

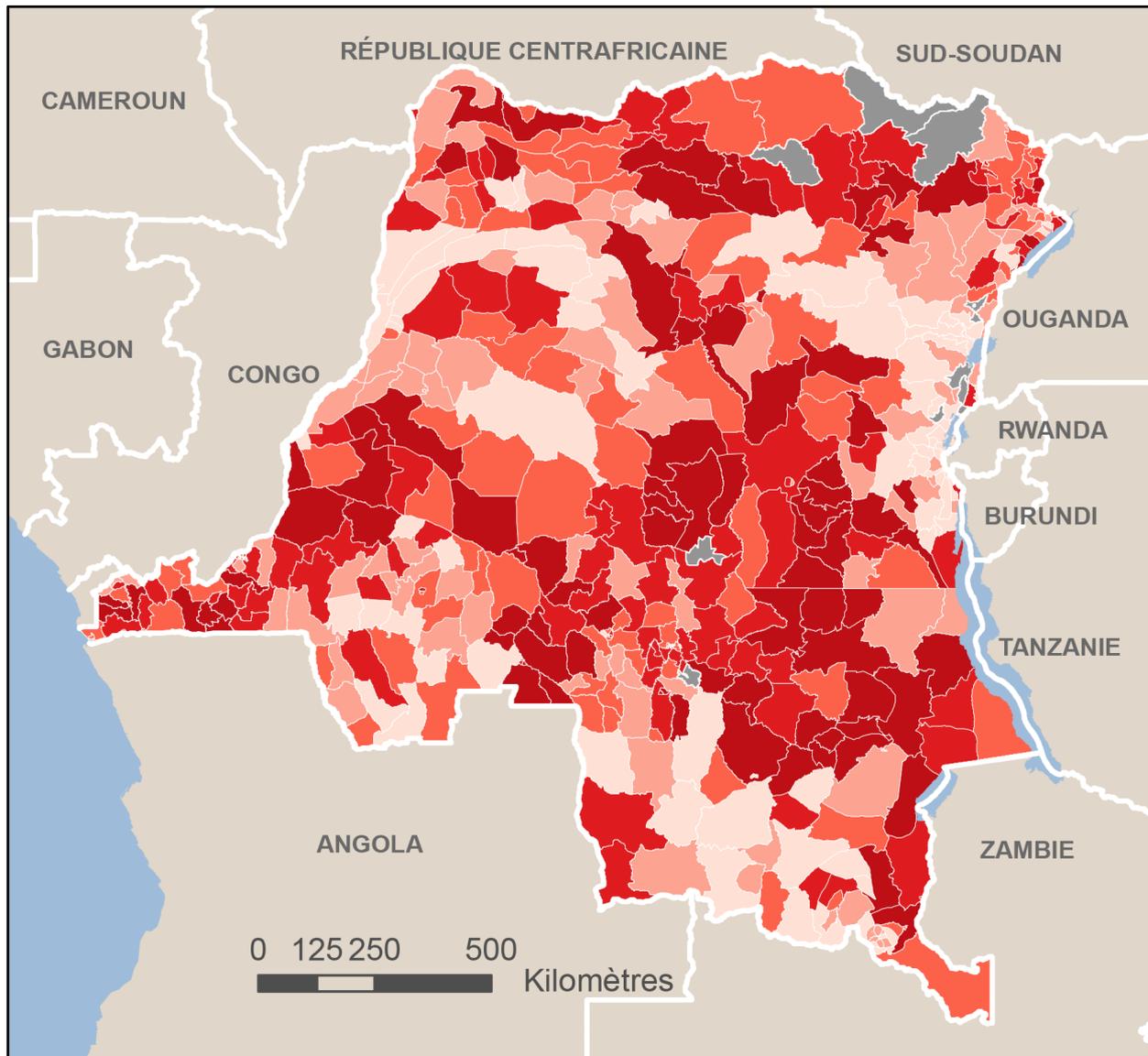


REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



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

Rapport annuel des activités de lutte contre le Paludisme  
2013



Nombre de décès dus au paludisme pour 100 000 personnes par an (<5 ans)





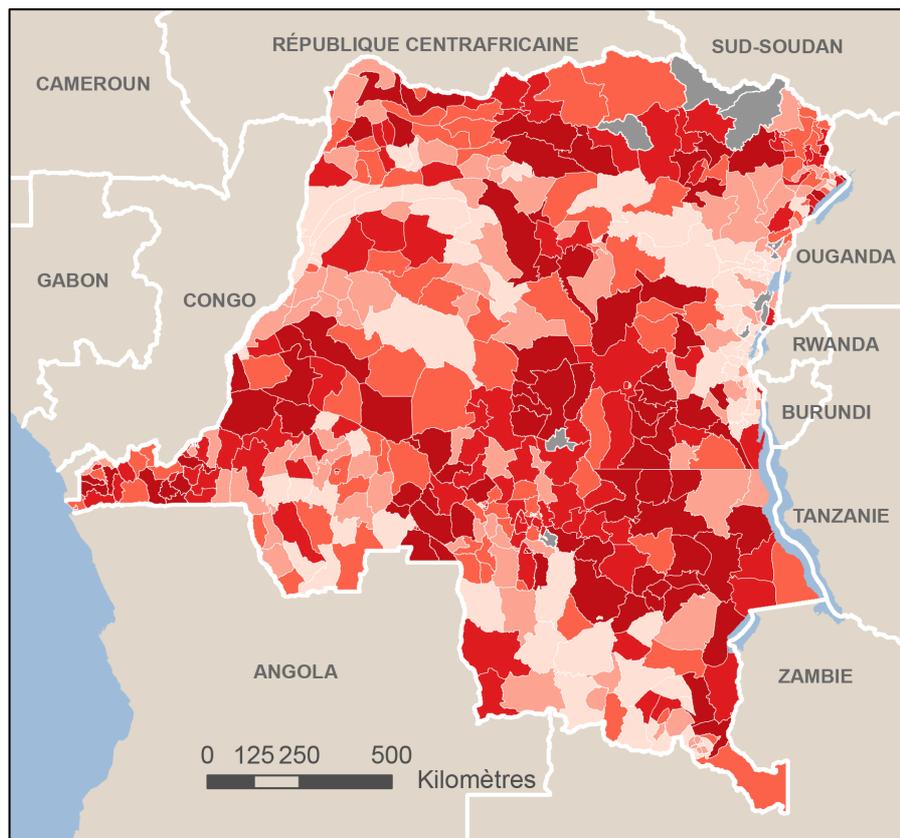
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE



## PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

P.N.L.P.

### Rapport annuel des activités de lutte contre le Paludisme



Mai 2014



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



President's Malaria Initiative



## TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES .....	i
ACRONYMES .....	ii
AVANT-PROPOS .....	iv
RESUME .....	v
I. INTRODUCTION .....	1
II. ELABORATION ET MISE A JOUR DE LA POLITIQUE ET DES DIRECTIVES .....	2
II.1. Planification.....	2
II.2. Mise à jour des directives et outils.....	3
III. FINANCEMENT DE LA LUTTE .....	8
IV. RESULTATS OBTENUS EN 2013.....	12
IV.1. Lutte anti vectorielle .....	12
IV.2. Traitement préventif intermittent de la femme enceinte .....	19
IV.3. Prise en charge des cas .....	20
IV.6. Renforcement des capacités.....	24
V. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE, SUIVI – EVALUATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE ..	25
V.1. Surveillance épidémiologique et riposte aux épidémies .....	25
V.2. Suivi et évaluation.....	26
V.3. Recherche opérationnelle.....	31
VI. IMPACT.....	32
VII. ANALYSE FFOM .....	37
VIII. CONCLUSION .....	38

## ACRONYMES

APALP	Assises Panafricaines de Lutte contre le Paludisme
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	Département Britannique pour le Développement International
DHIS 2.0	District Health Information System
DN	Directeur national
DNA	Directeur national adjoint
DPS	Division Provincial de la Santé
DSNIS	Division du Système National d’Information Sanitaire
ECZS	Equipe cadre de la Zone de Santé
EDS	Enquête démographique et de santé
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	Agence Coréenne de coopération internationale
MICS	Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
MILD	Moustiquaire imprégnée d’insecticide à longue durée d’action
MIM	Multilatéral Initiative on Malaria
MOSO	Mobilisation Sociale
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 Elargi de Vaccination

PID	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PMI	Initiative du Président Américain pour la Malaria
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNIRA	Programme National des Infections Respiratoires Aigües
PNL P	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 Evaluation
SARN	Partenariat Mondial Roll Back Malaria pour l’Afrique Australe
SIAPS	Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services
SNIS	Système d’Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
SURVEPI	Surveillance épidémiologique
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TPI n	Traitement Préventif du Nourrisson
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l’Enfance
USAID	United States Agency for International Development
ZS	Zone de Santé

## AVANT-PROPOS

Au cours de l'année 2013, le PNLP a eu à relever plusieurs défis liés à la lutte antipaludique en termes de mise à jour des directives, de mobilisation des ressources, d'appui et de coordination de la mise en œuvre des interventions, de surveillance et de suivi et évaluation des interventions pour la riposte aux épidémies et à l'alimentation du processus décisionnel dans une optique de politique basée sur les évidences. Les efforts réalisés pour relever ces défis sont le fruit de l'engagement de tous les acteurs à l'atteinte de la couverture universelle des interventions.

Le leadership du Ministère de la Santé et l'implication des différents Ministères du Gouvernement de la République Démocratique du Congo, 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 des progrès importants dans la lutte antipaludique.

La mise en œuvre de ces actions a été rendue possible grâce aux partenaires techniques et financiers de la RDC par leurs contributions multiformes, notamment les apports financiers, l'appui technique par la mise à disposition de conseillers techniques résidents aussi bien auprès du PNLP qu'au sein des représentations des bailleurs et des partenaires de mise en œuvre, et de consultants nationaux et internationaux de qualité pour renforcer l'équipe nationale sur diverses thématiques.

À cet effet, des remerciements particuliers sont adressés à : l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale, le Fonds Mondial, l'USAID-PMI, DFID, KOICA, MEASURE Evaluation, le Partenariat Roll Back Malaria, ainsi que tous les partenaires de la mise en œuvre.

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

**Pr Joris LOSIMBA LIKWELA**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Joris Losimba Likwela', written over a horizontal line.

Directeur du Programme  
National de Lutte contre le Paludisme

## RESUME

La mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme inscrites dans le plan d'action 2013 du PNLP, a été réalisée avec un montant total de 194 381 208 USD représentant 78,0 % des besoins estimés. Les activités de prévention ont été couvertes avec 62,5 % de ces fonds, 25,2 % ont été utilisés pour les activités de la prise en charge et 12,3 % pour les activités d'appui.

Avec l'appui de ses partenaires financiers et techniques, le PNLP a procédé à la mise à jour de certaines directives et procédures, notamment son Plan Stratégique et son Plan de suivi-évaluation.

Les activités ont été mises en œuvre dans toutes les provinces, en collaboration avec les PTF et les équipes cadres, notamment la distribution des MILD en masse et en routine, le traitement préventif intermittent, le diagnostic et la prise en charge des cas ainsi que les différentes activités de soutien.

La couverture des zones de santé couvertes en PMA antipaludique est passée de 271 à 464 au cours des cinq dernières années, soit une couverture estimée à 90 %. Les principaux partenaires d'appui au cours de cette année sont le Fonds Mondial, USAID/PMI, La Banque Mondiale, KOICA, l'Unicef, L'OMS et MEASURE Evaluation.

Ainsi au terme de cette année, les principaux résultats ci-dessous ont été enregistrés :

- 5.859.270 MILD ont été distribués
- 1.382.568 femmes enceintes ont bénéficié de TPI
- 10.223.122 cas de fièvres ont été testés
- 7.112.841 cas de paludisme ont été traités avec les CTA



*Distribution de masse des MILD à Kinshasa (Photo par Olivier Kakesa)*



## I. INTRODUCTION

Avec 207 millions d'épisodes et 627 milles décès rapportés en 2012, le paludisme reste l'une des maladies parasitaires les plus répandues et les plus meurtrières dans le monde, en particulier chez les enfants de moins de cinq ans qui représentent 86 % des décès enregistrés. La plupart des décès estimés (90 %) ont lieu en Afrique subsaharienne et chez les enfants de moins de cinq ans (77 %), entre 2000 et 2012 selon le Rapport Mondial sur le Paludisme 2013. Le même rapport indique que plus de 80 % des décès imputables au paludisme en 2012 ont eu lieu dans seulement 17 pays, et 80 % des cas de paludisme sont comptabilisés dans 18 pays, notamment la République Démocratique du Congo et le Nigeria, représentant à eux deux 40 % du total mondial.

Selon le rapport annuel 2012 produit par le Programme National de Lutte contre le Paludisme, près de 9,4 millions des cas de paludisme et près de 24 mille décès liés à cette pathologie ont été enregistrés au cours de cette année.

Pour faire face à cette situation, la RDC à travers le Programme National de Lutte contre le Paludisme, met en œuvre les stratégies majeures susceptibles de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liée au paludisme. Cette mise en œuvre est rendue possible avec le concours des différents partenaires techniques et financiers, notamment le Fonds Mondial (FM), United States Agency for International Development (USAID/PMI), la Banque Mondiale, le Département Britannique pour le Développement International (DFID), l'Organisation des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Agence Coréenne de coopération internationale (KOICA) et leurs sous bénéficiaires ou partenaires de mise en œuvre.

Le suivi régulier des progrès réalisés, l'identification des défis, et la mise en place des mesures correctrices constituent des préalables en vue d'assurer l'évolution positive de la lutte.

Le présent rapport annuel présente les progrès réalisés en 2013, ainsi que les défis majeurs rencontrés dans la mise en œuvre d'activités de lutte contre le paludisme.

## **II. ELABORATION ET MISE A JOUR DE LA POLITIQUE ET DES DIRECTIVES**

### **II.1. Planification**

#### **II.1.1. Planification stratégique**

La revue des performances du programme paludisme réalisée en Novembre 2012 avait recommandé la requalification du plan stratégique 2009-2013 réaligné au PNDS en PSN 2013-2015. Ce processus a abouti en juin 2013 à l'adoption d'un plan triennal 2013-2015 au cours d'un atelier de large consensus réunissant les différentes parties prenantes de la lutte antipaludique en RDC.

Ce plan a pour objectifs généraux :

- Réduire de 50 % la mortalité spécifique due au paludisme dans les formations sanitaires d'ici fin 2015 à partir des données de 2010.
- Réduire la morbidité liée au paludisme de 25 % d'ici fin 2015 à partir des données de 2010.

Les objectifs spécifiques poursuivis d'ici fin 2015 sont les suivants :

#### **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 % de nourrissons, un 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 dans les formations sanitaires intégrées et 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 100 % de fonds alloués au PNLN dans le budget de la Santé.

### **Plaidoyer, IEC et mobilisation communautaire**

- 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 les autres produits antipaludiques dans au moins 80 % des structures sanitaires intégrées y compris au niveau communautaire.

### **Surveillance épidémiologique, suivi – évaluation et recherche opérationnelle**

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

#### **II.1.2. Planification opérationnelle**

Ce plan stratégique 2013-2015 a permis la mise à jour du plan d'action opérationnel 2013 du PNLP initialement élaboré sur base du plan stratégique 2011-2015. Ce plan opérationnel avait, comme résultats attendus :

- Au moins 60 % des personnes à risque du paludisme qui dorment sous moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action;
- Au moins 60 % des maisons dans les zones de santé d'intervention sont couvertes par pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent;
- Au moins 80 % des femmes enceintes bénéficient d'un traitement préventif intermittent conformément aux directives nationales;
- Au moins 40 % des patients atteints du paludisme bénéficient d'un diagnostic et d'un traitement conformes aux directives nationales à tous les échelons des formations sanitaires y compris la communauté;
- Au moins 60 % des épidémies dues au paludisme sont maîtrisées conformément aux directives nationales;
- 90 % des données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme sont régulièrement transmises;
- 100 % des structures de coordination nationale et provinciales du Programme National de Lutte contre le Paludisme sont renforcées;

Ce plan opérationnel a été ensuite décliné en plans de travail trimestriels et ces derniers en plans de travail hebdomadaires. Cette approche de planification dynamique a permis de capitaliser des opportunités qui se sont présentées au cours de l'année.

#### **II.2. Mise à jour des directives et outils**

Conformément à sa mission qui consiste entre autres à l'élaboration des stratégies susceptibles de garantir aux habitants de la RDC l'accès universel aux interventions les plus efficaces de lutte contre le paludisme, le PNLP a actualisé certaines directives et élaboré des

nouveaux outils au cours de l'année 2013 en fonction des directives internationales et des évidences locales.

### **II.2.1. Prévention**

- Distribution des MILD porte à porte avec fixation ou aide à la fixation dans les ménages (Hang-up).

La promotion de l'utilisation de la MILD est une des trois stratégies majeures de lutte anti vectorielle en RDC. Des efforts ont été déployés dans la mise en œuvre des campagnes de distribution des MILD depuis 2006. Cependant, on note un écart, variable d'une province à l'autre, entre la possession de la MILD et son utilisation effective. Plusieurs pistes de solution ont été envisagées parmi lesquelles, la distribution porte à porte avec fixation ou aide à la fixation dans les ménages.

C'est ainsi que cette stratégie initiée en intervention pilote dans la zone de santé de Musienene dans la province du Nord Kivu en 2012 a fait l'objet d'une mise à échelle dans la province du Maniema avec l'élaboration des directives de micro planification, dénombrement, distribution et communication avec production d'outils de mise en œuvre. L'ensemble du processus était capitalisé par une étude pré et post- interventionnelle réalisée par l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa afin d'en évaluer l'acceptabilité par les bénéficiaires, l'efficacité et l'efficience. Ce processus devrait permettre la validation de cette approche et ses modalités de mise en œuvre afin de contribuer à réduire l'écart entre la possession et l'utilisation des MILDs.

- Traitement préventif intermittent de la femme enceinte

La RDC a adopté depuis 2002, la politique de prévention du paludisme chez la femme enceinte 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 trois 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.

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 afin de bénéficier de quatre doses de TPI et d'autres interventions de CPNr.

- Traitement préventif intermittent du nourrisson

Ces deux dernières années, pendant que la couverture en MILD s'accroît, nous avons assisté à des recrudescences de cas de fièvre présumés palustres dans les districts sanitaires qui n'en avaient point connu avec une telle ampleur les années précédentes. Cette situation a résulté en un accroissement de la mortalité palustre, en particulier chez les enfants de moins de cinq ans. Cette situation risque de compromettre l'atteinte des objectifs poursuivis par le programme, en particulier en raison de la faible utilisation des services curatifs d'une part et de l'émergence de la résistance du vecteur aux pyrethriinoïdes d'autre part.

C'est dans ce cadre que le PNLP se propose de mettre en œuvre le traitement préventif intermittent du nourrisson en vue de contribuer à la réduction de mortalité palustre. En effet TPIIn-SP administré par le biais du PEV confère une protection générale au cours de la première année de vie contre le paludisme clinique [30,3 % (IC95 % : 19,8–39,4 %)], contre l'anémie [21,3 % (IC95 % : 8,3–32,5 %)], contre les admissions hospitalières associées à une parasitémie paludique [38,1 % (IC95 % : 12,5–56,2 %)] et contre les admissions hospitalières toutes causes confondues [22,9 % (IC95 % : 10,0–34,0 %)] .

La mise en œuvre effective de cette stratégie est liée aux résultats de l'évaluation de la fréquence de la mutation 540 du gène *pf dhps* dans les sites sentinelles de Kimpese et de Kingasani à travers le projet de surveillance de la résistance aux antipaludiques financé par l'initiative 5 % porté par L'Université Aix Marseille, le CH de Monkole, l'INRB et le PNLP.

Des études de faisabilité seront menées au cours de l'année 2014 en collaboration avec le PEV, qui seront suivies d'une phase pilote en fonction du profil de résistance du parasite à la SP.

## II.2.2. Prise en charges des cas

- Directives sur la prise en charge des cas



Figure 1. Directives de l'OMS et de la RDC pour la prise en charge des cas.

Après la mise à jour des directives de prise en charge en 2012 qui a porté sur l'introduction de l'artéméter luméfantrine en 1<sup>ère</sup> ligne aussi bien dans le secteur public que privé, l'artésunate en suppositoire pour le traitement pré-référence au niveau des structures de 1<sup>er</sup> échelon et au niveau communautaire, ainsi que l'intégration de l'artésunate injectable

pour le traitement des cas de paludisme grave au niveau des structures de référence, en 2013 :

- les ordinogrammes de soins au niveau du centre de santé ont été mis à jour au niveau de la 5<sup>e</sup> Direction avec la collaboration du PNLP et l'appui financier de la Banque Mondiale/PARSS ;
- Le pool de formateurs centraux a été remis à niveau avec l'appui financier de la Banque Mondiale/PARSS ;
- Prise en charge au niveau communautaire

Les directives de prise en charge des cas au niveau communautaire de manière intégrée avec la prise en charge de la diarrhée et de la pneumonie ont fait l'objet d'une mise à jour en collaboration avec le PNMLD et le PNIRA. Il s'en est suivi une mise à jour des outils de gestion des SSC de collecte et de transmission des données.

### **II.2.3. Surveillance épidémiologique, suivi et évaluation**

- ***Cadre normatif du SNIS***

Sous le leadership de DSNIS, une série de consultations des directions et programmes clés ainsi que des principaux bailleurs et PTF conduites ont abouti à un consensus sur les principaux indicateurs à collecter à tous les niveaux aussi bien en routine qu'au travers les enquêtes. C'est ainsi que les principaux indicateurs de routine de la lutte antipaludique ont été intégrés dans le DHIS 2.0 et les outils de collecte et de transmission des données ont été élaborés et adoptés. Le paramétrage de DHIS 2.0 sur base des outils ainsi harmonisés a été opéré et un pool des formateurs centraux constitué.

- ***Surveillance sentinelle***

Au cours de l'atelier de formation en suivi et évaluation organisé en collaboration avec MEASURE Evaluation avec l'appui financier de l'USAID-PMI, les données issues de la surveillance sentinelle ont été analysées. Il s'en est dégagé un besoin de mise à jour du guide technique de surveillance sentinelle et des outils de gestion de sites sentinelles, ainsi que la nécessité d'un état des lieux sur les sites existant et l'implantation de nouveaux sites sentinelles.

- ***Suivi programmatique***

Dans le cadre du suivi programmatique, un nouveau logiciel de suivi a été introduit, le « TOM Monitoring ». Deux data managers du PNLP central ont été formés et le logiciel introduit. Cependant, la clé d'activation du logiciel n'a pas été rendue disponible afin de permettre son utilisation effective.

- ***Suivi des intrants***

Dans le souci d'améliorer la gestion des intrants, avec l'appui de l'USAID-PMI, le logiciel MANGO a été implémenté au niveau des zones de santé d'intervention de PMI. Ce système a été formaté pour générer hebdomadairement des données sur la disponibilité des intrants ainsi que des données de morbidité et de mortalité. Vu le potentiel d'amélioration de la

disponibilité des données en temps réel, le PNLN se propose d'étendre cet outil à toutes les zones de santé. C'est dans ce cadre qu'un atelier a été organisé en collaboration avec Benelux Afro Center avec l'appui financier de RBM-Genève afin d'en évaluer la faisabilité de son extension à travers SMS for life. A l'issue de cet atelier, un projet pilote a été conçu et nécessite à ce jour un financement pour sa mise en œuvre.

#### **II.2.4. Gestion des achats et des stocks**

- ***Hypothèses de quantification des intrants de lutte antipaludique***

Un atelier a été organisé en collaboration avec SIAPS avec l'appui de l'USAID-PMI et a permis la formation d'une équipe des formateurs centraux, la mise à jour des hypothèses de quantification des intrants antipaludiques dans le but de renforcer les capacités des acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

- ***Gestion des informations logistiques***

En outre, le système de gestion de l'information logistique a fait l'objet d'un atelier avec l'appui financier du Fonds Mondial à travers la CAG. Cet atelier a abouti à la préparation de la mise en œuvre du système ayant plusieurs étapes dont l'état des lieux, la détermination de la nature des données, le développement des outils de gestion des intrants et le système d'information logistique.

#### **II.2.5. Gestion de programme**

Dans le souci d'améliorer la qualité de la gestion du programme par la mise à contribution de nouvelles technologies de l'information, le logiciel TOMPRO a été introduit en 2013. Il s'agit d'un logiciel de gestion comptable et d'immobiliers. Sept cadres du PNLN central ont été formés à l'utilisation de ce logiciel. Cependant, à ce jour sa fonctionnalité nécessite une assistance technique.

#### **II.2.6. Communication**

Un plan stratégique national de communication a été élaboré en 2013 avec la participation de différents partenaires impliqués dans la lutte antipaludique avec l'appui financier de l'USAID/PMI à travers C-Change. Ce plan a été intégré dans le plan de mise en œuvre du PSN 2013-2015.

Par ailleurs, des supports de communication pour la promotion de pratiques favorables à la lutte antipaludique ont été conçus et validés, notamment dans le cadre de l'intervention « Ecolier contre le paludisme ».

Afin de booster la promotion de la lutte par des interventions innovantes, une campagne de communication « TUENDENI KUMPALA » a été initiée en 2013 avec une étude pré-post-intervention dont les résultats ont été rendus disponibles en 2013 par l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa.

### III. FINANCEMENT DE LA LUTTE

Pour la mise en œuvre des interventions de lutte antipaludique en RDC en 2013, il a été estimé des besoins se chiffrant à 249.530.031,2 USD. Le gouvernement de la RDC, avec l'appui des différents PTF, a mobilisé 194.381.208 USD en 2013 représentant 78 % des ressources attendues.

Les tableaux ci-dessous présentent la répartition de ces ressources par domaines d'intervention et par PTF.

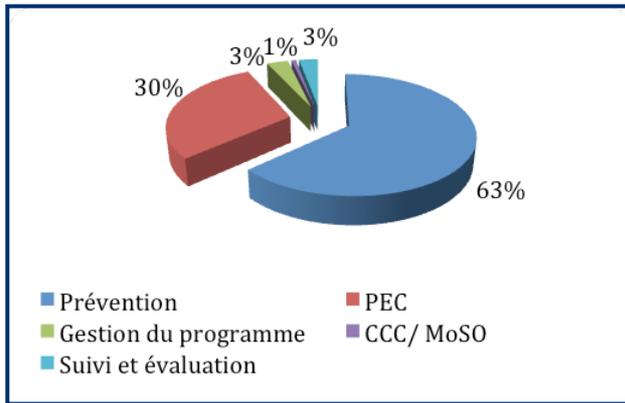
**Tableau 1 : Répartition du financement par domaine d'intervention**

N°	Domaine	Objectifs	Prévisions PSN pour 2013	Montants décaissés	Taux de réalisation
1	Prévention : MIILD	Amener au moins 80 % des personnes à risque de paludisme à dormir sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action	\$81.257.189,6	\$ 116.666.505	144 %
2	Prévention : PID	Pulvériser au moins 80 % des maisons dans les aires d'intervention avec des insecticides à effet rémanent	\$4.114.219,0	ND	NA
3	Prévention : TPI f. enceinte	Administrer à au moins 80 % des femmes enceintes le traitement préventif intermittent conformément aux directives nationales	\$3.305.520,0	\$ 3.200.265	97 %
4	Prévention : TPI nourrisson	Administrer à au moins 80 % des nourrissons un traitement préventif intermittent dans les zones d'intervention	\$50.000,0	NA	NA
5	PEC : Diagnostic	Confirmer au moins 80 % des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires intégrées et dans la communauté par la GE ou TDR	\$40.360.029,0	\$ 11.507.688	28 %
6	PEC : Traitement	Traiter tous les cas de paludisme confirmé conformément aux directives nationales à tous les échelons de la pyramide sanitaire, y compris dans la communauté	\$99.297.924,6	\$ 32.683.647	33 %
7	Surveillance/ Ges. épidémies	Maitriser au moins 80 % des épidémies dues au paludisme conformément aux directives nationales	\$3.009.146,0	\$ 138.949	5 %
8	Gestion du programme	Décaisser au moins 100 % des fonds alloués au PNLP dans le budget de la Santé	\$3.039.205,0	\$ 9.881.787	325 %
9	CCC/ MoSO	Amener au moins 80 % de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme	\$4.405.198,0	\$ 1.106.000	25 %
10	GAS	Rendre disponible de façon permanente les médicaments et autres produits antipaludiques dans au moins 80 % des structures sanitaires intégrées	\$369.258,0	\$ 7.279.633	1971 %
11	Suivi et évaluation	Amener au moins 95 % des zones de santé à transmettre régulièrement les données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme (complétude)	\$4.208.858,0	\$ 11.341.628	269 %
12	Recherche op.	Réaliser au moins 80 % des recherches opérationnelles planifiés	\$6.113.484,0	\$ 575.106	9 %
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>\$249.530.031,2</b>	<b>\$194.381.208</b>	<b>78 %</b>

**Tableau 2 : Répartition du financement par source.**

<b>Domaine</b>	<b>Montants décaissés</b>	<b>%</b>
<b>FM</b>	109 804 654	56 %
<b>PMI</b>	37 001 000	19 %
<b>DFID</b>	35 020 370	18 %
<b>Banque Mondiale</b>	2 952 042	2 %
<b>Unicef</b>	1 790 452	1 %
<b>Gouvernement</b>	7 812 690	4 %
<b>KOICA</b>	ND	NA
<b>Total montant décaissés en 2013</b>	194 381 208	100 %

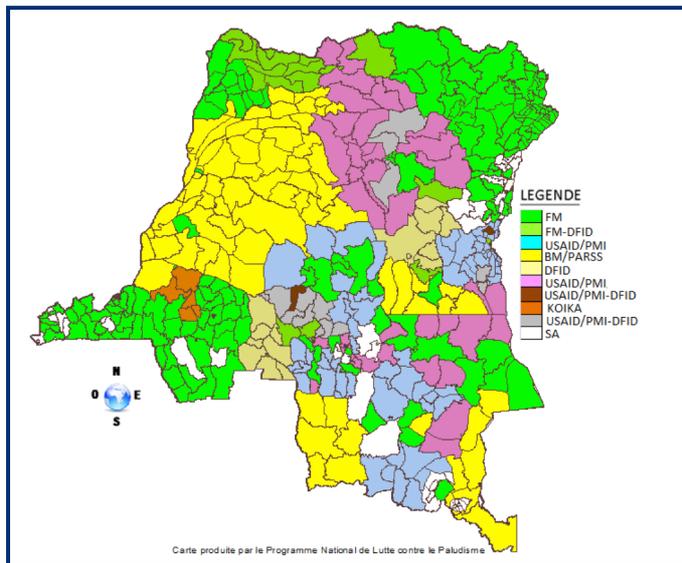
Avec un déficit de financement de 22 % des besoins estimés, ce qui pourrait expliquer certaines difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des activités de lutte antipaludique. Les ressources ont été réparties comme suit : 63 % affectés à la prévention, 30 % à la PEC et 7 % aux activités d'appui (GAS inclus à la prévention et à la PEC) (cfr figure 2).



**Figure 2. Répartition des fonds décaissés en 2013 par domaine de prestation de services.**

Il paraît que, au-delà de la carence financière globale observée en 2013, les activités de soutien ne sont pas assez financées (Gestion de programme, communication, suivi et évaluation). Il en résulte une faible capacité de coordination, une insuffisance de promotion pour l'utilisation effective des services et une appropriation par les communautés, ainsi qu'une faible capacité de production et d'utilisation des données de qualité.

En outre, il y a lieu de relever la répartition inéquitable des appuis aux zones de santé tel que le montre la figure ci-après.

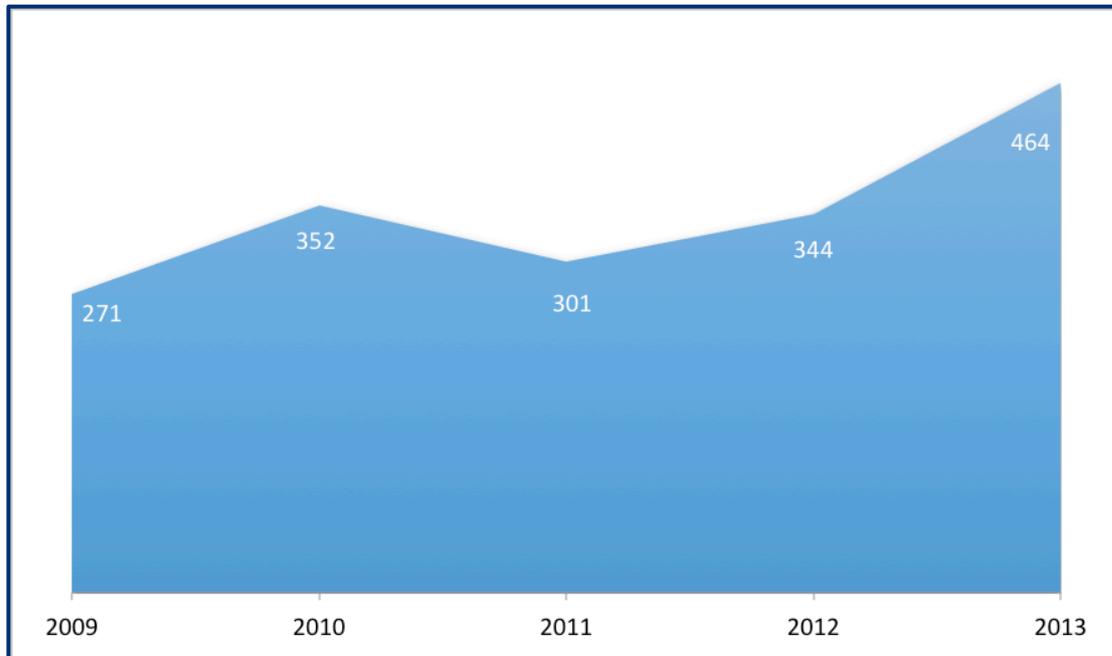


**Figure 3. Cartographie des partenaires d'appui au PMA de lutte antipaludique en 2013.**

Ces 5 dernières années, le nombre de zone de santé bénéficiant d'un appui pour la mise en œuvre du paquet minimum de lutte antipaludique est passé de 271 à 464 (figure 3), soit une augmentation de 71 %. Cet accroissement est lié essentiellement aux appuis additionnels du Fonds Mondial (Round 10), de l'USAID-PMI et de DFID.

Le plaidoyer mené actuellement par le PNLP auprès des PTF pourrait réduire sensiblement ce gap. En effet, avec l'appui financier de l'USAID-PMI et du FM, le PNLP se propose d'étendre les ZS d'intervention en 2014. Il faudrait en outre noter le comblement de GAP en MILD de routine dans 42 ZS de l'Equateur par DFID.

Néanmoins, 52 zones santé restent à ce jour sans appui dont 5 à Kinshasa, 11 au Bas-Congo, 2 au Bandundu, 3 au Kasai Oriental, 2 au Kasai Occidental, 10 au Nord Kivu et 19 au Katanga. En outre 84 zones de santé appuyées par la Banque Mondiale disposent d'un appui partiel incluant la prise en charge des cas et le TPI chez la femme enceinte la composante distribution de routine de MILD faisant défaut.



**Figure 4. Nombre de zones de santé appuyées en PMA de lutte antipaludique de 2007 à 2013**

## IV. RESULTATS OBTENUS EN 2013

Les résultats obtenus en 2013 sont présentés par domaine d'intervention stratégique de base, essentiellement en rapport avec la prévention et la prise en charge des cas, tout en rappelant les résultats attendus avant de présenter les principales activités développées et les résultats obtenus. Ensuite, sont présentés les résultats en rapport avec les stratégies de soutien, qui sont plutôt transversales et viennent en appui aux stratégies de base de la lutte, à savoir : la gestion des achats et des stocks (GAS), le suivi-évaluation, la communication et le renforcement des capacités.

### IV.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.**

**Résultats attendus :** au moins 60 % des personnes à risque de paludisme dorment sous moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action.

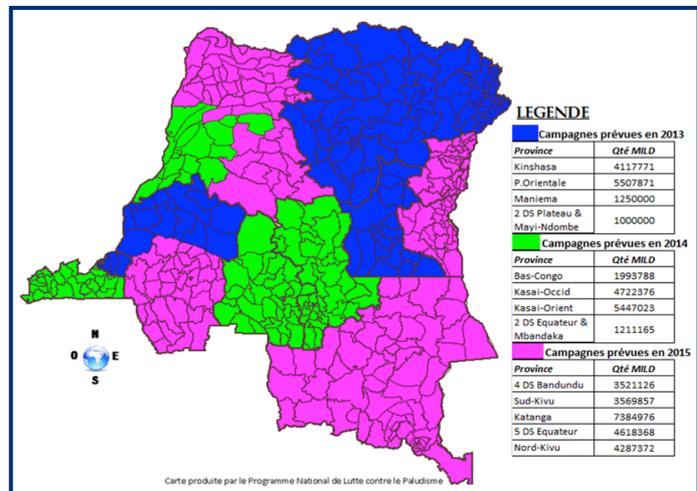
Les différentes approches utilisées pour la distribution de la MILD en 2013 étaient :

- **La distribution de routine :** la distribution de MILD en routine a été réalisée à travers la CPN pour les femmes enceintes et la CPS pour les enfants de moins d'un an complétant leur calendrier vaccinal. Cette approche vise à maintenir la couverture globale post campagne et le taux d'utilisation des MILD dans les populations les plus vulnérables que sont les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

#### **Principales activités développées :**

- *Approvisionnement des ZS en MILDS :* 2.454.437 MILDS ont été déployées au niveau de 357 ZS pour la distribution en routine et cela a été réalisé essentiellement grâce aux subventions du FM (2.293.351 MILD déployées dans 219 ZS) et USAID-PMI (161.086 MILD déployées dans 138 ZS).
- *Distribution :* la distribution a été réalisée principalement au niveau des centres de santé lors des CPS et CPN. Ainsi 1.842.874 MILDS ont été distribuées dans les 219 ZS appuyées par le FM, soit 75,3 % de couverture, 147.309 MILDS dans les 138 ZS PMI, soit 8,6 % de couverture. Les écarts observés entre les MILD déployés (source : PTF) et les MILD distribués (Source : ECZS) nécessite des investigations portant sur la qualité du rapportage et la chaîne de distribution depuis les organisations chargées des acquisitions jusqu'aux prestataires de services au niveau opérationnel.

- Communication : cette distribution de routine est soutenue par des activités de sensibilisation réalisées par les relais communautaires essentiellement à travers des causeries éducatives et la communication interindividuelle au cours des visites à domicile.
- **La distribution de masse à travers les campagnes :** cette stratégie est utilisée afin d'accroître rapidement la couverture en MILD. En 2013, la RDC a démarré le 2e cycle de distribution de MILD après le 1<sup>er</sup> qui s'est étalé de 2008 à 2012. Afin de prendre en compte la recommandation de la RPP visant à ramener les cycles de



**Figure 5. Campagnes de distribution de masse des MILD prévues de 2013 à 2015.**

distribution à deux ans et des contraintes de mobilisation des ressources, la 1<sup>ère</sup> année du cycle actuel est prévue de juillet 2013 à juin 2014. Les provinces concernées sont la ville de Kinshasa, la province Orientale, le Maniema, le Bas Congo, le Kasai Occidental, Kasai Oriental, deux districts sanitaires du Bandundu (Plateau et Mai-ndombe), et deux districts sanitaires de l'Equateur (Mbandaka et Equateur). Le renouvellement des MILD dans une province devra se faire tous les trois ans.

Les activités développées pour la réalisation de ces campagnes ont été menées en plusieurs étapes :

- Macroplanification : il s'est agi de l'élaboration du macroplan au niveau provincial avec l'appui du niveau central au cours d'un atelier réunissant les cadres de la DPS et les PTF présents en province. Les résultats obtenus de ces ateliers étaient des macroplans incluant : une description de la zone d'intervention (province), un cadre logique du projet, les modalités de mise en œuvre dans les zones de santé, la description des mécanismes de coordination, une analyse des risques et propositions des actions à mener, une contextualisation des normes et directives d'estimation des besoins, l'identification des besoins en assistance technique, une estimation des besoins avec un cadre macrologistique basé sur les populations PEV harmonisées (Atelier MINISANTE de Goma), un chronogramme et un budget estimatif.
- Acquisition des intrants : commande et déploiement des MILDs, production des outils de gestion et supports de communication.

- Dénombrement : cette étape consiste en une formation en cascades des acteurs de niveau central jusqu'aux ECZS, et aux acteurs de terrain (agents de dénombrement) suivi des opérations de dénombrement et remise de jeton aux ménages identifiés, puis des ateliers de validation des données de dénombrement. Cette étape permet de consolider les évaluations des besoins afin de déterminer les besoins réels en MILD et des cibles à atteindre. A ce niveau, les gaps éventuels identifiés font l'objet des réajustements.
- Microplanification : il s'agissait ici de l'élaboration des microplans pour chaque zone de santé afin d'estimer les coûts de la mise en œuvre des opérations de distribution des MILD depuis les sites de distribution vers les ménages y compris le coût de stockage et du déploiement vers les sites de distribution. Ces microplans étaient ensuite consolidés au moyen d'un outil centralisateur afin de dégager les coûts sur l'ensemble de la province.
- La distribution proprement dit des MILDs aux ménages : pour l'approche de distribution en sites fixes, au niveau des sites de distribution, les MILDs étaient remises aux ménages dénombrés contre remise de jeton. Tandis que dans l'approche porte à porte, les agents de distribution passaient de ménage à ménage pour installer les MILD et sensibiliser les ménages à l'utilisation de ces MILD.
- L'évaluation : Au cours d'un atelier, les données de distribution produites par les comités locaux de coordination de la campagne sont analysées et validées.
- La communication : Avant, pendant et après toutes les étapes allant du dénombrement jusqu'à la distribution, la population est sensibilisée au moyen de messages radiotélévisés, la presse écrite, des affiches, des dépliants, des causeries éducatives sur des lieux publics (écoles, églises, marchés...) et de la communication interpersonnelle à travers les relais communautaires.

## Distribution en Sites Fixes a Kindu



Distribution des MILD en sites fixes: engouement vers les sites de distribution (en haut) où des équipes formées assurent une distribution (Photo par Joris Likwela).

Distribution des MILD en sites fixes: retour d'un site de distribution vers la maison, heureuse de ramener les MILD pour sa famille. (Photo par Joris Likwela)

Distribution des MILD en sites fixes: MILD étalée à l'ombre avant la fixation sur les lits. (Photo par Joris Likwela)

## Distribution Porte a Porte a Alungili



Distribution mobile avec Hang-up: arrivée de l'équipe auprès du ménage. (Photo par Joris Likwela)



Distribution mobile avec Hang-up: fixation par l'équipe de la MILD sur le lieu de couchage. (Photo par Joris Likwela)

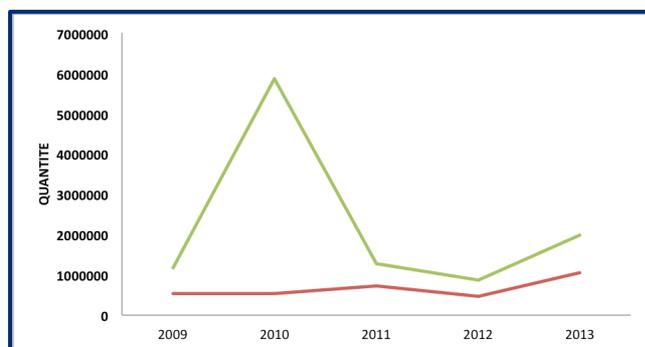


Distribution fixe à Kinshasa (Photo par Olivier Palata)

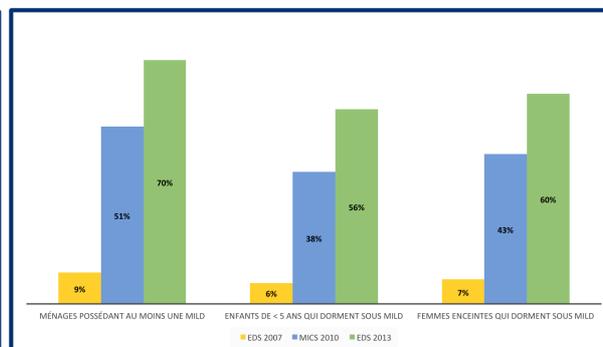


Lancement officiel de la campagne à Kinshasa (Photo par Olivier Palata)

Les figures 6 et 7 présentent les données de distribution des MILD issues respectivement du rapportage de routine et des enquêtes nationales.



**Figure 6. Evolution du nombre de MILD distribuées en RDC de 2009 à 2013**



**Figure 7. Evolution de la possession et de l'utilisation des MILD de 2001 à 2013.**

En général, on a noté une évolution croissante du nombre des MILD reçues et distribuées en RDC. Le décrochage de 2010 s'explique d'une part par le fait que les MILDS des campagnes de masse distribuées à cheval entre 2009 et 2010 ont été comptabilisées en 2009 et d'autre part, le retard de décaissement du financement Fonds Mondial qui a affecté l'approvisionnement en MILD de routine. En 2013, il était initialement prévu la distribution dans les provinces de Kinshasa, Maniema et Orientale. Suite aux contraintes budgétaires et opérationnelles, la distribution de la province orientale a été renvoyée à l'année 2014 et celle du Maniema n'a concerné que deux Zones de Santé sur les 18 que compte la province, les 16 autres étant renvoyées au 1<sup>er</sup> trimestre de 2014. Ceci explique le 2<sup>e</sup> décrochage observé en 2013 et risque de compromettre la mise en œuvre de la recommandation de la RPP liée à un resserrement du calendrier de distribution pour couvrir le pays en 2 ans plutôt qu'en 5 comme cela a été observé pour le 1<sup>er</sup> cycle de distribution.

Au total, en 2013, 5 859 270 MILD ont été distribuées à travers le pays sur 10 551 368 prévues pour atteindre les performances programmatiques, soit un niveau de performance estimé à 55,5 %.

**Tableau 3. Nombre de MILD distribué par province et par stratégie de distribution**

	BC	BDD	EQ	K Occ	K Or	KAT	KIN	MN	NK	Or	SK	Total
<b>CPS</b>	56573	136016	97847	81230	96905	45694	101214	9423	86719	225308	8939	945868
<b>CPN</b>	58585	119560	115303	100411	118336	75053	86420	11581	106852	210146	43662	1045939
<b>Campagne</b>							3708097	159336				3867463
<b>Total</b>	115158	255576	213150	181641	215271	120747	187634	180340	193571	435454	52601	5859270

- La routine (CPN et CPS) : 1 991 777 MILD, dont 1.045.939 par la CPN et 945.868 par la CPS.

- Les campagnes de distribution de masse : 5 955 948 MILD dont 3 804 835 MILD pour Kinshasa, 159.366 MILD le Maniema (2 ZS : Kindu et Alunguli).

De façon cumulée, on estime à 31.179 133 le nombre de MILD en usage en 2013, c'est-à-dire celles distribuées en 2011, 2012 et 2013 au regard de la durée de vie d'une MILD estimée à trois ans selon les normes de l'OMS et tenant compte du taux d'usure de 8 % la première année et de 20 % la deuxième année suivant la distribution. Les directives de l'OMS visant l'accès universel aux interventions de lutte contre le paludisme recommandent 1 MILD pour 1,8 personnes. Considérant les totaux cumulés des MILD et la population totale du pays de l'année ayant fait l'objet du rapport, on estime que 72 % de la population ayant l'accès aux MILD en fin 2013.

Il faut cependant noter que les données relatives aux MILD reçues par les ZS et distribuées aux cibles font ressortir des écarts qui pourraient s'expliquer, soit par la faible qualité des données, soit par des insuffisances dans la coordination et le suivi de mise en œuvre. D'où l'importance de renforcer les activités visant l'amélioration de la qualité des données et des mécanismes de coordination et de suivi en rapport avec le GAS en 2014.

## **Intervention 2 : Promotion de l'assainissement**

La promotion de l'assainissement fait partie des messages clé 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 présente cette approche de la lutte antipaludique, partie intégrante des approches de prévention du paludisme en RDC.

Dans le cadre de la collaboration intra-sectorielle, le Programme national "Village et Ecole 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<sup>e</sup> direction), le Programme « Village assaini » est Mis en œuvre sur toute l'étendue de la RDC 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 minimaux 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 lavent 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 désherpent et nettoient 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 le souci de synergie, le ministère de l'EPSP a mis en place le Programme « Ecole 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 ».

L'objectif poursuivi est d'atteindre 15.200 villages et 2.600 écoles d'ici fin 2015 pour l'amélioration des conditions de vie de 11 millions de Congolais à travers le pays.

### **Intervention 3 : Pulvérisation Intra domiciliaire**

**Résultats attendus :** au moins 60 % des maisons dans les zones de santé d'intervention sont couvertes par la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent.

La pulvérisation intra domiciliaire s'applique actuellement dans la province du Katanga dans la zone de santé de Fungurume avec l'appui de Tenke Fungurume Mining. Au cours de l'année 2013, NAMOYA Mining a initié cette activité dans la zone de santé de Saramabila.

En 2013 deux sessions de PID ont été conduites et 209.951 pièces pulvérisées sur un total de 231.219 visitées. Ceci donne une couverture de 90 %. Au total 20,641 pièces ont été fermées et les occupants de 627 pièces ont refusé que leurs résidences soient pulvérisées.

Les activités de pulvérisation sont évaluées sur base des pièces pulvérisées et non sur les maisons compte tenu de la diversité des superficies et du nombre de pièces de ce qui est appelée « maison ». Le tableau ci-dessous donne un résumé utile :

**Tableau 4. Résultats des activités de PID par Tenke Fungurume Mining**

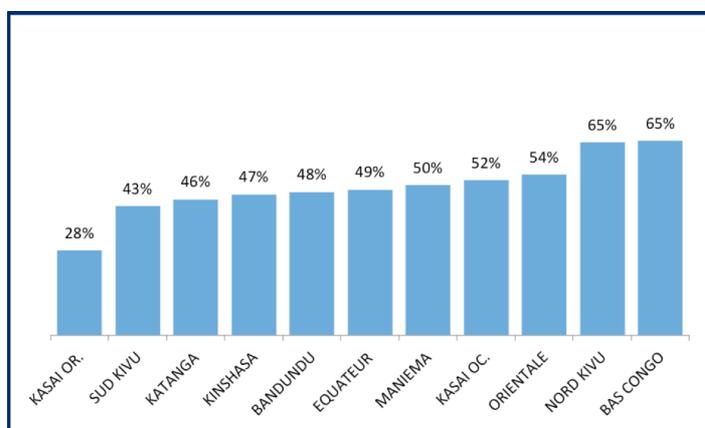
Durée	Nb. A.S couv ertes	Nb. maisons visitées	Nb. pièces pulvérisés	Nb. Pièces fermées	Nb. Pièces dont les propriétaires ont refusé la PID	Total pièces visitées	Nb. Sachets d'insecticides utilisés	Poids d'insecticides utilisés
19 Fév. - 16 Mai 2013	11	34.757	109.340	6.581	452	116.373	28.981	3.622,65kg
17 Oct. - 28 Déc. 2013	11	34.898	100.611	14.060	175	114.846	25.988	3.248,52kg
<b>Total (2013)</b>	11	69.655	209.951	20,641	627	231.219	54.969	6.871,17kg

#### IV.2. Traitement préventif intermittent de la femme enceinte

**Résultats attendus :** Au moins 80 % des femmes enceintes bénéficient d'un traitement préventif intermittent conformément aux directives nationales.

A ce jour, le Traitement Préventif Intermittent (TPI) consiste en l'administration de 2 doses de SP à la femme enceinte pour prévenir les conséquences du paludisme pendant la grossesse. La SP est administrée aux 16ème et 28ème semaines de la grossesse pour les femmes enceintes séronégatives. Une troisième dose est administrée à la 32e semaine aux femmes séropositives au VIH. Les nouvelles directives évoquées plus haut nécessitent une diffusion avant leur effectivité sur le terrain.

Dans l'ensemble 46 % des femmes enceintes ont bénéficié d'un traitement préventif intermittent en 2013. Les provinces du Bas-Congo et du Nord Kivu ont affiché la couverture la plus élevée, soit 65 %, et la province du Kasai oriental la couverture la plus basse soit 28%.

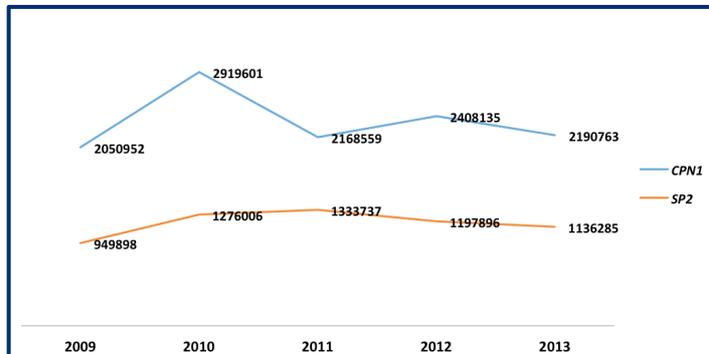


**Figure 8. Proportion de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de SP au cours des CPN en 2013 par province.**

Par rapport au résultat attendu de 80 % des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI 2, le niveau de performance est estimé à 46 % pour l'année 2013.

Plusieurs facteurs sont à l'origine de la faible couverture des femmes enceintes en TPI entre autre, la faible disponibilité de SP dans les FOSA, la faible accessibilité aux services (non gratuité des services de CPN et/ou du médicament, des dessous de

table), la faible fréquentation et/ou la fréquentation tardive des services de CPN. A cela s'ajoute le faible rapportage de certaines ZS et la faible proportion de prestataires formés en CPN recentrée.



Le nombre de femmes ayant bénéficié du TPI est passé de 949.898 en 2009 à 1.382.568 en 2013. Il apparaît ainsi que la CPN reste une opportunité qui, à ce jour, n'a pas encore assez apporté un effet sur la couverture des femmes enceintes en TPI.

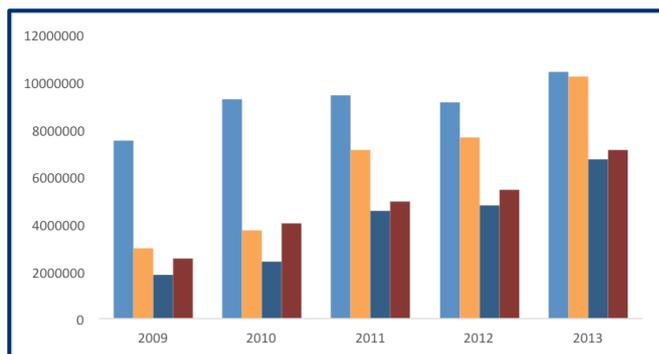
**Figure 9. Evolution du nombre de femmes enceintes fréquentant la CPN et celles bénéficiant du TPI de 2009 à 2013.**

### IV.3. Prise en charge des cas

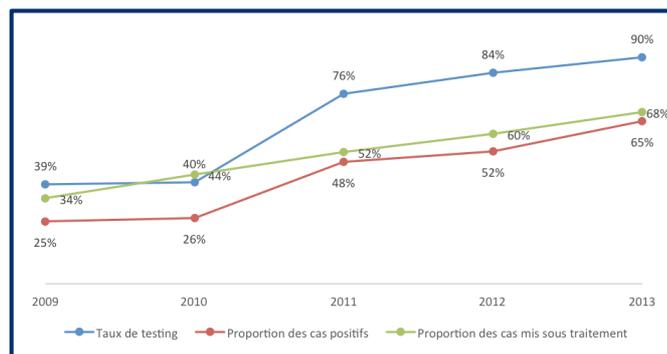
**Résultats attendus :** au moins 40 % des patients atteints du paludisme bénéficient d'un diagnostic et d'un traitement conformes aux directives nationales à tous les échelons des formations sanitaires y compris la communauté.

En 2013, 11.363.817 cas de paludisme ont été enregistrés aussi bien en consultation externe (10.408.506 cas de paludisme simple) qu'en hospitalisation (955.311 cas de paludisme grave). Il convient de relever qu'au fil des années, le nombre de cas testés augmente progressivement ainsi que celui des cas mis sous CTA. Au total, 4.126.129 GE et 6.096.993 TDR ont été réalisés, soit un taux de « testing » de 90 % contre 39 % en 2009. Cependant, seul 6.715.223 cas ont été positifs (dont 2.611.478 GE+ et 4.103.745 TDR+) parmi les 11.363.817 cas rapportés, soit un taux de confirmation de 64 % parmi les cas pris en charge comme cas de paludisme en 2013 Vs 23 % en 2009.

Ce qui veut dire que 36 % de cas sont encore traités sur base d'un diagnostic présomptif. Sur l'ensemble des cas rapportés, 7.112.841 ont été mis sous CTA, soit une proportion de 68 % contre 32 % en 2009. Cependant, cela signifie que 32 % des cas sont mis sous antipaludiques qui ne sont pas des CTA.



**Figure 10. Evolution du nombre de cas de paludisme, des cas testés, des cas positifs et des cas mis sous CTA de 2009 à 2013.**



**Figure 11. Evolution de la proportion de cas de paludisme testés, positifs et mis sous CTA de 2009 à 2013.**

#### IV.4. La gestion des achats des stocks (GAS)

Les principales activités réalisées au cours de l'année 2013 pour le renforcement de la GAS étaient :

- Un atelier de renforcement de la coordination des approvisionnements des antipaludiques a été organisé avec toutes les parties prenantes en février 2013
- Un atelier sur le système d'information et de gestion logistique (SIGL) a été organisé avec l'appui du FM
- Une formation des formateurs centraux en estimation et quantification des besoins a été organisée en octobre 2013.
- Deux enquêtes de vérification de l'utilisation finale des intrants (EUV) ont été réalisées en mars et août 2013 avec l'appui logistique et technique de PMI/SIAPS dans les provinces du Sud Kivu, Kasai Orientale, Kasai Occidental, et le Katanga. Les résultats de ces enquêtes montrent que la disponibilité des intrants au niveau des points de prestation des services reste encore à améliorer. Ces enquêtes ont permis de relever, dans les FOSA appuyées par PMI, une faible disponibilité en intrants et une proportion insuffisante de prestataires formés davantage au 2<sup>e</sup> semestre qu'au 1<sup>er</sup>. Avec cependant une proportion de cas mis sous ACT beaucoup plus importante au 2<sup>e</sup> trimestre (45 %) qu'au 1<sup>er</sup> (3 %). Ce constat associé aux écarts entre ces observations et celles issues des données de routine nécessite une analyse approfondie de la situation pour clarifier les besoins en actions correctrices pour l'année 2014.

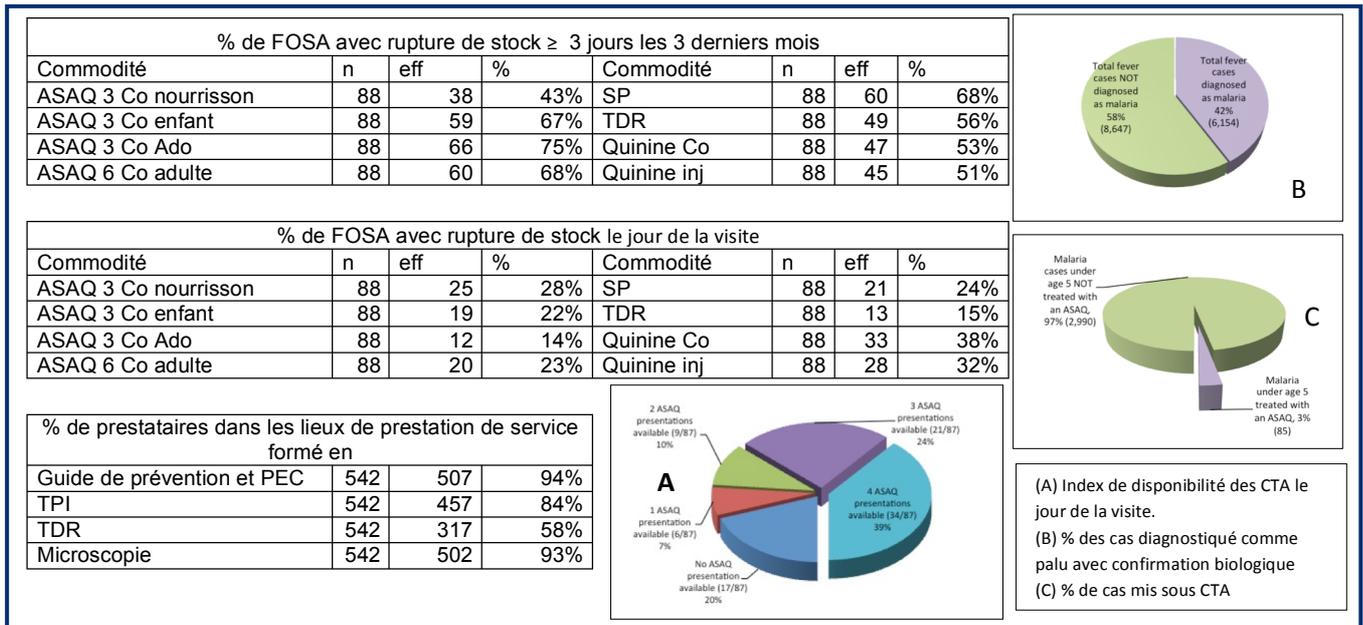


Figure 12. Résultats de l'enquête EUV du mois de mars 2013.

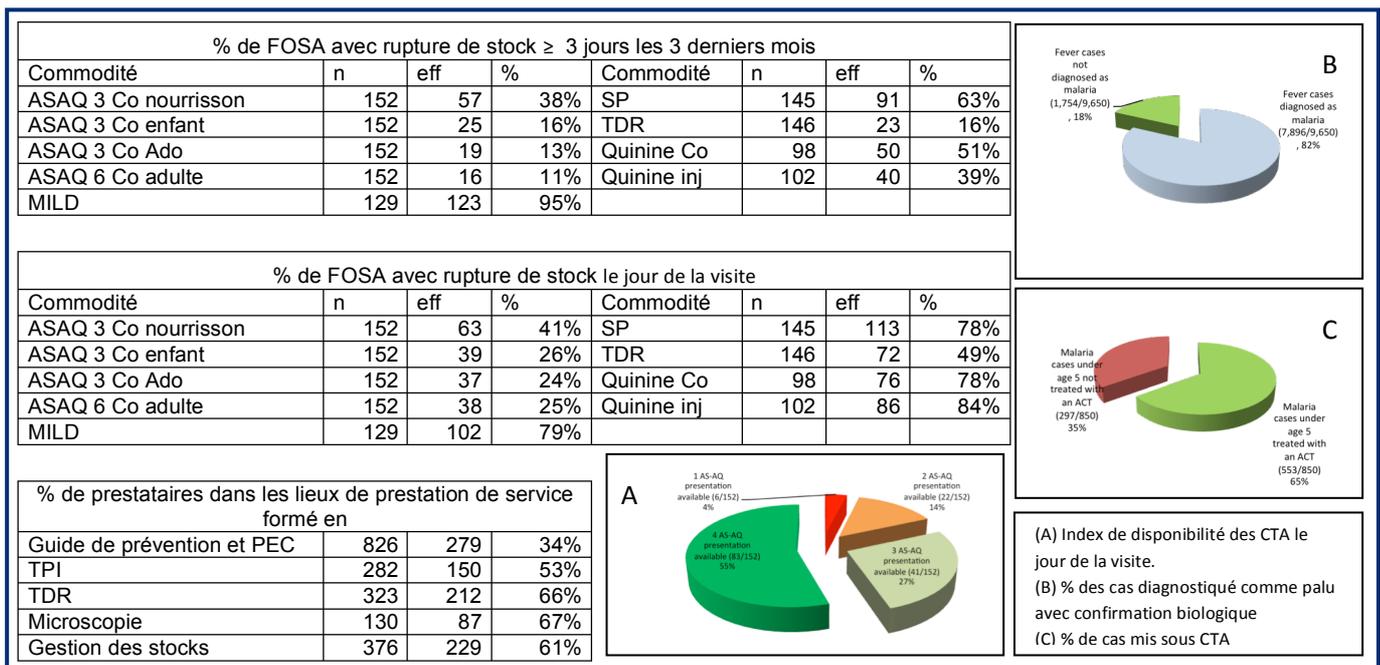


Figure 13. Résultats de l'enquête EUV du mois d'août 2013.

En 2014, le PNLP se propose d'étendre ces enquêtes aux structures sanitaires appuyées par d'autres partenaires et aux provinces non appuyées par PMI afin disposer d'informations pouvant permettre une bonne triangulation avec les données de routine et améliorer la qualité des informations liées à la disponibilité et à l'utilisation des intrants au niveau des points de prestation des services.

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

Au cours de l'exercice 2013, un certain nombre d'activités de communication ont été réalisées dont les plus importantes étaient :

- Briefing des 46 journalistes sportifs (tous les médias confondus) en janvier 2013 en vue de les préparer à la campagne de sensibilisation de la population sur la prévention et la lutte contre le paludisme lors de la Coupe d'Afrique des Nations (CAN) 2013 en Afrique du Sud
- 25 émissions radiodiffusées et 37 émissions télévisées organisées sur la promotion des comportements favorables à la lutte contre le paludisme
- Validation de 25 spots et de 16 messages en français et en langues nationales, relatifs à la lutte contre le paludisme avec les représentants de SANRU et de la Fondation Hironnelle (Radio Okapi)
- Organisation des réunions de Task force : Cinq réunions ont été organisées sur quatre prévues (taux de réalisation est de 125 %), une réunion extraordinaire a été tenue pour finaliser les préparatifs de célébration de la journée mondiale de lutte contre le paludisme. Au cours de ces réunions le rapport annuel 2012 a été validé, certaines sections du plan national stratégique 2013-2015 ont été traitées avant l'atelier de validation de ce plan, la célébration de la JMP a été planifiée, coordonnée et évaluée ; le suivi des recommandations de la RPP a été réalisé.
- Célébration de la Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme le 25 avril 2013 : la cérémonie de la célébration a été présidée par le Ministre de la Fonction Publique et par la Vice-ministre de l'enseignement primaire et secondaire, le Ministre de la Santé Publique étant absent du pays pour des raisons d'Etat. Cette cérémonie a connu une forte participation des écoliers impliqués dans la lutte (écoliers contre le paludisme) ainsi que le baptême d'un magazine de la lutte contre le paludisme destiné aux écoliers. Une caravane motorisée avait sillonné les rues de Kinshasa sensibilisant sur les mesures préventives de la lutte contre le paludisme.



**Sensibilisation par les musiciens**  
*(Photo par Olivier Kakesa)*

#### **IV.6. Renforcement des capacités.**

Les capacités des cadres, prestataires et techniciens de laboratoire ont été renforcées en plusieurs domaines au cours de l'année 2013 notamment :

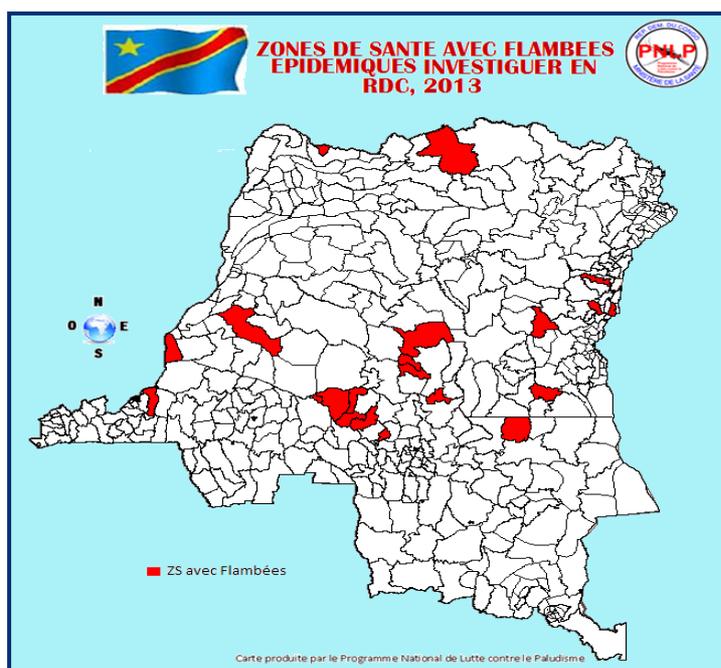
- 2 cadres formés en gestion de la lutte antipaludique en août 2013 à Wuxi en Chine.
- 28 cadres ont été formés en Suivi et Evaluation en septembre 2013
- 28 cadres ont été recyclés en prévention et prise en charge du paludisme
- 780 prestataires ont été formés en prévention et prise en charge du paludisme
- 722 des techniciens de laboratoire ont été formés en diagnostic du paludisme
- 20 formateurs centraux ont été formés en diagnostic biologique du paludisme
- 12 entomologistes de terrain ont été formés
- 33 cadres ont été formés en paludologie en septembre-octobre 2013
- 2456 prestataires des CPN ont été formés en CPN recentrée
- 576 techniciens de laboratoires ont été formés en diagnostic biologique du paludisme
- 4183 prestataires de santé (ECZS, prestataires des HGR/CSR et prestataires des CS) ont été formés sur la prévention et la prise en charge du paludisme
- 538 relais communautaires formés à Gemena sur la gestion des sites de soins communautaires

## V. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE, SUIVI – EVALUATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE

### V.1. Surveillance épidémiologique et riposte aux épidémies

**Résultats attendus :** au moins 60 % des épidémies dues au paludisme sont maîtrisées conformément aux directives nationales.

Des flambées des cas de fièvre présumées palustres ont été enregistrées en 2013 dans plusieurs zones de santé parmi lesquelles 22 ont fait l'objet d'investigation et de riposte. En effet le gouvernement, avec ses partenaires, a acheminé des médicaments dans les ZS concernées pour endiguer ces flambées. Suite à cette situation il a été recommandé de pré-positionner désormais les intrants antipaludiques au niveau des CDR pour une riposte prompte et adéquate en cas de nouvelles flambées. En outre, un atelier de réflexion sur les déterminants des flambées de fièvre palustres a été recommandé par le CNC, sous le leadership de la DLM, en vue d'identifier les facteurs favorisant et élaborer une stratégie cohérente et globale de riposte



**Figure 14. La carte montre les ZS qui ont connu des cas de flambées de fièvre en 2013 lesquels ont fait l'objet d'une investigation**

(réaménagement des routes avec des bassins de rétention d'eau tout le long), l'urbanisation, certaines activités économiques (fabrication artisanale des briques, culture de riz irrigués, aménagement d'étangs piscicoles,...), des mouvements de population pour des raisons économiques ou pour des raisons sécuritaires, etc. Il y donc nécessité de renforcer le système de surveillance épidémiologique et de pré-positionner des commodités antipaludiques pour la riposte.

La RDC a dû faire face ces 3 dernières années à des flambées épidémiques de fièvres présumées palustres dont les conséquences en termes de létalité ont été désastreuses. Si certaines de ces flambées étaient liées à des ruptures de stock de médicaments antipaludiques, d'autres sont liées à des facteurs de co-morbidité (salmonellose par ex.). De plus, certaines populations de la RDC sont dans des zones à faciès épidémiologique « montagnard » et sont donc exposés également aux flambées épidémiques. A cela s'ajoutent les facteurs anthropiques tels que la déforestation, les grands chantiers

## V.2. Suivi et évaluation

**Résultats attendus :** 90 % des données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme sont régulièrement transmises.

### Contexte

Dans son mode de gestion et de mise en œuvre des interventions de lutte contre le Paludisme, le PNLP dispose d'un système de suivi et évaluation des activités. Ce système est piloté par la division suivi-évaluation en étroite collaboration avec les autres divisions du programme, les responsables de suivi et évaluation des PTF et les autres Divisions/Directions chargées de la gestion de l'information sanitaire (DSNIS, DLM). Elle assure également un encadrement et un accompagnement des services provinciaux et est chargée de la collecte, du traitement, de l'analyse et de la diffusion des informations stratégiques pour l'atteinte des résultats ou objectifs fixés par le programme, le suivi des rapports de l'évolution des activités et les visites de terrain pour la vérification des données.

### Principales activités :

Au cours de l'année 2013, les principales activités ci-après ont été développées dans le domaine du suivi-évaluation :

a) Assistance technique :

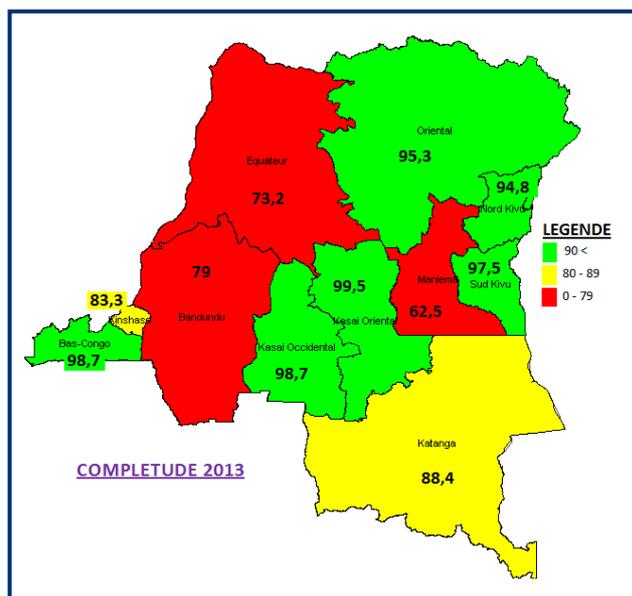
**Tableau 5. Personnel formé en suivi-évaluation en 2013**

Structure	Total staff	Staff formé
Direction	3	2+1 (1 à Ouagadougou)
Divisions	28	11
Coordinations Provinciales	44	14
Total formés	75	28

La division S&E a bénéficié d'une assistance technique de la part de **MEASURE Evaluation**, avec l'appui financier de l'USAID-PMI. Cet appui a été principalement axé sur l'élaboration des documents stratégiques (PSN et PSE), un appui dans le processus de collecte et d'analyse des données et un appui aux activités stratégiques du PNLP. En outre, 27 cadres du niveau national et provincial ont bénéficié d'une formation en suivi-évaluation.

b) *Collecte et analyse des données*

5.479 rapports ont été reçus et analysés sur les 6.168 attendus au cours de l'année, soit une complétude de 89 %. Il a été enregistré des taux faibles au niveau des provinces de Bandundu, Equateur et Maniema.



**Figure 15. Complétude des données par province en 2013.**

Le taux de complétude est de 89 % pour l'ensemble du pays avec la province du Kasai Oriental qui a le taux le plus élevé à 99,5 % et le taux le plus faible est observé dans la province du Maniema (62,5 %). Huit provinces ont des taux supérieurs à 80 % et aucune province ne se retrouve en deçà de 60 %. Une amélioration de taux de complétude est observée en 2013 (89 %) par rapport à l'année 2012 (87 %).

Il convient de noter que, outre le Bas-Congo et le Nord Kivu dont le développement du SNIS a toujours fait la différence, toutes les provinces appuyées par USAID/PMI ont enregistré des taux

supérieurs à 80 %, ceci peut s'expliquer par l'affectation des conseillers techniques en suivi et évaluation dans les provinces appuyées par PMI.

En outre, le PNLP a contribué dans le processus de réforme du SNIS avec particulièrement, la mise en place du logiciel DHIS 2.0. En 2014, un recadrage du processus de collecte des données se fera de manière à « shifter » d'une approche spécifique complémentaire de collecte vers une approche intégrée SNIS-SSP à travers le DHIS 2.0. Cette perspective est porteuse d'espoir en termes d'amélioration de la qualité des données et de renforcement du système de santé. Cependant, des efforts doivent être déployés pour une bonne coordination et pour ne pas perdre en promptitude et en complétude.

Les principaux problèmes identifiés se résument dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 6. Principaux problèmes liés à la collecte et analyse des données rencontrés en 2013 et solutions apportées et/ou envisagées.**

Problèmes	Solutions apportées/Envisagées
<b>Faible promptitude et complétude des données principalement pour les coordinations de Kinshasa, Bandundu, Equateur et Maniema</b>	Les mails de rappel ont été envoyés aux coordinations concernées.  La direction se propose d'intégrer ce critère dans la cotation des performances des provinces.
<b>Existence des discordances des données.</b>	Une harmonisation des données a été effectuée avec les Datas Managers de toutes les provinces
<b>Kit informatique défectueux de la division SE</b>	Un projet d'équipement de la division a été produit et soumis pour financement au FM dans le cadre du financement intermédiaire.
<b>Insuffisance des ressources humaines au niveau de la division</b>	Affectation du personnel additif à l'issue de l'audit institutionnel

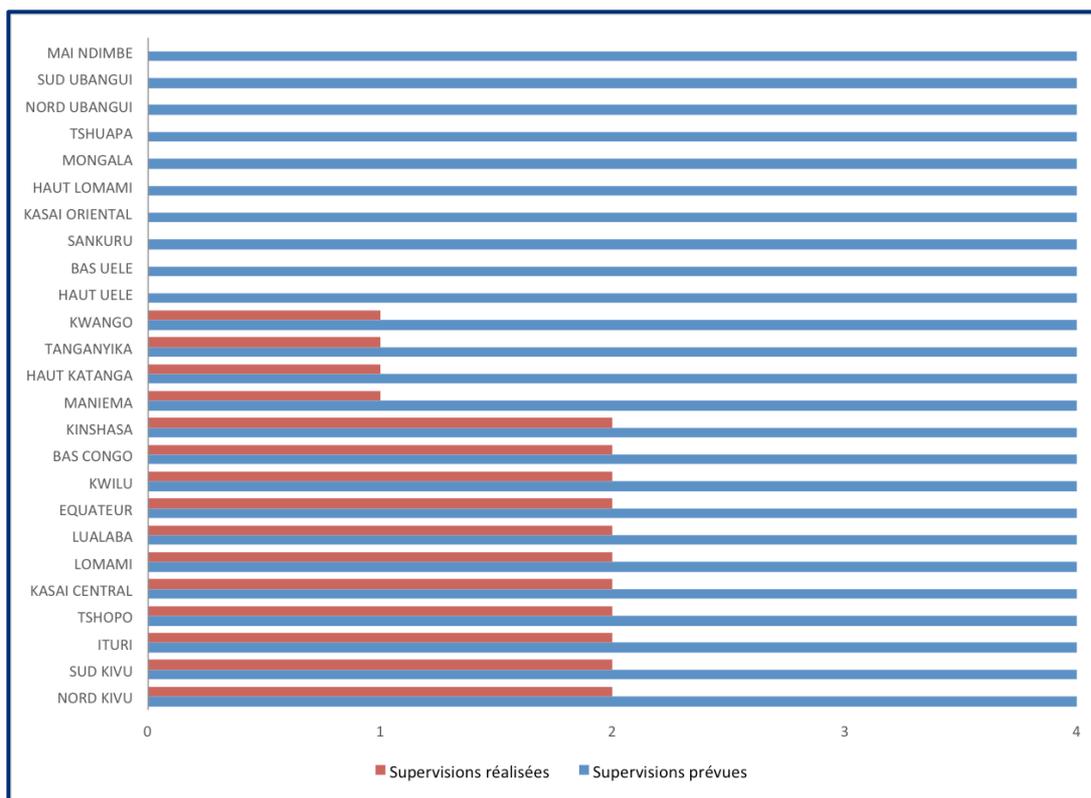
Le financement paludisme du FM logé à la CAG a permis de financer l'organisation des réunions de monitoring des ZS et les revues des 8 DPS/19 DPS actuellement opérationnelles

*c) Visites de supervisions*

32 visites des supervisions ont été réalisées sur les 72 prévues au cours de l'année du niveau national vers les provinces, soit un taux de réalisation de 44 %. Ces visites ont été essentiellement basées sur le renforcement des capacités des acteurs du niveau provincial sur la gestion des données de qualité, la gestion des intrants ainsi que l'amélioration du diagnostic et du traitement des cas.

Les ressources nécessaires pour la supervision n'ont été couvertes par le FM que pour 16 DPS sur 19 opérationnelles soit une couverture de 84 % des besoins, par ailleurs sur les 4 décaissements prévus seuls 2 ont été réalisés, ces facteurs expliquent la contreperformance dans le taux de réalisation des supervisions (Figure 14). C'est ainsi que les DPS de Lomami, Kasai central et Tshopo n'ont pas reçu des visites de supervision.

La mobilisation des ressources additionnelles, avec l'appui de l'USAID-PMI et de DFID devrait permettre de combler le gap en 2014.



**Figure 16. Niveau de réalisation de la supervision en 2013.**

*d) Publication des rapports*

Les principaux rapports publiés en 2013 :

- Rapport annuel 2012
- Rapports de progrès/feuille de route OMS

*e) Participation aux rencontres 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 7. Rencontres internationales en 2013**

Période	Libellé	Lieu	Participants	Financement
Mai 2013	Assemblée Mondiale OMS	Genève	Ministre de la Santé Publique, SG, Directeurs centraux et des programmes spécialisés (+ DN PNLP)	Gouvernement Congolais Fonds Mondial GAVI
Juillet 2013	CARN	Douala	DN, CD S&E et CT SE, OMS, UNICEF, SANRU, CAG, CNPV	SADC Fonds Mondial USAID/PMI
Novembre 2013	SARN	Johannesburg	DNA et CD SURVEPI	SADC
Novembre 2013	APALP/MIM	Durban	DN, CNPV, SANRU	OMS Fonds Mondial
Décembre 2013	Atelier NMF/RBM	Nairobi	DN, CD S&E et CT SE, OMS, UNICEF, SANRU	RBM USAID/PMI Fonds Mondial

### V.3. Recherche opérationnelle.

**Tableau 8. Principaux sujets de recherche réalisés en 2013**

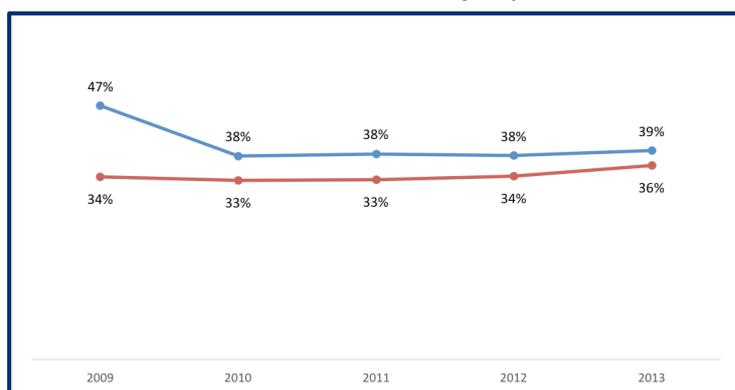
N°	Thèmes	Institution	Niveau de réalisation	Observation
1.	Facteurs explicatifs de l'utilisation tardive des CPN	UNIKIN	Réalisé	Rapport disponible
2.	Rémanence des MILD	UNIKIN	Réalisé	Rapport non disponible
3.	Enquête précampagne Kinshasa	ESP	Réalisé	Rapport disponible
4.	Enquête précampagne Province Orientale	ESP	Réalisé	Rapport disponible
5.	Enquête précampagne Maniema	UNIKIS	Réalisé	Rapport disponible
6.	Etude d'efficacité et d'acceptabilité du Hang up	ESP	Réalisé	Rapport disponible
7.	Enquête EUV mars 2013	SIAPS/PNLP	Réalisé	Rapport (résumé) disponible
8.	Enquête EUV août 2013	SIAPS/PNLP	Réalisé	Rapport (résumé) disponible
9.	Etude d'efficacité thérapeutique dans 6 sites sentinelles	INRB/CNPV	Réalisé	Rapport provisoire (sans ajustement PCR) disponible
10.	Etude sur les effets indésirables des médicaments antipaludiques	CNPV	En cours	
11.	Facteurs explicatifs de la non utilisation de la MILD dans les ZS d'intervention FM	SANRU	Réalisé	Rapport disponible

## VI. IMPACT

Selon les résultats préliminaires de l'EDS 2013, on note une nette amélioration des indicateurs clés liées à la prévention ; en effet, le taux de possession des MILD au niveau des ménages est passé, entre 2007 et 2013, de 9 à 70 % ( ce chiffre s'approche des estimations issues des données de routine évoquées à la page 21 du présent rapport, ce qui présage de la qualité des données); l'utilisation est passée de 6 % à 56 % auprès des enfants de moins de cinq ans et de 7 % à 60 % auprès des femmes enceintes pour la même période. Néanmoins, l'on a enregistré des faibles performances quant au TPI (EDS 2007 : 5 % EDS 2013 : 14 %).

En 2013, 11.363.817 cas de paludisme ont été enregistrés aussi bien en consultation externe (10.408.506 cas de paludisme simple) qu'en hospitalisation (955.311 cas de paludisme grave). Avec 27.167.148 nouvelles consultations enregistrées et 2.664.356 patients hospitalisés, le paludisme représente respectivement 38% des nouveaux cas reçus en consultation externe et 36 % des cas hospitalisés.

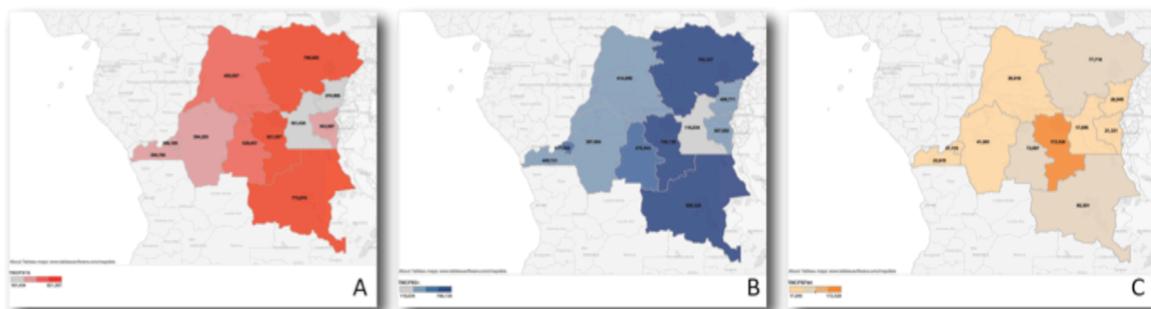
Les 5 dernières années, on a noté jusqu'en 2012 une tendance à la baisse de la morbidité et



**Figure 17. Evolution de la proportion des cas de paludisme simple parmi les NC en consultation externe et des cas de paludisme grave parmi les patients hospitalisés de 2009 à 2013.**

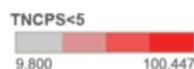
de la mortalité qui pourrait s'expliquer essentiellement par la mise à échelle des interventions (1er cycle de distribution des MILD 2008-2012 et de la progression de la couverture en PMA de 271 ZS à 464 ZS. Cependant à partir de 2013 on observe une inversion des tendances due probablement aux flambées des fièvres dans certaines provinces comme relevé dans la section V.1.

La figure 16 montre la répartition de la charge de la morbidité et de la mortalité par province et mensuellement en 2013.



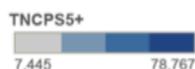
**A**

Province	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Bandundu	38,182	40,275	41,587	39,251	36,644	35,638	31,145	31,063	30,048	21,031	23,820	25,519
Bas-Congo	41,044	38,543	38,123	34,276	38,032	33,879	25,578	21,003	21,639	28,818	35,371	38,478
Equateur	44,539	45,611	39,625	39,683	44,424	41,953	29,500	43,423	43,311	49,497	46,900	23,601
Kasai Occidental	43,721	42,103	41,599	42,745	44,263	42,251	46,665	38,704	39,547	44,536	48,899	53,424
Kasai Oriental	61,939	57,190	62,359	59,101	71,698	71,758	64,531	67,012	69,937	72,748	81,594	82,090
KATANGA	64,797	63,981	66,876	61,529	62,962	50,832	48,349	48,771	56,194	68,710	78,630	100,447
Kinshasa	37,331	37,956	35,379	34,760	29,074	31,953	32,451	29,291	26,334	23,933	20,405	17,322
Maniema	23,251	20,637	22,394	19,836	18,518	19,025	13,946	14,027	9,800			
Nord Kivu	24,185	23,156	22,482	23,245	27,964	23,333	20,946	21,651	22,326	23,192	23,069	19,356
Orientale	65,559	61,998	59,276	63,295	72,993	69,869	65,071	53,038	54,484	62,863	60,375	59,779
SUD KIVU	34,014	29,240	26,752	25,227	36,478	26,228	26,280	25,603	25,846	28,132	31,780	28,007



**B**

Province	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Bandundu	40,939	40,256	39,941	38,041	37,425	34,685	31,964	32,103	30,273	23,797	24,982	23,448
Bas-Congo	43,922	39,407	37,507	35,179	37,409	34,841	27,040	24,614	23,553	30,661	30,070	36,518
Equateur	35,296	37,167	30,571	33,728	38,546	32,985	24,217	38,850	37,248	41,605	42,784	21,893
Kasai Occidental	50,168	45,473	47,121	47,930	48,825	46,507	49,096	42,408	40,730	44,866	54,656	59,163
Kasai Oriental	58,864	52,587	54,536	51,551	65,652	68,927	59,633	59,739	59,614	61,156	78,767	77,112
KATANGA	53,469	59,758	61,232	57,171	54,072	44,745	48,422	45,012	50,651	53,134	58,640	73,022
Kinshasa	58,243	62,513	62,840	58,118	52,671	53,340	54,451	46,372	42,102	33,067	28,256	25,086
Maniema	16,875	14,194	16,238	14,012	13,288	13,654	9,752	10,576	7,445			
Nord Kivu	32,445	32,150	30,361	33,702	43,900	36,269	34,383	33,132	33,518	31,697	32,066	33,148
Orientale	57,801	56,440	50,717	55,035	65,250	66,357	59,876	51,700	55,092	62,306	60,781	60,972
SUD KIVU	34,805	32,945	29,580	26,026	28,443	29,865	30,718	27,367	29,839	31,416	34,056	32,022



**C**

Province	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Bandundu	5,581	5,060	4,772	4,603	3,518	3,307	2,884	3,057	2,762	2,169	2,338	1,830
Bas-Congo	2,499	2,166	2,208	2,159	1,869	1,741	1,413	1,574	1,534	1,924	1,848	1,684
Equateur	3,760	3,675	3,280	3,020	3,920	3,146	2,336	3,139	2,945	3,687	4,433	1,677
Kasai Occidental	6,167	6,541	5,779	7,188	5,984	6,482	6,705	5,121	4,905	5,421	5,929	5,785
Kasai Oriental	16,367	13,729	12,439	12,394	14,081	15,073	14,038	14,402	13,758	13,912	17,204	15,127
KATANGA	6,829	5,900	6,313	6,113	6,002	4,688	6,013	6,216	7,254	8,901	7,172	8,900
Kinshasa	4,235	3,583	3,326	3,944	3,721	3,421	2,806	2,569	3,171	2,541	2,096	1,705
Maniema	2,308	2,030	2,431	2,089	2,084	2,045	1,768	1,787	1,153			
Nord Kivu	2,160	2,193	2,502	2,234	2,855	2,398	2,500	2,210	1,998	1,993	1,918	1,588
Orientale	6,981	6,607	6,549	6,307	7,278	7,050	6,363	5,487	5,790	6,376	6,602	6,328
SUD KIVU	2,416	2,176	1,527	1,527	1,856	1,633	1,798	1,662	1,672	1,947	1,443	1,674

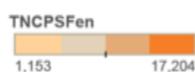
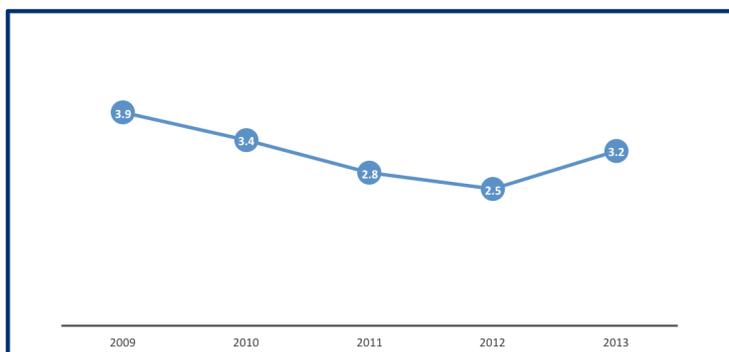


Figure 18. Répartition des cas de paludisme simple en 2013 par province et mensuellement chez les moins de 5 ans (A), chez les  $\geq 5$  ans (B), et femmes enceintes (C).

Les provinces les plus peuplées sont aussi celles qui ont rapporté le plus de cas de paludisme. En 2013, 4 provinces ont rapporté plus de la moitié des cas enregistrés à travers le pays : la province du Katanga (13,4 %), la province Orientale (13,6 %), la province du Kasai Oriental (14,7 %), la province du Kasai occidental (10,4 %). C'est aussi celles qui ont rapporté le plus des flambées de cas de fièvres présumées palustres dont certaines (Kasai occidental) se sont confirmées après investigation surtout au dernier trimestre de l'année.

En 2013, 2.664.356 patients ont été admis en hospitalisation parmi lesquels 78.587 sont décédés, dont 30.918 du paludisme (sous réserve du taux de confirmation évoqué plus haut).



**Figure 19. Evolution de la létalité hospitalière de 2009 à 2013 par pourcentage**

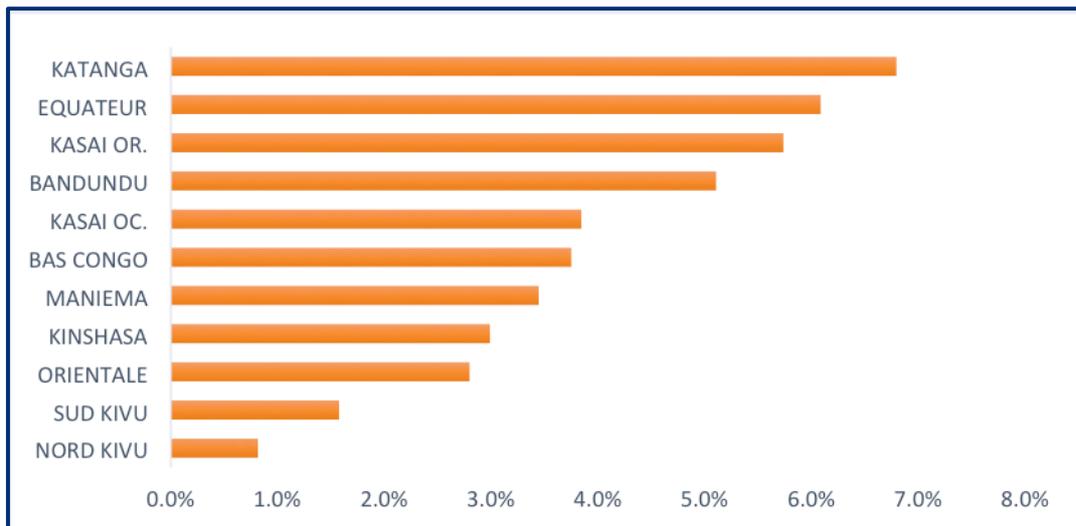
On constate une inversion de la courbe vers le haut. La mortalité hospitalière proportionnelle palustre était de 2 % supérieur à celle rapportée en 2012 (36 % en 2013 Vs 34 % en 2012 ).

Ceci engage à la réflexion sur la qualité de la prise en charge au niveau des points de prestation de service particulièrement au Katanga où la létalité rapportée est

11 fois supérieure à celle rapportée par le Nord Kivu.

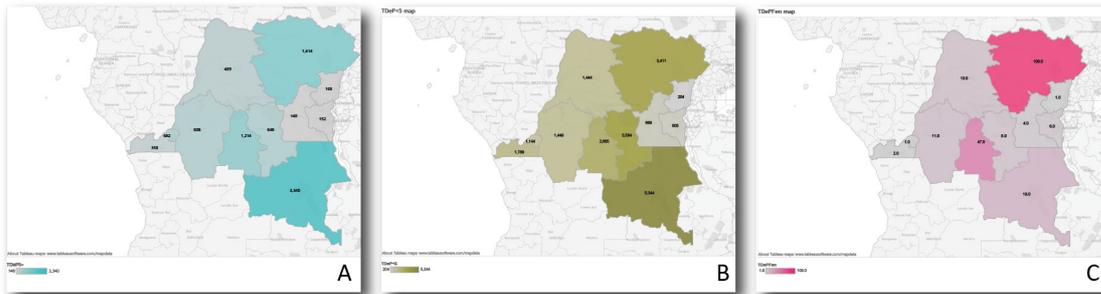
Les déterminants potentiels à interroger sont, entre autres, la présence de prestataires formés, les supervisions formatives (quantitativement et qualitativement), la disponibilité des intrants, l'itinéraire thérapeutique des patients (recours tardif ou précoce aux services de santé), l'accessibilité géographique, financière et culturelle, etc.

Comme pour la morbidité et la mortalité hospitalière, la létalité a varié considérablement d'une province à l'autre. Ci-dessous, nous présentons la létalité hospitalière chez les enfants de moins de 5 ans par province en 2013. La province du Nord Kivu a rapporté la létalité hospitalière la plus basse du pays (0,5 %) et celle du Katanga, la létalité la plus haute (5,6 %).



**Figure 20. Répartition de la létalité hospitalière par province en 2013**

Le constat est que, comme pour la morbidité, les provinces du Katanga, Orientale et les deux Kasai ont été les plus affectées. Le cas de la province du Katanga mérite une attention particulière pour un suivi de proximité en 2014 afin de s'assurer de la réalité qu'il y a derrière les données rapportées (Qualité des données, problèmes de prise en charge). En effet, cette province a rapporté 66 % de tous décès chez les femmes enceintes, 36 % de ceux des sujets âgés de cinq ans et plus et 24 % de ceux des enfants de moins de cinq ans de tout le pays.



A

Province	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Bandundu	66	72	50	50	56	55	37	43	46	48	37	48
Bas-Congo	60	24	36	31	38	23	29	15	25	15	30	32
Equateur	50	41	38	48	55	33	42	46	37	52	37	10
Kasai Occidental	63	81	91	76	142	158	110	103	86	132	78	94
Kasai Oriental	34	51	31	42	66	74	47	74	69	53	60	47
<b>KATANGA</b>	<b>356</b>	<b>619</b>	<b>299</b>	50	59	41	109	102	82	<b>1,468</b>	102	53
Kinshasa	81	52	111	67	86	50	50	40	35	45	45	20
Maniema	23	18	10	14	18	18	17	19	11			
Nord Kivu	14	13	8	14	13	20	13	9	19	12	15	18
Orientale	140	93	114	100	401	72	60	75	89	106	81	83
SUD KIVU	15	9	9	11	17	15	16	4	25	14	11	6

TDeP5+

4 1,468

B

Province	Mois											
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Bandundu	131	127	123	115	118	128	108	131	113	103	119	133
Bas-Congo	192	161	169	146	165	151	119	108	82	129	164	203
Equateur	193	149	121	114	160	125	113	129	80	121	102	37
Kasai Occidental	194	185	222	186	279	201	167	235	270	268	225	233
Kasai Oriental	175	207	244	165	356	366	275	383	413	385	311	304
<b>KATANGA</b>	<b>552</b>	<b>692</b>	<b>466</b>	223	226	143	204	175	189	<b>1,833</b>	357	284
Kinshasa	113	110	161	162	159	95	85	67	44	59	54	35
Maniema	93	62	68	87	78	81	68	83	48			
Nord Kivu	11	12	16	13	15	20	15	32	18	21	20	11
Orientale	337	295	271	307	408	294	248	240	284	271	225	231
SUD KIVU	46	32	24	35	50	33	45	34	94	52	33	27

TDeP<5

11 1,833

C

Province	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Bandundu	2.00	1.00	2.00	3.00	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00
Bas-Congo	0.00	0.00	2.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Equateur	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	0.00	8.00	0.00
Kasai Occidental	6.00	10.00	2.00	4.00	0.00	2.00	3.00	1.00	5.00	0.00	8.00	6.00
Kasai Oriental	0.00	2.00	3.00	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>KATANGA</b>	0.00	2.00	8.00	1.00	0.00	1.00	2.00	0.00	0.00	4.00	0.00	0.00
Kinshasa	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Maniema	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	0.00	2.00	0.00			
Nord Kivu	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Orientale	13.00	7.00	20.00	2.00	6.00	2.00	2.00	1.00	38.00	2.00	2.00	14.00
SUD KIVU	0.00	2.00	1.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	1.00	1.00	0.00	0.00

TDePFen

0.00 38.00

Figure 21. Répartition des décès attribués au paludisme en 2013 par province et mensuellement chez les  $\geq 5$  ans (A),  $<5$ ans (B) et femmes enceintes.