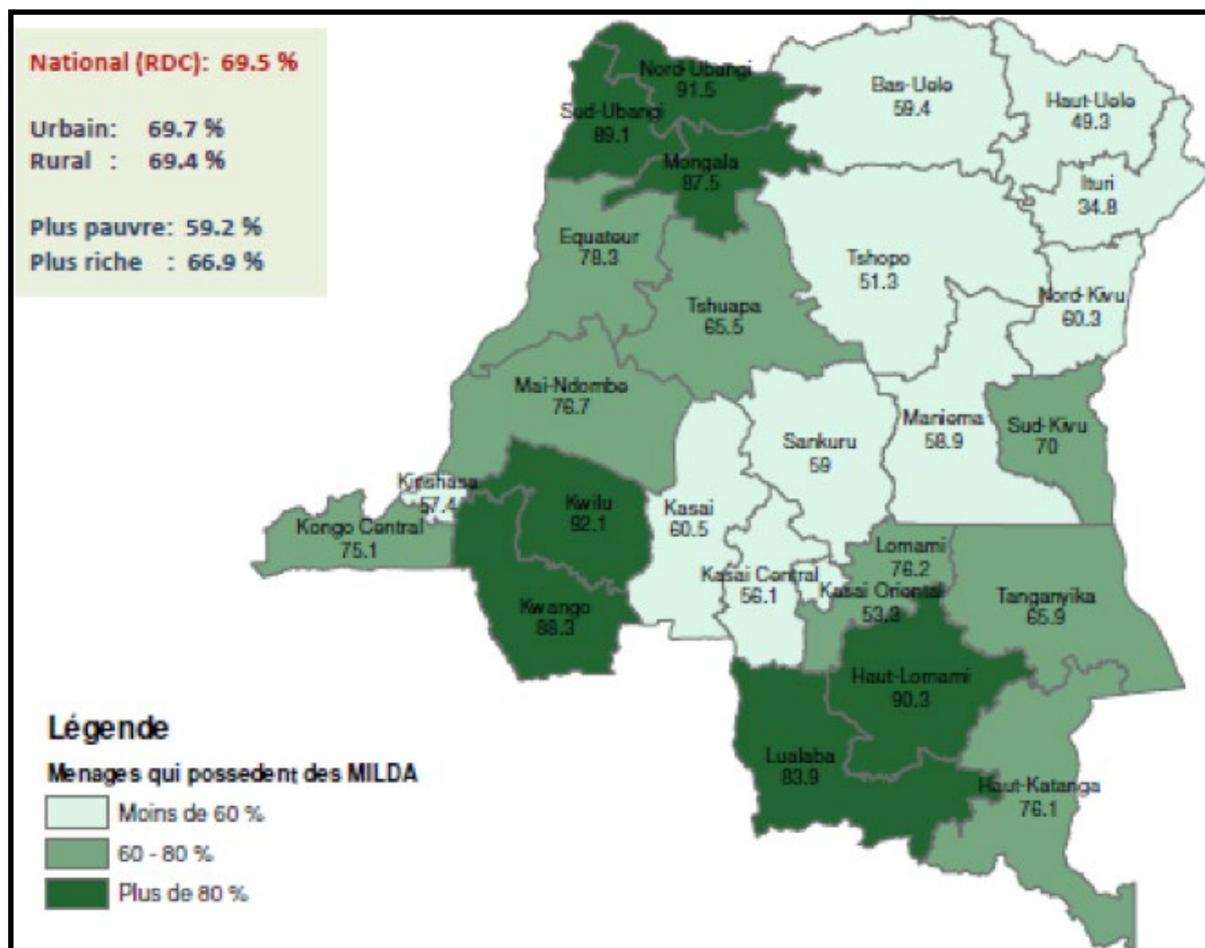




PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME
P.N.L.P.



Rapport annuel des activités de lutte contre le paludisme, 2014

Avril 2015

Rapport annuel des activités de lutte contre le paludisme, 2014



TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS	ii
AVANT-PROPOS	iv
I. INTRODUCTION	1
II. CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS.....	2
II.1 Historique et Organisation du PNLP	2
II.2 Environnement de travail	3
III. BRÈVE DESCRIPTION DU PAO 2014.....	4
III.1 Objectifs	4
III.2 Principaux résultats attendus en 2014	5
IV. RÉSULTATS OBTENUS EN 2014.....	6
IV.1 FINANCEMENT DE LA LUTTE	6
IV.2 PRÉVENTION	10
IV.3 Prise en charge des cas.....	19
IV.4 La gestion des achats et des stocks	24
IV.5 Communication en faveur de la lutte contre le paludisme.....	26
IV.6 Surveillance épidémiologique et riposte aux épidémies	27
IV.6.2 Surveillance par Site Sentinelle	28
IV.7 Suivi-Évaluation et Recherche opérationnelle.....	28
IV.7.2 Recherche opérationnelle.....	30
IV.8 Gestion du programme	31
IV.9 Impact.....	32
V. ANALYSE FFOM	37
FORCES	37
FAIBLESSES	37
OPPORTUNITÉS	37
RECOMMANDATIONS	37
VI. CONCLUSION.....	39

LISTE DES ABREVIATIONS

APALP	Assises Panafricaines de Lutte contre le Paludisme
ASTMH	American Society of Tropical Medicine and Hygiene
CAO	Cadre d'Accélération pour l'atteinte des OMD
CARN	Partenariat mondial Roll Back Malaria pour l'Afrique Centrale
CCC	Communication pour le changement de comportement
C-CHANGE	Communication Change
CD	Chef de division
CODESA	Comité de santé
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
EPSP	Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel
EUV	End User Verification
FM	Fonds Mondial
FOSA	Formation sanitaire
GAS	Gestion des achats et des stocks
GE	Goutte épaisse
IEC	Information Education Communication
INRB	Institut national de recherche biomédicale
KOICA	Korea International Cooperation Agency
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
MILD	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action
MIM	Multilatéral Initiative on Malaria
MOSO	Mobilisation Sociale
MSH	Management Sciences for Health
NMF	Nouveau Modèle de Financement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PARSS	Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé
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
SARN	Southern Africa Roll Back Malaria Network
SIAPS	Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
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

AVANT-PROPOS

L'année 2014 était une année particulièrement cruciale parce que la dernière avant l'année de l'évaluation de la plupart des engagements aussi bien au niveau international (OMD, Plan d'action mondial contre le paludisme) qu'au niveau national (PNDS et PSN de lutte contre le paludisme). Et cela dans un contexte où les indicateurs de lutte contre le paludisme montraient des progrès notables dans les interventions à base communautaire (promotion de la distribution de la MILD), et des progrès mitigés sur les interventions en rapport avec l'offre des services au niveau des structures sanitaires.

En vue d'accélérer les progrès vers l'atteinte des objectifs, le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires ont élaboré le Cadre d'Accélération pour l'atteinte des OMD (CAO) à la fin 2015. Dans le domaine de la lutte contre le paludisme, plusieurs défis devaient être relevés en cette année 2014 pour contribuer à l'atteinte des cibles du CAO : le comblement des lacunes programmatiques, le renforcement de la promotion des interventions à base communautaire, des actions innovantes pour une utilisation optimale des interventions ainsi que 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 l'anticipation des orientations stratégiques de l'après 2015.

Une analyse des Gaps a été réalisée en 2014 et a constitué un outil de plaidoyer pour la mobilisation des ressources additionnelles aboutissant à une couverture de l'ensemble des 516 ZS du pays, grâce à l'extension des interventions PMI et au NMF du Fonds Mondial. En collaboration avec le PNLMD et le PNIRA, un plan de mise à échelle des Sites des Soins Communautaires a été élaboré, et est en cours d'exécution. Dans le secteur privé, un projet appuyé par DFID a démarré sur la distribution des CTA de qualité et des TDR dans les officines privées. Le PNLP a participé au processus de la mise en œuvre du nouveau cadre SNIS avec le logiciel DHIS2.0, les outils de collecte des données ont été ainsi adaptés. Sur ce même registre, le processus de redynamisation de la surveillance sentinelle a été lancé avec la mise à jour des directives et normes, et le renforcement des capacités des acteurs. Dans le cadre de la promotion de distribution des MILD, les aspects communicationnels ont été renforcés, orientés par des études préinterventionnelles pour améliorer l'utilisation de la MILD.

Ces 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 ;
- 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 au 516 ZS ;
- aux partenaires, Coopération Canadienne, OMS, UNICEF, RBM, Initiative 5 %, MEASURE Évaluation, ASF/PSI, SANRU, PROSANI, C-CHANGE, SIAPS, JSI-DELIVER PROJECT, IMA, CARITAS, SWISS TPH, MSF... 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.

Pr Joris LOSIMBA LIKWELA

Directeur du Programme National de Lutte contre le Paludisme

I. INTRODUCTION

La situation du paludisme dans le monde reste préoccupante en dépit des progrès enregistrés. Selon le rapport mondial sur le paludisme 2014 publié par l'OMS, près de 198 millions d'épisodes de paludisme ont été enregistrés en 2013 contre 584 000 décès affectant particulièrement les enfants de moins de 5 ans, qui représentent 78 % des décès enregistrés.

Les pays d'Afrique subsaharienne ont été les plus affectés avec respectivement 82 % et 90 % de tous les cas et décès enregistrés à travers le monde. Ce rapport indique que plus de 80 % des cas de paludisme sont comptabilisés dans 18 pays en 2013 et 80 % des décès imputables au paludisme ont eu lieu dans seulement 16 pays, notamment la République démocratique du Congo et le Nigeria, représentant à eux deux 34 % du total des cas et 39 % du total des décès enregistrés dans le monde.

Les dernières statistiques nationales issues du système d'information sanitaire de routine indiquent que 11 363 817 cas de paludisme ont été enregistrés en 2013 avec 30 918 décès. Ceci démontre à suffisance l'ampleur du problème en RDC, surtout quand on sait que ce système ne capte qu'une partie de la réalité.

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 liées au paludisme. Ce plan a été décliné en un plan annuel opérationnel 2014 dont la mise en œuvre a été rendue possible grâce à l'appui du Gouvernement Congolais et à la contribution des principaux bailleurs ci-après : Fonds Mondial, USAID/PMI, DFID, Banque Mondiale, UNICEF, OMS, KOICA, Coopération Canadienne et plusieurs agences d'exécution qui ont accompagné le PNLP dans la mise en œuvre (CAGf, ASF/PSI, SANRU, PROSANI, ASF, SIAPS, JSI-Deliver Project, MEASURE Evaluation, C-Change, Malaria Care, INRB, IMA, Swiss TPH, OMS).

En collaboration avec tous les partenaires, le PNLP publie le présent rapport qui résume les principales activités réalisées au cours de l'année, les résultats enregistrés ainsi qu'une analyse relevant les forces et les points à améliorer au cours des prochaines années.

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 Élargi 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 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 :

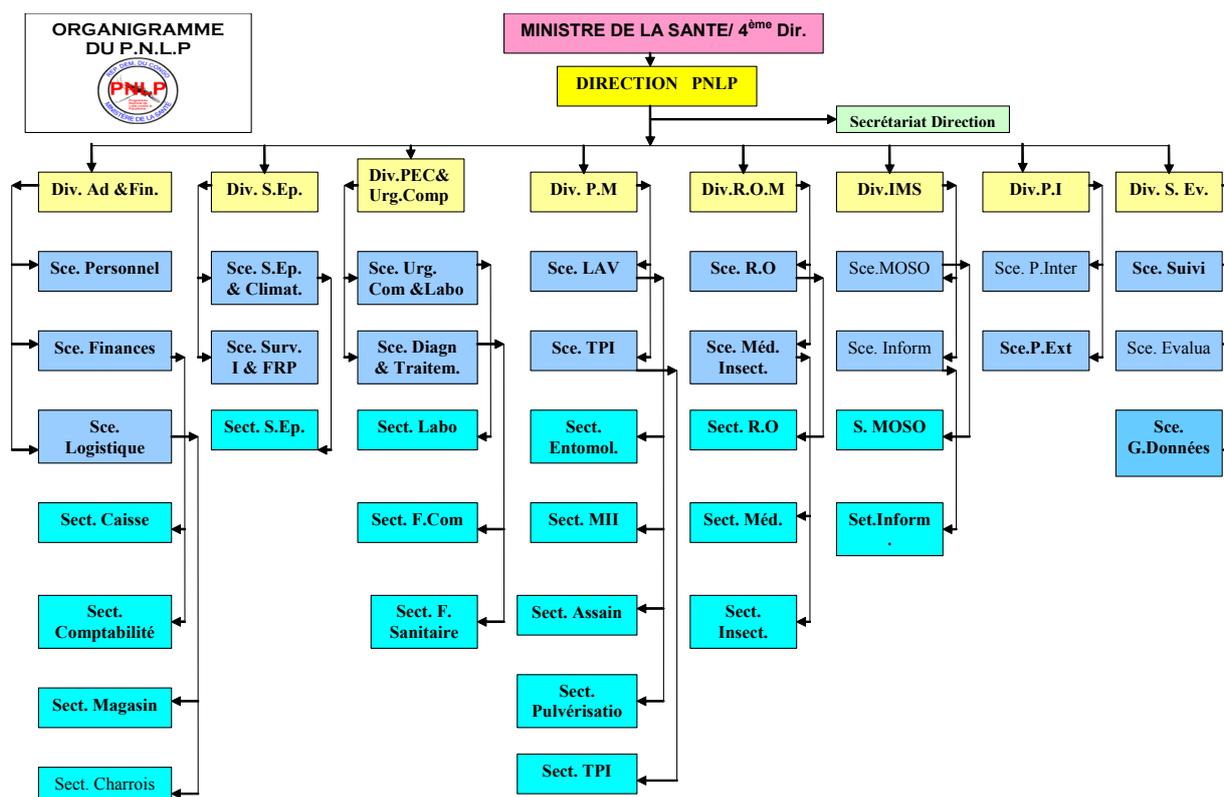


Figure 1. Organigramme actuel du PNL.

II.2 Environnement de travail

Les bureaux du PNLP sont abrités actuellement au sein d'une institution hospitalière en attendant la prochaine délocalisation prévue après la fin des travaux de réhabilitation en cours. Il faudrait noter que le cadre de travail est peu conforme et ne contribue pas à une atmosphère de travail appropriée, les bureaux étant peu nombreux et exigus, et la couverture par les réseaux cellulaires étant inadéquate.

La mise en œuvre de la lutte contre le paludisme a été rendue possible en 2014 grâce à l'appui du Gouvernement Congolais, avec le concours des 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. BRÈVE DESCRIPTION DU PAO 2014

III.1 Objectifs

Objectif général

Contribuer à la réduction de 24 % de mortalité spécifique et de 33 % de morbidité liées au paludisme dans les formations sanitaires d'ici fin 2014 à partir des données de 2010.

Objectifs spécifiques

Prévention :

- Amener au moins 60 % des personnes à risque de paludisme à dormir sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action ;
- Pulvériser au moins 70 % des maisons dans les aires d'intervention avec des insecticides à effet rémanent ;
- Administrer à au moins 60 % des femmes enceintes le traitement préventif intermittent conformément aux directives nationales.
- Administrer à au moins 40 % de nourrissons le traitement préventif intermittent dans les zones d'intervention.

Prise en charge des cas :

- Confirmer au moins 50 % des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires intégrées et dans la communauté par la GE ou le TDR ;
- Traiter 75 % des 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 60 % des épidémies dues au paludisme conformément aux directives nationales (détection précoce dans les 15 jours et riposte).

Gestion du programme

- Décaisser au moins 80 % des fonds alloués au PNLP dans le budget de la Santé.
- Communication pour la Changement de Comportements/mobilisation sociale
- Amener au moins 70 % 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 75 % des structures sanitaires intégrées.

Suivi – évaluation et recherche opérationnelle

- Amener au moins 93 % 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 70 % des sujets de recherche opérationnelle planifiés.

III.2 Principaux résultats attendus en 2014

- 60 % des personnes à risque de paludisme dorment sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action.
- 70 % des maisons dans les aires d'intervention sont pulvérisées avec des insecticides à effet rémanent.
- 60 % des femmes enceintes reçoivent deux doses de SP à la CPN.
- 50 % des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires intégrées et dans la communauté sont testés par la GE ou le TDR.
- 75 % des cas de paludisme confirmés sont traités conformément aux directives nationales à tous les échelons de la pyramide sanitaire, y compris dans la communauté.
- 60 % des épidémies dues au paludisme sont détectées et ripostées dans les 15 jours.
- 80 % des fonds alloués au PNLP dans le budget de la Santé sont décaissés.
- 70 % de la population adoptent des comportements favorables à la lutte contre le paludisme.
- 75 % des structures sanitaires intégrées ne connaissent pas de rupture en médicaments et autres produits antipaludiques.
- 93 % des zones de santé transmettent régulièrement et à temps les données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme.
- 70 % des sujets de recherche opérationnelle planifiés sont réalisés.

IV. RÉSULTATS OBTENUS EN 2014

IV.1 FINANCEMENT DE LA LUTTE

A. RESSOURCES MOBILISÉES

La figure ci-dessous présente les apports du Gouvernement et des principaux bailleurs pour la mise en œuvre des interventions de lutte antipaludique en RDC en 2014.

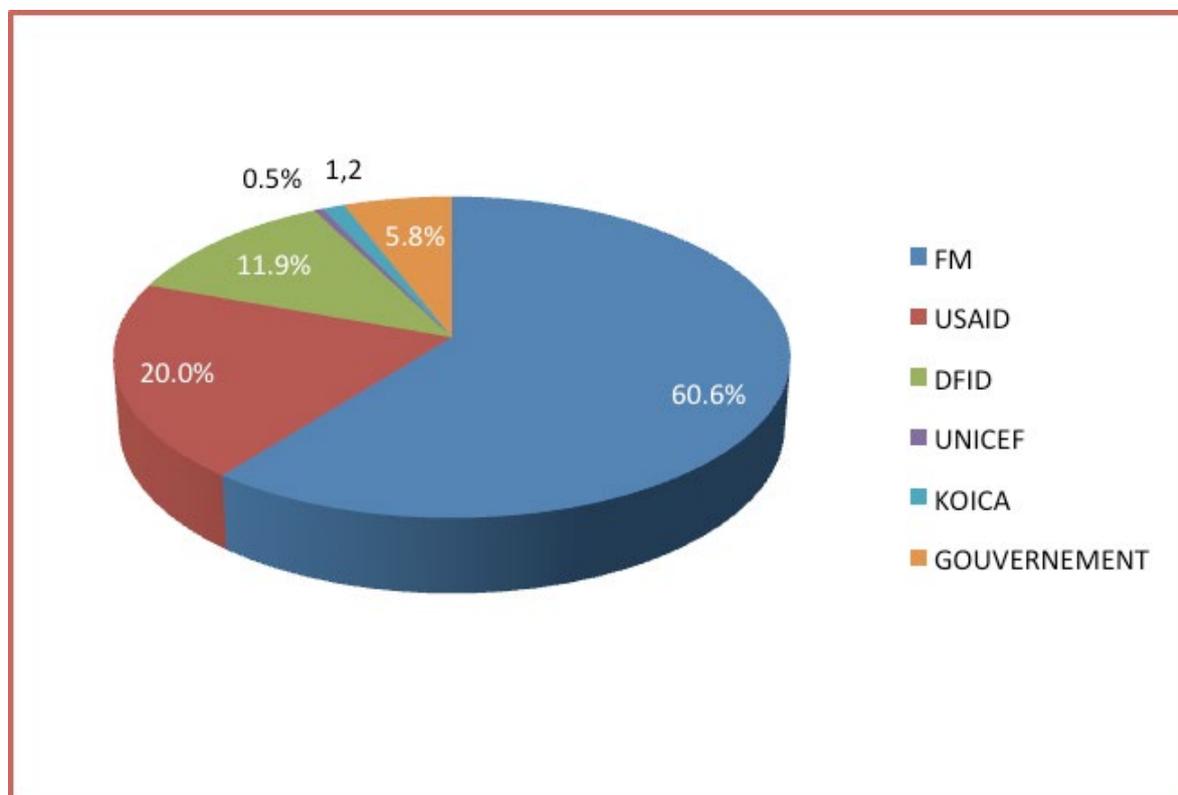


Figure 2. Répartition des fonds mobilisés en 2014 par bailleur des fonds

Le Fonds Mondial et la PMI ont constitué les principaux bailleurs de fonds pour la lutte contre le paludisme en RDC en 2014, avec respectivement 103 034 255,29 USD et 34 000 000 USD, soit 81 % des appuis à eux deux, représentant une couverture de plus de 90 % des zones de santé en PMA.

Cependant, il sied de noter que tous les fonds annoncés ont connu un décaissement à des hauteurs variables (Tableau 1).

Tableau 1 : Fonds décaissés en 2014 par bailleur en USD

Bailleurs	Montants prévus en 2014	Dépenses engagées	Montants décaissés	Taux de décaissement (%)
FM	103 034 255,29	102 540 781,3	79 356 788,07	77 %
USAID	34 000 000	-	-	NA
DFID	20 268 256,33	22 827 383,79	13 412 816,69	66 %
UNICEF	860 056,88	7 196 262	860 056,88	100 %
KOICA	-	-	2 010 639	NA
GOUVERNEMENT	9 946 237	8 104 841	8 104 841	81 %
OMS	2 100 000	2 100 000	2 100 000	100 %
TOTAL	172 219 444,5	170 657 066,09	132 871 874,64	77 %

Il apparait que, globalement, environ le quart des fonds annoncés n'a pas été dépensé. Il y a donc des efforts à faire tant dans la programmation des activités que dans le renforcement de la capacité de mise en œuvre pour une meilleure absorption des fonds alloués à la lutte.

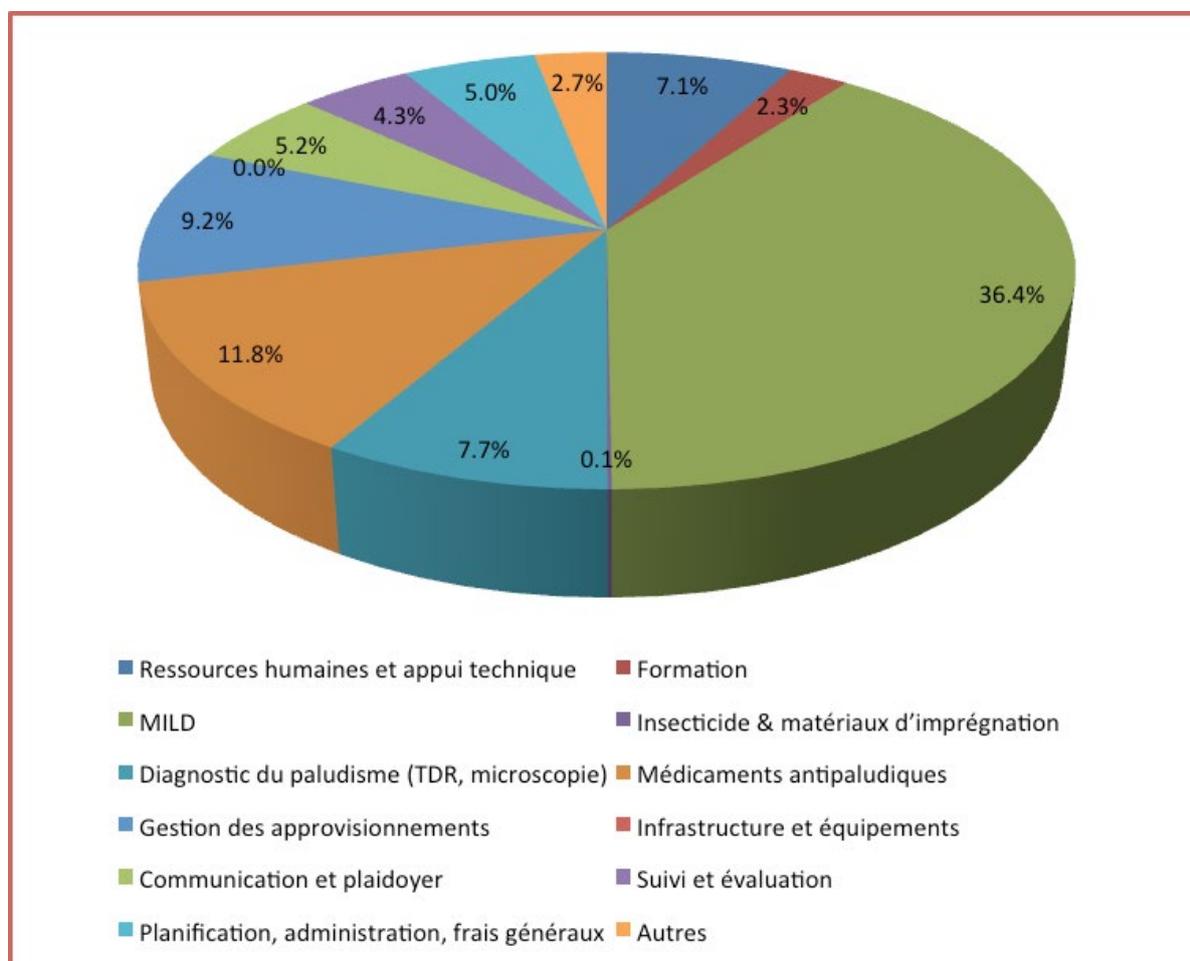


Figure 3 : répartition des dépenses

Tableau II : Dépenses engagées en 2014 pour la lutte contre le paludisme en RDC (USD)

Dépenses 2014	FM	USAID	DFID	UNICEF	KOICA	GOUV	OMS	TOTAL
Ressources humaines et appui technique	8 318 371,44	1 995 500	779 537,73	946 081	168 256	-	439 476	12 647 192
Formation	2 069 390,7	1 325 000	288 370,87	-	219 803	-	200 035	4 102 600
MILD	36 555 333,25	13 475 000	9 985 652,98	5 024 231				
102 060	-	-	65 142 277					
Insecticide & matériaux d'imprégnation	-	212 000	-	-	-	-	-	212 000
Diagnostic du paludisme (TDR, microscopie)	9 048 446,9	4 550 000	165 558,83	-	PM	-	-	13 764 006
Médicaments antipaludiques	12 560 142,66	4 235 000	2 195 970,89	-	632 772	1 116 204	432 631	21 100 722
Gestion des approvisionnements	14 230 615,8	500 000	607 494,76	1 102 126	-	-	-	16 440 237
Infrastructure et équipements	2 622 647,98	-	4 129 028,52	-	130 295	6 624 604	-	13 507
Communication et plaidoyer	5 305 886,09	1 875 000	1 960 981,47	-	9 915	-	81 010	9 232 793
Suivi et évaluation	4 788 377,94	1 707 800	995 752,12	123 824	35 582	49 865		7 701 201
Planification, administration, frais généraux	5 102 279,23	2 283 000	1 505 146,89	-	-	-	130 841	9 021 267
Autres	1 939 289,04	1 841 000	213 888,73	-	6 788	287 434	607 389	4 889 001
Total	102 540 781,3	34.000.000	22 827 383,79	7 196 262	2 010 639	8 104 841	2 100 000	178 779 907

On note que, sur un montant de 178 779 907 \$US mobilisé pour l'exécution du plan d'action 2014, 36,4 % ont été affectés à la prévention par la MILD, suivi de la prise en charge des cas (19,5 %), la gestion des approvisionnements (9,2 %), les Ressources humaines, l'appui technique et la formation (7,1 %).

B. FINANCEMENT ADDITIONNEL

Au cours de l'année 2014, un financement additionnel a été mobilisé auprès du FM, PMI/USAID et DFID dans la perspective d'amélioration de la lutte contre le paludisme en RDC. Par rapport au FM, le processus d'élaboration de la note conceptuelle pour le Nouveau Modèle de Financement (NMF) a abouti avec succès et un montant de 341 470 021 \$ a été octroyé à la RDC pour la période de 2015 à 2017. En outre PMI/USAID s'est engagé à appuyer 43 ZS additionnelles à partir de l'année fiscale 2014, passant ainsi de 138 ZS avec un budget de 41 900 000 \$ à 181 ZS avec un budget de 50.000.000 \$. DFID à travers PSI a finalisé le montage du projet « Defeat malaria » visant la disponibilité des ACT de qualité et des TDR dans le secteur privé, la distribution des MILD dans le Kasai occidental et le renforcement du PNLP dans sa capacité à produire des données de qualité pour un montant de 36 053 684 Pounds, soit 55 213 219 \$ pour 5 ans.

C. CARTOGRAPHIE DES INTERVENANTS

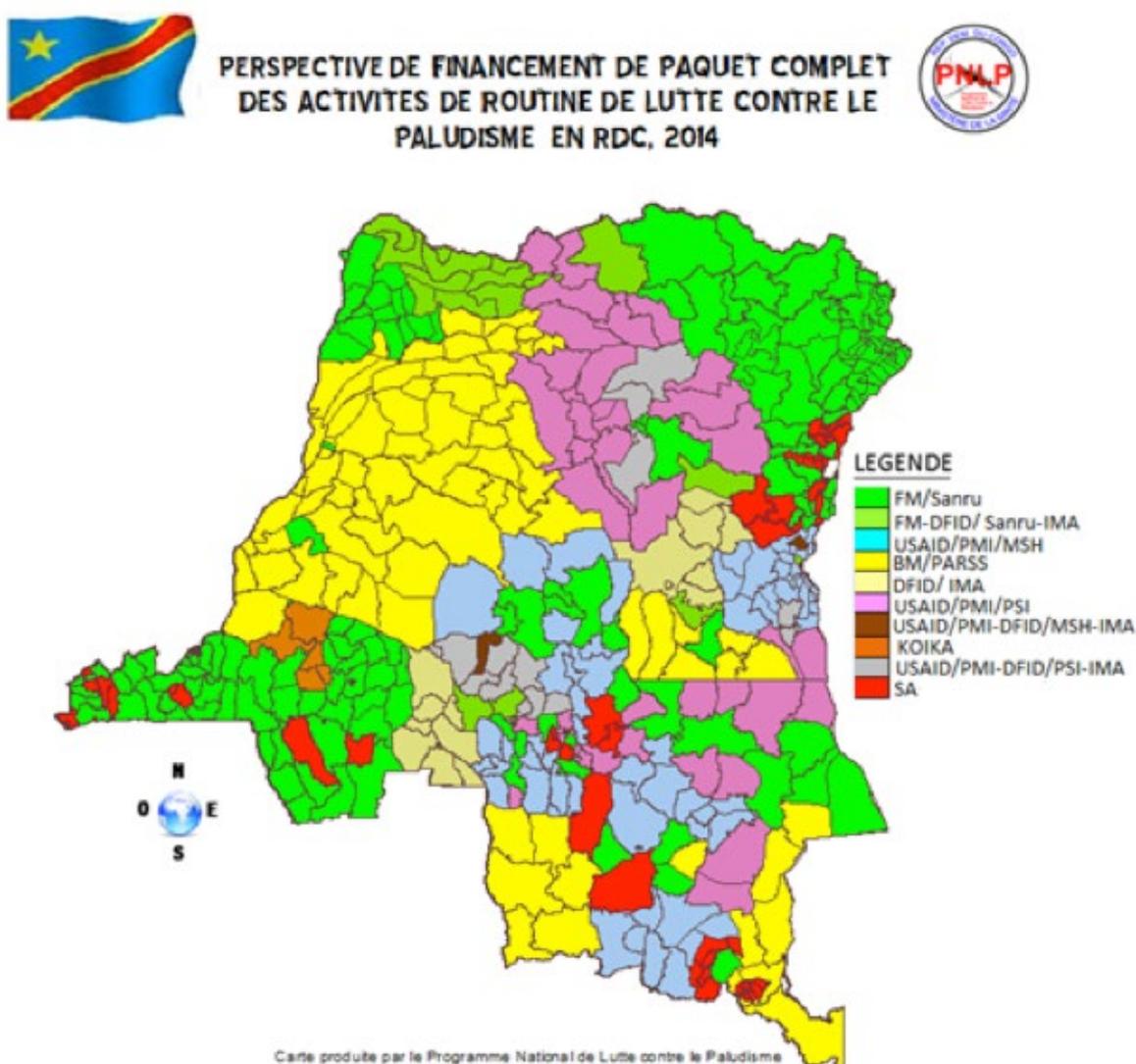


Figure 4. Cartographie des intervenants

En 2014, 481 ZS avaient complété le Paquet Minimum d'Activités (PMA) de lutte contre le paludisme, et ont offert à la population de responsabilité les MILD en routine, la SP pour le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte, le TDR pour le diagnostic du paludisme et les ACT pour le traitement des cas confirmés.

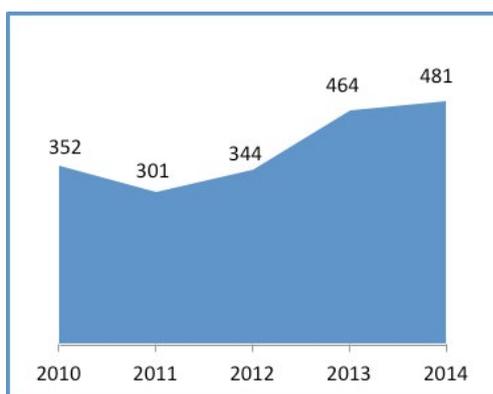


Figure 5 : Nombre des ZS appuyées en PMA de lutte contre le paludisme en RDC, 2010 – 2014

Ainsi, 11 ZS sans appui au Bas Congo et 2 au Bandundu ont bénéficié de manière anticipative des appuis du FM à travers SANRU de même que 4 ZS au Kasai Oriental de la part de la PMI.

IV.2 PRÉVENTION

IV.2.1. Lutte anti vectorielle

La lutte contre les vecteurs du paludisme en RDC s'articule autour de trois interventions : la promotion de l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'action (MILD), la promotion de l'assainissement intra et péri domiciliaire (APID) et la pulvérisation intra domiciliaire (PID) focalisée au niveau de certaines aires de santé.

Intervention 1 : prévention du paludisme par l'accès aux MILD et leur utilisation

Normes et directives

Dans le souci d'améliorer les futures campagnes de distribution des MILD, et en se basant sur les expériences locales et internationales, le processus d'actualisation des normes et des stratégies de distribution, ainsi que des spécifications techniques des MILD en RDC, a été lancé en fin 2014. Ce processus va aboutir à la production du manuel des procédures pour la réalisation des campagnes contenant de nouvelles normes et de nouveaux outils de distribution des MILD.

Cibles et résultats obtenus en 2014

Cible 2014 : 60 % des personnes à risque de paludisme dorment sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action.

La campagne de distribution de masse des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action est organisée en RDC par groupes des provinces, car il est très difficile du point de vue technique, logistique et financier de couvrir tout le pays en une année, au vu des dimensions immenses du territoire national et de la population nombreuse du pays. En 2014, 3 provinces étaient programmées pour la campagne de distribution massive, il s'agit des provinces Orientale, Kasai Occidental et Bas-Congo. La province de Maniema a été récupérée pour n'avoir pas terminé sa distribution en 2013 comme planifié. Nous avons donc au total 4 provinces qui ont distribué les MILD en 2014.

Tableau IV : Nombre des MILD distribuées en campagne par province, en 2014

Province	Cibles MILD	MILD distribuées			Ménages	Ménages servis	performance
		Stratégie fixe	Porte-à-porte	Total			
Maniema	1 248 889	628 260	533 852	1 162 112	475 711	469 530	98,7 %
Kasai Occ	4 722 376	2 843 442	619 591	3 463 033	1 103 358*	1 114 554	101 %
						670 248	NA
Prov Or	5 803 762	5 362 641	0	5 362 641	2 349 385	2 349 607	100 %
Bas-congo	2 091 343	1 920 371	0	1 920 371	674 282	652 665	96,7 %

* données de 35 ZS

En 2014, 11 908 157 MILD ont été distribuées alors que 13 866 370 MILD étaient planifiées pour les 4 provinces. 10 754 714 MILD ont été distribuées par la stratégie fixe et 1 153 443 MILD l'ont été par la stratégie porte à porte.

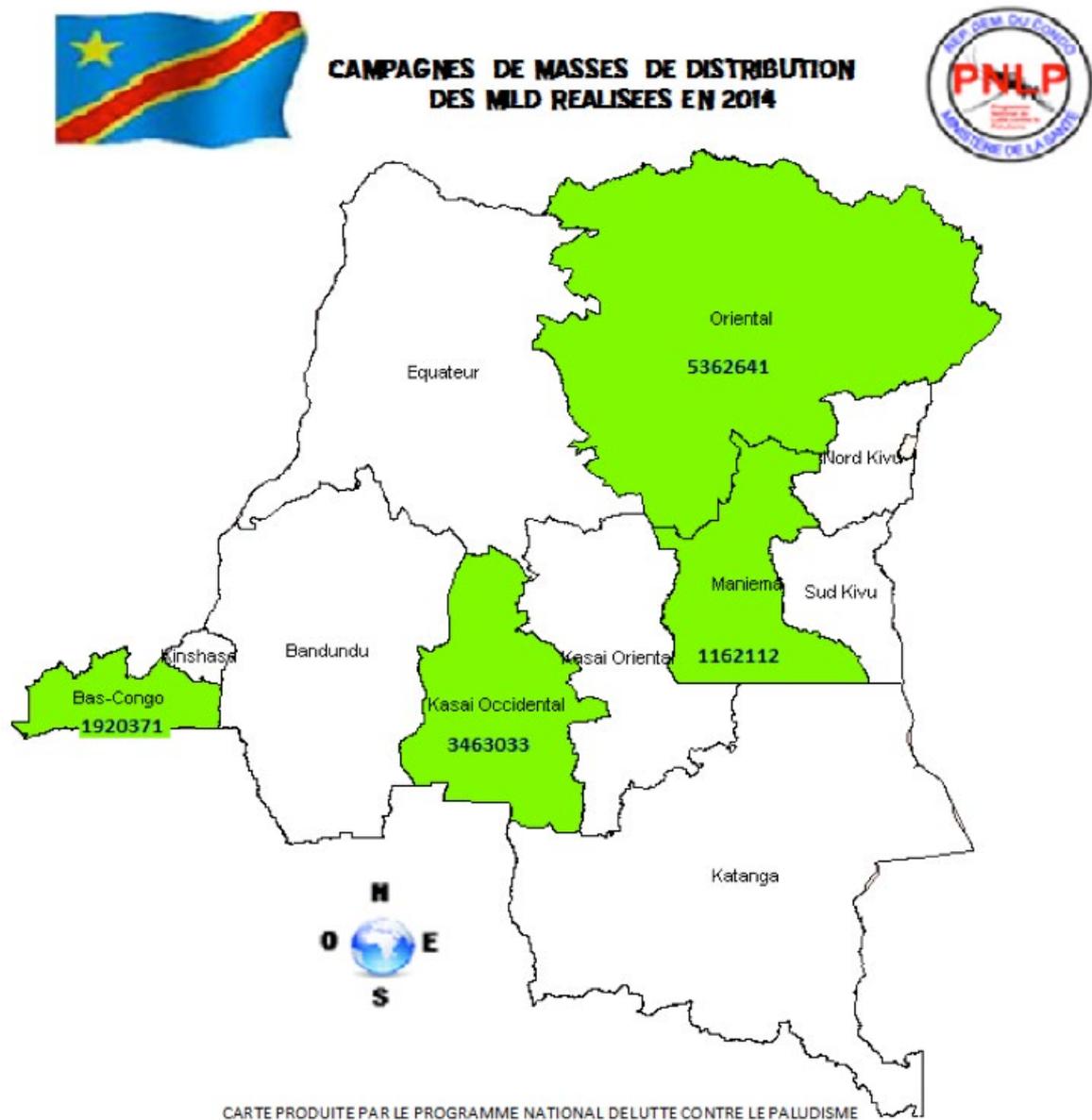


Figure 6. Provinces ayant bénéficié de la distribution de masse en 2014.



Engagement de l'autorité politique : lancement de la campagne à Kananga par Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique



Engagement de l'autorité politique : lancement de la campagne à Kisangani : en avant-plan le Gouverneur de province et à sa gauche le Secrétaire général à la Santé publique



Logistique : embarquement des MILD à l'aéroport de Lubumbashi à destination de Kananga pour la campagne de la province du Kasai Occidental



Logistique : défis logistiques, enjeux majeurs pour la réussite de la distribution de masse des MILD dans un pays aussi vaste que le RDC, avec des voies d'accès souvent difficiles



Communication : l'artiste – musicien Wazekwa en train de sensibiliser la population de Matadi sur la campagne des MILD



Un relais communautaire en train de fixer la MILD dans une ZS du Maniema

La MILD est aussi distribuée en routine chez les femmes enceintes à travers les CPN, et chez les enfants âgés de moins d'une année à travers les CPS. En 2014, 1 073 852 femmes enceintes ont eu la MILD sur 2 833 623 femmes attendues à la CPN, soit une couverture de 38 %. À la CPS, 936 100 enfants de moins d'une année ont eu la MILD sur 2 472 336 enfants attendus soit une couverture de 38 %.

Au total, 13 918 109 MILD ont été distribuées en 2014 soit 11 908 157 MILD en campagne et 2 009 952 MILD en routine.

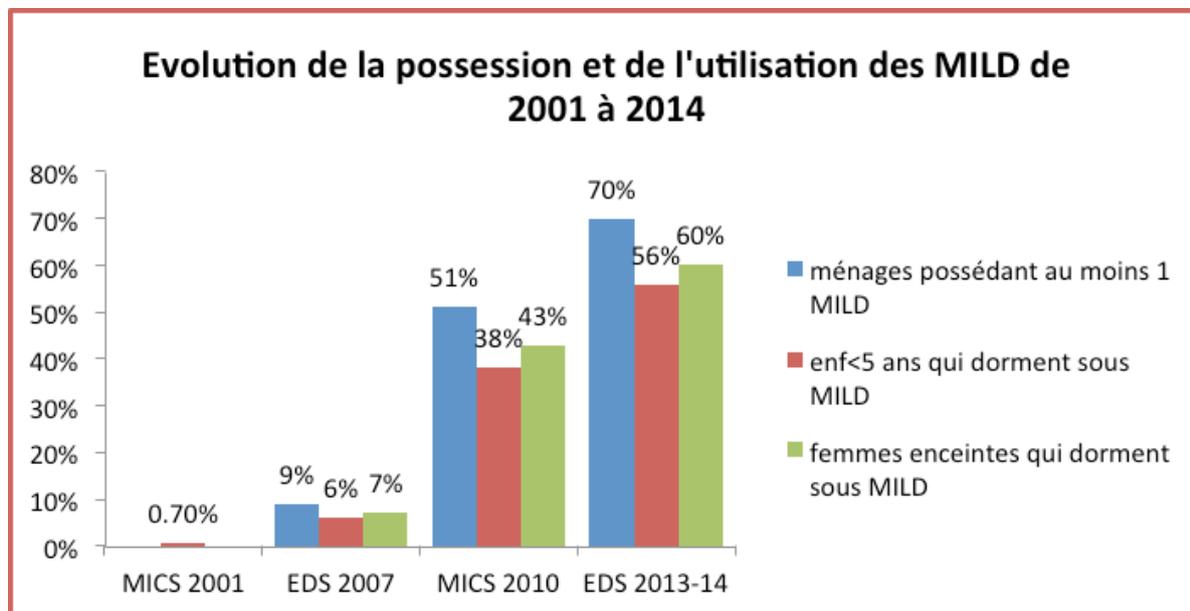


Figure 7 : possession et utilisation des MILD

La figure ci-dessus indique que la possession et l'utilisation des MILD sont passées par une phase d'accroissement lent entre 2001 et 2007, suivi d'une phase d'accroissement plus rapide entre 2007 et 2014. La proportion des ménages possédant au moins 1 MILD est passée de 9 % en 2007 à 70 % en 2013-2014. L'utilisation de la MILD est passée chez les enfants de moins de 5 ans de 6 % à 56 %, et chez la femme enceinte de 7 % à 60 %. Par ailleurs, on note un écart entre la possession et l'utilisation. Ces couvertures en termes de possession et d'utilisation sont variables d'une province à l'autre (Figure 8).

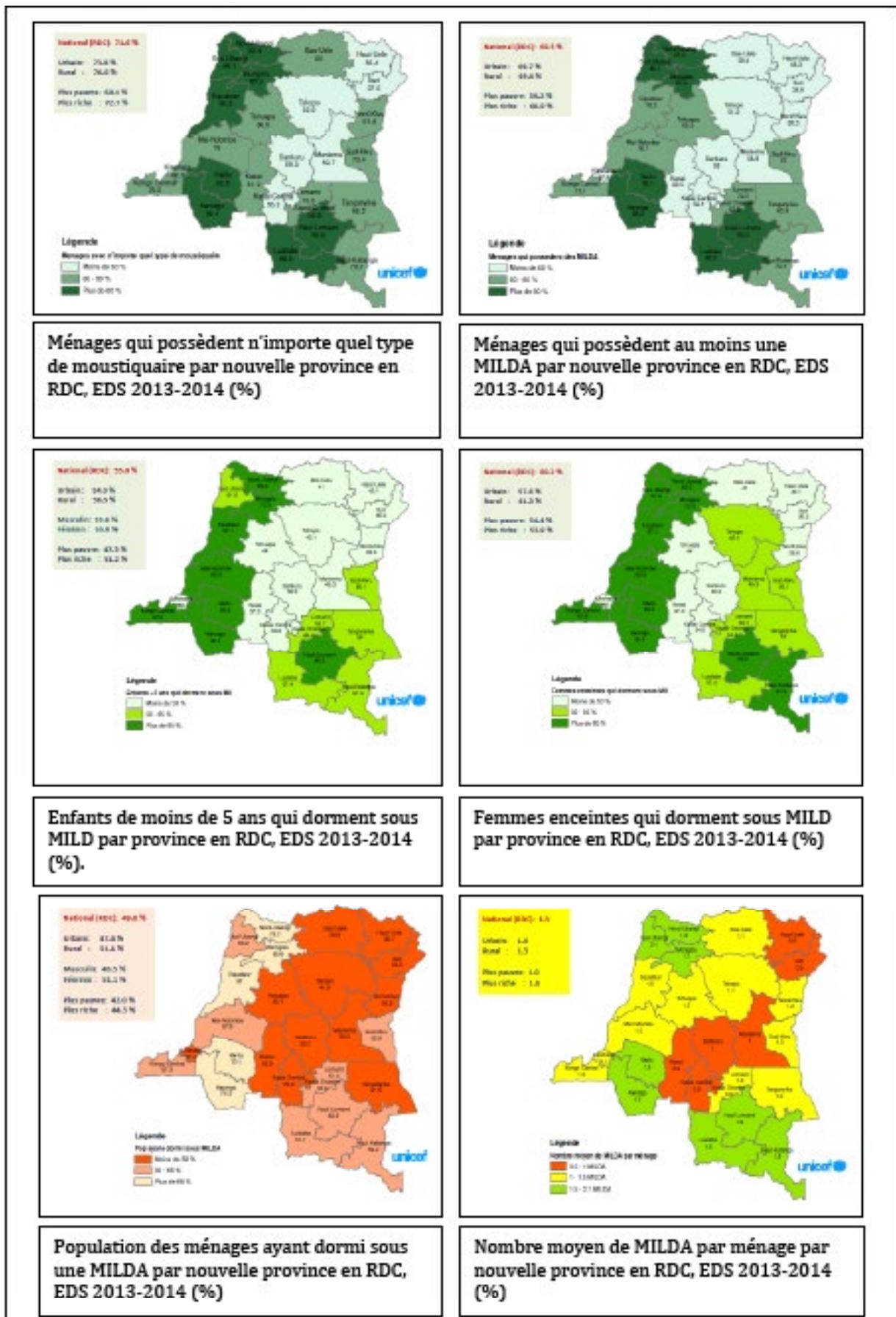


Figure 8. Possession et utilisation des MILD par nouvelles provinces en 2014.

Discussion des résultats

11 908 157 MILD ont été distribuées en campagne dans 4 provinces pendant que 13 866 370 MILD étaient planifiées. L'écart, soit 1 958 213 MILD, est dû au fait que la planification se fait sur base de 1 MILD pour 1,8 personne, alors que la distribution est faite sur base de 1 MILD pour 2 personnes. Pour les 4 provinces, 4 597 475 ménages ont été dénombrés et 4 531 480 ménages ont été servis soit 98,5 % de couverture.

La distribution des MILD par la stratégie de porte-à-porte avec fixation de la MILD (Hang up) est en cours d'expérimentation en RDC, 1 153 443 MILD (9,6 %) ont été distribuées par cette stratégie. Cette stratégie est mise en œuvre pour traiter les questions ci-après : l'amélioration de la promptitude des données (lorsque couplé à l'outil ODK), la réduction de risque de déperdition des MILD (pas de tricherie sur macaron, MILD correspondant aux lieux de couchage), une meilleure sensibilisation et un apprentissage à l'utilisation de la MILD (parce que communication face à face, ménage par ménage), le gain de temps (car le dénombrement et la distribution sont couplés).

La distribution des MILD en routine a été peu performante (38 % chez les femmes enceintes et des enfants de moins d'une année couverts), alors que la distribution par ces canaux devrait contribuer au maintien de la couverture. Les contreperformances de la distribution de routine sont essentiellement liées à la faible disponibilité des MILD aux services CPN et CPS, particulièrement dans les ZS appuyées par la PMI dans lesquelles le problème s'est posé avec acuité en 2014. Il faudra dès lors envisager le renforcement de la distribution continue à travers d'autres voies telles que les écoles ou la distribution communautaire continue.

Les résultats des enquêtes nationales (MICS et EDS) montrent que la possession et l'utilisation des MILD ont connu un accroissement plus rapide entre 2007 et 2014 comparativement à la période entre 2001 et 2007. Ceci serait en grande partie imputable aux campagnes de distribution de masse des MILD qui ont commencé en 2006 ciblant d'abord les enfants de moins de 5 ans, et qui se sont intensifiées à partir de 2008 en ciblant toute la population. Avec la possession de la MILD (70 % en 2013-2014) et son utilisation (56 % et 60 % en 2013-2014 respectivement chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes), on a quasiment atteint la cible de 2014 qui est de 60 %. On a cependant constaté un écart entre la possession et l'utilisation qui serait dû d'une part à l'écart entre la couverture des ménages en MILD et l'accès de toutes les personnes du ménage à la MILD ; et d'autre part à la perception et l'acceptabilité de la MILD par les bénéficiaires. En effet, l'EDS 2013-14 indique que la proportion des ménages avec au moins une MILD pour deux personnes qui ont passé la nuit dernière dans le ménage était de 25 %, et la proportion de population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous MILD si chaque MILD du ménage était utilisé par deux personnes au maximum était de 46 %. Par ailleurs, des anecdotes du terrain font état de problèmes d'acceptabilité liés entre autres à une faible perception du danger dû au paludisme, à l'intolérance par sensation de chaleur ou d'étouffement, aux croyances négatives associées à la moustiquaire, etc. En outre, la durabilité réelle de la MILD dans la communauté soulève quelques questionnements en rapport avec l'impact que cela pourrait avoir sur la continuité de l'utilisation de la MILD dans les provinces où les campagnes remontent à plusieurs mois. De surcroît, la résistance des vecteurs aux insecticides est évoquée dans les dernières études réalisées à travers les sites de surveillance sentinelle. Afin de traiter ces défis, le PNLP a initié une actualisation des directives et des normes par un processus de participation de toutes les parties prenantes au dernier trimestre 2014.

Intervention 2 : Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte et chez le nourrisson

Cibles 2014 : 60 % des femmes enceintes reçoivent deux doses de SP à la CPN.

Le traitement préventif intermittent fait partie des outils de prévention utilisés par le PNLP ; il s'adresse essentiellement aux femmes enceintes. En 2014, son administration aux nourrissons a débuté.

Normes et directives

La RDC avait adopté depuis 2002 la politique de prévention du paludisme chez la femme enceinte, qui était basée sur le TPI avec l'utilisation de la Sulfadoxine - Pyriméthamine (SP). Toutes les femmes enceintes bénéficient de deux doses (pour les femmes séronégatives au VIH) ou 3 doses (pour les séropositives) lors des consultations prénatales, aussi bien dans le secteur public que privé. La prise supervisée lors des CPN est la modalité recommandée. La première dose de SP est donnée à la 16ème semaine et la 2ème dose est donnée à la 24ème semaine. Chez la femme séropositive, une troisième dose est administrée à la 32ème semaine. Considérant les évidences récentes ayant conduit l'OMS à proposer une révision des directives sur les modalités de l'application du TPI à la SP chez la femme enceinte, le PNLP et le PNSR recommandent l'utilisation précoce des services de CPN avec 4 visites au minimum durant la grossesse. Au cours de ces visites de CPN, la femme enceinte doit bénéficier au minimum de 3 doses de SP et aussi des autres interventions de CPNr. La vulgarisation de cette politique a été amorcée notamment dans les 44 ZS PMI et dans les 89 nouvelles ZS FM.

Résultats obtenus en 2014

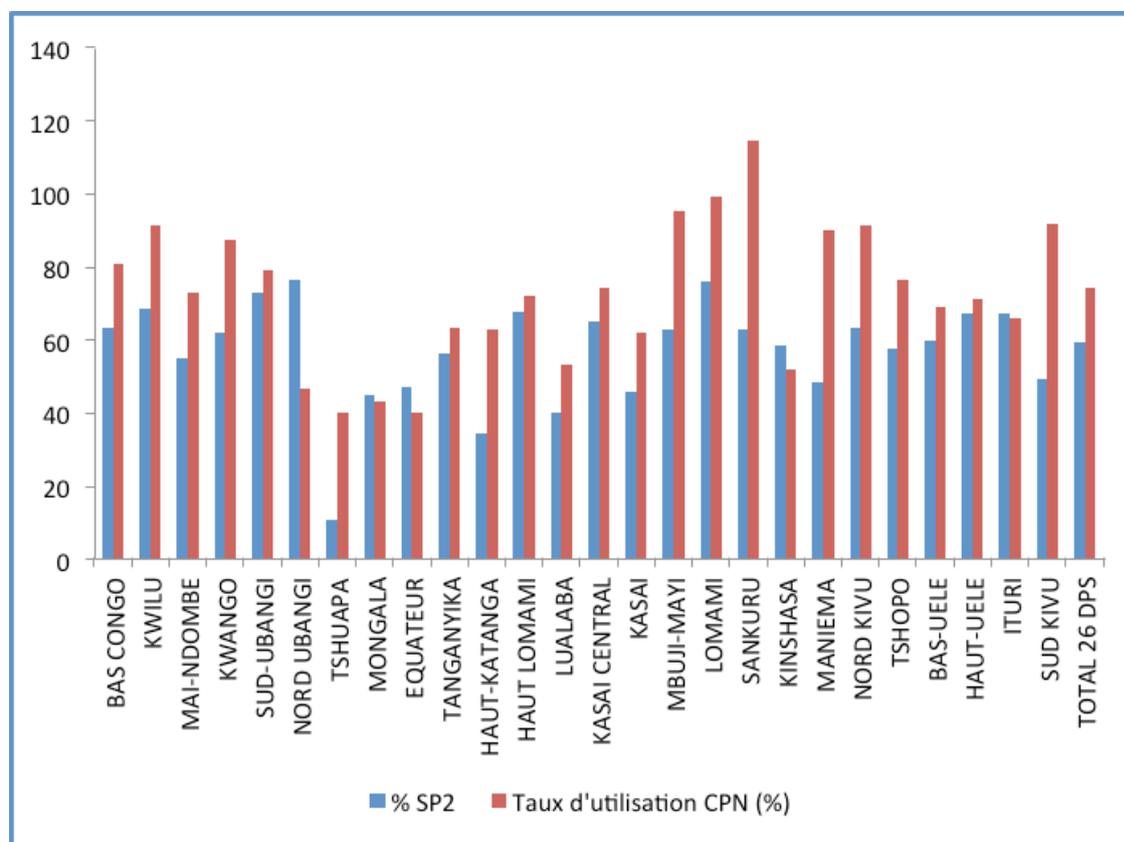


Figure 9 : proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses de SP versus taux d'utilisation CPN en 2014

Dans l'ensemble, la proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses de SP en 2014 est de 59 % avec une proportion plus élevée dans les DPS de Nord Ubangui et Lomami (76 %), et une proportion plus faible dans la DPS de Tshuapa (11 %). La moyenne nationale du taux d'utilisation des services de CPN est de 74 % en 2014 avec les taux les plus élevés observés dans les DPS de Sankuru (115 %) et de Lomami (99 %), et le taux le plus bas dans le DPS de Tshuapa (40 %).

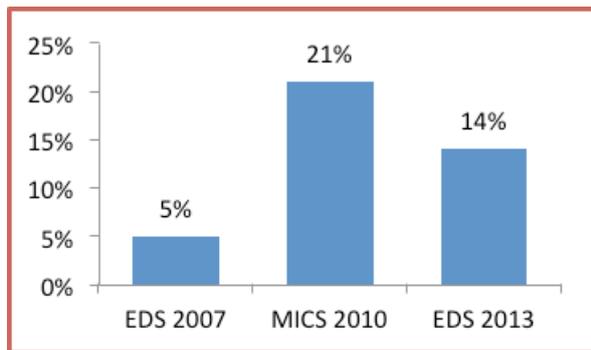


Figure 10 : Proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses de SP dans la communauté

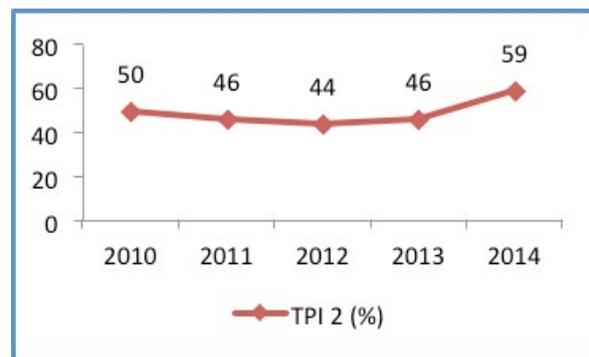


Figure 6 : proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses de SP dans les structures sanitaires

Au niveau de la communauté, la proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses de SP est passée de 5 % en 2007 à 14 % en 2013-2014 avec une chute importante entre 2010 et 2013-2014.

Au niveau des structures sanitaires, la proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses de SP parmi les femmes ayant fréquenté la CPN a connu une baisse de 2010 à 2012. À partir de 2013, on note une augmentation progressive.

Discussion des résultats

Bien que la proportion des femmes enceintes ayant reçu deux doses de SP à la CPN ait atteint la cible annuelle du programme (59 %, SNIS), celle-ci reste faible dans la communauté (14 %, EDS 2013-2014). Cette situation s'expliquerait entre autres par :

- le faible taux d'utilisation de la CPN (74 % en 2014, SNIS) ;
- la rupture de stock fréquente de la SP constatée dans les structures sanitaires ;
- le début tardif des CPN ;
- d'autres pesanteurs culturelles (faible autonomie des femmes, mystère entourant la grossesse, etc.)

L'amorce de l'ascension constatée à partir de 2013 présage un bon avenir, mais on devra renforcer la sensibilisation de la femme enceinte afin qu'elle fréquente les services de CPN et surtout qu'elle commence à temps ; aussi faudra-t-il approvisionner régulièrement les FOSA en SP pour éviter des ruptures de stock intempestives, et promouvoir l'autonomisation de la femme.

Intervention 3 : Promotion de l'assainissement

La promotion de l'assainissement fait partie des messages clés développés à travers les cartes-conseils et les boîtes à images qui constituent les supports de communication pour la communication interindividuelle et les causeries éducatives animées par les relais communautaires sous la supervision des CODESA et des ECZS, avec l'appui des PTF. En outre, au cours des émissions radiotélévisées et des points de presse, les cadres provinciaux et centraux du PNLP présentent cette composante de la lutte antipaludique comme partie intégrante des approches de prévention du paludisme en RDC.

Dans le cadre de la collaboration intrasectorielle, le Programme national « Village et École assainis », un programme du gouvernement congolais mis en œuvre conjointement par le ministère de la Santé publique et celui de l'Enseignement primaire, secondaire et professionnel, a œuvré pour l'amélioration de

l'accès aux infrastructures hydro-sanitaires, la promotion de l'hygiène et la création d'un environnement favorable. Ces activités constituent une composante complémentaire aux interventions de prévention réalisées par le PNLP.

Sous le pilotage de la direction chargée de l'hygiène du ministère de la Santé publique (9^e direction), le Programme « Village assaini » est mis en œuvre sur toute l'étendue de la RDC, à travers 222 zones de santé rurales sur les 516 que compte le pays, par une approche communautaire décisionnelle participative, c'est-à-dire que ce sont les communautés qui décident de s'engager dans le programme. Une fois qu'elles ont décidé de s'engager, ces communautés ont entre six mois et une année pour améliorer progressivement leurs infrastructures d'approvisionnement en eau, leurs comportements en matière d'hygiène et l'assainissement des ménages et de leur village. Le processus au sein du village est facilité d'un côté par un comité élu démocratiquement et de l'autre par les agents de la zone de santé. En cas d'une incapacité de cette dernière, un partenariat est envisagé avec une ONG. Au bout du processus, le village est labélisé « village assaini » lorsqu'il a atteint les standards minima relatifs à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement. En bref, un village assaini est celui qui dispose d'un comité dynamique ; avec au moins 80 % de la population ayant accès à l'eau potable ; au moins 80 % des ménages utilisant des latrines hygiéniques, au moins 80 % des parcelles propres ; au moins 60 % de la population se lavant les mains avec du savon ou tout autre détergent avant de manger et après avoir utilisé des latrines ; au moins 70 % des ménages comprenant le schéma de la transmission des maladies à partir du péril fécal et les moyens de prévention s'y rapportant ; et enfin au moins une fois par mois les ménages désherbant et nettoyant le village.

Quand un village obtient son statut de « village assaini », les écoles de ce village doivent aussi devenir des endroits d'apprentissage de l'hygiène. Dans un souci de synergie, le ministère de l'EPSP a mis en place le Programme « École assainie » et a défini, à travers la direction des programmes scolaires et du matériel didactique, une série de normes minimales et d'indicateurs pour qu'une école puisse être déclarée « assainie ».

Fin 2014, 1 106 villages ont été labélisés « village assaini » sur les 1 290 prévus, soit une performance de 86 %.

Intervention 4 : Pulvérisation intra domiciliaire

La Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) est réalisée dans deux zones de santé avec le financement des sociétés minières, il s'agit des ZS de TenkeFungurume dans la province du Katanga, et de Salamabila dans la province de Maniema.

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 2014 s'est déroulée du 6 février au 30 avril 2014, au cours de laquelle 115 378 structures ont été enregistrées dont 105 256 ont été pulvérisées, représentant une couverture de 91,3 %. Et 9 956 chambres ont été fermées (8,6 %) et 176 chambres de refus (0,1 %).

Pour la ZS de Salamabila, il sied de noter qu'une étude préinterventionnelle avait été réalisée en septembre 2013 dont les résultats ont été :

- La prévalence parasitaire était de 83,7 % chez les enfants âgés de 6 à 14 ans (n = 600 enfants)
- Sur 44 moustiques capturés, 38 étaient des culicidés et 6 des anophèles, les anophèles étaient de 2 espèces qui sont : A. Gambiae et A. Funestus.

En 2014, 1 470 maisons ont été pulvérisées sur 1 504 prévues, soit une couverture de 98 %.

Par rapport à ce projet, des observations suivantes sont à retenir :

- L'étude préinterventionnelle a été peu informative pour orienter le programme.
- Le rayon d'intervention est trop faible pour des interventions de santé publique.

En définitive ce projet de pulvérisation intra domiciliaire risque d'être inducteur de résistance plutôt que producteur d'effets bénéfiques. Nous recommandons donc vivement que l'on puisse considérer des Aires de Santé comme zones d'intervention en lieu et place des camps, et de réaliser une étude entomologique plus approfondie de manière à mieux orienter la mise en œuvre de l'intervention.

IV.3 Prise en charge des cas

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

Normes et directives. Les guides techniques utilisés jusqu'alors avaient montré certaines limites notamment par la non-prise en compte des aspects de prévention avec la promotion de l'utilisation de la MILD et la PID, et le changement des directives de traitement du paludisme grave incluant l'artesunate injectable. La révision de ces guides techniques s'imposait et elle a été opérée afin d'intégrer tous ces aspects. Par ailleurs, les prestataires des soins n'avaient pas un outil à portée de main pour s'y référer rapidement en cas de besoin, d'où l'élaboration d'un guide de poche à cette fin.

Cible 2014 :

- 50 % des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires intégrées et dans la communauté sont testés par la GE ou le TDR.
- 75 % des cas de paludisme confirmés sont traités conformément aux directives nationales à tous les échelons de la pyramide sanitaire, y compris dans la communauté.

Résultats obtenus en 2014

En 2014, 9 749 369 cas de paludisme ont été enregistrés, aussi bien en consultation externe (8 758 401 cas de paludisme simple) qu'en hospitalisation (990 968 cas de paludisme grave), avec 25 502 décès. Au total, 3 480 345 GE et 10 905 561 TDR ont été réalisés, soit un taux de « testing » de 151 % contre 90 % en 2013. Cela s'expliquerait par le fait que jusque-là beaucoup des prestataires continuent à réaliser chez la même personne et au même moment la GE et le TDR. Le taux de positivité à la GE est de 60 % (2 098 335 positifs pour 3 480 345 GE réalisées) tandis qu'il est de 71 % pour le TDR (10 905 561 TDR réalisés dont 7 725 338 positifs). 9 288 732 malades ont été mis sous CTA sur 7 725 338 positifs au TDR, donc 1 384 848 malades (15 %) sont soit des cas présumés soit des cas négatifs au TDR qui auraient été traités.

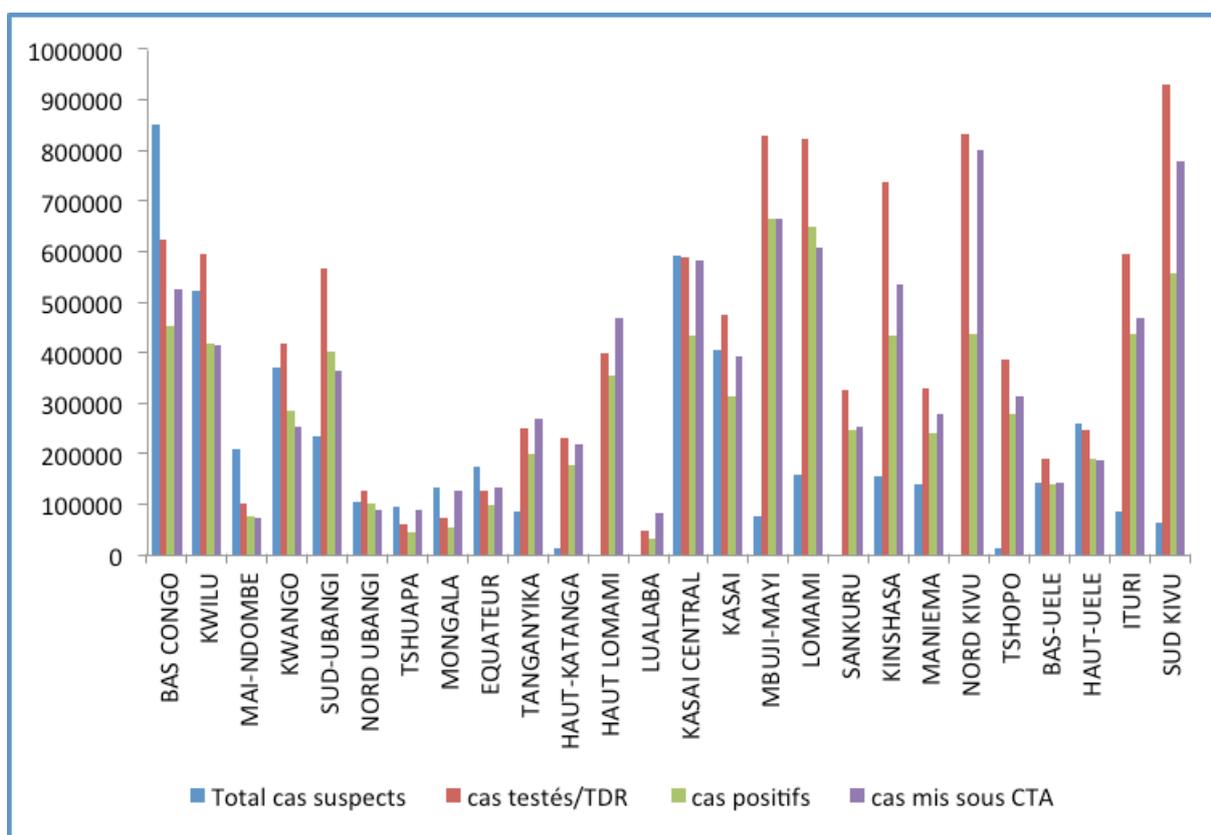


Figure 11 : diagnostic et traitement des cas de paludisme simple

La figure ci-dessus montre que dans plus de la moitié des DPS, les cas testés sont plus nombreux que les cas suspects, et les malades mis sous traitement aux CTA sont plus nombreux que les cas confirmés au TDR.

Renforcement des capacités

- Formation de 55 membres des ECZS en prévention et prise en charge du paludisme à Kananga et Tshikapa
- Formation de 40 cliniciens sur la prise en charge du paludisme de Kinshasa et dans les ZS PMI
- Formation de 20 cadres universitaires sur l'utilisation de l'artésunate injectable

Discussion des résultats

Le diagnostic et le traitement du paludisme posent encore problème, car les prestataires ont encore des zones d'ombre dans la classification des cas, spécialement entre les cas suspects, les cas présumés, les cas testés et les cas traités conformément à la politique nationale. Ce qui fait que l'on a notifié plus de cas testés par rapport aux cas suspects. Les données montrent que l'on continue encore à traiter sur base d'un diagnostic présomptif, donc les directives nationales de prise en charge des cas de paludisme sont peu respectées dans certaines zones de santé. Le renforcement des formations et recyclages en prise en charge, ainsi que des supervisions régulières et bien ciblées, devront améliorer tant soit peu la situation.

IV.3.2 Prise en charge au niveau communautaire

Normes et directives

En 2014, aucune révision des normes et directives n'a été réalisée.

Cibles 2014

- Tester au TDR 50 % des cas de fièvre
- Traiter avec les ACT tous les cas TDR positifs

Résultats obtenus en 2014

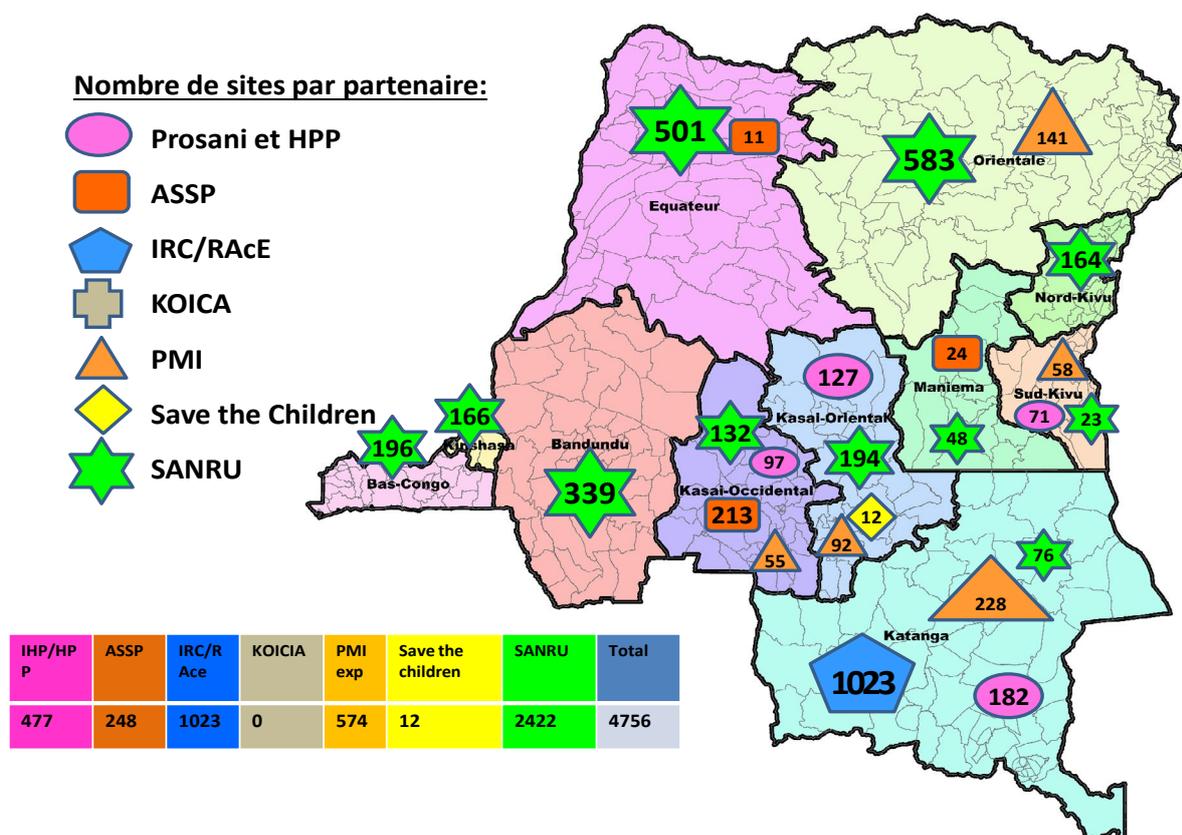


Figure 12 : implantation des sites des soins communautaires en 2014 par partenaire de mise en œuvre

Au total, 4 756 sites des soins communautaires étaient opérationnels en 2014 dont le plus grand nombre sous financement du Fonds Mondial/SANRU avec 2 422 sites des soins.

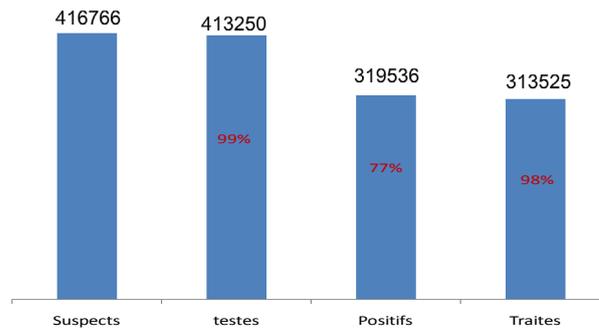


Figure 13 : prise en charge des cas de paludisme dans les sites des soins communautaires en 2014

319 536 cas de paludisme simple ont été enregistrés dans les sites des soins communautaires en 2014. Le taux de testing dans la communauté est de 99 % avec un taux de positivité de 77 %. On note par ailleurs que 98 % des cas confirmés de paludisme ont été traités.

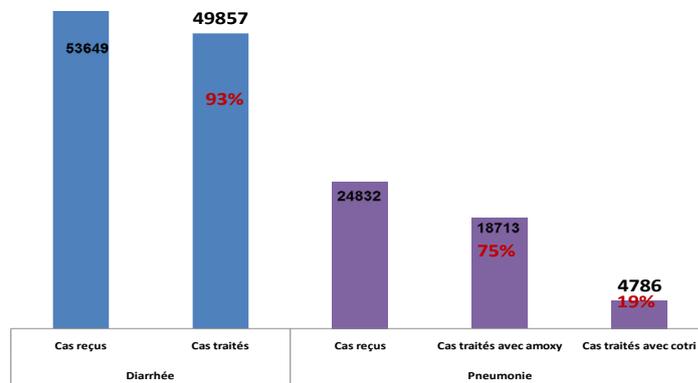


Figure 14 : prise en charge des cas de diarrhée et IRA

La prise en charge du paludisme via les SSC a servi de porte d'entrée pour la mise en œuvre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant permettant ainsi la prise en charge de deux autres maladies tueuses d'enfants, à savoir la diarrhée et les IRA à raison de 49 857 cas de diarrhée (93 %) pris en charge sur 53 649 cas enregistrés en 2014, et 23 499 cas d'IRA pris en charge (94,6 %) sur 24 832 cas enregistrés.



Relais Mélanie de la Zone de santé de Kanzenze en train de dispenser le traitement contre le Paludisme après un TDR Positif



Relais communautaire de la zone de santé de Wikongen en train d'exécuter le TDR lors de la formation

Discussion des résultats

La cible de 2014 de tester 50 % des cas suspects est largement dépassée, mais un effort reste à faire pour arriver à traiter tous les cas confirmés de paludisme. Les directives de prise en charge des cas de paludisme simple seraient mieux respectées dans les sites de soins communautaires, car 99 % des cas suspects ont été testés et 98 % des cas confirmés de paludisme ont reçu les CTA.

IV.3.3 Prise en charge au niveau du secteur privé

Normes et directives

- Les directives de prise en charge ont été élaborées aussi bien pour le secteur public que pour le secteur privé. Cependant, la plupart des données du terrain font état d'un faible alignement du secteur privé à ces directives. Il s'est donc avéré impérieux d'élaborer une stratégie claire identifiant les goulots d'étranglement et les modalités d'amélioration de la prise en charge dans le secteur privé. C'est dans ce cadre qu'un processus d'élaboration de la stratégie d'amélioration de la prise en charge dans le secteur privé a été lancé avec l'appui technique de CHAI et la participation de l'ASF, la PMI et un large panel de prestataires et parties prenantes du secteur privé.
- Le projet « DefeatMalariae » financé par DFID et mis en œuvre par l'ASF/PSI vise l'amélioration de la disponibilité et l'accessibilité des CTA et TDR de qualité dans le secteur privé à Kinshasa. En rapport avec ce projet, les modules de formation de prise en charge du paludisme, d'assurance qualité et de gestion de stock adaptés au secteur privé ont été élaborés.

Cibles 2014

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

Résultats obtenus en 2014

Le montage du projet Deafeat Malaria a été finalisé au mois de septembre. Dans le cadre du NMF du Fonds Mondial, des ressources additionnelles ont été mobilisées pour renforcer le projet du secteur privé de Kinshasa. Une cartographie des pharmacies a été élaborée et environ 6 000 pharmacies ont été

dénombrées dont 78 seulement agréées et autorisées à fonctionner. Une revue de la réglementation a été amorcée avec la DPM pour permettre l'importation et la vente des ACT et TDR dans les officines privées, ainsi que l'exécution des TDR dans ces structures privées. Aussi des fabricants (3 sur 5 ciblés) et des importateurs ont-ils été recrutés.

Renforcement des capacités

- Formation de 35 prestataires de soins des Entreprises de Kinshasa sur la prise en charge du paludisme
- Formation de 20 formateurs centraux du PNLP et de la DPM

IV.4 La gestion des achats et des stocks

Malgré la mise en place du SNAME, les approvisionnements des partenaires se font encore par des structures autonomes suivant des approches et des calendriers divers. L'intégration dans le système reste encore partielle pour certains partenaires qui utilisent les CDR pour la distribution. Cette disparité entraîne une répartition inégale de ressources avec comme conséquence les ruptures de stock et le surstock.

Le PNDS 2011-2015 préconise la mise en place d'un mécanisme de coordination des financements et des approvisionnements en médicaments essentiels. Ainsi, au regard de l'importance des financements mobilisés par les partenaires, et tenant compte des recommandations de la RPP, il était nécessaire de mettre en place un système cohérent qui réponde aux besoins d'une coordination efficace des approvisionnements.

Normes et directives

Aucune révision des normes et directives n'a été opérée en 2014.

Cibles 204

75 % des structures sanitaires intégrées ne connaissent pas de rupture en médicaments et autres produits antipaludiques.

Résultats obtenus en 2014

Les principales activités réalisées au cours de l'année 2014 pour le renforcement de la GAS étaient :

- Deux enquêtes (EUV) de vérification de la disponibilité, de l'utilisation et de la prise en charge des cas des intrants antipaludiques. Cette activité a été réalisée dans 5 provinces d'appui PMI (2 Kasai, Sud Kivu, Katanga et Province Orientale), ces enquêtes ont eu lieu en mars et septembre 2014.
- Un atelier de quantification des besoins des produits de lutte contre le paludisme en faveur des zones de santé PMI pour l'exercice 2015-2016 en juillet 2014
- Participation à l'audit organisationnel du programme national d'approvisionnement en médicament.
- Trois ateliers ont été réalisés avec les responsables GAS des partenaires parties prenantes dans les approvisionnements pour le renforcement de la coordination des appuis.

- Participation à l'atelier pour la mise en place du SIGL ; système d'information en gestion logistique et pour la feuille de route du même système avec le PNAM ET CAG.
- Mission avec JSI/DELIVER dans la province du Kasai- oriental d'évaluation de la chaîne d'approvisionnement avec objectifs d'identifier les défis, renseigner les prestataires sur les indicateurs pertinents et proposer des stratégies d'amélioration.

Résultats des enquêtes EUV

L'enquête EUV réalisée en septembre 2014 a donné les résultats suivants :

- 92 % (142/155) de FoSa avaient toutes les formes d'ASAQ au jour de la visite.
- 100 % (155/155) de FoSa avaient au moins 1 forme d'ASAQ au jour de la visite.
- 69 % de FoSa étaient en rupture de stock de TDR au jour de la visite et 62 % en ont connu dans les 3 derniers mois.
- Seulement 32 % (411/1 279) de personnes prenant en charge les cas de malaria sont formées sur les récentes directives du PNLP.
- Seulement 42 % (65/155) de structures ont des conditions de stockage acceptables.
- Pourcentage de FoSa ayant connu des ruptures de stock de plus de 3 jours dans les 3 derniers mois :
 - ASAQ 14 ans et plus : 39 %
 - ASAQ 2-11 mois : 21 %
 - ASAQ 1-5 ans : 19 %
 - ASAQ 6-13 ans : 28 %
 - MILD : 35 %

Discussion des résultats

Dans les ZS d'appui PMI, la disponibilité des médicaments et autres intrants antipaludiques continue à poser problème. En effet, considérant les 3 derniers mois précédant l'enquête l'on note des ruptures de stock en artésunate-amodiaquine, TDR et MILD. 62 % des FOOSA ont connu des ruptures de stock en TDR, ce qui handicape énormément le diagnostic du paludisme et amène le prestataire à traiter sur base d'un diagnostic présomptif tous les cas présumés de paludisme, avec comme conséquence immédiate la consommation excessive des combinaisons d'artésunate-amodiaquine, ce qui pourrait expliquer en partie la rupture de stock d'artésunate-amodiaquine constatée dans ces FOOSA. L'amélioration de cette situation passe par un approvisionnement régulier des TDR et ASAQ tenant compte des CMM des FOOSA.

La situation réelle du terrain dans les ZS d'appui Fonds Mondial n'est pas disponible, hormis les données de disponibilité au niveau des CDR partagés dans le cadre des réunions trimestrielles des responsables du GAS.

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

Normes et directives

- Avec l'actualisation des normes sur le TPI, il s'est avéré nécessaire de procéder à l'actualisation de la boîte à images de la lutte contre le paludisme.

Cibles 2014

70 % de la population adoptent des comportements favorables à la lutte contre le paludisme.

Résultats obtenus en 2014

Les principales activités menées en 2014 en rapport avec la sensibilisation de la population en faveur de la lutte contre le paludisme sont :

- À l'occasion de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le paludisme (JMP),
 - un briefing des journalistes de la presse audiovisuelle et écrite sur la sensibilisation de la population avant la célébration de la JMP ;
 - une campagne de sensibilisation de la population congolaise à travers les médias sur la prévention et la lutte contre le paludisme (RTNC, ANTENNE A, BRT AFRICA, DIGITAL TV, B-ONE TV, RTGA, Radio OKAPI) ;
 - une matinée de sensibilisation sur la lutte contre le paludisme avec les membres de l'Association des chauffeurs du Congo ;
 - l'organisation de la cérémonie de célébration de la JMP 2014 : il y a eu une cérémonie de Plaidoyer à la Présidence de la République présidée par le Ministre de la Santé Publique. À cette occasion, des MILD ont été remises aux membres du Cabinet du Chef de l'État. Par la suite, la célébration de la Journée Mondiale du Paludisme s'est poursuivie au terrain municipal de Bandalungwa.
- Quatre réunions de TASK FORCE avec les partenaires engagés dans la lutte contre le paludisme au niveau central et une réunion trimestrielle dans les 5 provinces appuyées par PMI.
- Communication de masse et interindividuelle dans les provinces cibles de la campagne de distribution gratuite des MILD en 2014 ; en l'occurrence, les provinces Orientale, Kasai Occidental et Bas-congo
- Campagne de sensibilisation sur la prévention et la lutte contre le paludisme de 800 élèves du Lycée Kingasani III dans la ville province de Kinshasa.
- Organisation d'une journée d'information pour les journalistes sportifs durant le CHAN 2014.
- Organisation de la collecte de données pour la campagne « Écoliers engagés contre le paludisme » à Bukavu, Lubumbashi et Kinshasa.
- Conception et production d'une bande dessinée et d'un dessin animé avec des messages sur la lutte contre le paludisme.
- Diffusion du dessin animé pour transmettre les messages sur la MILD et le traitement du paludisme à la télévision pendant les matches de la coupe du monde de football 2014.



L'artiste-musicien Fally Ipupa animant la campagne de sensibilisation de la population lors de la cérémonie de lancement de la campagne de distribution de masse des MILD à Kisangani, août 2014.

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 le Paludisme, la collecte des données étant hebdomadaire pour les maladies à potentiel épidémique, dont le paludisme.

Cibles 2014

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

Résultats obtenus en 2014

Une collecte hebdomadaire des cas et décès du paludisme a été réalisée à travers la Direction de Lutte contre le Paludisme : en 2014, 11 528 121 cas ont été notifiés avec 23 476 décès, le taux de létalité est de 0,2 %. 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 V : Flambées épidémiques des cas de fièvres présumées palustres investiguées en 2014 en RDC

PROVINCE	ZONE DE SANTÉ	INVESTIGATION
Nord kivu	Rutshuru	DPS MSF/H, MSF/F
Équateur	IKELA	PARSS
	MOKOTO	DPS
	MOBAYI MBONGO	DPS
KATANGA	KANSIMBA	ND
PROVINCE ORIENTAL	YAHUMA	DPS

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 outils de collecte des données des sites sentinelles.

Cibles 2014

Redynamiser 11 sites sentinelles.

Résultats obtenus en 2014

- Tenue de l'état de lieux des 11 sites sentinelles existants
- Sélection de 15 sites sentinelles additionnels
- Complétude des données des sites sentinelles : 82 %. Les sites sentinelles du Sud Kivu et de Kinshasa sont les seules à ne pas avoir envoyé le nombre de rapports attendus.
- Renforcement des capacités : formation du pool des 22 formateurs centraux en surveillance sentinelle de Faire Reculer le paludisme.

IV.7 Suivi-Évaluation et Recherche opérationnelle

IV.7.1 Suivi et Évaluation

Normes et directives

Révision du formulaire III de collecte des données au niveau du BCZS, et révision du format la base des données.

Cibles 2014

93 % des zones de santé transmettent régulièrement et à temps les données sur les principaux indicateurs de lutte contre le paludisme.

Résultats obtenus en 2014

Les principales activités réalisées en 2014 dans le cadre du suivi et de l'évaluation sont développées dans les lignes qui suivent :

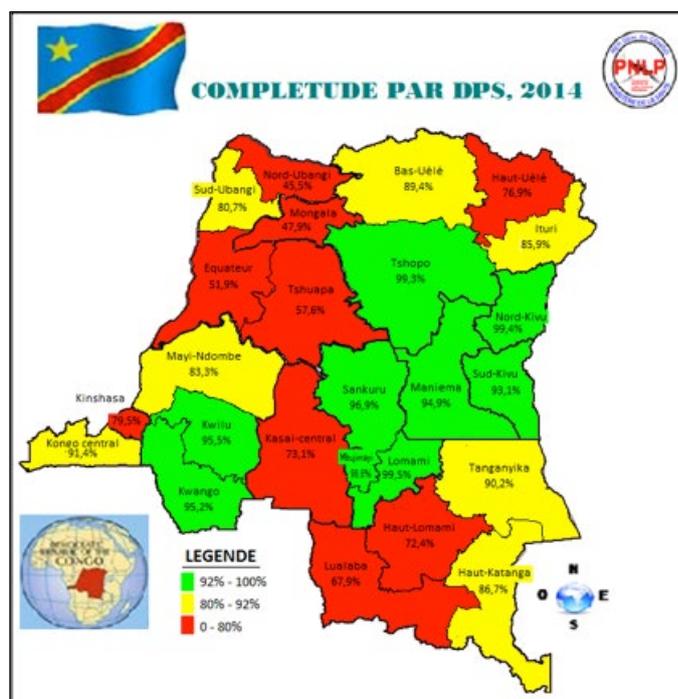


Figure 15 : complétude des rapports en 2014

Trois rapports d'analyse trimestrielle des données ont été élaborés et des feedbacks ont été envoyés par e-mail aux DPS avec des recommandations pertinentes par DPS, dans le sens de pouvoir améliorer la gestion des données.

b) publication des rapports

Les différents rapports publiés en 2014 sont :

- Rapport annuel 2013
- 4 rapports trimestriels d'activités du PNLN
- Rapport de la revue annuelle 2013

Pendant l'année 2014, la téléphonie mobile a été utilisée pour collecter les données en routine et en campagne.

En routine, le système Mango mis en place par PMI a été expérimenté dans 10 ZS de la province du Kasai Oriental. Ce système utilise de simples messages SMS et l'Internet, permettant ainsi d'une part de suivre et gérer le stock des intrants de lutte contre le paludisme (ACT, TDR, SP, quinine, MILD), et d'autre part d'assurer une surveillance sur base d'un certain nombre d'indicateurs. Le système Mango devrait permettre ainsi d'assurer une bonne gestion des intrants antipaludiques dans les zones de santé et d'éviter des ruptures intempestives de stock. Il minimise aussi le risque de transmission des données incohérentes ou aberrantes. Cependant, la phase pilote a connu quelques difficultés qui n'ont pas permis au PNLN de tirer de leçons pour la mise à échelle.

En campagne, l'outil ODK (Open Data Kit) a été utilisé pour la campagne de distribution de masse des MILD dans la province du Kasai Occidental (9 ZS). C'est un logiciel qui permet de collecter les données voulues à partir du téléphone, les transférer sur un ordinateur pour les traiter et avoir les résultats recherchés.

Les avantages de ce système sont notamment l'amélioration de la promptitude, la réduction des risques d'erreur matérielle, une meilleure planification. Les données sont à jour et faciles à comprendre. Les inconvénients sont, entre autres, le coût élevé, la contrainte liée à l'énergie électrique, etc. Aucune évaluation n'a été réalisée pour documenter sa valeur ajoutée par rapport au système fonctionnel actuel dont une version améliorée (data managers dans les pools de distribution) a été testée au Kasai occidental.

c) Supervisions

Trimestriellement, le niveau central doit superviser les acteurs du niveau intermédiaire essentiellement pour renforcer leur capacité dans la gestion des données. Ces supervisions sont financées par le FM à travers la CAG. Il était prévu de visiter 19 DPS par trimestre, mais les fonds disponibles n'ont permis

de visiter que 15 DPS par trimestre. Au premier trimestre 2014, les fonds n'ont pas été décaissés pour la réalisation de supervisions, ainsi donc 45 missions vers les DPS ont été réalisées en 2014 sur 76 prévues, soit une performance de 59 %.

Les principaux problèmes relevés au cours de ces supervisions sont : base des données non à jour dans certaines DPS, faible promptitude et complétude des données, incohérence de certaines données, existence des données aberrantes, destruction de quelques données par des virus, faible supervision de niveau intermédiaire vers le niveau périphérique, personnel non formé en SNIS dans certains DPS, les indicateurs du paludisme ne sont pas calculés dans la plupart des DPS, les rapports d'analyse des données des DPS n'existent pas.

IV.7.2 Recherche opérationnelle

Normes et directives

Un avant-projet de document de formalisation du comité scientifique a été élaboré et est en processus de validation.

Cibles 2014

70 % des sujets de recherche opérationnelle planifiés sont réalisés.

Résultats obtenus en 2014

Tableau VI : enquêtes réalisées en 2014

4 enquêtes ont été réalisées en 2014 sur 8 planifiées soit 50 %. Une étude non planifiée a été réalisée en 2014, il s'agit de l'évaluation du système de distribution des MILD en RDC.

Thèmes d'enquêtes	Année de réalisation	Bailleurs/institutions de MOE	observations
Évaluation pré campagne de la couverture des ménages en MILD dans la province du Kasai Occidental	2014	DFID/SWISS TPH/ESP	Rapport préliminaire disponible
Évaluation des profils entomologique et immunologique et du niveau d'endémicité du paludisme en RDC	2014	FM R10/UNIKIN-Médecine Tropicale	Analyse des données
Enquête de vérification auprès de l'utilisateur final des commodités de lutte contre le paludisme (EUV) en RDC	2014	PMI/SIAPS/PNLP	Résumé disponible
Étude de faisabilité de TPI chez les nourrissons	2014	FM/PNLP	Rapport préliminaire disponible
Évaluation du système de distribution des MILD en RDC	2014	PMI	Rapport disponible

IV.8 Gestion du programme

Renforcement des capacités

N°	NOM & POSTNOM	THÉMATIQUE	DATE
01	Dr Lydie KALINDULA et M. Albert KUTEKEMENE	Formation en Épidémiologie statistique informatique et analyse Multivariée (EPISTAT)	Du mois de juillet au mois de septembre 2014 en BELGIQUE
02	AG Irénée NYEMBO	Formation en dispositif d'arrêté de compte-préparation de dossiers d'audit, gestion comptable et financière des projets	Du mois de juillet au mois d'août 2014 en FRANCE
03	Dr Solange et Mbo Modiri	Cours de planification et de gestion de programme (Benin)	Du mois de février au mois d'avril 2014

Réunions de coordination

N°	Libellé	Planifié	Réalisé	Taux de réalisation
01	Réunions hebdomadaires de la direction avec les Chefs de divisions	52	30	58 %
02	Réunions hebdomadaires avec les PTF	52	12	23 %
03	Réunion de Task Force FRP	4	4	100 %

Les réunions de coordination sont modulées par les travaux intensifs (particulièrement les ateliers d'élaboration de la note conceptuelle) et autres ateliers de formations, et plus rarement les missions de terrain. Cependant, il y a encore des efforts à faire pour rendre plus régulières les réunions de concertation avec les PTF, et rendre plus fonctionnels les groupes de travail thématiques préparatoires des réunions de task force.

Conférences internationales

Le PNLP a pris une part active à plusieurs rencontres internationales dans le but de procéder aux échanges d'expérience d'une part et de bénéficier du renforcement des capacités d'autre part.

Tableau VII : Rencontres internationales en 2014

Période	Libellé	Lieu	Participants	Financement
Septembre 2014	Réunion CARN	Libreville	DN PNL, CD S & E, représentant SANRU, représentant du projet Defeat	RBM, FM, DFID
Décembre 2014	Conférence ASTMH	New Orleans, USA	CS Recherche Opérationnelle PNL	SWISS TPH
Avril 2014	Atelier secteur privé	Paris, France	CD PEC	Roll Back Malaria, OMS
Juillet 2014	Atelier de concertation entre les PNL et les institutions de recherche	Douala, Cameroun	DNA PNL, CS Recherche Opérationnelle, Dr Mantshumba (OMS), Prof Tona et Prof Nsibu (UNIKIN)	Roll Back Malaria
Mai 2014	67ème Assemblée mondiale de la santé	(Genève/Suisse)	DN	Gouvernement
Avril 2014	Atelier régional des équipes pays en prévision du nouveau modèle de financement FM de Lutte contre le Sida, Tuber, Malaria.	Dakar	DN	RBM
Mars 2014	Réunion de consultation régionale sur la stratégie technique mondiale du paludisme	Brazzaville	DN	OMS

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, mortalité infanto-juvénile

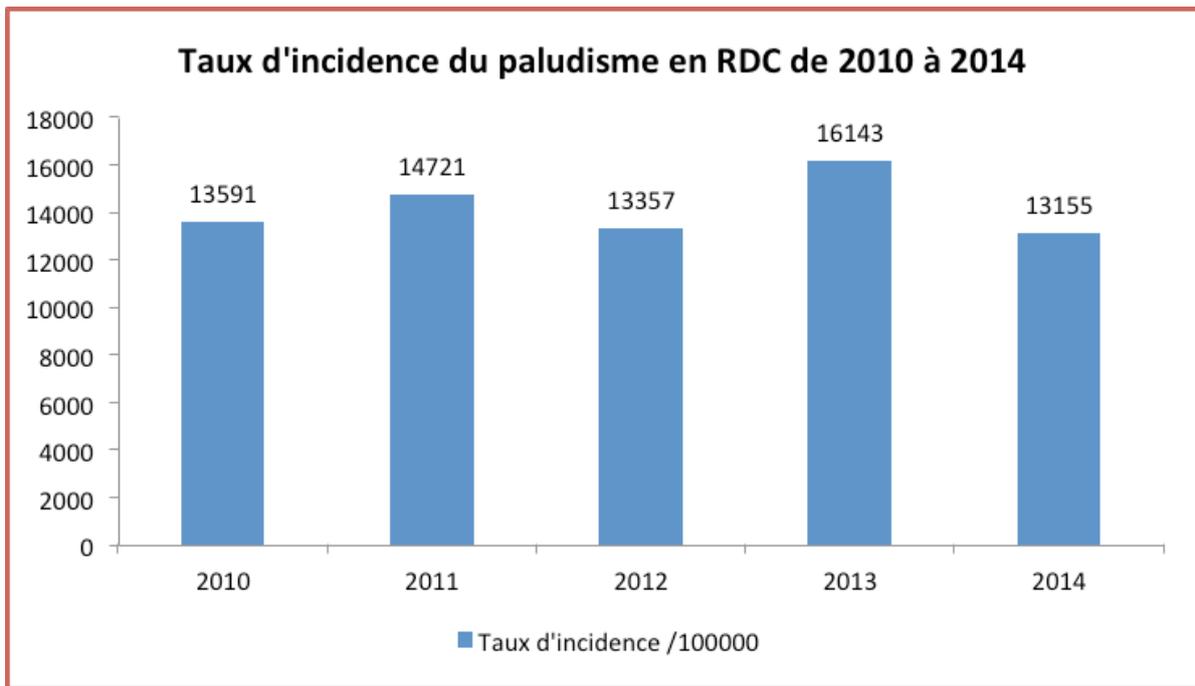


Figure 16 : Taux d'incidence du paludisme (/100 000) en RDC, 2010-2014

Le taux d'incidence a évolué en dents de scie entre 2010 et 2014. L'incidence la plus élevée est observée en 2013 qui est l'année au cours de laquelle on a observé un grand nombre des flambées épidémiques. On note par ailleurs qu'il y a moins de cas notifiés au cours de l'année 2014.

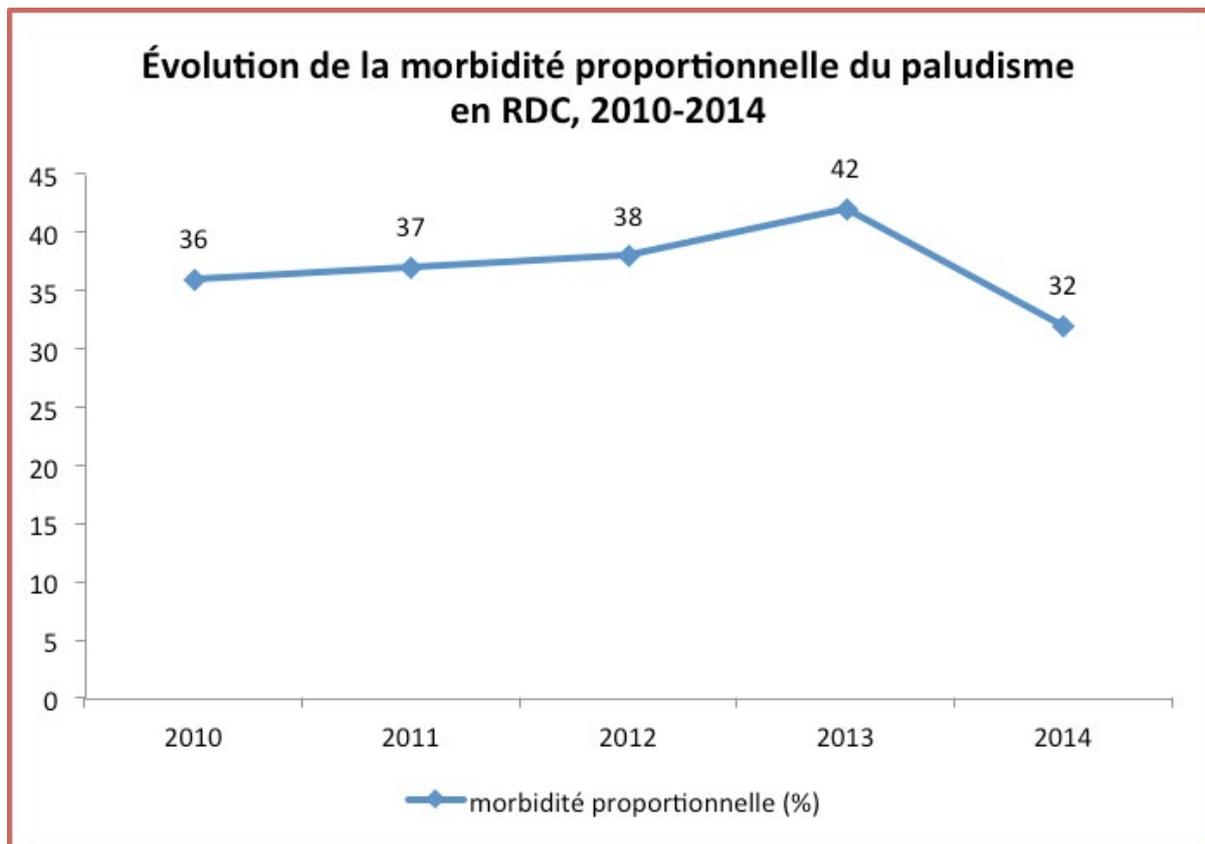


Figure 17 : Évolution de la morbidité proportionnelle du paludisme en RDC, 2010-2014

La morbidité proportionnelle du paludisme a évolué de façon progressive de 2010 à 2013, l'année au cours de laquelle elle a atteint 42 % (flambées épidémiques en 2013 comme expliqué ci-dessus). Une chute significative est observée en 2014 avec le taux le plus bas (32 %).

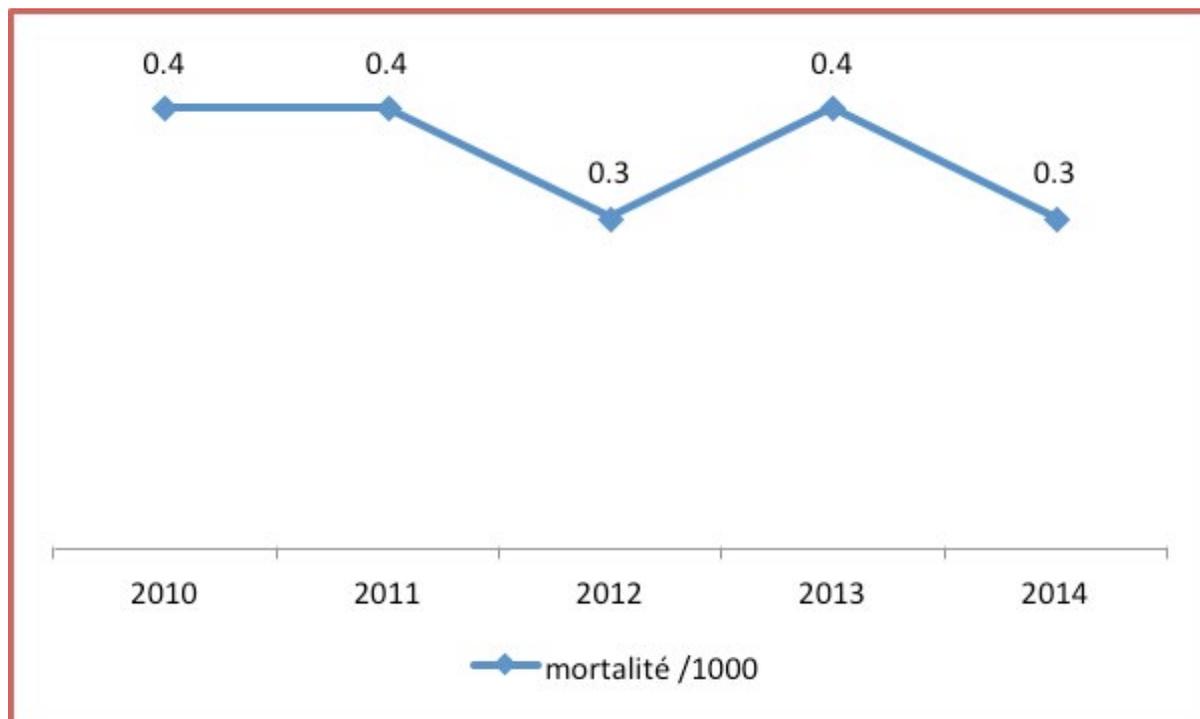


Figure 18 : Évolution de la mortalité liée au paludisme en RDC, 2010-2014

Le taux de mortalité du paludisme est resté presque stationnaire autour de 0,4 ‰. En 2014, on note une chute à 0,3 ‰, observée aussi en 2012.

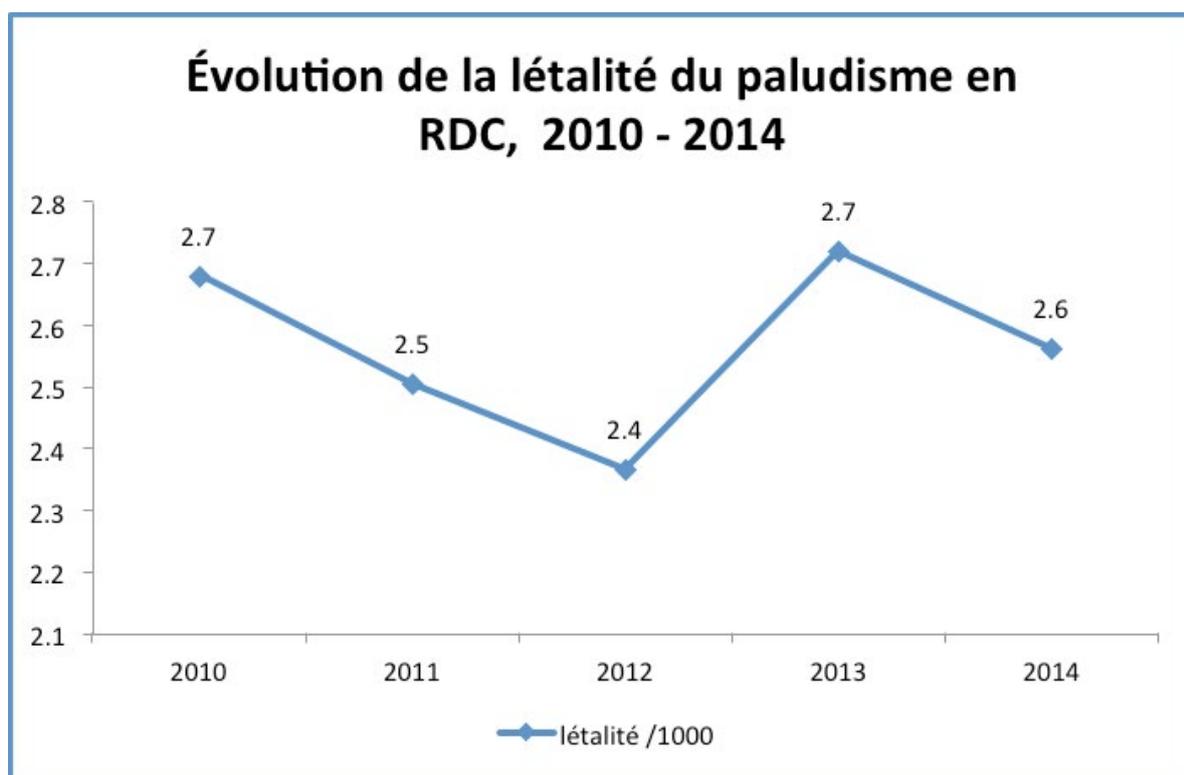


Figure 19 : Évolution du taux de létalité en RDC, 2010-2014

La létalité liée au paludisme a diminué entre 2010 et 2012 et elle est remontée au niveau de 2010 en 2013 (année qui a connu plus de flambées épidémiques). À partir de 2014, le taux de létalité amorce une régression.

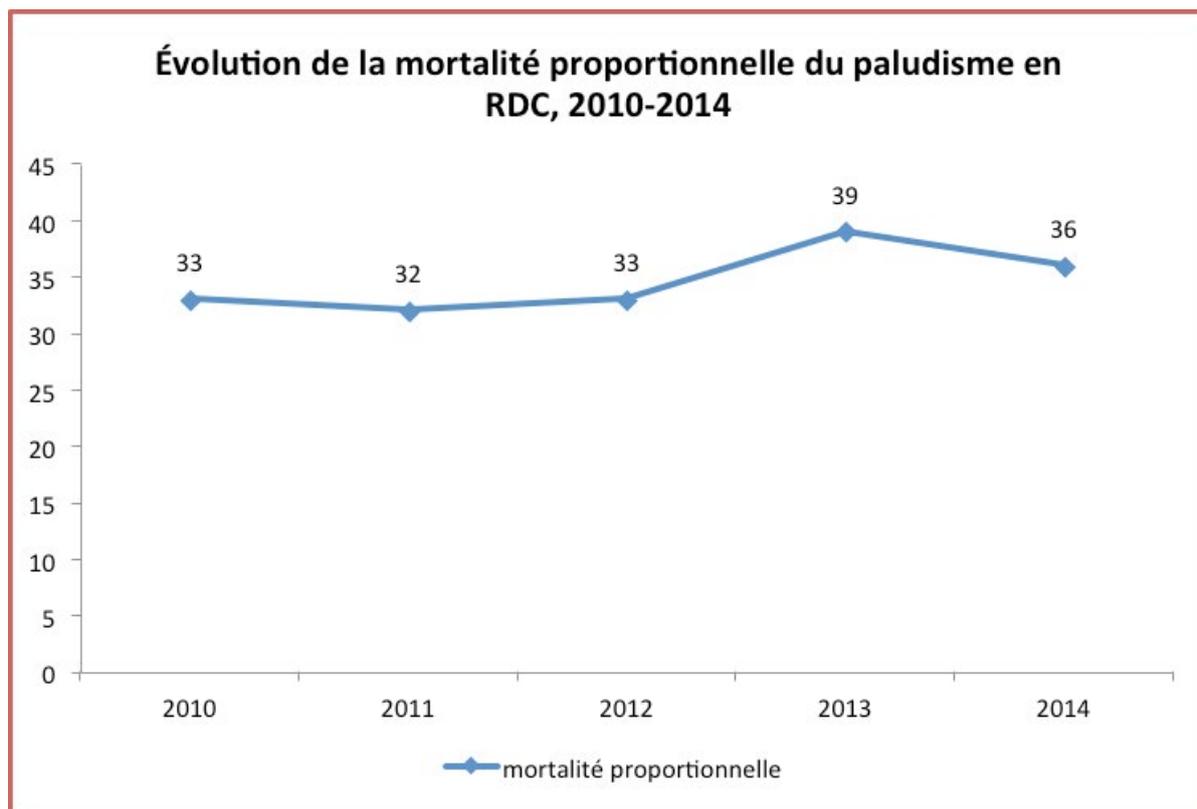


Figure 20 : Évolution de la mortalité proportionnelle du paludisme en RDC, 2010-2014

En 2014, les décès dus au paludisme ont représenté 36 % de l'ensemble des décès toutes causes confondues, contre 39 % en 2013. Il faut noter que cette proportion reste élevée par rapport aux années 2010 à 2012.

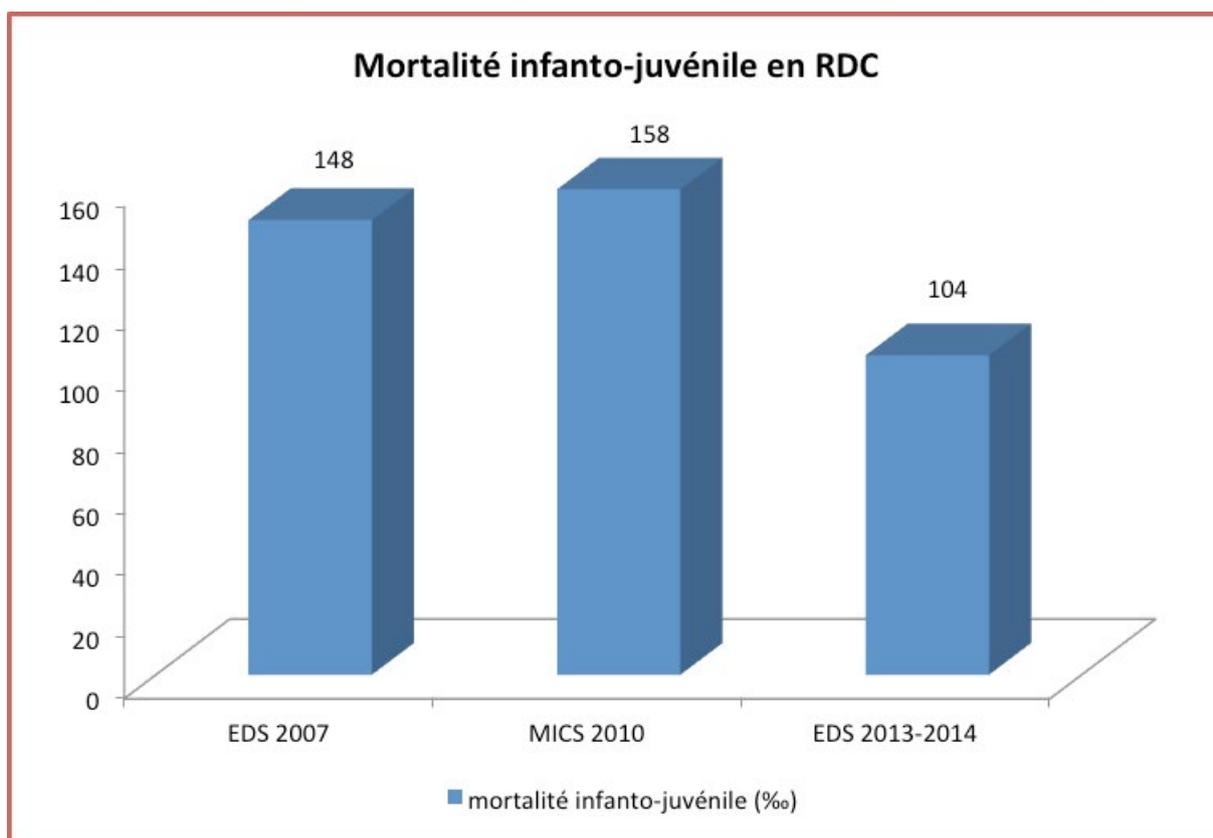


Figure 21 : Taux de mortalité infanto-juvénile en RDC, 2007-2014

La mortalité infanto-juvénile est passée de 148 ‰ en 2007 à 104 ‰, mais il faut noter qu'en 2010 le taux était de 158 ‰ (MICS 2010).

Discussion des résultats

Au vu des résultats présentés dans les figures ci-dessus, on note que par rapport à la morbidité liée au paludisme, il a été enregistré au cours de l'année 2014 moins des cas (13 115 cas pour 100 000 habitants) que les 4 années précédentes, et la proportion des cas de paludisme par rapport à tous les cas toutes causes confondues est la plus faible (32 %), la même année depuis 2010. Cependant, il convient de noter qu'en 2014, la complétude des rapports est moindre qu'en 2013 (82 % vs 89 %). Il y a par conséquent quelques réserves à observer quant à l'amélioration apparente de la morbidité qu'on serait tenté d'imputer entre autres à la bonne application des mesures préventives (essentiellement la possession et l'utilisation de la MILD), lesquelles se sont nettement améliorées conformément aux résultats de l'EDS 2013-2014 (possession à 70 %, utilisation à 60 % chez les femmes enceintes et 56 % chez les enfants de moins de 5 ans).

Par ailleurs, sous les mêmes réserves évoquées ci-dessus, on note une amorce de régression à partir des valeurs de 2013, du taux de mortalité liée au paludisme, de la mortalité proportionnelle et de la létalité dues au paludisme. Par contre, la mortalité infanto-juvénile a connu une diminution sensible de l'ordre de 34 ‰ entre 2007 et 2013-2014 dans la communauté. Une analyse récente des données de l'EDS 2013-2014 par l'UNICEF a montré que les MILD ont contribué à 33 % à la réduction de la mortalité infanto-juvénile.

Les efforts conjugués des mesures préventives et de la prise en charge qui ont été mis à contribution en 2014 et les 4 années précédentes devront être renforcés pour que l'amélioration de la morbi-mortalité constatée en 2014 puisse se poursuivre pour espérer contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population congolaise.

V. ANALYSE FFOM

FORCES

- Existence d'un plan stratégique national aligné au GMAP, au PNDS et requalifié après RPP.
- Meilleure collaboration avec les PTF.
- Organisation des campagnes de distribution des MILD dans les provinces Orientale, Kasai Occidental, Maniema et Bas-congo.
- Atteinte de la cible de 60 % des femmes enceintes qui dorment sous MILD.
- Bonne couverture des ZS en PMA de lutte contre le paludisme (92,8 %).

FAIBLESSES

- Faible activité de communication lors des campagnes de distribution des MILD.
- Faible implication des ECZS et la DPS dans les activités des sites des soins communautaires.
- Rupture de stock des intrants antipaludiques.
- Faible qualité des données.
- Irrégularité dans le suivi et la supervision au niveau périphérique.
- Infrastructures et équipements défectueux.

OPPORTUNITÉS

- Mobilisation de fonds auprès du FM permettant de passer de 219 ZS à 308 ZS appuyées.
- Extension d'appui de PMI à 43 ZS supplémentaires permettant de passer de 138 ZS à 181 ZS appuyées.
- Démarrage du projet « DEFEAT MALARIA » avec le financement de DFID permettant entre autres d'amorcer une prise en charge dans le secteur privé avec des CTA de qualité, de renforcer le PNLP dans ses capacités de générer des données de qualité, et de les utiliser pour la prise de décisions.

RECOMMANDATIONS

- Accélérer le processus de réhabilitation du bâtiment du PNLP
- Doter les services du PNLP en équipements
- Renforcer les capacités des prestataires en SNIS
- Rationaliser la distribution de masse et repenser la distribution continue des MILD
- Promouvoir la CPN recentrée et développer des actions innovantes pour l'amélioration des performances du TPI chez la femme enceinte
- Améliorer la prise en charge dans le secteur privé par des initiatives additionnelles à l'intervention pilote de DFID/ASE

- Améliorer l'accessibilité aux soins par le renforcement des sites de soins communautaires.
- Renforcer le système de gestion des achats et des stocks.
- Renforcer la communication interpersonnelle et inventer d'autres stratégies de communication.
- Renforcer la prise de décisions basée sur les faits prouvés.

VI. CONCLUSION

La collaboration étroite qui a existé entre le Ministère de la Santé publique, les partenaires bailleurs de fonds et les partenaires d'appui opérationnel a permis la mise en œuvre harmonieuse du PMA de lutte contre le paludisme en 2014. Le gouvernement a augmenté le niveau de ses appuis à la lutte antipaludique. Un plaidoyer a été également mené avec succès par le PNLP auprès des bailleurs de fonds en vue de renforcer la mobilisation de ressources au profit du pays, ce qui permettra au pays d'appuyer pour la 1ère fois l'ensemble des 516 ZS du pays en PMA de lutte antipaludique en 2015.

Cependant, il faut reconnaître que le niveau des réalisations des activités est faible par le fait que certains financements promis au cours de l'année 2014 sont arrivés en retard ou ont été décaissés en partie. Il y a donc lieu de mettre en place des mécanismes appropriés en vue de réduire le retard dans le décaissement des fonds, et aussi de respecter les besoins des ZS en intrants antipaludiques et d'éliminer le retard des approvisionnements de ces intrants à l'échelle nationale. Ceci suppose une gestion rationnelle des achats et des stocks à tous les niveaux.

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



President's Malaria Initiative