

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL**



**DIRECTION DE LUTTE CONTRE LA MALADIE
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES**

**PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE
LES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES A
CHIMIOThERAPIE PREVENTIVE
2016-2020**

Août 2016

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES FIGURES	6
INTRODUCTION	11
Première partie: ANALYSE DE LA SITUATION	13
1. PROFIL DU PAYS	14
1.1. Caractéristiques géographiques	14
1.2. Structure administrative, démographique et communautaire	15
1.3. Situation socio-économique et indicateurs	19
1.4. Transport et communication	22
1. 2. ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTEME DE SANTE NATIONAL.....	23
2.1. Objectifs et priorités du système de santé	23
2.2. Problèmes prioritaires du système de santé	23
2.3. Analyse du système national de santé dans son ensemble	23
2.4. Analyse de la situation des MTN	39
2.4.1. Epidémiologie et charge des maladies	39
2.4.1.1. Onchocercose	40
2.4.1.2. Filariose Lymphatique	42
2.4.1.3. Loase	44
2.4.1.4. Schistosomiasis	45
2.4.1.5. Géo helminthiasis	46
2.4.1.6. Trachome	47
2.4.1.7. Lèpre	48
2.4.1.8. Trypanosomiase Humaine Africaine	50
2.4.1.9. Leishmanioses	52
2.4.1.10. Pian.....	52
2.4.1.11. Ulcère de Buruli	52

2.4.1.12. Rage	54
2.4.1.13. Dracunculose.....	54
2.4.1.14. Peste	55
2.4.2. Co endémicité des MTN	55
2.4.3. Mise en œuvre du programme MTN.....	58
2.5. Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces, Lacunes & Priorités	62
2.5.1. Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces.....	62
2.5.2. Lacunes et priorités	67
Deuxième partie: CADRE STRATÉGIQUE	69
2.1. La vision	70
2.2. Mission	70
2.3. But	70
2.4. Principes directeurs et priorités stratégiques	70
2.4.1. Principes directeurs.....	70
2.4.2. Priorités stratégiques	71
Troisième partie: CADRE OPÉRATIONNEL	73
3.1. PRIORITE STRATEGIQUE 1 : Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme	102
3.2. PRIORITE STRATEGIQUE 2 : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources financières et la durabilité du financement des activités de lutte contre les MTN.....	130
3.3. PRIORITE STRATEGIQUE 3 : Renforcer l'appropriation par l'Etat, le plaidoyer, la coordination et les partenariats	135
3.4. PRIORITE STRATEGIQUE 4 : Renforcer Le Monitoring (Suivi), L'évaluation, La Surveillance et La Recherche Opérationnelle dans Le Domaine des MTN.....	141
3.5. SURVEILLANCE DANS LE DOMAINE DES MTN.....	146
3.6. LE CONTROLE DE QUALITE DES MEDICAMENTS MTN.....	146
3.7. LA RECHERCHE	147

3.8. LA SUPERVISION	147
3.9. EVALUATION	148
4. ANNEXES	155

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Projections de la Population de la RD C et des Provinces (2016 – 2020)	18
Tableau 2. Répartition du nombre d'aires de santé et de centres de santé par province	32
Tableau 3. Ministères connexes pour les activités des différents programmes MTN.....	34
Tableau 4. Répartition des Zones de Santé par province	38
Tableau 5. MTN-CTP avec les populations à risque (PR) et les populations cibles (PC), pour la Distribution de Masse de Médicaments (DMM) au cours des 5 dernières années (2011-2015).....	39
Tableau 6. Liste des MTN à prise en charge intensive de cas, morbidité et de mortalité au cours des 5 dernières années (2011-2015)	40
Tableau 7. Situation de la Cartographie des MTN.....	57
Tableau 8. Liste des Programmes et interventions des MTN CTP existant en 2015 en RD Congo	59
Tableau 9. Liste des Programmes et interventions des MTN PCC.....	60
Tableau 10. Tableau d'analyse forces, faiblesses, opportunités et menaces.....	63
Tableau 11. Matrice d'appariement des faiblesses avec les forces et opportunités	65
Tableau 12. Récapitulatif du cadre stratégique	71
Tableau 13. Récapitulatif des buts et objectifs spécifiques par MTN.....	74
Tableau 14. Tableau synoptique énonçant les buts par maladie spécifique, les objectifs, les stratégies, les cibles nationaux, et les indicateurs pour chaque MTN.....	99
Tableau 15. Zones de Santé nécessitant une cartographie pour chaque MTN ciblée	103
Tableau 16. Principales interventions, stratégies et canaux de prestation	104
Tableau 17. Types de Distribution de Masse de Médicaments.....	105
Tableau 18. Priorités et Objectifs stratégiques.....	109
Tableau 19. Interventions transversales des MTN	113
Tableau 20. Interventions avec Chronogramme et Ressources.....	116
Tableau 21. Paquet d'interventions destinées au contrôle de la transmission des maladies..	124
Tableau 22. Renforcement de la lutte contre les vecteurs.....	125
Tableau 23. Renforcer les capacités au niveau national pour la gestion et la mise en œuvre du programme MTN.....	127
Tableau 24. Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité.....	131

Tableau 25. Renforcer les systèmes et stratégies de mobilisation des ressources à tous les niveaux	132
Tableau 26. Elaboration des politiques nationales, des directives et instruments pour orienter la mise en œuvre efficace du programme.....	134
Tableau 27. Renforcer le plaidoyer, la coordination, partenariat et l'appropriation du programme par le gouvernement.....	135
Tableau 28. Assurer l'appropriation de la lutte contre les MTN par les autorités politico administratives et gouvernementales	139
Tableau 29. Renforcement le suivi-évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle sur la lutte contre les MTN.....	149
Tableau 30. Activités de la pharmacovigilance en rapport avec MTN	153

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Carte de la République Démocratique du Congo	14
Figure 2. Carte administrative de la RDC.....	16
Figure 3. Carte Epidémiologique de l'onchocercose en RDC (2015).....	41
Figure 4. Carte épidémiologique de la filariose lymphatique en RDC	43
Figure 5. Carte de la loase en RDC	44
Figure 6. Carte de distribution des schistosomiasés.....	46
Figure 7. Carte de distribution géo helminthiases	47
Figure 8. Carte de la prévalence du trichiasis en RDC	48
Figure 9. Carte de la prévalence du trachome actif.....	48
Figure 10. Carte de prévalence de la lèpre par zone de santé en 2014.....	49
Figure 11. Distribution des nouveaux cas THA en RDC pour les années 2000 à 2012	51
Figure 12. Carte de la distribution de l'Ulcère de Buruli en RDC.....	53
Figure 13. Carte de co-endémicité des MTN-CTP	56
Figure 14. Carte de co-endémicité des MTN –PCC.....	57
Figure 15. Circuit de rapport et de retro-information.....	142
Figure 16. Organigramme du système de santé publique	160
Figure 17. Algorithme PCT1.....	170
Figure 18. Algorithme PCT2.....	175

LISTE DES ABREVIATIONS

ALB	: Albendazole
APOC	: Programme Africain de lutte Contre l'Onchocercose
AS	: Aire de Santé
CBM	: Christian Blinden Mission
CDR	: Centrale Régionale d'achat et de distribution des médicaments
CG	: Couverture Géographique
CHANCE	: Chirurgie Antibiotiques, Nettoyage du visage et Changement de l'Environnement
CNCED	: Comité National de Certification de l'Eradication de la Dracunculose
CNP-SS	: Comité National de Pilotage (secteur santé)
CNPV	: Centre National de Pharmacovigilance
CNTD	: Center for Neglected Tropical Diseases
CODESA	: Comité de Développement de Santé
CRS	: Catholic Relief Service
CS	: Centre de Santé
CSU	: Couverture Sanitaire Universelle
CT	: Couverture Thérapeutique
CTP	: Chimiothérapie Préventive
DAF	: Direction Administrative et Financière
DANTIC	: Direction des Archives et Nouvelle Technologies de l'Information et Communication
DCS	: Dépenses Courantes de la Santé
DEC	: Diéthyl carbamazine
DEP	: Direction d'Etudes et Planification
DESS	: Direction de l'Enseignement de Science de Santé
DFMO	: DiFluoroMéthyl Ornithine
DH	: Développement Humain
DLM	: Direction de Lutte contre la Maladie
DMM	: Distribution de Masse de Médicaments
DOGS	: Direction de l'Organisation et de la Gestion des Services des Soins de Santé
DPM	: Direction de la Pharmacie et Médicaments
DPS	: Division Provinciale de la Santé

DRH	: Direction des Ressources Humaines
DSFG	: Direction de la Santé de la Famille et Groupes Spécifiques
DTS	: Dépense Totale de Santé
EAS	: Enfants en Age Scolaire
ECZS	: Equipe Cadre de Zone de Santé
EDS	: Enquêtes Démographiques et Santé
FL	: Filariose Lymphatique
FMI	: Fonds Monétaires International
FOREAMI	: Fonds de la Reine Elisabeth pour l'Assistance Médicale aux Indigènes
FOSA	: Formation Sanitaire
GECAMINES	: Général des Carrières et des Mines
GSM	: Global System for Mobile communication
HGR	: Hôpital Général de Référence
HKI	: Hellen Keller International
HTS	: Helminthiases Transmises par le Sol
ICT	: Immuno-Chromatographic Test
IDH	: Indice de Développement Humain
IEC	: Information Education Communication
IMT Anvers	: Institut de Médecine Tropicale
INRB	: Institut National de Recherches Biomédicales
INS	: Institut National de la Statistique
IPS	: Inspections Provinciales de Santé
IVM	: Ivermectine
Km	: Kilo mètre
LAV	: Lutte Anti-Vectorielle
LEISH	: Leishmaniose
LOFIP	: Loi sur les Finances Publiques
LSTM	: Liverpool School of Tropical Medecine
MCZ	: Médecin Chef de Zone
MDA	: Administration Médicamenteuse de masse
MIBA	: Minière de Bakwanga
MICS	: Multiple Indicators Cluster Survey
MPS	: Ministre Provincial de la Santé
MSF	: Médecins Sans Frontières

MTN	: Maladies Tropicales Négligées
MTN-PCC	: Maladies Tropicales Négligées à Prise en Charge des Cas
NA	: Non Applicable
NC	: Nouveau Cas
ND	: Non Déterminé
ODD	: Objectifs de Développement Durables
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONGD	: Organisations Non Gouvernementales de Développement
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PCR	: Polymerase Chain Reaction
PCT	: Polychimiothérapie
PDMTN	: Plan Directeur des Maladies Tropicales Négligées
PEV	: Programme Elargie de Vaccination
PMA	: Paquet Minimum d'Activité
PNAME	: Programme National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNED	: Programme National d'Eradication de la Dracunculose
PNEL	: Programme National d'Elimination de la Lèpre
PNLBI/PI	: Programme National de Lutte de lutte contre les Bilharzioses et les Parasitoses Intestinales
PNLFL	: Programme National de Lutte de lutte contre la Filariose Lymphatique
PNLMTN-CTP	: Programme National de Lutte de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées à chimiothérapie préventive
PNLO	: Programme National de Lutte de lutte contre l'Onchocercose
PNLP	: Programme National de Lutte de lutte contre le Paludisme
PNLT	: Programme National de Lutte de lutte contre la Tuberculose
PNLTHA	: Programme National de Lutte de lutte contre la Trypanosomiase
PNLUB	: Programme National de Lutte de lutte contre l'Ulcère de Buruli
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PPDS	: Plan Provincial de Développement Sanitaire
PZQ	: Praziquantel
RCA	: République Centre Africaine
RDC	: République Démocratique du Congo
RECO	: Relais Communautaire

RHS	: Ressources Humaines pour la Santé
SANRU	: Santé Rurale
SCH	: Schistosomiase
SCI	: Schistosomiasis Control Initiative
SG	: Secrétariat Général
SIMR	: Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SRSS	: Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	: Soins de Santé Primaires
TDM	: Traitement de masse des médicaments
TF	: Trachome Folliculaire
THA	: Trypanosomiase Humaine Africaine
TIDC	: Traitement à l'Ivermectine sous directives communautaires
TLM CONGO	: The Leprosy Mission of Congo
TT	: Trichiasis Trachomateux
UB	: Ulcère de Buruli
UFAR	: United Front Against River blinded
USAID	: United States of American International Development
VG	: Ver de Guinée
VIH-SIDA	: Virus de l'Immuno-déficience Humaine-Syndrome d'Immuno-Déficience Acquis
WV	: World Vision
ZS	: Zone de Santé

INTRODUCTION

L'OMS définit les Maladies Tropicales Négligées (MTN) comme les maladies affectant presque exclusivement les populations pauvres dans les régions rurales et les quartiers urbains défavorisés des pays à faible revenu. Les populations les plus touchées vivent souvent dans les zones tropicales et subtropicales du monde. Un milliard d'individus (soit une personne sur 6 de la population mondiale) souffrent d'une ou de plusieurs MTN à la fois : plus de 70 % de pays sont touchés par deux ou plusieurs de ces maladies, 28 pays sont affligés par plus de six de ces maladies simultanément.

Outre leurs répercussions négatives sur la santé, les MTN participent à un cycle continu de pauvreté et à une stigmatisation qui empêchent des dizaines de millions de personnes de travailler, d'aller à l'école ou de participer à la vie familiale et sociale. Au niveau national, souvent ces maladies sont ignorées, mal documentées et silencieuses. Le manque de statistiques fiables entrave les efforts visant à les faire sortir de l'ombre.

Cependant, si les trois grandes maladies « VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme » ont attiré l'attention du monde entier, ces autres maladies infectieuses invalidantes et parfois fatales qui touchent les populations démunies ont bénéficié d'un intérêt relativement limité des donateurs, des décideurs et des responsables de la santé publique. A quelques exceptions près (lèpre, Trypanosomiase humaine africaine et Onchocercose), les MTN font l'objet d'une faible priorité dans les programmes d'action des institutions et des fonds de développement. Or, il existe des interventions à la fois efficaces, sûres et économiques à impact visible et rapide contre les maladies tropicales négligées. Par conséquent, une nouvelle stratégie de lutte contre les MTN a été initiée par l'OMS et ses partenaires au développement et s'est traduite par l'élaboration d'un plan mondial de lutte contre les maladies tropicales négligées.

La nouvelle approche de la lutte préconisée contre les MTN se veut intégrée et coordonnée dans le but de rendre plus efficient l'utilisation des ressources et du personnel et de combiner la fourniture des interventions dont la cartographie, la formation, l'achat de médicaments et du matériel, la chimiothérapie préventive, le dépistage actif, la surveillance, le suivi ainsi que la recherche. Au niveau de chaque pays touché par ces maladies, des stratégies intégrées de lutte contre la maladie devront être formulées, notamment la chimiothérapie préventive, la Prise en charge Intensive de la Maladie, la lutte anti vectorielle, la surveillance et les interventions en milieu scolaire.

Ainsi, il est recommandé aux pays de:

- Réaliser une évaluation de l'ampleur des MTN et des activités des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées;
- Renforcer les capacités de lutte contre les maladies tropicales négligées en allouant des ressources et en élaborant des programmes convenablement ciblés, intégrés et alignés au plan national de développement sanitaire (PNDS);
- Elaborer des plans d'action pour intensifier la lutte contre les MTN, en prenant en compte les cibles régionales actuelles pour le contrôle, l'élimination ou l'éradication de ces maladies;
- Renforcer le partenariat au niveau national, y compris le secteur privé, pour exploiter le regain d'intérêt vis-à-vis de la réduction de la pauvreté et de l'engagement dans ce domaine.

Ce plan stratégique vise la lutte intégrée contre les MTN évitables par la chimiothérapie préventive (la Filariose Lymphatique, les Géo helminthiases, l'Onchocercose, la Schistosomiase et le Trachome) et celles pour lesquelles, la Prise en charge Intensive de la Maladie est actuellement la stratégie recommandée (Dracunculose, Leishmanioses, Lèpre, Peste, Pian, Rage, Trypanosomiase humaine africaine et ulcère de Buruli).

Première partie:

ANALYSE DE LA SITUATION

1. PROFIL DU PAYS

1.1. Caractéristiques géographiques

La République Démocratique du Congo (RDC) est située au cœur du continent Africain, à cheval sur l'Equateur (entre 5°20' de latitude Nord et 13°27' de latitude Sud, et entre 12° et 31° de Longitude Est). Elle couvre une superficie d'environ 2.345.409 km². Elle partage 9.165 Km de frontière avec neuf pays : au nord par la République Centrafricaine et le Soudan du Sud, à l'Est par l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi et la Tanzanie et au Sud par la Zambie et l'Angola. À l'Ouest, la Province Angolaise de Cabinda, la République du Congo, et une quarantaine de kilomètres de côte de l'Océan Atlantique².

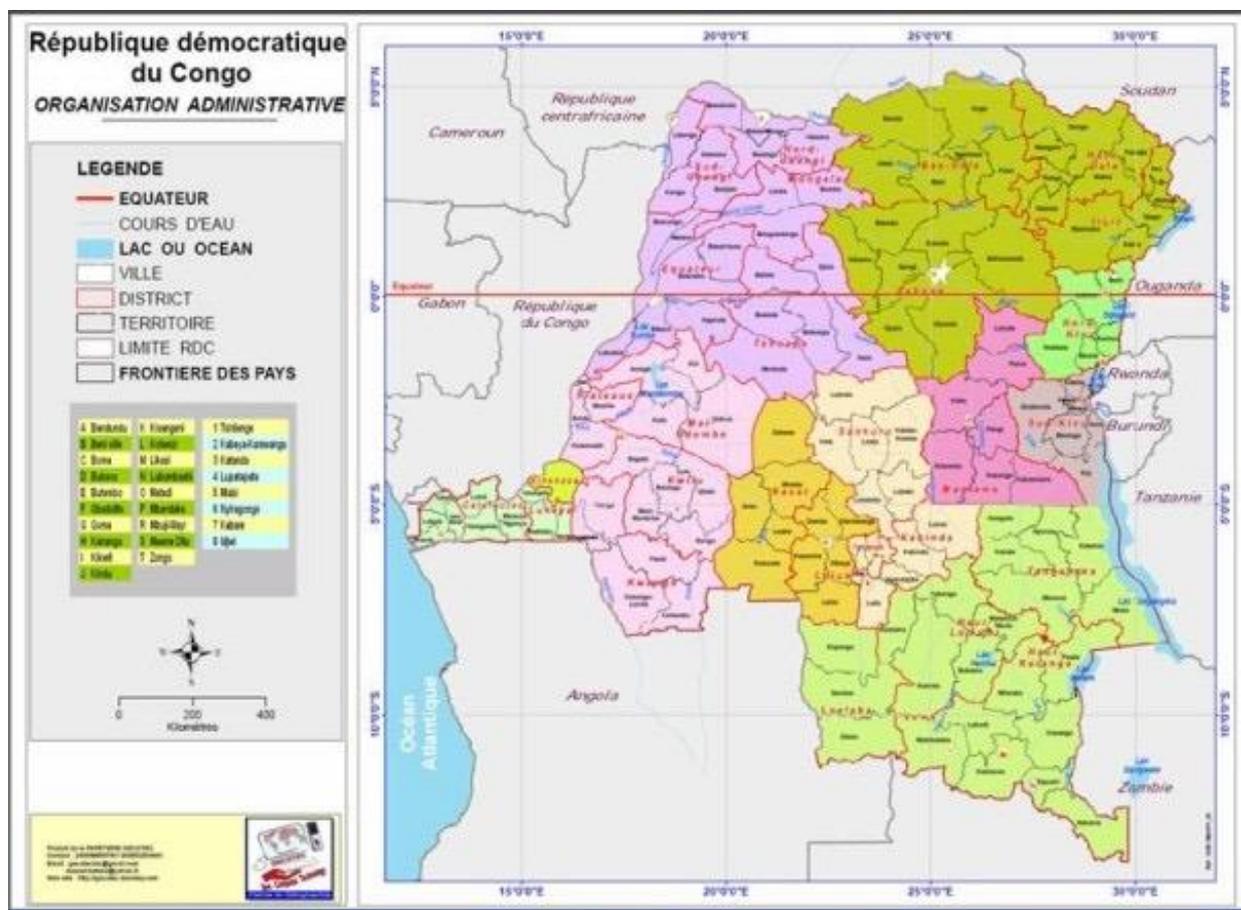


Figure 1. Carte de la République Démocratique du Congo

La RDC comprend quatre régions géographiques à savoir : une plaine côtière à l'Ouest ; une cuvette centrale faite de plaines et de plateaux étagés dont la végétation est caractérisée par une forêt dense (forêt équatoriale) ; des plateaux au Nord, au Nord-Est et au Sud, où la végétation est constituée de savanes arborées, entrecoupées de galeries forestières ; enfin, des massifs montagneux à l'Est, au Sud-est et à l'Ouest.

Elle dispose d'une vaste étendue de sol arable très fertile, qui recouvre une superficie de plus de 130 millions d'hectares, et dont 3% seulement sont jusque-là exploités. Ses conditions climatiques et géologiques favorisent une grande diversité de cultures. La variété des climats (équatorial, tropical humide, tropical à saison sèche prolongée et littoral) fait profiter au pays des précipitations en quantités suffisantes et d'un large ensoleillement.

En outre le pays dispose d'un important réseau hydrographique dont le fleuve Congo, long de 4.374 km et classé 2^{ème} au monde après le Fleuve Amazone au Brésil en ce qui concerne son débit.

1.2. **Structure administrative, démographique et communautaire**

a. Structure administrative

La RDC est un Etat unitaire fortement décentralisé qui comprend 26 provinces d'après la dernière réforme territoriale de 2006¹. Elle compte 96 villes, 151 territoires, 471 secteurs, 261 chefferies, 337 communes urbaines, 267 communes rurales et 5.397 groupements.²

¹ Article 226 de la Constitution de la 3^{ème} République

² PNDS 2016-2020

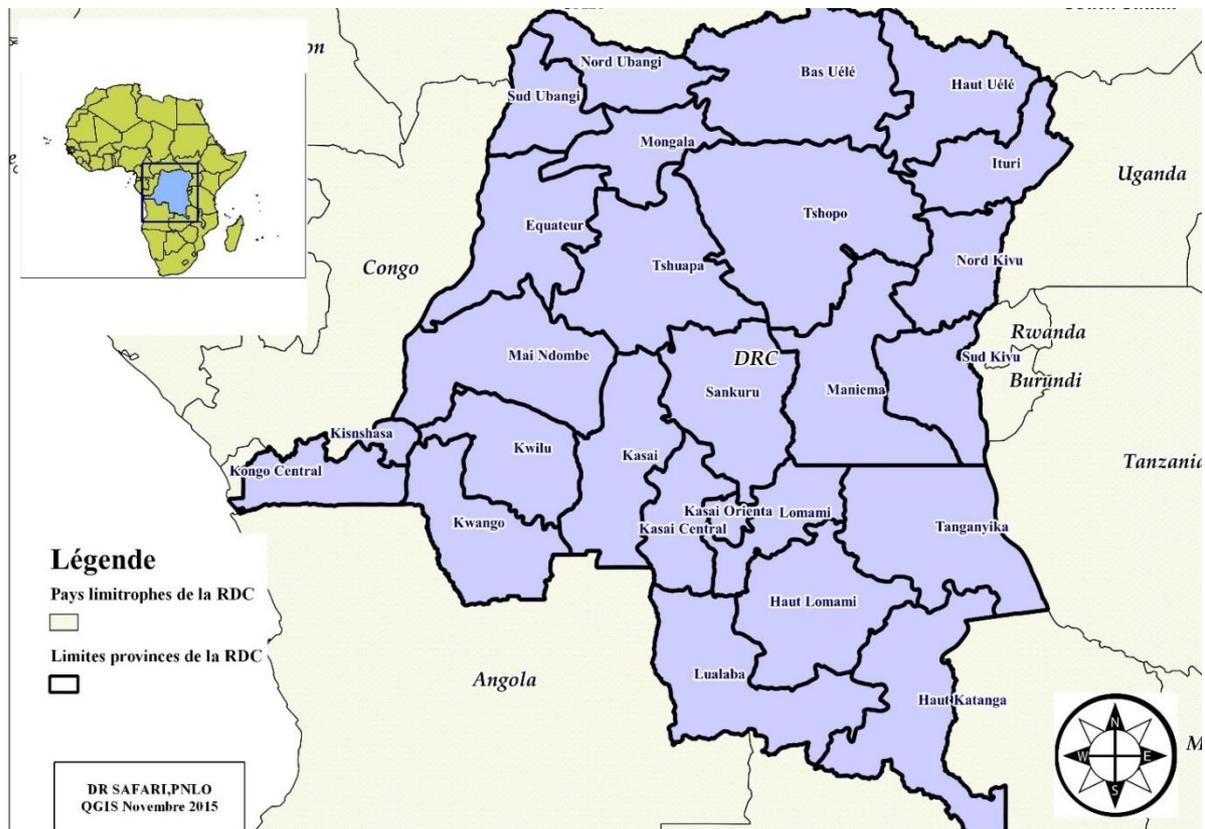


Figure 2. Carte administrative de la RDC.

a. Structure démographique

A cause des difficultés économiques et financières que le pays a connues, le seul recensement général de la population et de l’habitat organisé en RDC est celui effectué en juillet 1984. Un second est dans sa phase de préparation.

Ainsi les données de population utilisées dans ce document se basent sur les projections de la population publiées dans l’annuaire statistique de l’Institut National de Statistique (INS) 2014, auxquelles un taux de croissance naturel de 2,9% a été appliqué afin d’obtenir les projections de la population jusqu’en 2020.

Par ailleurs, le passage de la structure administrative du pays de 11 à 26 provinces vient accentuer la carence des chiffres de population notamment sur la nouvelle organisation administrative.

Les récentes projections de l'Institut National de la Statistique (INS) situent la population congolaise à 85.026.000³ habitants avec une densité de 36 habitants au km².

La population se concentre sur les plateaux, dans les savanes, près des fleuves et des lacs. L'exode rural a accru la densité en milieux urbains.

Avec une fécondité estimée à 6,6 enfants par femme (EDS 2013 - 2014), et un rythme de croissance annuelle de la population à 2,9 % (INS 2014), la RDC s'attend à un doublement de sa population tous les 25 ans. Ce qui correspond à une augmentation annuelle de plus de 2 millions de personnes. Dans le contexte de cette fécondité non maîtrisée, cette population atteindra plus de 120 millions d'habitants en 2030⁴ et sera composée de plus de 45% de jeunes de moins de 15 ans. Cette situation contribuera à maintenir le pays dans la pauvreté, d'autant plus que la proportion de la population non active dépassera celle de la population active. Il en résultera une plus grande pression sur les services sociaux de base qui ne pourront pas répondre à la demande (éducation, santé...) dans la perspective des ressources limitées et de faible accessibilité.

La proportion actuelle de la population se retrouvant en dessous du seuil de pauvreté multidimensionnelle est estimée à 74%⁵. Toutefois, entre 2013 et 2014, des progrès significatifs ont été réalisés en matière de Développement Humain (DH). Il est passé de 0,338 à 0,433⁶ selon le rapport sur le développement humain de 2014 classant ainsi la RDC au 174^{ème} rang mondial).

La répartition par province est reprise dans le tableau ci-après :

³ INS , Annuaire statistique 2014

⁴ Guengant : Projections Spectrum (Août 2013) et Projections des Nations Unies (Juin 2013)

⁵ Equipe nationale de prospective stratégique : « RDC, dynamiques et enjeux de développement à long terme », juillet 2014

⁶ PNUD, Rapport sur le Développement Humain 2014 et 2015

Tableau 1. Projections de la Population de la RD Congo et des Provinces (2016 – 2020)

N°	PROVINCES	Population totale				
		2016	2017	2018	2019	2020
1	BAS UELE	1049857	1083453	1118123	1153903	1190828
2	EQUATEUR	2214775	2285648	2358789	2434270	2512167
3	HAUT KATANGA	4590368	4737259	4888852	5045295	5206744
4	HAUT LOMAMI	3732327	3851761	3975018	4102218	4233489
5	HAUT UELE	1459463	1506166	1554363	1604103	1655434
6	ITURI	5591883	5770824	5955490	6146066	6342740
7	KASAI	3648749	3765509	3886005	4010357	4138689
8	KASAI-CENTRAL	4279907	4416865	4558204	4704067	4854597
9	KASAI-ORIENTAL	4990935	5150645	5315466	5485561	5661098
10	KINSHASA	7533214	7774277	8023054	8279791	8544745
11	KONGO-CENTRAL	3426124	3535760	3648905	3765670	3886171
12	KWANGO	2441417	2519542	2600168	2683373	2769241
13	KWILU	4881293	5037495	5198695	5365053	5536735
14	LOMAMI	2839310	2930168	3023934	3120699	3220562
15	LUALABA	2035579	2100718	2167941	2237315	2308909
16	MANIEMA	2505098	2585262	2667990	2753366	2841473
17	MAI-NDOMBE	1897329	1958044	2020701	2085363	2152095
18	MONGALA	2508386	2588654	2671491	2756979	2845202
19	NORD-KIVU	7478001	7717297	7964251	8219107	8482118
20	NORD-UBANGI	1404399	1449340	1495719	1543582	1592977
21	SANKURU	2026952	2091815	2158753	2227833	2299123
22	SUD-KIVU	5865148	6052833	6246523	6446412	6652697
23	SUD-UBANGI	2790174	2879460	2971602	3066694	3164828
24	TANGANYIKA	2721475	2808562	2898436	2991186	3086904
25	TSHOPO	2346169	2421247	2498727	2578686	2661204
26	TSHUAPA	1488497	1536129	1585285	1636014	1688366
	TOTAL	87746832	90554731	93452482	96442961	99529136

Source : Institut National de la statistique ; Annuaire statistique de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel 2015.

c. Organisation sociale de la Communauté

La RDC se caractérise aussi par une grande diversité culturelle et linguistique. Le pays compte quelques 40 ethnies et plus de 400 tribus qu'on peut catégoriser en quatre (4) principaux groupes ethniques, à savoir les Bantous (majoritaires), les Nilotiques, les Soudanais et les Pygmées. Quatre langues nationales sont parlées en RDC, à savoir: le Kikongo (à l'Ouest), le Lingala (à Kinshasa et au Nord-Ouest), le Swahili (à l'Est) et le Tshiluba (au Centre - Sud). Le français est la langue officielle de l'administration et d'enseignement.

Du point de vue de la situation sociale, la position sociale de la femme demeure préoccupante dans le pays à cause, entre autres, des pesanteurs socioculturelles. En outre, le chômage touche près d'un cinquième de la population avec une pression double sur la ville province de Kinshasa où près de 40% de la population active est sans emploi.⁷

1.3. Situation socio-économique et indicateurs

La RDC est classée parmi le pays les plus pauvres du monde malgré ses immenses ressources naturelles. La décennie des conflits armés a eu des effets dévastateurs sur l'économie nationale.

Au plan des activités de la population adulte, 57 % des personnes âgées de 15 à 65 ans exercent une activité économique dans le secteur surtout agricole. Mais il existe une faible proportion des travailleurs salariés (7%). La proportion des travailleurs du sexe masculin est quatre fois plus élevée que celle des femmes salariées (MICS-2, 2010). L'agriculture occupe, en termes de superficie, 10% du territoire national dont 7% pour l'élevage.

Les grandes compagnies minières existent dans plusieurs provinces de la RDC dont la MIBA (Minière de Bakwanga) qui exploite le gisement de diamant dans la province du Kasai oriental à Mbuji Mayi, la GECAMINES et les Mining exploitent le cuivre dans les provinces du Haut Katanga et de Lualaba. Les mines d'or sont exploitées à Watsa (Haut Uélé), à Kamituga (Sud Kivu) et Kalima (Maniema).

⁷ Revue des dépenses publiques/Banque mondiale, 2014.

A côté de ces grandes sociétés minières, la population pratique l'exploitation artisanale de plusieurs minerais : le coltan (Nord et Sud Kivu), diamant (Kasai, Kasai central, Kasai oriental, Kwango...).

La population active (20-64 ans) qui doit prendre en charge les enfants et les vieillards, représente 40% de la population totale. Plus de 70% de la population du pays vit en dessous du seuil de la pauvreté. Il est important de souligner que la guerre en RDC a entamé les capacités productives de l'économie, notamment dans le secteur de l'agriculture. Le déplacement des populations a des effets dévastateurs sur l'environnement, à la fois sur les ressources forestières et la faune.

La RDC a accompli des progrès considérables durant ces cinq dernières années sur le plan de la croissance économique et de la stabilité macroéconomique. Avec une moyenne de 7% par an, le pays a connu une période de forte et durable croissance économique depuis 2009 selon les données issues de la Revue des dépenses publiques (PER/Banque Mondiale 2014 ; FMI 2014).

Cette bonne performance économique est le fruit d'une reprise des investissements publics et privés dans un environnement de relative stabilité sécuritaire et politique. En effet, le dynamisme récent dans le secteur minier en plein essor et dans les secteurs manufacturiers (dont essentiellement l'industrie agroalimentaire) et tertiaires (en particulier le commerce) ont largement contribué à la croissance du PIB du pays.

La RDC connaît une grande disparité du niveau de revenu entre les milieux urbain et rural. En effet, selon l'enquête 1-2-3 de 2012-2013, lorsque l'on considère l'incidence globale, la pauvreté monétaire s'est améliorée entre 2005 et 2012 en République Démocratique du Congo. Cette enquête rapporte que le nombre de personnes ayant un emploi est estimé à 27.700.000 dont près de la moitié d'entre eux sont des femmes. L'emploi dans le secteur tertiaire (produits et services) prédomine en milieu urbain, avec plus des deux tiers des emplois, dont 83 % à Kinshasa. Le secteur agricole informel occupe 59,7% de la main d'œuvre. Le secteur industriel y est présent avec 20 % d'emplois tandis que ceux du secteur formel ne représentent que 11,5 %.

- **Pauvreté :**

La grande majorité de la population congolaise (70%) est pauvre et cette pauvreté est caractérisée par une disparité entre milieu rural et milieu urbain. Elle s'est accrue entre 2005 et 2011 en milieu rural par rapport au milieu urbain et présente plusieurs facettes dont : la faiblesse du revenu, la non satisfaction des besoins alimentaires, la difficulté d'accéder aux soins de santé, à la scolarisation, au logement décent, etc.

On dénombre environ huit ménages pauvres sur dix en milieu rural en 2011 contre moins de sept ménages sur dix en milieu urbain.

La réduction de la pauvreté nécessite que soit mise en place une politique économique porteuse de croissance forte couplée avec une bonne politique redistributive, pour espérer réduire de moitié la pauvreté à l'horizon 2020 conformément au document de plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour l'atteinte des ODD en RDC.

- **Emploi :**

L'emploi demeure un défi aussi bien quantitatif (création d'emplois décents dans le secteur formel) que qualitatif (amélioration des conditions de travail dans le secteur informel). Environ 80 % de la population active se trouvent en dehors du marché du travail et le taux de chômage est de 73 %. Les plus touchés sont les 15-24 ans vivant en milieu urbain. Du fait de la fuite des cerveaux et de la crise dans le secteur éducatif, la demande en expertise des ressources humaines demeure élevée dans le pays. Cependant, sur 9 000 jeunes sortant des universités congolaises chaque année, moins de 100 accèdent à un emploi.

- **Education de base :**

Un nombre important d'enfants estimé à environ 25% d'enfants en âge de fréquenter l'école, dont une forte proportion de filles et d'enfants issus de milieux défavorisés, n'ont pas accès à l'école. Le taux brut de scolarisation dans le primaire a nettement progressé et se situe à un peu plus de 90,8% en 2009/2010, mais seulement 56,7% des élèves achèvent le cycle primaire. Les filles représentent 46,3% des effectifs scolaires, le corps enseignant compte 27,4% des femmes.

Le taux brut de scolarisation au secondaire se situe à 36,5% en 2009, dont 26,4% pour les filles et 46,2% pour les garçons. Le taux d'achèvement représente seulement 25,3% des élèves du secondaire dont 15,9% de filles.

Le taux d'analphabétisme en RDC est de 30,3 % en moyenne dont 17,5 % pour les hommes et 42,8% pour les femmes. (Référence)

- **Eau et assainissement :**

Les dernières données disponibles (MICS, 2010) indiquent que seulement 47 % des ménages ont accès à de l'eau considérée comme potable, dont un peu plus de la moitié (24%) en 2008. S'agissant de l'assainissement, seulement 14% des ménages congolais utilisent des installations sanitaires améliorées, avec des niveaux respectivement de 36% en milieu urbain et de 4% en milieu rural alors que les moyennes pour l'Afrique subsaharienne sont respectivement de 44% et de 24%.

1.4. **Transport et communication**

a.Principaux modes de transports

Le réseau de transport date pour l'ensemble de l'époque coloniale et est constitué de 16.238 Km des voies navigables, de 5.033 Km de voies ferroviaires, de 145.000 Km de routes avec 7400 Km d'axes urbains ainsi que de 270 aéroports/aérodromes dont 5 internationaux. La voie aérienne est la plus utilisée entre Kinshasa et les provinces. Globalement, les parties Nord et Sud sont facilement accessibles par route et le centre du pays par voie fluviale. L'accessibilité des zones reculées varie d'une province à l'autre et parfois d'une zone à l'autre dans la même province.

Une grande partie de la population vit dans l'isolement du fait de l'inaccessibilité de leur milieu, et cela à la suite de la détérioration très avancée des routes. Dans les régions équatoriales où les voies d'accès sont essentiellement fluviales, la saison sèche réduit la navigabilité et par conséquent, les grandes activités interviennent pendant la saison des pluies.

b. Système de communication

Le pays dispose de 6 réseaux de télécommunication GSM (VODACOM, AIRTEL, TIGO, Orange, Africell, STANDARD TELECOM), de plusieurs réseaux Internet, des radios communautaires, publiques et privées, des chaînes de télévision couvrant la plupart des zones de santé (ZS) du pays. L'existence des réseaux GSM peut être utilisée pour améliorer la communication avec les Zones d'accès géographiques difficiles. Pour certaines ZS, le moyen de communication reste la radiophonie.

2. ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTEME DE SANTE NATIONAL

2.1. Objectifs et priorités du système de santé

But : Contribuer au bien-être de la population congolaise.

Objectif général : Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de façon à permettre à tous, de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge dans le cadre de la couverture sanitaire universelle (CSU).

Objectifs sectoriels :

Accroître la couverture et l'utilisation des services et soins de santé de qualité par la population avec équité et protection financière. Des cibles liées aux prestations et aux autres piliers du Système de Santé ont été identifiées et les indicateurs y relatifs.

2.2. Problèmes prioritaires du système de santé

Les principaux problèmes au fonctionnement du système de santé et de ses piliers sont liés à la gouvernance, à la réforme et décentralisation, aux ressources humaines, au financement, aux médicaments et intrants spécifiques, aux infrastructures, aux équipements/matériels, aux laboratoires et nouvelles technologies, à l'information sanitaire, ainsi qu'à la prestation des services de santé et des soins.

2.3. Analyse du système national de santé dans son ensemble

La Politique Nationale de la Santé adoptée en 2001, met l'accent sur les soins de santé primaires avec la zone de santé comme unité opérationnelle de mise en œuvre du PNDS. Cette politique passe par la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) qui se fixe pour but d'améliorer l'offre et l'utilisation des soins de santé de qualité par l'ensemble de la population congolaise.

L'analyse des piliers du système de santé ressort ce qui suit :

- De la gouvernance et du pilotage du système de santé

La SRSS met un accent sur le renforcement de la gouvernance comme socle du développement. En effet, la vision du Ministère de la Santé Publique ne peut être pleinement réalisée que si elle s'appuie sur un cadre législatif, réglementaire et stratégique adapté et sur

une coordination renforcée pour plus de responsabilisation et d'imputabilité dans l'atteinte des résultats.

La gouvernance du secteur suppose aussi l'application des normes sanitaires et la mise en place des réformes prioritaires pour améliorer l'organisation et la régulation du secteur dans le contexte de la décentralisation.

Les problèmes du pilier « Gouvernance » identifiés en 2010 persistent en 2015. Ces problèmes prioritaires sont :

- (i) La faible régulation et normalisation du secteur,
- (ii) Le faible niveau d'exécution dans la mise en place des réformes sectorielles, notamment la couverture sanitaire universelle, la réforme hospitalière, le développement des ressources humaines, le développement des laboratoires...,
- (iii) La collaboration intra et intersectorielle n'est pas encore optimale pour améliorer la santé de la population, et
- (iv) La coordination sectorielle présente encore quelques difficultés.

Dans le document de stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté (DSCR), le gouvernement reconnaît qu'une réforme complète de l'administration publique est nécessaire afin d'améliorer sa qualité et la capacité des ministères et agences publics à fournir des services en vue d'améliorer leur efficacité et leur performance.

L'objectif poursuivi dans le cadre de la stratégie est double : la maîtrise de la masse salariale et des effectifs ainsi que l'amélioration progressive de la qualité des prestations de l'administration publique. Pour atteindre cette stratégie, le Gouvernement compte entre autre : (i) finaliser le programme de mise à la retraite et (ii) rationaliser les postes, les effectifs, les emplois au sein de l'administration publique par la définition d'un nouveau cadre organique plus adapté.

Ces réformes sont favorables à l'approche intégrée et coordonnée de la lutte contre les MTN et prônent entre autres la réduction et le regroupement des directions et des programmes spécialisés. Un document de politique nationale de lutte contre les MTN existe. Les MTN sont reprises parmi les priorités nationales incluses dans le PNDS.

Pour ce qui est des maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive, Il est mis en place un Programme National de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées à

chimiothérapie préventive (PNLMTN-CTP) par l'arrêté ministériel N°1250/CAB/MIN/SP/002/MSP/DC/2016 du 1^{er} avril 2016.

Les autres programmes des MTN-PCC fonctionnent de façon isolée jusqu'à ce jour.

Les contraintes pour les systèmes de coordination de la lutte contre les MTN sont ci-après :

- Absence de locaux appropriés pour les coordinations MTN-PCC
- Insuffisance d'équipements (informatiques, logistique, transport, mobiliers...) pour les MTN
- Insuffisance du personnel formé en management de lutte contre les MTN
- Existence des programmes individualisés par maladies pour les MTN-PCC.
- Faible financement des activités tant par le MSP que par les partenaires pour les MTN.

Le MSP fonctionne avec les documents normatifs (Politique Nationale de Santé et Plans Stratégiques sectoriels) qui ne sont pas adoptés par le Gouvernement. En plus, les politiques et les plans sous sectoriels ne sont pas toujours en phase avec le PNDS basée sur les soins de santé primaires.

- **Des ressources humaines pour la santé (RHS)**

Les problèmes prioritaires des ressources humaines pour la santé comprennent :

- 1. Le déséquilibre dans la production et répartition inéquitable des RHS:**
Certaines catégories (Médecins généralistes, infirmiers) sont en surproduction et d'autres en sous production (accoucheuses, réanimateurs, assistants en pharmacie).
Il y a pléthore en milieu urbain et déficit en milieu rural ;
- 2. La faible motivation et fidélisation des personnels de santé :** la modicité des salaires et la proportion élevée des personnels de santé ne bénéficiant ni de salaire ni de prime sont à la base de cette situation ;
- 3. Insuffisance de la qualité de l'enseignement des professionnels de santé et faible développement des compétences du personnel de santé,** due à la prolifération des établissements d'enseignement du niveau secondaire, supérieur et universitaire ne répondant pas aux normes requises et à l'absence d'un système de formation continue opérationnel ;
- 4. La surproduction de RHS et l'arrêt de la mise en retraite des agents pendant plusieurs années** engendrent la pléthore du personnel et menacent l'organisation des services de santé ;

5. La gestion déficiente des carrières et la faible mise en œuvre du plan de développement des RHS concourent à l'inadéquation entre les postes et les profils ainsi qu'à l'instabilité des RHS.

- Des médicaments et intrants spécifiques

La complexité de l'approvisionnement et de la distribution, l'insuffisance de régulation du secteur pharmaceutique, la faible production locale et la non garantie de disponibilité du médicament dans les formations sanitaires font que ces dernières s'approvisionnent en médicaments moins chers quelle que soit leur qualité et souvent hors du circuit mis en place. Ce faisant les populations ont un faible accès aux médicaments essentiels génériques de bonne qualité.

Il existe un système national de pharmacovigilance au sein du Ministère de la Santé rattaché à la 3^{ème} direction (Pharmacie et Médicaments). Cette unité est depuis Septembre 2010 membre effectif de l'Organisation Mondiale de la Santé-Centre de Collaboration Uppsala (OMS-UMC). Elle a pour mission :

- La promotion de l'usage rationnel des médicaments (appui à la mise en place des comités Pharmaco thérapeutiques
 - Le Développement des protocoles thérapeutiques
 - Le suivi des essais cliniques
1. L'Information Pharmaceutique (Premier Formulaire Thérapeutique National rédigé).

- Du financement du secteur de la santé

Par financement du secteur de la santé, l'OMS entend la façon dont les ressources financières sont générées, affectées et utilisées dans les systèmes de santé⁸. Et dans le cadre de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), ces différents mécanismes visent à supprimer les barrières financières à l'utilisation des services par la population.

En RDC, il y a principalement trois sources de financement qui sont le ***budget de l'Etat, l'aide extérieure et les ménages***. Plusieurs mécanismes de financement sont utilisés pour arriver à l'offre des soins à la population. L'étude MUSKOKA en dénombre plus d'une

⁸OMS, Rapport de la Santé du Monde sur le financement de la santé, 2010

quinzaine⁹. Ce qui explique la coexistence de différentes sortes de tarification de soins au niveau de la population avec comme résultante une faible accessibilité financière aux soins.

Le problème principal identifié dans le financement de la santé est le **Coût élevé des soins de santé dans les FOSA**. En effet, les ménages constituent la première source et un acteur clé de financement de la santé en RDC avec une proportion de 41% des Dépenses Courantes de la Santé (DCS¹⁰), ce qui limite l'utilisation des services par la population. Les ménages ont contribué à 39.3 % des dépenses totales de santé en moyenne entre 2008 et 2013¹¹. La part des ménages a légèrement baissé entre 2008 (42%) et 2013 (38%)¹², mais elle reste élevée. Les dépenses des ménages s'effectuent à plus de 90% par le biais de paiements directs¹³. Dans un système de paiement à l'acte, les usagers couvrent la totalité des frais de consultations et les médicaments, à l'exception de quelques zones de santé qui ont récemment introduit le paiement forfaitaire subventionné.

Les causes qui sont à la base de ce coût élevé sont : (i) le faible budget de l'Etat alloué aux services et soins de santé, (ii) l'insuffisance des mécanismes de partage de risque, (iii) la fragmentation de l'aide extérieure destinée aux services et soins de santé et (iv) l'inefficience entre moyens/ressources et résultats.

a) Faible budget de l'Etat alloué aux services et soins de santé :

Alors que le PNDS 2011-2015 visait d'atteindre 10% du budget national, avec un taux d'exécution satisfaisant, on a plutôt noté que le plafonnement du budget alloué à la santé se présente de la manière suivante : 6,9% en 2014 ; 4,57% en 2013 ; 7,83 % en 2012 ; 3,47% en 2011 ; 5,85% en 2010 et 5,29% en 2009¹⁴. Au cours de cette période, le taux d'exécution n'a jamais dépassé 60%¹⁵.

⁹ Etude MUSKOKA

¹⁰ Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS : Rapport des comptes de la santé 2013, Kinshasa, mars 2015

¹¹ Banque Mondiale, Analyse de la stratégie de financement, p.10, 2015

¹² Banque Mondiale, Op.cit, p.10

¹³ Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS : Op.cit, p.26

¹⁴ Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS : Idem, p.20

¹⁵ Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS : Ibidem, p.20

Comme on le constate, la part du budget consacré au secteur de la santé par l'Etat est minime, largement inférieure aux engagements d'Abuja (15%)

Les raisons citées sont (1) la limitation de la pression fiscale, (2) l'existence des dépenses contraignantes, (3) le coulage des recettes publiques et (4) la faible contribution des Gouvernements provinciaux qui s'élève à 1%¹⁶ du budget total en 2013.

b) Insuffisance des mécanismes de partage de risque :

Selon le rapport des Comptes Nationaux de la Santé, le paiement des soins de santé par le mécanisme de partage de risque par la population est très faible: 6% en 2010, 3% en 2011, 4% en 2012 et 3% en 2013¹⁷. Une très faible frange de la population congolaise est couverte par l'assurance maladie. Cette situation expose la majorité de la population à des dépenses catastrophiques et à la renonciation aux soins parmi les pauvres.

Les dépenses des ménages s'effectuent à plus de 90% par le biais de paiements directs. Dans un système de paiement à l'acte, les usagers couvrent la totalité des frais de consultations et les médicaments, à l'exception de quelques districts qui ont récemment introduit le paiement forfaitaire subventionné. Consultations primaires (13%) et médicaments (32%) représentent presque la moitié des paiements directs des usagers, le reste (44%) allant principalement aux frais d'hospitalisations (secondaire et tertiaire)¹⁸.

Les fonds des ménages sont utilisés pour assurer les frais liés à la santé maternelle (accouchements et suites de couches) et infantile (principalement infections respiratoires et paludisme).

Parmi les facteurs, il faut citer (1) l'existence de différents modes de tarification entraînant l'exclusion de certaines populations, (2) l'absence de politique de protection sociale et de la stratégie de financement, (3) le faible pouvoir d'achat de la population ne permettant pas d'adhérer aux mécanismes de partage de risque maladie.

¹⁶Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS : Comptes Nationaux de la Santé, Op.cit, p.24

¹⁷Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS : Comptes Nationaux de la Santé, Idem, p. 26

¹⁸Banque Mondiale, Op.cit, p. 10

c) Fragmentation de l'aide extérieure destinée aux services et soins de santé :

L'aide extérieure pour la santé qui provient de la coopération bi et multilatérale, des ONGS, Fondations et Initiatives Internationales était estimée à 462 665 467 \$US sur 1 160 297 133 \$USD, soit 40% de la dépense courante de santé¹⁹ en 2013. Ce niveau de financement de la santé en RDC témoigne d'une forte dépendance à l'aide extérieure.

Malgré cette progression (379 664 371 \$USD en 2012 à 462 665 467 \$US en 2013), l'aide extérieure en santé demeure inférieure par tête d'habitant quand on la compare au reste de la région Afrique centrale (entre 5.7 et 7 US\$ contre 11 US\$ dans la région en 2012)²⁰ et aussi fragmentée. En outre, les fonds des partenaires techniques et financiers gérés par le Gouvernement sont passés de 257 747 652 USD soit 28% de la Dépense Totale de Santé (DTS) en 2010 à 474 409 920 USD soit 38 % de la DTS en 2013²¹. Donc plus de 60% des fonds sont encore directement gérés par les partenaires, avec (1) de multiples unités de gestion, (2) de procédures de gestion et (3) des coûts de gestion qui réduisent l'efficacité de l'aide.

d) Inefficiences entre moyens/ressources et résultats :

L'OMS rapporte que 20 à 40% des ressources de la santé sont perdues suite à l'inefficacité. En RDC, il y a par exemple la mauvaise gestion des finances du secteur du point de vue affectation, achat, régulation et le contrôle. Ces deux derniers points constituent *le maillon faible du circuit* des financements dans le secteur de la santé. Quelques audits des finances menés dans des projets appuyés par les partenaires ont constaté les faits suivants :

- 1) Les procédures de passation des marchés ne sont pas rigoureusement suivies;
- 2) La gestion des fonds rencontre plusieurs irrégularités qui ne sont pas compatibles avec les principes de transparence et de responsabilité exigés par les partenaires, et même dans la loi sur les finances publiques (LOFIP) ;
- 3) Les informations ou les dossiers comptables ne sont pas bien tenus;

¹⁹ Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS : Op cit, p.29

²⁰ Groupe de la Banque mondiale ; Investir dans la couverture santé universelle: opportunités et défis pour la République Démocratique du Congo, Revue des dépenses publiques de santé, Kinshasa, 2014

²¹ Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS , Op.cit, p. 12

- 4) Inexistence des normes d'utilisation des recettes générées au niveau des structures sanitaires.

Tous ces facteurs cités ci-haut ont pour conséquences, d'une part, la limitation de l'accès aux services de santé et la faible utilisation des services de base. Ces conséquences entraînent une dépendance extérieure du financement de la santé, la renonciation aux soins de santé pour environ 35% de la population²² et le recours à l'automédication ainsi qu'aux autres approches de traitement. D'autre part, le faible financement des services de santé et la mauvaise gestion des fonds mis à disposition entraînent l'apparition des pratiques frauduleuses dans les formations sanitaires.

- De la gestion de l'information sanitaire

Le cadre normatif du SNIS (Déclaration de politique et Arrêtés ministériels) définit le Système National d'Information Sanitaire, SNIS en sigle, comme un ensemble organisé de structures, d'institutions, de personnels, de méthodes, d'outils et d'équipement permettant de fournir de l'information nécessaire à la prise de décision, à l'action, à la gestion des programmes sanitaires et des systèmes de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire : central, intermédiaire et périphérique.

A ce jour, la composante SNIS/SSP est réglementée et fonctionnelle. Ses outils de collecte de données, de transmission et d'analyse ont été adoptés avec l'ensemble des parties prenantes et le DHIS2 a été adopté comme logiciel pays pour améliorer la complétude et la promptitude et analyse des données collectées. Ce logiciel est en train d'être implémenté progressivement dans le pays.

La composante surveillance épidémiologique quant à elle n'a pas de texte réglementaire et fonctionne relativement bien car les flambées épidémiques sont détectées plus ou moins à temps mais les ripostes sont organisées souvent en retard.

La composante suivi et évaluation des programmes spécialisés dispose d'outils et fonctionne de façon plus ou moins correcte pour certains programmes (PEV, PNLT, PNLP, PNLS, MTN...) mais toujours sans articulation entre eux. Cependant, des efforts sont fournis pour

²²PER, World Bank, 2014 on NSI data (Enquete 1-2-3), 2014

une Intégration progressive des programmes spécialisés prioritaires dans le SNIS/DHIS2 tels que le PNLP, PEV, PNSR, PNLT-PNEL, PNAME, MTN...et bientôt pour le VIH.

De l'analyse réalisée, le principal problème identifié en lien avec la prestation de services de santé est qu'à ce jour le SNIS n'est pas encore capable de fournir en temps réel des données de qualité pour la prise de décision et la planification des interventions de santé.

De ce problème central, ont été tirés les principaux problèmes du pilier, regroupés en trois domaines (i) Faible complétude, promptitude et correctitude des données collectées, (ii) Faible analyse et utilisation de l'information sanitaire (iii) Faible diffusion de l'information de qualité.

- Des infrastructures et équipements

Les problèmes prioritaires des Infrastructures et équipements médico- sanitaires à l'aube de la période quinquennale 2016-2020 sont résumés ci-dessous :

1. Les infrastructures des services de santé aussi bien administratifs que de prestation de soins à tous les niveaux sont soit insuffisantes et non conformes aux normes sanitaires relatives à la construction, soit vétustes, soit encore inexistantes;
2. Les équipements et matériels médico-sanitaires des services administratifs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et des services de prestation de soins sont pour certains insuffisants, pour d'autres vétustes et non adaptés aux besoins et d'autres encore manquent, tenant compte du plateau technique approprié à chaque niveau ;
3. La capacité de maintenance au niveau du Ministère de la Santé Publique reste encore faible.

Les résultats de l'évaluation du PNDS 2011-2015 dans ce domaine restent mitigés et montrent une insuffisance criante en infrastructures et équipements à prendre en compte dans le PNDS 2016-2020. La situation des infrastructures sanitaires est résumée dans les tableaux 1 et 2 ci-dessous.

Tableau 2. Répartition du nombre d'aires de santé et de centres de santé par province

Province	Nbre de Zone de santé	Nbre d'Aires de santé	Aires de santé Couvertes
Bas-Uélé	11	158	158
Equateur	18	246	246
Ituri	36	549	549
Haut-Katanga	27	373	373
Haut-Lomami	16	311	311
Haut-Uélé	13	211	211
Kasaï	18	389	389
Kasaï central	26	419	419
Kasaï Oriental	19	317	317
Kinshasa	35	395	395
Kongo-Central	31	385	385
Kwango	14	265	265
Kwilu	24	579	579
Lomami	16	316	316
Lualaba	14	227	227
Mai-Ndombe	18	314	314
Maniema	14	280	280
Mongala	12	261	261
Nord-Kivu	34	553	553
Nord Ubangi	16	170	170

Province	Nbre de Zone de santé	Nbre d'Aires de santé	Aires de santé Couvertes
Tanganyika	11	262	262
Tshopo	23	426	426
Tshuapa	12	236	236
Sankuru	16	241	241
Sud-Kivu	34	632	622
Sud-Ubangi	16	241	241
Total	519	8756	8746

Les statistiques issues des états des lieux du secteur de la santé en 2010 montrent l'ampleur des problèmes dont il est question ici :

- Plus d'une centaine des Zones de santé ne disposent pas des HGR où fonctionnent avec des structures qui font fonction des HGR, mais ne répondant pas aux normes;
- Sur 485 hôpitaux, 95 disposent d'une banque de sang soit 19,6%;
- 431 HGR étaient construits en dur avant l'indépendance sur 454 soit 95%; ce qui implique le besoin de réhabilitation ;
- 134 HGR sur 454 soit 29,5% ont une source permanente d'approvisionnement en eau ;
- 100 HGR sur 454 ont une source d'énergie électrique permanente : (soit 22%) ;
- 45 HGR sur 454 ont un paquet d'activité complet de laboratoire soit 1,1% ;
- 34 HGR sur 454 disposent d'une morgue fonctionnelle, soit 7,5%.

S'agissant des plateaux techniques des structures de santé, sur un total de 454 HGR existants, 189 HGR disposent d'un service de radiologie soit 41% tandis que 230 HGR disposent d'un appareil d'échographie soit 18,5%. 9 HGR ont un plateau chirurgical complet, soit 2%. 6 HGR disposent d'un plateau chirurgical pour soins obstétricaux d'urgence complet soit 1,3%. Les HGR avec service de stérilisation fiable représentent 56%.

Pour ce qui concerne la chaîne de froid, 389 ZS sur 485 disposent d'une chaîne de froid soit 76% (frigo PEV, autres frigo pharmacie (8%), boîte isotherme (79%), glacière (76%).

Quant aux infrastructures de stockage des médicaments, 7 CDR sont fonctionnelles sur les 26 prévues. La situation des incinérateurs est proche de celle des HGR avec morgue.

L'absence du plan national de développement des infrastructures de santé selon la carte sanitaire et le déficit d'investissements n'ont pas permis la modernisation des infrastructures et leur adaptation à l'évolution du contexte et de l'augmentation de la population à prendre en charge. En outre l'absence de suivi et du contrôle des constructions des infrastructures sanitaires occasionne l'existence des infrastructures ne répondant pas aux normes sanitaires relatives au traitement, à l'élimination totale et correcte des déchets solides et biomédicaux.

- De la collaboration intra et intersectorielle

La collaboration au sein du secteur de la santé ainsi que celle avec les autres secteurs, les privés, les communautés, n'est pas encore optimale pour favoriser l'offre et la demande des services et soins de santé de qualité.

La coordination du secteur demeure encore faible malgré les efforts d'alignement aux priorités nationales. Le comité national de pilotage (CNP-SS) ne fonctionne pas encore de façon optimale. Les structures techniques (Commissions et Groupes de Travail) chargés de fournir la matière n'ont pas été pleinement fonctionnelles. Un effort a été fourni en 2014 pour amener les différents partenaires à prendre une part active en qualité de co-président des commissions techniques.

Tableau 3. Ministères connexes pour les activités des différents programmes MTN

	PNLMTN-CTP	PNLTHA	PNEL	PNLUB	PNED
Enseignement primaire, secondaire et professionnel	X	X		X	
Agriculture	X	X			
Environnement	X	X		X	X
Communication	X	X	X	X	
Finances	X	X	X	X	X

	PNLMTN-CTP	PNLTHA	PNEL	PNLUB	PNED
Affaires sociales	X		X	X	X
Intérieur				X	
Energie	X				
Enseignement supérieur	X	X	X	X	X
Recherche scientifique	X	X	X	X	X

▪ **Diagnostic Sectoriel**

- **Du cadre organisationnel**

La mission du Ministère de la Santé Publique est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population congolaise en organisant des services sanitaires de qualité et équitables en vue de restaurer la santé des personnes et de promouvoir le meilleur statut sanitaire possible dans toutes les communautés.

Pour y arriver, cela revient à :

- Assurer la législation, la régulation, la normalisation et l'élaboration des politiques et stratégies en matières de santé ;
- Assurer la production et la mobilisation des ressources internes et externes nécessaires à la mise en œuvre des politiques et stratégies du Gouvernement en matière de santé ;
- Fournir les prestations des soins de santé tant préventifs, curatifs que promotionnels à l'ensemble de la population vivant sur le territoire national ;
- Assurer l'équité en matière de distribution et d'offre des prestations et services de santé.

L'article 47 de la Constitution de la RDC consacre d'ailleurs la santé comme un des droits fondamentaux du peuple congolais. La Politique Nationale de la Santé adoptée en 2001, met l'accent sur les soins de santé primaires. L'unité opérationnelle de mise en œuvre de la Politique Nationale de la Santé est la Zone de Santé mise en place pour une offre des soins de santé à la fois globaux, continus et intégrés.

Le Ministère de la Santé Publique est structuré en 3 niveaux, à savoir : le niveau central, le niveau Intermédiaire ou Provincial et le niveau périphérique.

a) Le niveau central

Le niveau central est constitué du Cabinet du Ministre, du Secrétariat Général qui compte 7 Directions, des Programmes Spécialisés et des Hôpitaux nationaux. Il a une responsabilité normative et de régulation, de prestation de soins tertiaires. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui-conseil et le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre en provinces.

Le nouveau cadre organique prévoit les Directions centrales suivantes :

- 1) Direction des Ressources Humaines (DRH) ;
- 2) Direction d'Etudes et Planification (DEP)
- 3) Direction de l'Organisation et de la Gestion des Services des Soins de Santé (DOGS) ;
- 4) Direction de la Pharmacie et Médicaments (DPM) ;
- 5) Direction de Lutte contre la Maladie (DLM) ;
- 6) Direction de l'Enseignement de Science de Sante (DESS)
- 7) Direction de la Santé de la Famille et Groupes Spécifiques (DSFG).

En plus de ces directions, le Gouvernement a initié la mise en place des Directions transversales à compétences standards dans toutes les administrations. Dans cette dynamique, le Ministère de la Santé Publique aura deux directions supplémentaires, la Direction Administrative et Financière (DAF) et la Direction des Archives et Nouvelle Technologies de l'Information et Communication (DANTIC). La réforme de l'administration publique et la réforme du secteur de la santé imposée par la décentralisation aboutiront à la mise en place du secrétariat Général (Bureau avec les Services rattachés, Directions centrales et Programmes spécialisés) séparée d'une inspection générale de la santé, tous dépendant du Ministre de la santé Publique.

b) Le niveau Provincial

Ce niveau est composé du Ministre Provincial en charge de la santé, de la Division Provinciale de la santé, de l'Inspection Provinciale de la santé, de l'hôpital Provincial et des autres structures sanitaires à vocation provinciales.

Ce niveau assure un rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, des politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre au niveau des ZS. Il a aussi pour mission d'offrir à travers l'Hôpital

Provincial, les soins de santé de référence secondaires. Avec la décentralisation, les provinces ont dans leurs attributions exclusives l'organisation et la gestion des soins de santé primaires.

Le niveau provincial compte actuellement 26 Inspections Provinciales de la Santé et 26 Divisions Provinciale de la Santé (DPS). Les 26 DPS nommées depuis décembre 2014, deviennent le nouvel acteur « décentralisé » de la gouvernance du secteur, et sont redevables devant le Ministre Provincial de la Santé (MPS). Un rôle de gestion et d'encadrement de l'administration sanitaire provinciale leur est attribué. Les Inspections Provinciales de Santé (IPS) sont des structures « déconcentrées » qui exercent les fonctions de contrôle au niveau provincial, sous la tutelle du Ministère National de la santé. La mise en place de nouvelles DPS implique le transfert progressif des responsabilités des Coordinations des programmes spécialisés vers les DPS.

c) Le niveau opérationnel : la Zone de Santé

Le niveau périphérique comprend officiellement 516 ZS, mais avec la subdivision des ZS de Dikungu Tshumbe en 2 (ZS Dikungu et ZS Tshumbe), de Lodja en 2 (ZS Ototo et ZS de Lodja) dans la province de Sankuru ainsi que celle de Muetshi (ZS Muetshi et ZS Bena Tshiadi) dans la province de Kasai Central, le nombre de ZS opérationnelles est passé actuellement à 519.

Une ZS est un espace géographiquement limité et couvrant une population théorique de 100.000 à 150.000 habitants avec un hôpital général de référence (HGR) : au nombre de 393) et assurant un paquet complémentaire d'activités (PCA)²³. Elle est elle-même divisée en aires de santés (AS : 8504) qui, à travers un centre de santé (CS : 8266), couvre environ 5.000 à 10.000 habitants en leur offrant un paquet minimum d'activité (PMA).

La ZS est gérée par une équipe cadre de zone de santé (ECZS), elle-même dirigée par un médecin chef de zone (MCZ). L'ECZS assure le pilotage du développement de la ZS en tant que système intégré qui offre des soins de santé de qualité, globaux, continus et intégrés. L'AS, couverte par le CS, est un lieu de déconcentration des services des soins de l'hôpital pour rapprocher les soins auprès des communautés.

Il est important de noter que le système de santé décrit ci-dessus intègre également des formations sanitaires du secteur privé à but non lucratif (services de santé d'organisations non

²³ Dans les régions enclavées et isolées dans une ZS, le concept de Centre de Référence Médicalisé a été adopté

gouvernementales et d'organisations confessionnelles religieuses). Ces FOSA sont assujetties aux mêmes obligations de prestations de services, de suivi et d'évaluation.

La répartition des Zones de Santé par province et les populations de ces dernières sont reprises dans le tableau suivant :

Tableau 4. Répartition des Zones de Santé par province

N°	PROVINCES	NOMBRE ZS	Population totale en 2016
1	Bas-Uélé	11	1049857
2	Equateur	18	2214775
3	Haut-Katanga	27	4590368
4	Haut-Lomami	16	3732327
5	Haut-Uélé	13	1459463
6	Ituri	36	5591883
7	Kasai	18	3648749
8	Kasai-Central	26	4279907
9	Kasai-Oriental	19	4990935
10	Kinshasa	35	7533214
11	Kongo-Central	31	3426124
12	Kwango	14	2441417
13	Kwilu	24	4881293
14	Lomami	16	2839310
15	Lualaba	14	2035579
16	Maniema	18	2505098
17	Mai-Ndombe	14	1897329
18	Mongala	12	2508386
19	Nor- Kivu	34	7478001
20	Nord-Ubangi	11	1404399
21	Sankuru	16	2026952
22	Sud-Kivu	34	5865148
23	Sud-Ubangi	16	2790174
24	Tanganyika	11	2721475
25	Tshopo	23	2346169

N°	PROVINCES	NOMBRE ZS	Population totale en 2016
26	Tshuapa	12	1488497
TOTAL		519	87746832

2.4. Analyse de la situation des MTN

2.4.1. Epidémiologie et charge des maladies

Les quatorze MTN suivantes sont endémiques en RDC : la Filariose Lymphatique, les Géohelminthiases, l'Onchocercose, les Schistosomiases, le Trachome, la Dracunculose, les Leishmanioses, la Lèpre, la Peste, le Pian, la Rage, la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), l'Ulcère de Buruli et la Loase.

Le tableau 5 présente la liste des MTN évitables par la chimiothérapie préventive (CTP) avec les populations à risque ainsi que les populations cibles (PC), pour la Distribution de Masse de Médicaments (DMM) au cours des 5 dernières années (2011-2015).

Tableau 5. MTN-CTP avec les populations à risque (PR) et les populations cibles (PC), pour la Distribution de Masse de Médicaments (DMM) au cours des 5 dernières années (2011-2015)

	2011		2012		2013		2014		2015	
	PAR	PC	PAR	PC	PAR	PC	PAR	PC	PAR	PC
FL	10232263	8595101	11829921	9937134	168224 20	1413083 3	3328048 8	2795561 0	3524832 6	2960859 4
Géohelminth.	3079906	2309929	3909220	2931915	620647 2	4654854	1474892 7	1106169 5	1538222 6	1153667 0
Oncho.	32182996	27033716	33148485	2784472 8	341429 40	2868007 0	3516722 8	2954047 2	3622224 5	3042668 6
Schisto	4922099	3691574	6076202	4557152	809283	606962	1991919 5	1493939 7	2059824 2	1544868 2
Trachome	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	3132828	3132828

Tableau 6. Liste des MTN à prise en charge intensive de cas, leurs niveaux de morbidité et de mortalité au cours des 5 dernières années (2011-2015)

MTN	2011		2012		2013		2014		2015	
	NC	Décès	NC	Décès	NC	Décès	NC	Décès	NC	Décès
1. Dracunculose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Leishmanioses	ND	ND	ND							
3. Lèpre	3.949	ND	3.651	ND	3.712	ND	ND	ND	ND	ND
4. Peste Voir D4	ND	18	0							
5. Pian	ND	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. Rage	ND	94	0							
7. THA	5.595	ND	5.262	22	5.624	ND	3.206	9	ND	ND
8. Ulcère de Buruli	210	0	284	0	214	0	294	0	0	0

Commentaire : Au début de 2016, nous avons enregistré 429 cas de PIAN dont 1 décès dans la province du Sud-Ubangi.

2.4.1.1. Onchocercose

L'onchocercose ou cécité des rivières, est une maladie parasitaire causée par une filaire appelée *Onchocerca volvulus*. L'Onchocercose est transmise à l'homme par la piqûre d'une mouche femelle appelée Simulie.

La cartographie de l'onchocercose par la méthode REMO révèle que l'onchocercose est présente dans toutes les provinces du pays à différents niveaux d'endémicité. Les prévalences nodulaires ont varié de 1 à 100 %.

Près de 38 millions de personnes sont à risque de l'onchocercose en République Démocratique du Congo.

L'Onchocercose est la troisième cause de cécité en RDC, après la cataracte et le glaucome.

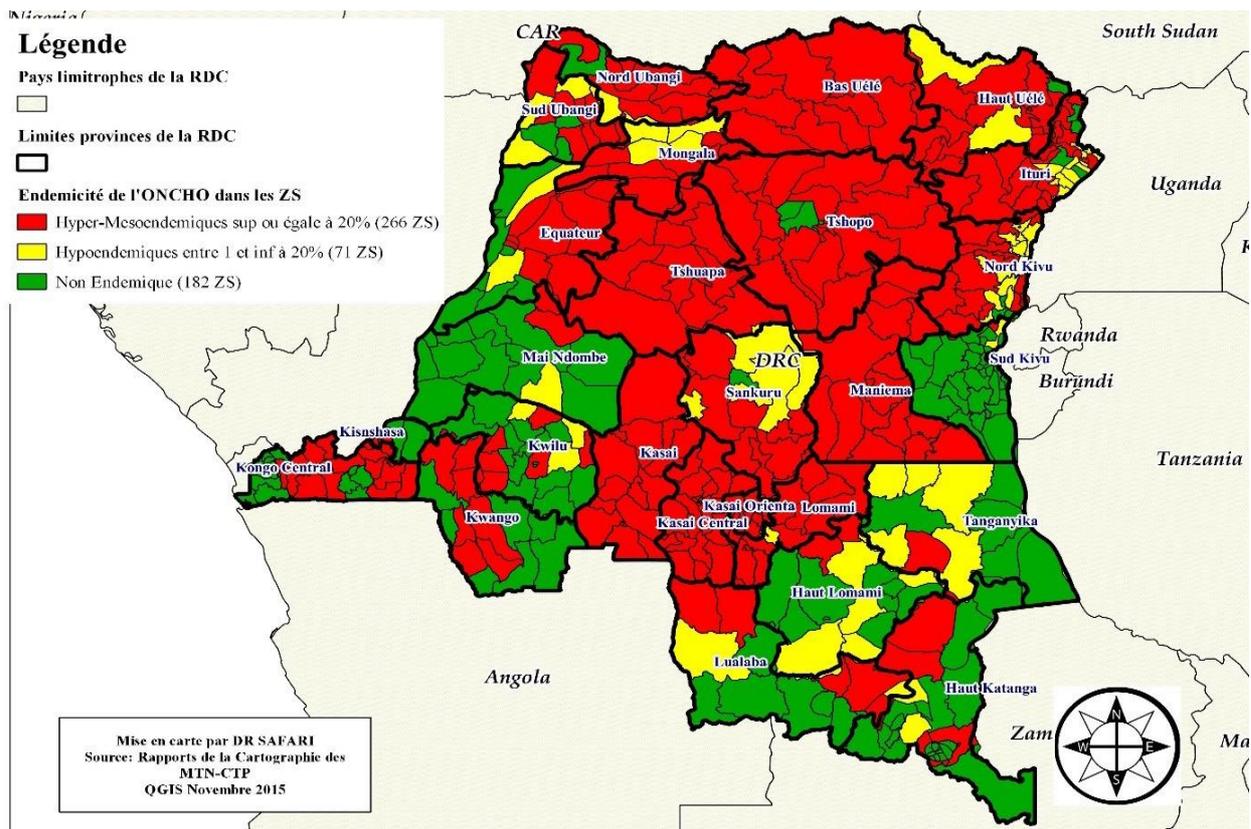


Figure 3. Carte Épidémiologique de l'onchocercose en RDC (2015)

La lutte contre l'onchocercose a été assurée de 1996-2016 par le Programme National de lutte contre l'Onchocercose (PNLO), actuellement relayé par le Programme National de lutte contre les MTN-CTP qui a pour mission entre autre d'éliminer l'onchocercose et de réduire ses conséquences sur le développement socio-économique.

Les stratégies de lutte sont :

- 1) Le Traitement à l'Ivermectine sous directives communautaires (TIDC)
- 2) La lutte anti vectorielle.

La transmission de l'onchocercose en RDC est essentiellement assurée par 2 groupes de vecteur. Les simulies appartenant au complexe *Simulium damnosum* sont les plus abondantes en RDC et sont signalées seules ou en association dans la quasi-totalité des foyers. *Simulium squamosum*, qui assure la transmission dans les foyers de Kinshasa et du Kongo Central, est la seule espèce de ce complexe qui a été identifiée avec précision par les techniques cytotoxonomique et moléculaire. En outre, deux espèces du complexe *S. neavei* ont été identifiées en RDC notamment *S. neavei s.s* au Sankuru et *S. woodi* en Ituri. En plus de ces

deux principaux groupes, l'espèce *S. albivirgulatum* a été signalée à Kinshasa, à l'Equateur et au Kwilu. Il faut noter que les données sur la situation entomologique de l'onchocercose sont très peu documentées et non actualisées à cause de la rareté des études²⁴.

Il sied de mentionner que les principales interventions du programme ont été axées sur les distributions de masse des médicaments. Dans un contexte de co endémicité Oncho-loase cela a nécessité une approche particulière.

Le traitement de masse à l'Ivermectine est recommandé dans les zones à prévalence de microfilarodermie $\geq 5\%$. Au total 266 ZS, soit 51.5%, sont éligibles au traitement de masse à l'Ivermectine.

Cependant dans l'optique de l'élimination de l'onchocercose, le raffinement de la cartographie dans les Zones hypo endémiques est nécessaire.

Le financement des activités est assuré par le Gouvernement et ses partenaires (OMS, CNTD, CBM, UFAR, SSI, END FUND, ENVISION/USAID).

2.4.1.2. Filariose Lymphatique

La filariose lymphatique est une maladie parasitaire causée par des filaires, transmise à l'homme par la piqûre de moustiques. La cartographie de la filariose lymphatique a été conduite de 2009- 2015. Les résultats de cette cartographie révèlent que la maladie est endémique dans toutes les provinces du pays. On compte 242 ZS éligibles au traitement de masse (Prévalence $\geq 1\%$). Plus de 32 millions de personnes sont à risque de la filariose lymphatique.

Sur recommandation de RPG 41 ZS dont les prévalences ICT de base étaient égales à 1% seront cartographiées à nouveau avec un échantillon représentatif pour la confirmation de l'endémicité.

²⁴ (Référence : Mansiangi P, Mulumba P, Kiyombo G, Josens G, Krueger A. Molecular systematic of *simulium squamosum* the vector in the Kinsuka Onchocerciasis focus (Kinshasa/RDC). *Annals of Tropical Medicines and Parasitology*. 2007; 101: 275-279).

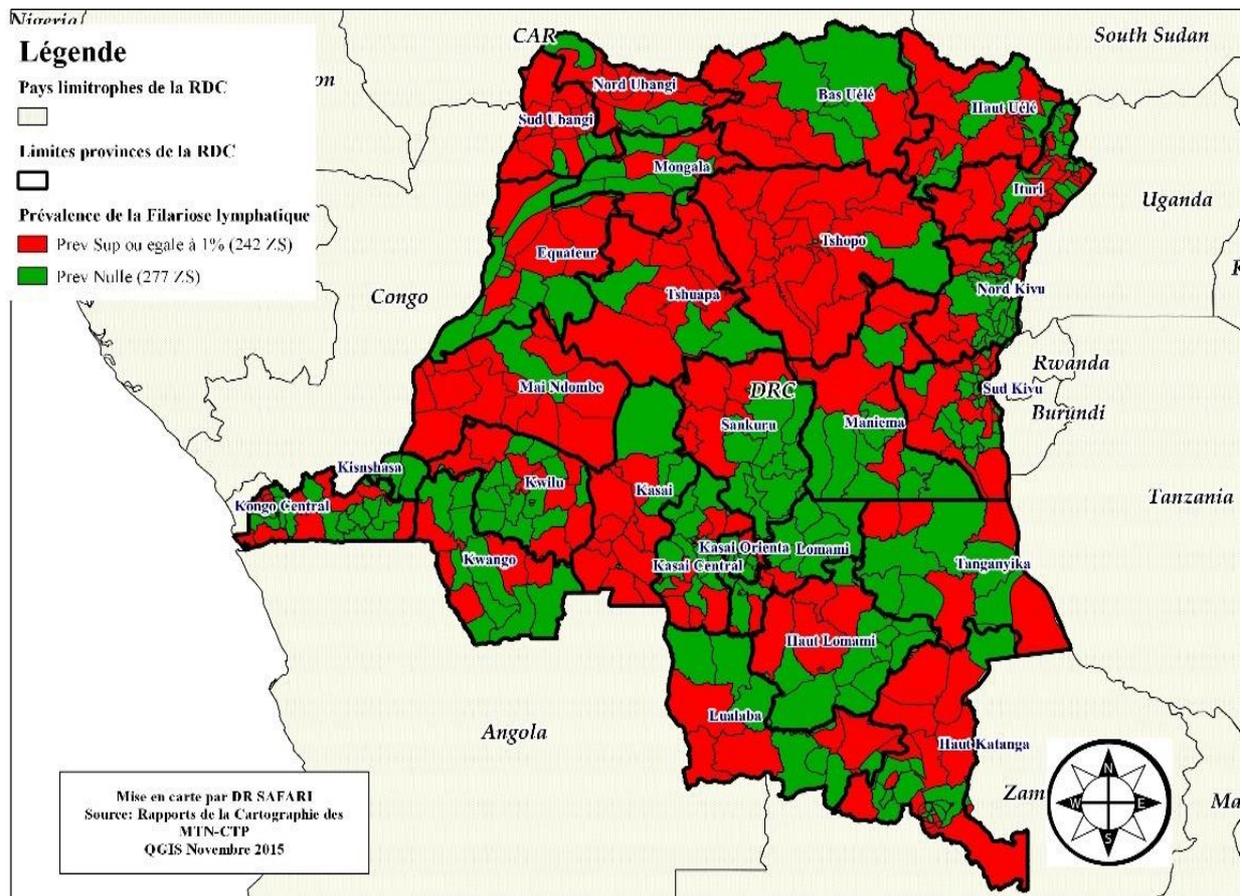


Figure 4. Carte épidémiologique de la filariose lymphatique en RDC

Les traitements de masse contre la FL ont démarré en 2014 et actuellement 87 ZS, soit 36 % sont couvertes.

La stratégie de lutte est basée sur le traitement de masse à l'Ivermectine et Albendazole, la prise en charge des morbidités, la lutte anti vectorielle ainsi que l'assainissement de l'environnement.

Les principaux vecteurs enregistrés en RDC sont : *Anophèles gambiae*, *Anophèles funestus* et *Culex quinquefasciatus*²⁵. Il faut cependant signaler qu'en RDC, les études sur ces vecteurs sont très anciennes et nécessitent une actualisation.

Dans les communautés hypo endémiques ou non endémiques à l'onchocercose où la FL est co-endémique à la loase, la stratégie recommandée est le traitement biannuel à l'Albendazole. Le Gouvernement est assisté par l'OMS, CNTD, UFAR, SSI, END FUND, ENVISION/USAID dans le financement des activités.

2.4.13. Loase

La loase est co-endémique avec l'Onchocercose et la filariose lymphatique dans plusieurs ZS de la RDC, en particulier dans les provinces du Kongo Central, de l'Equateur, Sud Ubangi, Nord Ubangi, Mongala, Tshuapa, Ituri, Tshopo, Bas Uélé, Haut Uélé, Maï Ndombe, Kwilu, Sankuru et Maniema.

Dans les zones endémiques à l'Onchocercose où le niveau d'endémicité de la loase est très élevé, la survenue des effets secondaires graves lors de la DMM de l'Ivermectine influe négativement sur l'adhésion de la communauté au traitement.

La carte ci-dessous montre les niveaux d'endémicité de la loase.

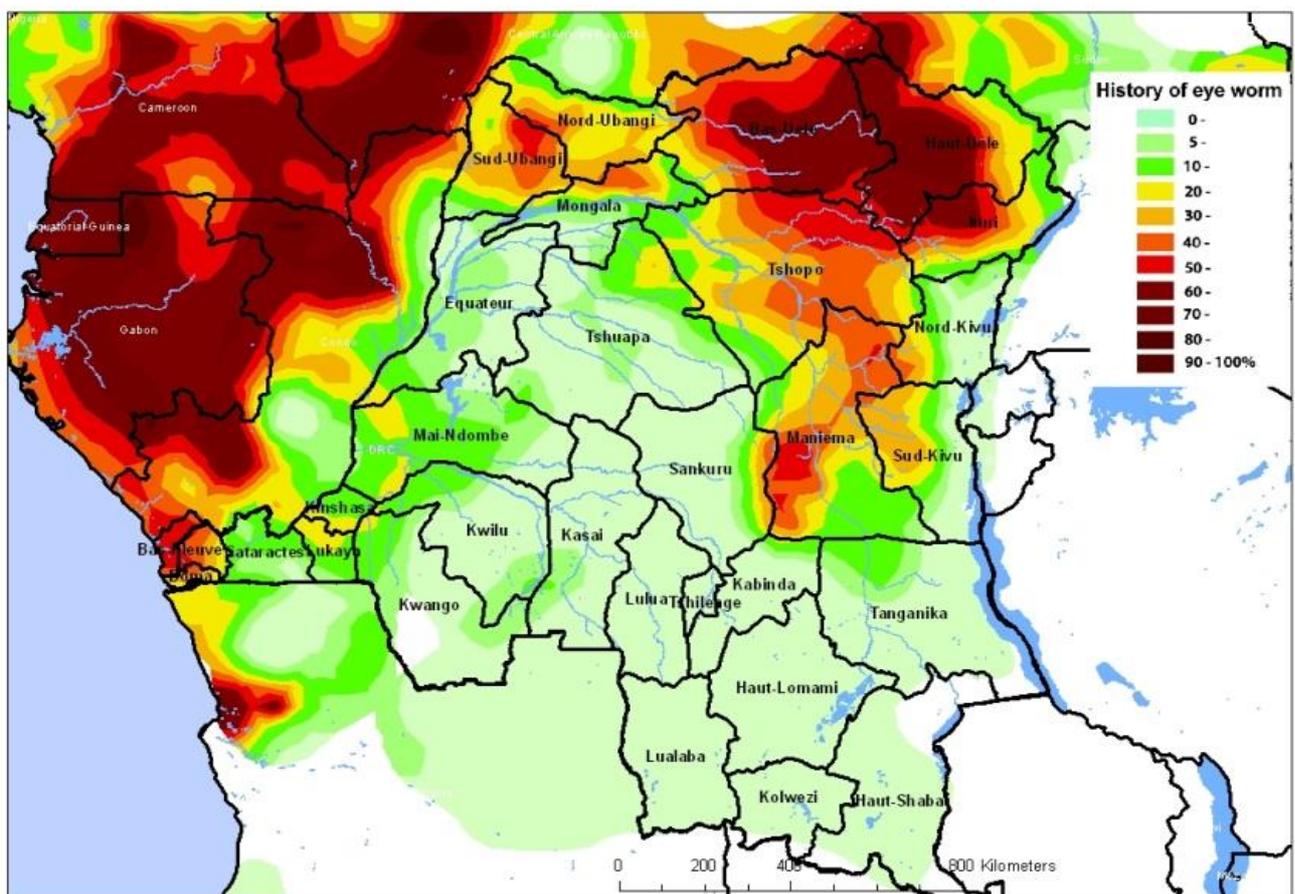


Figure 5. Carte de la loase en RDC

2.4.1.4. Schistosomiasis

La schistosomiase est une maladie causée par des vers plats qui vivent dans l'intestin ou dans la vessie de l'homme. On distingue la schistosomiase urinaire et la schistosomiase intestinale. Les hôtes intermédiaires des schistosomes sont des mollusques gastéropodes. En RDC, les principaux hôtes intermédiaires appartiennent aux genres *Biomphalaria* pour *Schistosoma mansoni* et *Bulinus* pour *S. haematobium* et *S. intercalatum*. Les espèces des mollusques les plus couramment citées sont : *Biomphalaria pfeifferi* et *Bulinus globosus*^{26,27}. Les études malacologiques doivent être approfondies de manière à élucider la composition faunistique et la répartition actuelles des mollusques en RDC.

Les résultats de la cartographie conduite de 2009- 2015 révèlent que la maladie est endémique dans toutes les provinces du pays. Dans l'ensemble, 375 ZS ont des prévalences situées au-dessus de seuil d'intervention (Prévalence ≥ 1 %).

Plus de 21 millions d'enfants d'âge scolaire sont à risque des schistosomiasis.

Il reste encore à cartographier 4 ZS notamment : Kampemba, Kamina base, Kayamba et Mutshatsha.

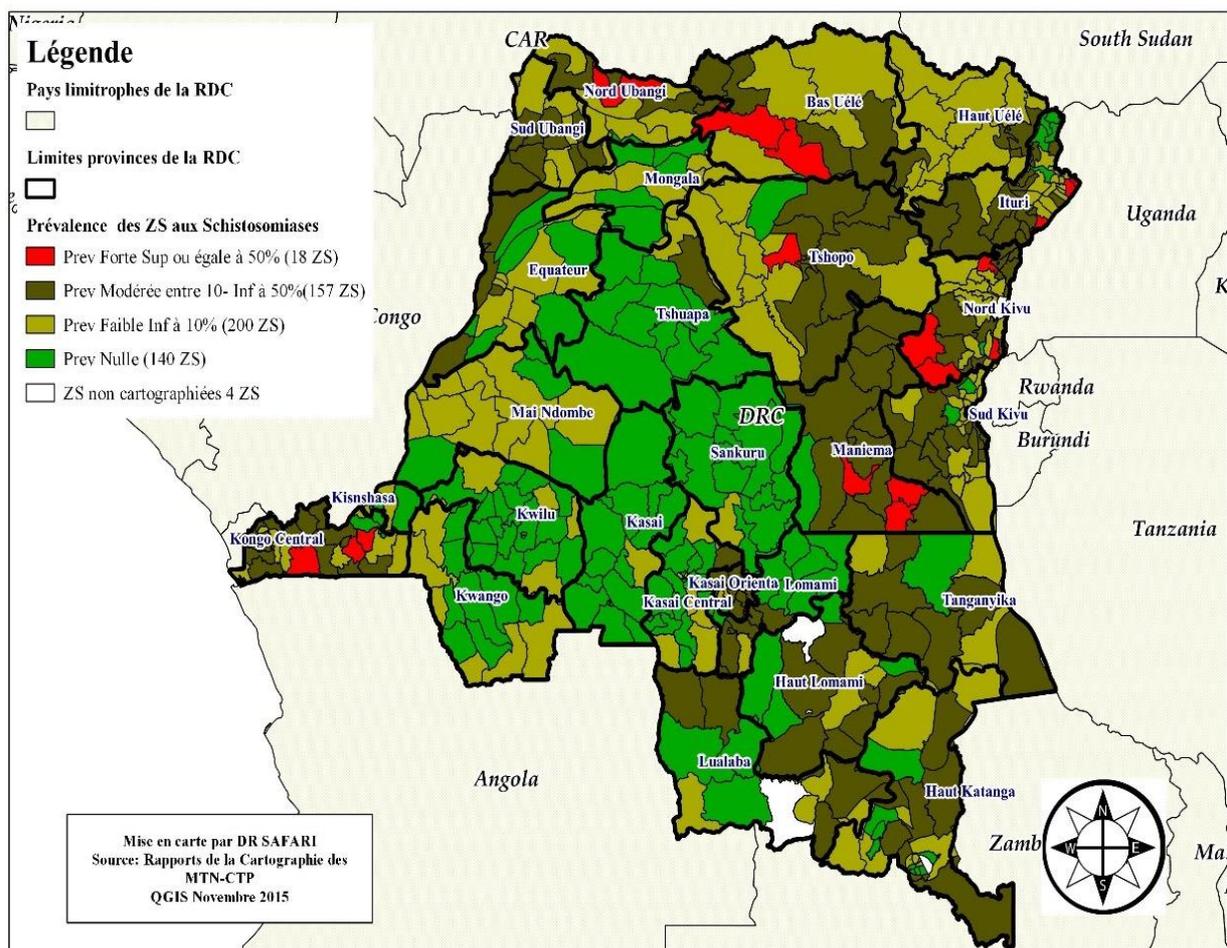


Figure 6. Carte de distribution des schistosomiases

Les premiers traitements de masse ont commencé en 2014 dans 48 ZS. Ils ont concerné les Enfants en âges scolaires. A ce jour, 77 ZS soit 21 % de Zones éligibles au traitement de masse sont sous traitement.

Les activités de lutte sont financées par le Gouvernement et ses partenaires (SCI, ENVISION/USAID, END FUND).

2.4.1.5. Géo helminthiases

Les géo helminthiases sont des parasitoses transmises par contamination à partir du sol. Il s'agit de : Ascariodiose, Trichocéphalose et Ankylostomiase.

La cartographie des géo helminthiases a été conduite de 2009- 2015. Les résultats indiquent que la maladie est endémique dans toutes les provinces. Il y a 291 zones de santé avec des prévalences situées au-dessus de seuil d'intervention (prévalence $\geq 20\%$).

Au total, 16 193 560 d'enfants en âge scolaire sont à risque des géo helminthiases.

Actuellement, quatre ZS restent à cartographier : Kampemba, Kamina base, Kayamba et Mutshatsha.

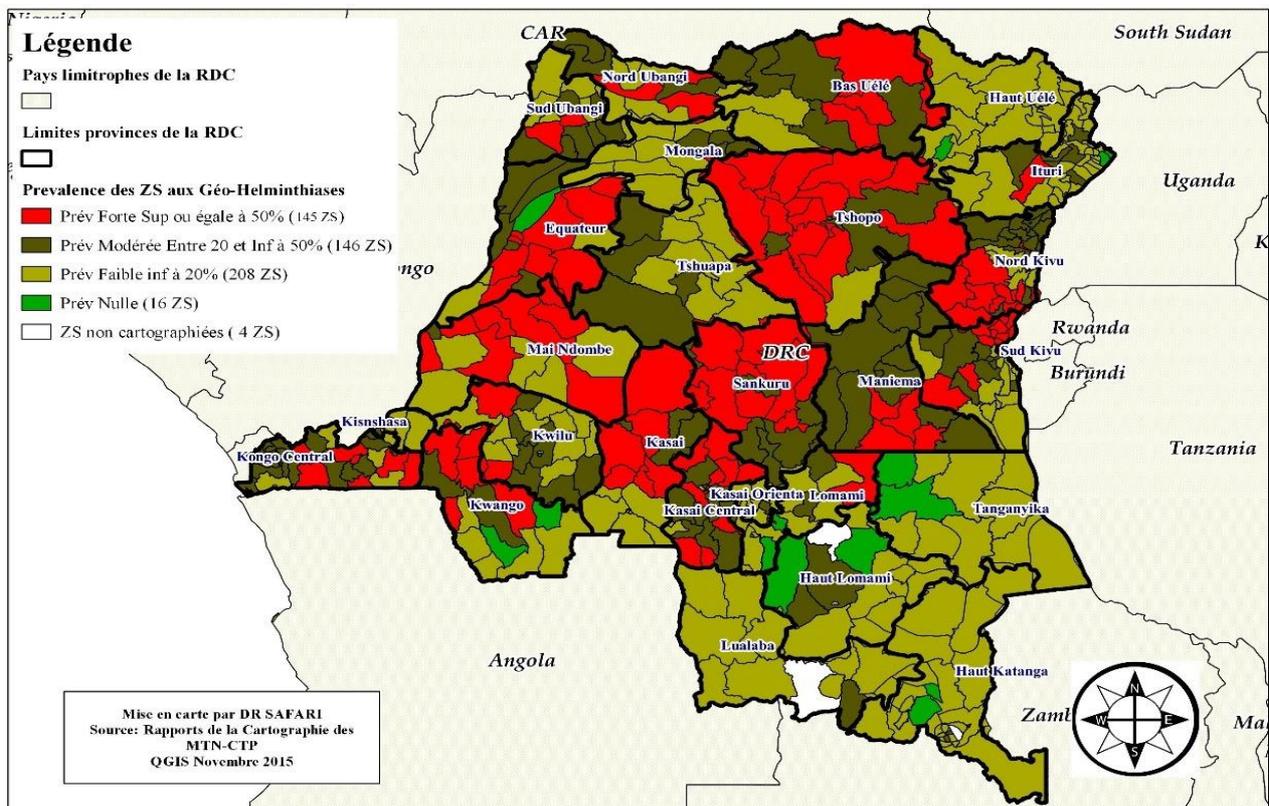


Figure 7. Carte de distribution géo helminthiases

Les distributions de masse contre les Géo-helminthiases ont débuté en 2014 et ont ciblé les Enfants en âges scolaires dans les ZS éligibles aux traitements.

A ce jour, 94 Zones de santé soit 32 % de Zones éligibles au traitement de masse sont sous traitement.

Le Gouvernement est assisté par SCI, ENVISION /USAID, END FUND dans le financement des activités.

2.4.1.6. Trachome

Le Trachome est une kérato-conjonctivite chronique cécitante due à chlamydiae trachomatis, bactérie intracellulaire.

La cartographie du Trachome a été motivée par les données historiques, les consultations ophtalmologiques et les enquêtes communautaires.

Les résultats des enquêtes menées indiquent ce qui suit :

- 30 ZS ont des prévalences TF ≥ 5%
- 22 ZS ont une prévalence TT ≥ 1%.
- c) Plus de 50% des ménages utilisent des installations sanitaires améliorées dans 2 ZS.
- La population à risque est estimée à 3.132.828 habitants

La cartographie du Trachome n'est pas achevée, elle sera poursuivie progressivement dans les ZS en fonction de la suspicion d'endémicité des zones.

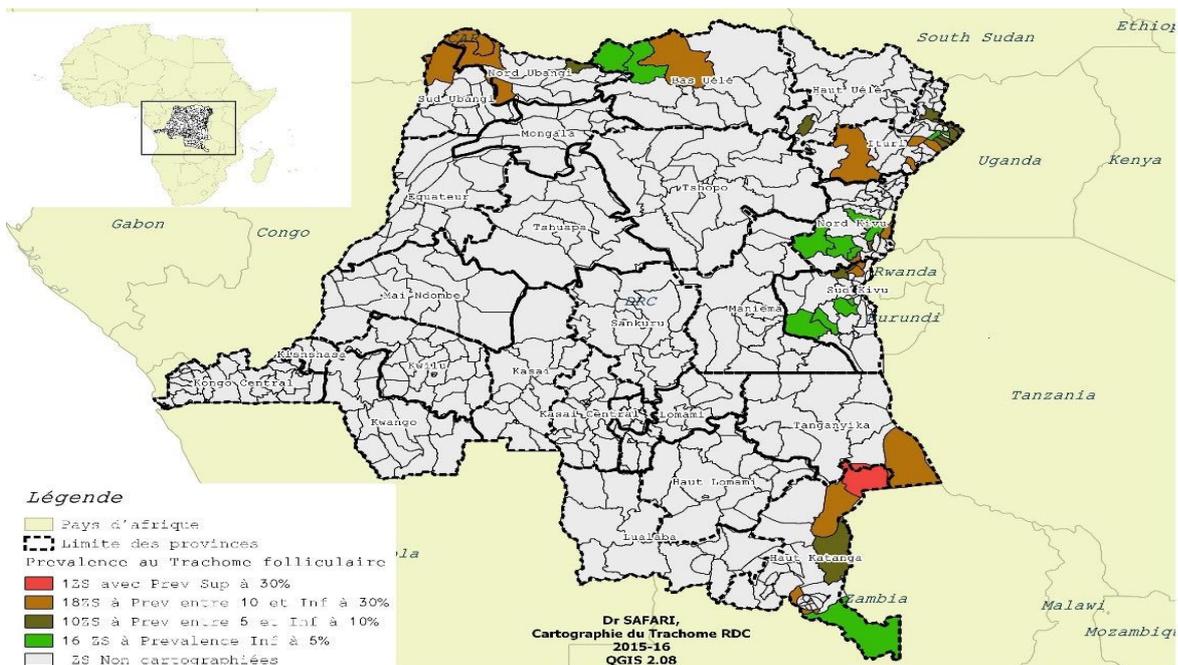


Figure 8. Carte de la prévalence du trichiasis en RDC

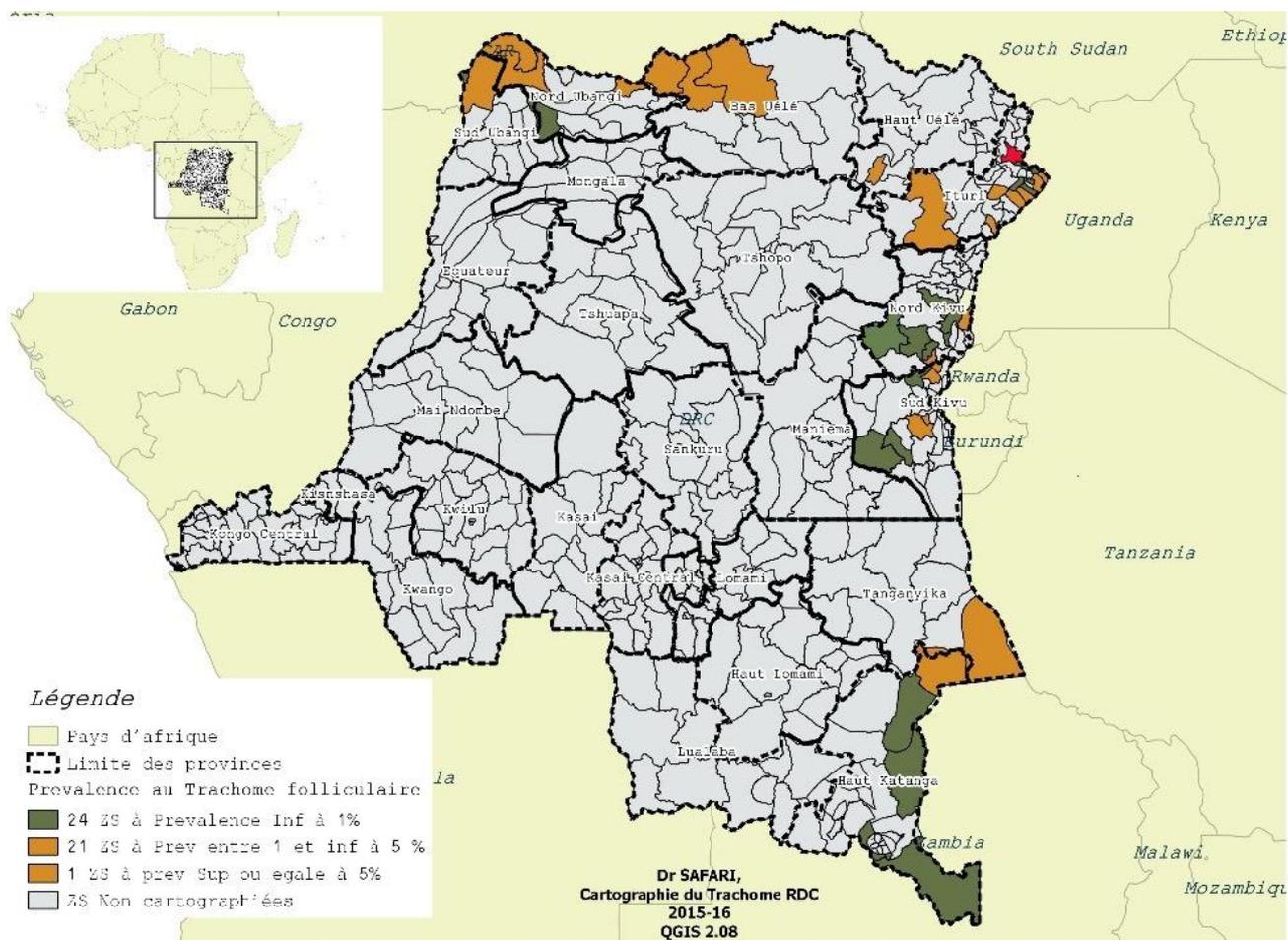


Figure 9. Carte de la prévalence du trachome actif

Le traitement du trachome fait appel à la stratégie « CHANCE » recommandée par l’OMS.

Le démarrage du traitement de masse est planifié pour l’exercice 2016. ENVISION /USAID va accompagner le gouvernement dans le financement du volet A (antibiothérapie)

2.4.1.7. Lèpre

La lèpre (encore appelée maladie de Hansen) est une maladie infectieuse chronique causée par *Mycobacterium leprae*, un bacille acido-alcoolo résistant. La maladie affecte principalement la peau, les nerfs périphériques, les muqueuses des voies respiratoires hautes et les yeux mais, aussi d’autres structures.

Longtemps considérée comme un pays endémique en matière de la lèpre, la RDC a atteint au niveau national, le seuil de l'élimination (taux de prévalence < 1 cas pour 10.000 habitants) depuis la fin de l'année 2007. En 2014, la prévalence était de 0,36 pour 10 000 habitants.

La lèpre est présente dans toutes les provinces à des degrés différents comme l'illustre la carte de distribution par ZS reprise ci-dessous.

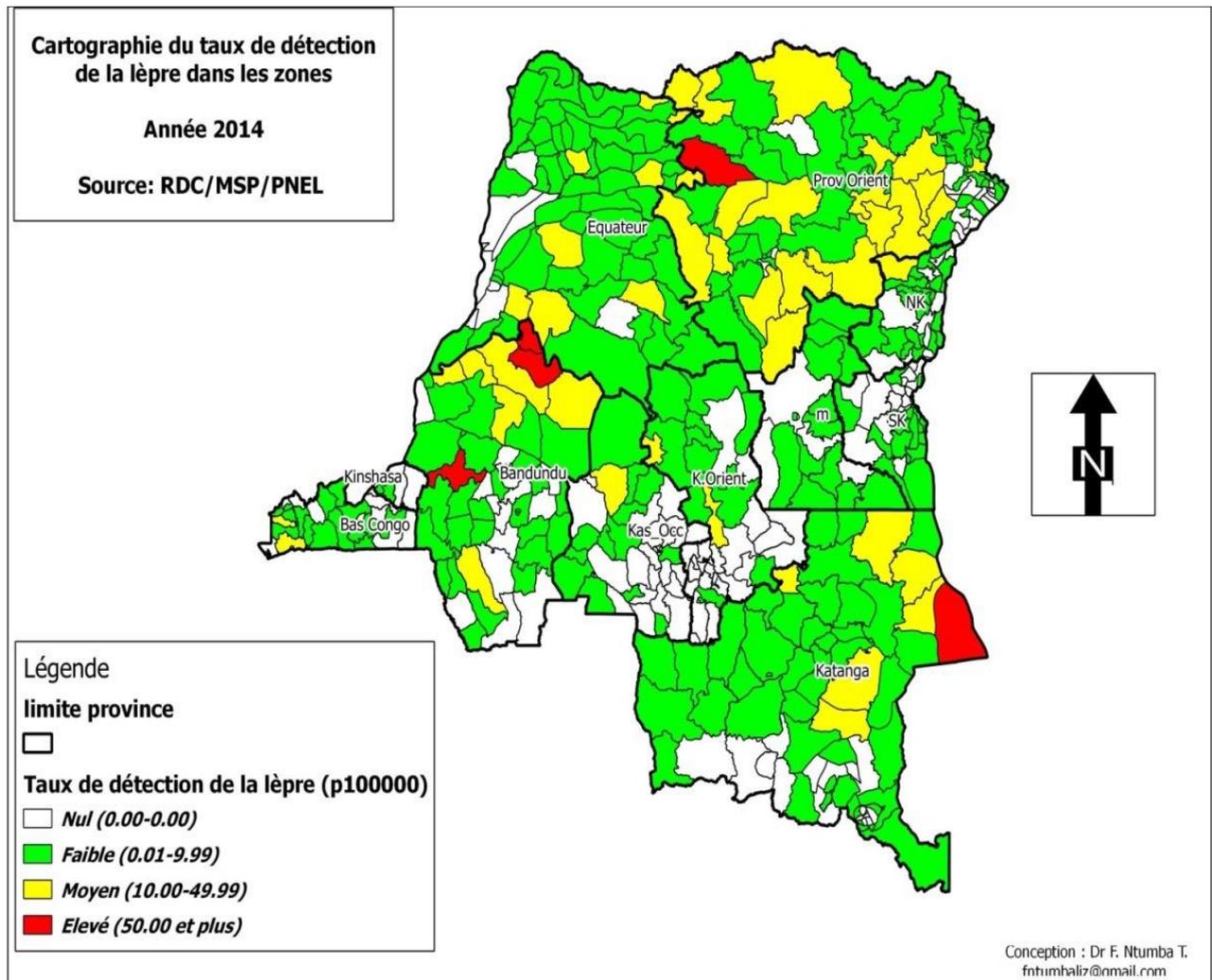


Figure 10. Carte de prévalence de la lèpre par zone de santé en 2014

Il existe un programme national d'élimination de la lèpre (PNEL) depuis 2002. Sur les 519 ZS ciblées, 412 ZS (79%) sont couvertes par les interventions.

Les stratégies de lutte consiste aux dépistages actif (mini campagne) et passif, dépistage intégré avec les autres MTN-PCC, examen des contacts et traitement par PCT et prévention des infirmités.

2.4.1.8. Trypanosomiase Humaine Africaine

La Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) aussi connue sous le nom de « maladie du sommeil » est une maladie parasitaire causée par un protozoaire du genre *Trypanosoma*, dont les sous-espèces *T. brucei gambiense* et *T. brucei rhodesiense* sont pathogènes pour l'homme. En République Démocratique du Congo (RDC), la THA est causée par le *T. brucei gambiense* qui entraîne une forme chronique de la maladie.

La THA est transmise par la pique d'une mouche tsétsé (Glossine) infestée. Suivant l'ancienne subdivision administrative, les différentes espèces impliquées dans la transmission de la THA en RDC sont : *Glossina Palpalis Palpalis* (Bas-Congo), *Glossina Fuscipes* (Equateur et Province Oriental), *Glossina Fuscipes Quanzensis* (Kinshasa, Bandundu, Kasai-Oriental et Occidental), *Glossina Fuscipes Martini* et *Glossina Morsitans Centralis* (Nord Katanga).

En RDC, la THA est endémique dans 24 provinces. Deux provinces (le nord et le sud Kivu) ne sont pas endémiques à la THA. Au cours des 5 dernières années 219 Zones de Santé (ZS) sur les 519 ZS que compte le pays (soit 42,4 %) ont notifié au moins un cas de THA et sont donc considérées comme endémiques à la THA.

Selon l'OMS, la population exposée au risque d'infection de la THA en RDC est de 36, 2 millions dont 3 569 000 habitants sont à très haut et haut risque et 10 767 000 habitants à risque modéré. Au cours de l'année 2015, un total de 2349 nouveaux cas à *T.b. gambiense* a été notifié à l'OMS.

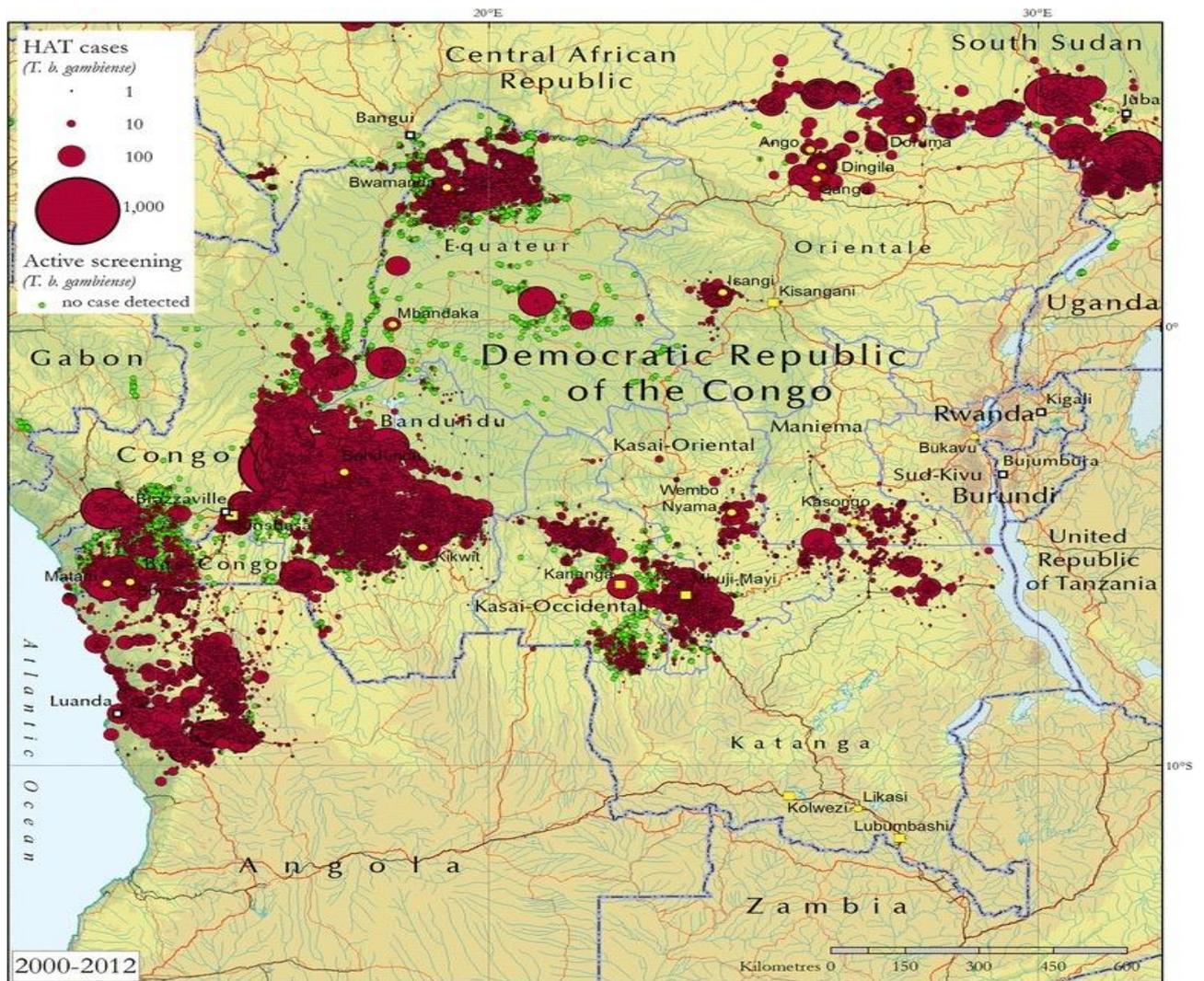


Figure 11. Distribution des nouveaux cas THA en RDC pour les années 2000 à 2012

Il existe en RDC depuis 2001 un programme national de lutte contre la THA (PNLTHA) dont la mission est d'organiser et de coordonner la lutte contre la THA sur toute l'étendue de la RDC. Il sied de rappeler que ce programme a existé sous le format du Bureau central de lutte contre la trypanosomiase depuis 1968. La couverture des interventions est de 49 % soit 219 ZS sur 451 ZS ciblées.

Les interventions se résument essentiellement en dépistage actif avec les unités mobiles, le dépistage passif et traitement avec les centres de santé et les HGR et la lutte anti vectorielle à base communautaire (piège et petit écran).

2.4.1.9. Leishmanioses

La leishmaniose est une maladie parasitaire causée par le protozoaire du genre *leishmania* qui est transmise par la piqûre des phlébotomes. Il existe deux formes cliniques: cutanée et viscérale.

Aucune information officielle n'est disponible à l'heure actuelle sur cette maladie en RDC. Cependant, des cas suspects ont été rapportés dans la province de l'Équateur en juin 2009 par des médecins exerçant dans le District de Nord-Ubangi pour lesquels la confirmation par le laboratoire n'a pas été obtenue. L'Ouganda, la République Centrafricaine et le Soudan, pays voisins de la RDC, ont notifié et continuent à rapporter des cas de Leishmanioses cutanée et viscérale.

Il est nécessaire de mener des enquêtes de prévalence de la leishmaniose, notamment dans les zones frontalières avec la RCA, le Soudan et l'Ouganda.

2.4.1.10. Pian

Le Pian est une tréponématose due à *Treponema pertenuae*. Les données disponibles en RDC sont parcellaires, mais la maladie est très fréquente dans les communautés pygmées. Une enquête réalisée en 2005 dans la province de l'équateur (ZS de Wasolo) a montré une prévalence globale des lésions cliniques de Pian de 4,6% et une séroprévalence de 13 %.

Des cas de rumeurs ont été signalés à Pawa (Haut-Uélé) et Bosobolo (Nord Ubangi) en 2008. Cependant ces rumeurs n'ont pas été investiguées faute des moyens financiers.

En juin 2016 la ZS Bogose Nubea (Sud-Ubangi) a notifié 429 cas suspects de pian. Les résultats des échantillons prélevés sont attendus de l'INRB.

Il est important que le pian figure parmi les maladies sous surveillance épidémiologique à rapportage mensuel.

2.4.1.11. Ulcère de Buruli

L'ulcère de Buruli (UB) est une infection cutanée provoquée par le *mycobactérium ulcerans*. L'infection entraîne une destruction massive de la peau et du tissu mou avec formation de gros ulcères sur n'importe quelle partie du corps. Toutefois, les lésions sont situées à 90 % sur les membres. Les incapacités occasionnées par l'UB restent élevées tandis que la mortalité reste faible.

De 1998 à 2014, un total de 2847 cas d'UB a été rapporté dont 901 durant ces quatre dernières années répartis comme suit : 633 cas dans la province du Kongo-Central, 198 au Maniema, 70 à Kinshasa, Kwilu, Kwango et Mai-Ndombe. La distribution de l'UB en RDC selon le niveau d'endémicité est présentée dans la figure 17 qui montre 21 zones endémiques (après PCR des cas suspects) et 30 zones suspectes (diagnostic clinique) base purement clinique. Il y a donc nécessité de réaliser les enquêtes de prévalence pour la situation des zones à statut inconnu.

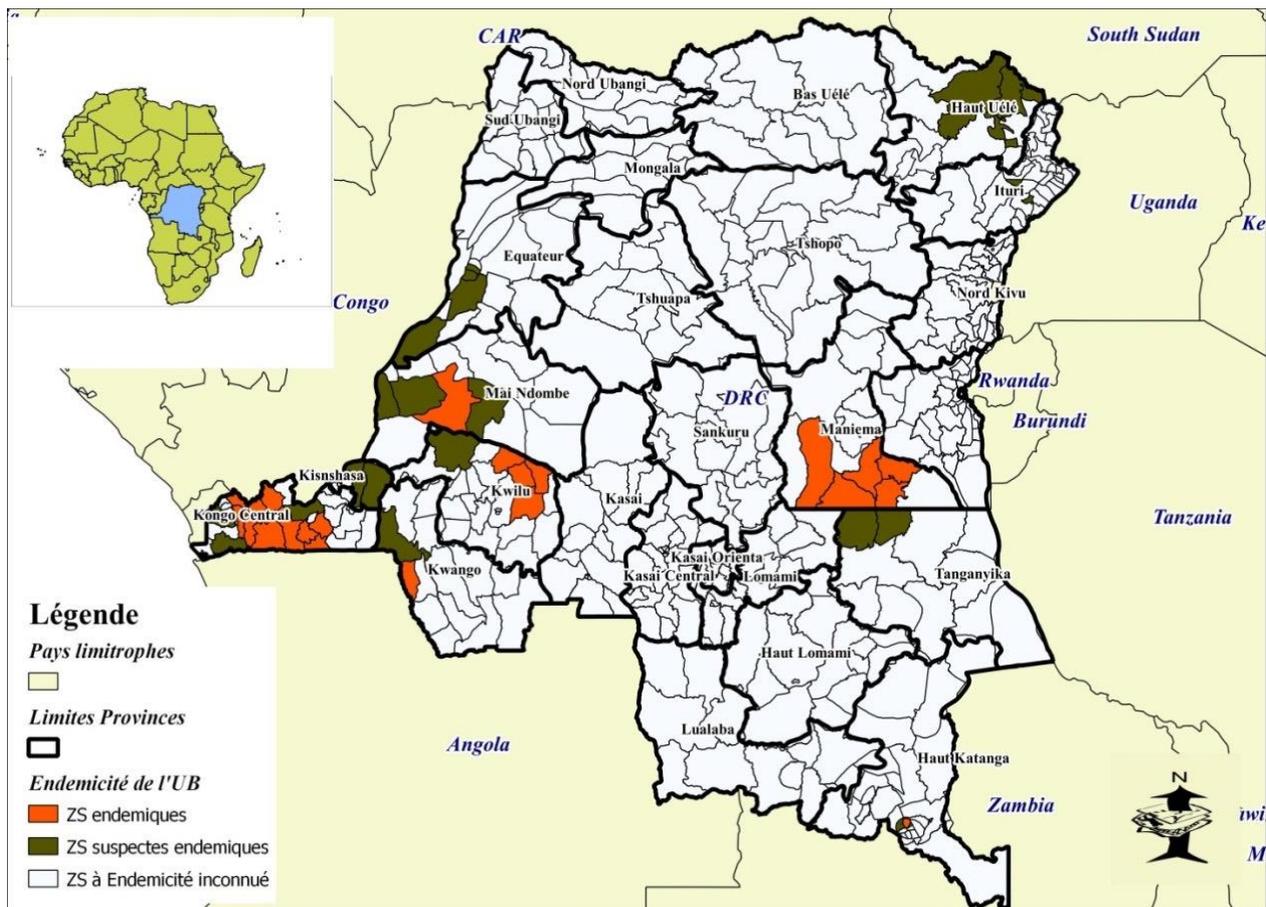


Figure 12. Carte de la distribution de l'Ulcère de Buruli en RDC

Il existe un programme national de lutte contre l'ulcère de Buruli (PNLUB) depuis 2002. Sur les 519 ZS ciblées à peine 13 ZS (3%) sont couvertes par les interventions.

Les stratégies de lutte se résument en dépistage actif, dépistage passif, dépistage intégré avec les autres MTN-PCC et traitement (bi-antibiothérapie et/ou chirurgie et prévention des incapacités).

2.4.1.12. Rage

La Rage est une zoonose virale. Le virus de la rage infecte les animaux domestiques et sauvages et se transmet à l'homme par contact avec la salive d'animaux infectés (lors des morsures ou égratignures). On sait qu' en cas de confirmation de cas de rage, la létalité est quasiment de 100%). Elle sévit dans toutes les provinces.

De 2008 à 2013, sur un échantillonnage de 106 cas suspects notifiés sur une population de 6,5 millions d'habitants de la ville province de Kinshasa, un seul cas avait été confirmé positif par l'Institut National des Recherches Biomédicales (INRB).

En 2015, 94 cas suspects de rage ont été notifiés dans 9 des 11 anciennes provinces du pays (selon l'ancienne configuration). L'incidence la plus élevée a été observé dans la province du Kasai Occidental (0,53 p.100000 hab.) et dans la province du Kasai Oriental (0,30 p. 100000 hab.). Par contre aucun cas suspects de rage n'a été signalé dans les provinces du Maniema et du Nord Kivu.

La surveillance épidémiologique des cas de rage est conjointement assurée par la DLM et le laboratoire vétérinaire (Ministère de l'agriculture).

Les interventions consistent au dépistage et traitement préventif, vaccination des animaux domestiques, isolement et abattage des animaux mordeurs. Le coût élevé des vaccins rend inaccessible la vaccination.

.

2.4.1.13. Dracunculose

La dracunculose ou ver de Guinée est une maladie parasitaire transmise à l'homme par l'ingestion d'eau contenant un cyclops infesté de larves de *Dracunculus medinensis*.

Depuis la création du Programme National d'Eradication de la dracunculose (PNED) en 2002 avec comme mission d'organiser et coordonner les activités de certification de l'éradication du VDG, la RDC n'a pas connu des cas de dracunculose. Néanmoins; nous avons enregistré 328 cas de rumeurs de 2015 à 2016.

Il sied de signaler que la RDC est historiquement endémique. Les seules données disponibles des cas confirmés de ver de Guinée ont été rapportés durant l'époque coloniale entre 1949 et 1958, faisant état de 518 cas répartis comme suit: 511 cas chez les autochtones dont 340 au Kasai, 151 en Province Orientale, 12 à l'Equateur, 6 dans l'ex Province de Léopoldville, 2 cas non localisés observés par le service FOREAMI; et 7 cas chez les expatriés dont 5 en Province Orientale; 1 au Kasai et un autre au Katanga (rapports sanitaires du Congo-Belge).

Les interventions du PNED durant cette phase de pré-certification sont essentiellement: la surveillance et riposte (SIMR); les enquêtes de vérification des cas (recherche active par le PNED seul ou en intégration avec les autres programmes), IEC et l'implémentation du système de récompense ainsi que la rédaction du rapport pays par le Comité National de Certification de l'éradication de la Dracunculose (CNCED).

2.4.1.14. Peste

La peste est une maladie des rongeurs mais l'homme peut aussi la contracter. Elle est due au bacille de Yersin, généralement transmise par la piqûre de puces infectées.

Elle fait partie des maladies à potentiel épidémique et à notification hebdomadaire dans le cadre de la Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SIMR). Elle est connue dans l'Ituri où des activités de lutte sont menées par la DLM. En 2015, 18 cas ont été notifiés en Ituri. Il est nécessaire de réaliser les enquêtes de prévalence pour compléter la cartographie de la maladie. La surveillance épidémiologique des cas de peste est assurée par la DLM depuis 2002. Les interventions consistent au dépistage et traitement des cas ainsi qu'à la lutte contre les réservoirs.

2.4.2. Co endémicité des MTN

Plusieurs MTN sont co-endémiques au sein des mêmes ZS. Les figures 19 et 20 illustrent respectivement les zones de co-endémicité des MTN-CTP et des MTN-PCC

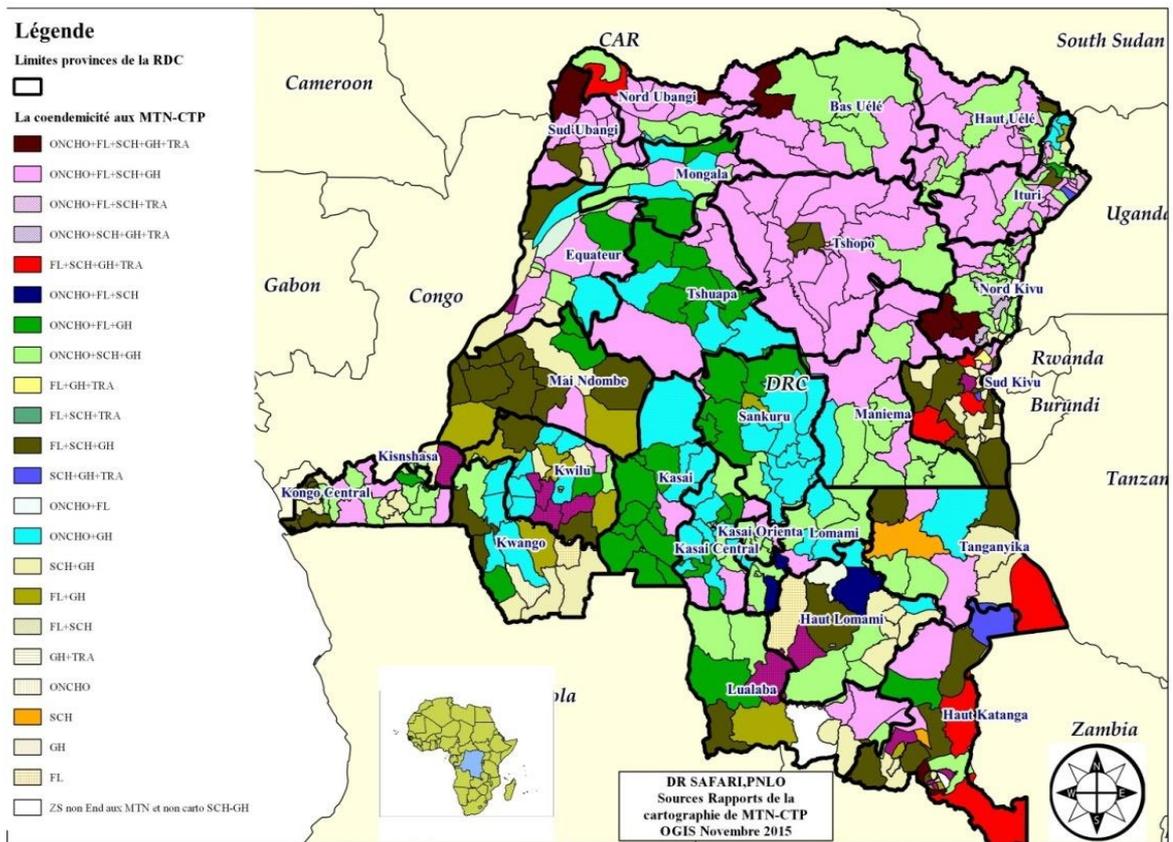


Figure 13. Carte de co-endémicité des MTN-CTP

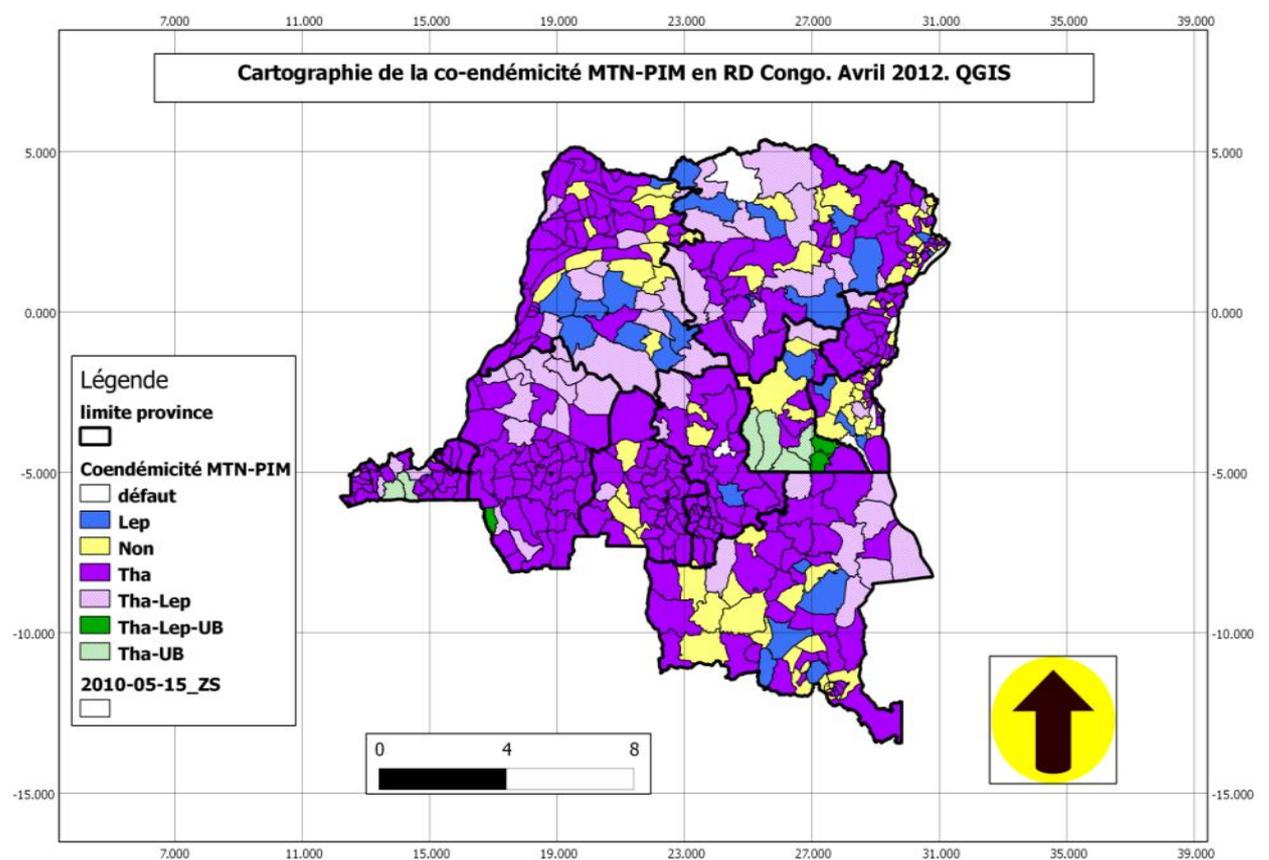


Figure 14. Carte de co-endémicité des MTN –PCC

Le tableau suivant montre la cartographie des MTN en RDC sur base du niveau d'endémicité :

Tableau 7. Situation de la Cartographie des MTN

MTN	Nbre de ZS suspects d'être endémiques	Nbre de ZS cartographiés ou dont le niveau d'endémicité est connu	Nbre de ZS connues endémiques ayant atteint le seuil d'intervention	Nbre de ZS devant encore être cartographiés ou évalués pour déterminer leur niveau d'endémicité
Filariose				
Lymphatique	519	519	242	0
Géo helminthiases	519	515	291	4
Onchocercose	519	519	266	51
Schistosomiase	519	515	375	4
Trachome	65	46	30	19
Dracunculose	ND*	182	0	337

MTN	Nbre de ZS suspectes d'être endémiques	Nbre de ZS cartographiés ou dont le niveau d'endémicité est connu	Nbre de ZS connues endémiques ayant atteint le seuil d'intervention	Nbre de ZS devant encore être cartographiées ou évaluées pour déterminer leur niveau d'endémicité
Leishmanioses	519	0	ND	519
Lèpre	519	519	412	0
Peste	27	27	27	0
Pian	155	1	NA	1
Rage	519	194	194	325
Trypanosomiase humaine africaine	451	219	219	232
Ulcère de Buruli	519	21	21	498

ND* : Le nombre des ZS historiquement endémiques ne sont pas encore connu. Les données disponibles sur les cas notifiés en RDC sont celles à l'échelle provinciale.

2.4.3. Mise en œuvre du programme MTN

Les programmes MTN qui ont mis en œuvre des activités de lutte à l'échelle nationale sont le PNLO, PNED, PNEL, PNLFL, PNLBI/PI et PNLTHA. Le PNLUB est seulement opérationnel dans le Kongo Central et le Maniema. A noter toutefois que pour la peste il existe seulement un point focal pour la prise en charge des cas dans le foyer connu de l'Ituri.

Le tableau 8 ci-dessous donne la liste des Programmes et interventions des MTN CTP existant en 2015 en RD Congo.

**Tableau 8. Liste des Programmes et interventions des MTN CTP existant en 2015 en RD
Congo**

Programmes	MTN	Année de démarrage du programme	Nbre total ZS ciblées	Nbre ZS couverts ou CG	Population ciblée dans la ZS	Nbre pop Couverte (%)	Stratégies utilisées	Principaux Partenaires
PNLO	Oncho	2001	266	257 (97%)	35371882	27276923 (77.1%)	DMM /TIDC	OMS/APOC, CBM UFAR, BADEA, SCI,CNTD, END FUND, SSI, RTI
PNLFL	FL	2002	228	87	32 118790	7673271 (23,8%)	DMM	OMS/APOC, CBM UFAR, BADEA, SCI,CNTD, END FUND, SSI, RTI
PNLBI/PI	SCH	2002	371	72	22123725	2960477 (13,4%)	DMM	OMS/APOC, CBM UFAR, BADEA, SCI,CNTD, END FUND, SSI, RTI
	HTS		288	84	37623567	3504761(9 ,3%)	DMM	OMS/APOC, CBM UFAR, BADEA, SCI,CNTD, END FUND, SSI, RTI
DLM	Trachome	2002	17	0	3132828	0	CHA NCE	RTI, CBM, WV

Le tableau 9 ci-dessous donne la liste des Programmes et interventions des MTN PCC existant en 2015 en RD Congo.

Tableau 9. Liste des Programmes et interventions des MTN PCC

Programmes	MTN	Année de démarrage du programme	Nbre total ZS ciblées	Nbre ZS couvertes (CG)	Stratégie	Partenaires
PNEL	Lèpre	2002*	519	412 (79 %)	Dépistage passif, dépistage actif (mini campagne), examen de contact, traitement par la PCT et prévention des infirmités	OMS, AD, TLM CONGO, ALM, SASAKAW A
PNLTH A	Trypanosomiase humaine Africaine	2001	451	219 (49 %)	Dépistage actif avec unité mobile, dépistage passif CS et HGR, traitement et LAV	OMS, IMT Anvers, DNDi, FIND, MSF Belgique et Hollande
PNLUB	Ulcère de Buruli	2002	519	13 (3 %)	Dépistage actif, dépistage passif et traitement (bi-antibiothérapie et/ou Chirurgie et prévention des incapacités)	OMS, ALM, IMT Anvers, TLM CONGO, FIND

Programmes	MTN	Année de démarrage du programme	Nbre total ZS ciblées	Nbre ZS couvertes (CG)	Stratégie	Partenaires
					Dépistage intégrée avec les autres MTN PCC	
DLM	Rage	-	194	194	Dépistage et traitement préventif Vaccination des animaux domestiques, isolement et abattage des animaux mordeurs	OMS
DLM	Pian	-	ND	0	Dépistage actif et traitement des cas et contacts	OMS
DLM	Leishmanioses	-	1	0	Enquête de prévalence, dépistage passif des cas de LC et actif des cas de LV avec traitement spécifique des cas	OMS
PNED	Dracunculose	2002	519	40 (8 %)	Enquête de certification, surveillance à base communautaire	OMS

Programmes	MTN	Année de démarrage du programme	Nbre total ZS ciblées	Nbre ZS couvertes (CG)	Stratégie	Partenaires
DLM	Peste	2002	27	27	Dépistage et traitement des cas Lutte contre les réservoirs	OMS, MEMISA, OXFAM, CARITAS, MSF Suisse
DLM	Trachome	2008*	13	0	Dépistage des cas, chirurgie de trichiasis	OMS
PNLF	FL (Hydrocèles, Eléphantiasis)	2002	242	0	Dépistage des cas, Chirurgie des hydrocèles, Soins à domicile	OMS, CNTD

2.5. Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces, Lacunes & Priorités

2.5.1. Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces

Le tableau ci-dessous présente l'analyse de Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces.

Tableau 10. Tableau d'analyse forces, faiblesses, opportunités et menaces

Forces	Faiblesses
1. L'appropriation de la lutte contre les MTN par le Gouvernement.	1. Insuffisance du financement des activités par le gouvernement ;
2. Disponibilité d'une expertise spécifique à tous les niveaux par MTN ciblée.	2. Faibles couvertures des interventions
3. Existence des recos/DC de l'ivermectine et des CODESA.	3. Insuffisance des ressources humaines pour la chirurgie des TT.
4. Existence d'un programme de lutte contre les MTN-CTP.	4. Insuffisance des ressources humaines dans le domaine de l'entomologie au niveau national.
5. Existence des coordinations provinciales intégrées MTN-CTP.	5. La cartographie inachevée pour plusieurs MTN (Trachome, THA, UB, peste...)
6. Existence des programmes nationaux et coordinations provinciales des MTN-PCC	6. Faible mise en œuvre de la lutte anti vectorielle contre toutes les MTN à transmission vectorielle (THA Oncho, schisto, FL).
7. Existence des unités de gestions des événements indésirables	7. Faible rapportage des données de surveillance de la plupart des MTN
8. Existence des outils de collecte des données	8. Faible niveau d'implication de la communauté dans les interventions de lutte contre les MTN
	9. Faible appui à la pharmacovigilance des médicaments de prise en charge des MTN
	10. Insuffisance d'appui au renforcement des capacités des unités de gestion des événements indésirables
Opportunités	Menaces

-
- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Existence de partenaires prêts à appuyer la lutte contre les MTN (OMS, HKI, USAID, SANRU/AXxeS, CBM, CRS, DGD/IMTA, LSTM, UFAR, SCI, END FUND, etc.2. Existence de la société civile œuvrant dans le domaine de la santé3. Existence des sociétés minières, multinationales4. Bonne couverture du pays en réseau de communication mobile (GSM).5. Existence d'outils et matériels standards de formation développés au niveau international.6. La mise en place d'une nouvelle entité en charge de la coordination régionale (ESPEN) de la lutte contre les MTN-CTP.7. Développement de nouvelles molécules et des outils de diagnostic pour la prise en charge des MTN.8. Disponibilité et gratuité des médicaments | <ol style="list-style-type: none">1. Précarité de la situation socio-économique du pays2. Insécurité dans certaines parties de l'Est du pays3. Forte dépendance des Programmes Nationaux sur les financements extérieurs4. Accessibilité difficile de la plupart des zones du pays. |
|--|--|
-

Tableau 11. Matrice d'appariement des faiblesses avec les forces et opportunités

Faiblesses	Forces contre carrant les faiblesses	Opportunités contrecarrant les faiblesses
1. Insuffisance du financement des activités par le gouvernement	L'appropriation de la lutte contre les MTN par le Gouvernement	Existence de partenaires prêts à appuyer la lutte contre les MTN (OMS, HKI, USAID, SANRU/AXxeS, CBM, CRS, DGD/IMTA, LSTM, UFAR, SCI, ENVISION, PAM, END FUND, PDM, GSK, Merk et SERONO, Pfizer, etc.) Existence des sociétés minières, multinationales (de communication,...)
2. Faibles couvertures des interventions	Existence d'un Programme MTN-CTP Existence des coordinations provinciales intégrées MTN-CTP Existence des coordinations provinciales MTN-PCC Existence des relais communautaires /Distributeurs Communautaires	Existence d'outils et matériels adéquats de formation Disponibilité et gratuité des médicaments Mise en place d'une nouvelle entité en charge de la coordination régionale (ESPEN) de la lutte contre les MTN-CTP.
3. Insuffisance des ressources humaines pour la chirurgie des TT.	Prise en compte de la lutte contre les MTN dans le PNDS 2016-2020	Existence de partenaires prêts à appuyer la formation des chirurgiens TT
4. Insuffisance des ressources humaines dans le domaine de l'entomologie.	Prise en compte de la lutte contre les MTN dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020)	Existence de partenaires prêts à appuyer la lutte contre les MTN Mise en place d'une nouvelle entité en charge de la coordination régionale (ESPEN) de la lutte contre les MTN-CTP
5. La cartographie inachevée pour	Disponibilité d'une expertise spécifique à tous	Existence de partenaires prêts à appuyer la lutte contre les MTN

Faiblesses	Forces contre carrant les faiblesses	Opportunités contrecarrant les faiblesses
plusieurs MTN	les niveaux par MTN ciblée.	
6. Faible mise en œuvre de la lutte anti vectorielle contre toutes les MTN à transmission vectorielle	Prise en compte de la lutte contre les MTN dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) L'appropriation de la lutte contre les MTN par le Gouvernement	Existence de partenaires prêts à appuyer la lutte contre les MTN
7. Faible rapportage des données de surveillance de la plupart des MTN	Disponibilité d'une expertise spécifique à tous les niveaux par MTN ciblée. Existence des outils de collecte des données Existence d'un programme de lutte contre les MTN-CTP. Existence des coordinations provinciales intégrées MTN-CTP. Existence des programmes nationaux et coordinations provinciales des MTN-PCC	Existence de partenaires prêts à appuyer la lutte contre les MTN Bonne couverture du pays en réseau de communication mobile (GSM) Mise en place d'une nouvelle entité en charge de la coordination régionale (ESPEN) de la lutte contre les MTN-CTP.
8. Faible niveau d'implication de la communauté dans les interventions de lutte contre les MTN	Existence des RECO/DC de l'ivermectine et des CODESA. Disponibilité d'une expertise spécifique à tous les niveaux par MTN ciblée.	Existence de partenaires prêts à appuyer la lutte contre les MTN Existence de la société civile œuvrant dans le domaine de la santé Disponibilité et gratuité des médicaments

Faiblesses	Forces contre carrant les faiblesses	Opportunités contrecarrant les faiblesses
9. Faible appui à la pharmacovigilance des médicaments de prise en charge des MTN	Existence des unités de gestions des événements indésirables Disponibilité d'une expertise spécifique à tous les niveaux par MTN ciblée.	Existence de partenaires prêts à appuyer la lutte contre les MTN Développement de nouvelles molécules et des outils de diagnostic pour la prise en charge des MTN. Disponibilité et gratuité des médicaments
10. Insuffisance d'appui au renforcement des capacités des unités de gestion des événements indésirables	Disponibilité d'une expertise spécifique à tous les niveaux par MTN ciblée. Existence des unités de gestions des événements indésirables	Existence de partenaires prêts à appuyer la lutte contre les MTN Existence d'outils et matériels standards de formation développés au niveau international.

2.5.2. Lacunes et priorités

- **Lacunes**

1. Faible motivation du personnel de santé
2. Insuffisance de l'appui institutionnel aux programmes MTN
3. Vide laissé par la clôture du programme APOC

- **Priorités du pays pour le programme MTN**

1. Planification
 - i. Elaborer le plan d'action national
 - ii. Appuyer l'élaboration de plans d'action provinciaux de lutte contre les MTN
 - iii. Renforcer l'intégration et l'alignement avec le plan financier du niveau provincial et du niveau central
2. Coordination et gestion des interventions
 - i. Renforcer les capacités managériales et techniques des personnels impliqués dans la lutte contre les MTN

- ii. Renforcer les capacités institutionnelles des programmes MTN
 - iii. Renforcer le leadership et la bonne gouvernance dans la lutte contre les MTN
3. Partenariat
- i. Redynamiser le forum national des partenaires de lutte contre les MTN
 - ii. Intensifier le plaidoyer pour la mobilisation des ressources locales et extérieures nécessaires à la mise en œuvre du plan
4. Mise en œuvre des interventions
- i. Achever la cartographie du trachome, des Schistosomias, des Géo helminthiases et de l'Ulcère de Buruli
 - ii. Achever la cartographie de délimitation des zones de traitement de l'Onchocercose
 - iii. Réaliser des prospections dans les zones à statut inconnu de THA
 - iv. Mettre à l'échelle la DMM dans les zones de santé endémiques des MTN/CTP
 - v. Renforcer le dépistage passif et actif des cas des MTN-PCC et les manifestations chroniques de la FL et Trachome
 - vi. Prendre en charge les cas dépistés
 - vii. Mener la lutte anti- vectorielle THA, FL
 - viii. Promouvoir l'hygiène et l'assainissement de l'environnement.
5. Surveillance
- i. Réaliser les enquêtes dans les sites sentinelles FL, SCH, THA
 - ii. Assurer la surveillance des cas et rumeurs de Ver de Guinée
 - iii. Assurer la pharmacovigilance et la gestion des effets secondaires
6. Supervision, Monitoring (suivi), Evaluation et Recherche Opérationnelle
- i. Elaborer le plan de suivi - évaluation du plan directeur MTN
 - ii. Renforcer la supervision formative
 - iii. Mener les activités de recherche opérationnelle
 - iv. Mettre en place une base intégrée de gestion des données sur les MTN
 - v. Adapter les outils de collectes de données
 - vi. Réaliser les enquêtes de couverture dans les zones de DMM
 - vii. Réaliser les évaluations épidémiologiques de l'Onchocercose

Deuxième partie:

CADRE STRATÉGIQUE

2.1. La vision

La vision du programme MTN est d'avoir une population congolaise en bonne santé, productive et prospère, libérée du fardeau socio - économique des MTN,

2.2. Mission

La mission du programme est de fournir à la population congolaise des interventions pour la prévention, le contrôle, l'élimination ou l'éradication d'une manière efficiente et équitable des Maladies Tropicales Négligées.

2.3. But

Prévenir, contrôler, éliminer ou éradiquer les Maladies Tropicales Négligées ciblées en mettant en œuvre des interventions de chimiothérapie préventive et de Prise en charge des cas.

2.4. Principes directeurs et priorités stratégiques

2.4.1. Principes directeurs

Les 8 principes directeurs suivants extraits du PNDS et du Plan mondial de lutte contre les MTN guident la réponse nationale aux MTN :

1. Intégration dans le système de santé et reconnaissance de la ZS comme unité opérationnelle;
2. La mobilisation et l'allocation des ressources suffisantes et leur utilisation efficiente pour une prestation intégrée des services de santé essentiels permettant de réaliser l'accès universel;
3. La Décentralisation effective pour la redistribution de l'autorité, de la responsabilité et des ressources dans le respect des attributions constitutionnelles et des missions de chaque niveau de la pyramide sanitaire;
4. La collaboration intra et intersectorielle des prestations des services de santé
5. La participation communautaire;
6. Le renforcement du leadership national et local en matière de lutte contre les MTN;
7. Le respect des mandats et fonctions en insistant sur la distinction entre les structures de décision, de coordination et de mise en œuvre ;

8. La responsabilité mutuelle pour les résultats par la mise en place et utilisation d'un cadre conjoint de suivi et évaluation

2.4.2. Priorités stratégiques

1. Mettre à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme;
2. Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte/MTN;
3. Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation du programme par le gouvernement;
4. Renforcer le Suivi/Evaluation, la Surveillance et la Recherche Opérationnelle .

Le tableau suivant donne le résumé des priorités et des objectifs stratégiques.

Tableau 12. Récapitulatif du cadre stratégique

Priorités stratégiques	Objectifs stratégiques
1. Mettre à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme;	1.1. Intensifier l'administration de la chimio prévention contre la filariose lymphatique, les helminthiases transmises par le sol, l'onchocercose, les schistosomiasés et le trachome
	1.2. Intensifier les interventions pour la prise en charge des cas de MTN-PCC
	1.3. Renforcer la lutte contre les vecteurs de THA et FL
	1.4. Renforcer les capacités au niveau national pour la gestion et la mise en œuvre du programme MTN
	1.5. Promouvoir les mesures de l'hygiène individuelle et de l'environnement
2. Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des	2.1. Elaborer le plan stratégique pluriannuel intégré et des plans opérationnels annuels sexo-spécifiques pour la lutte contre les MTN ciblées, leur contrôle, leur élimination et leur éradication.
	2.2. Renforcer les systèmes et stratégies de mobilisation des ressources à tous les niveaux (régional, national et infranational) en vue des

Priorités stratégiques	Objectifs stratégiques
ressources et la durabilité du financement des activités de lutte/MTN;	<p>interventions pour la lutte contre les MTN.</p> <hr/> <p>2.3. Inscrire le budget MTN dans le Plan National de Développement Sanitaire en vue de son intégration dans le budget du gouvernement.</p> <hr/> <p>2.4. Elaborer et mettre à jour des politiques nationales de lutte contre les MTN et préparer des directives et instruments pour orienter efficacement les politiques et la mise en œuvre du programme</p>
3. Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation du programme par le gouvernement;	<p>3.1 Intégrer dans l'agenda du comité technique de lutte contre la maladie, la lutte contre les MTN</p> <hr/> <p>3.2. Renforcer les mécanismes de coordination pour la lutte contre les MTN aux niveaux central, provincial et opérationnel.</p> <hr/> <p>3.3. Renforcer les partenariats à tous les niveaux (central, provincial et communautaire) en vue de la mobilisation des ressources requises pour la mise en œuvre des interventions contre les MTN</p> <hr/> <p>3.4. Assurer l'appropriation de la lutte contre les MTN par les autorités politico administratives et gouvernementales</p>
4. Renforcer le suivi et l'évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle dans le domaine des MTN	<p>4.1. Renforcer le suivi et l'évaluation des MTN</p> <hr/> <p>4.2. Renforcer la surveillance des MTN</p> <hr/> <p>4.3. Renforcer les mesures de pharmacovigilance en rapport avec les médicaments utilisés contre les MTN</p> <hr/> <p>4.4. Renforcer la recherche opérationnelle dans le domaine des MTN</p>

Troisième partie:

CADRE OPÉRATIONNEL

Tableau 13. Récapitulatif des buts et objectifs spécifiques par MTN

PROGRAMME	BUT MONDIAL DU PROGRAMME MTN	OBJECTIFS NATIONAUX
PNLO	Éliminer l'Onchocercose avec la stratégie de traitement à l'ivermectine sous directives communautaires d'ici 2025	Éliminer l'onchocercose d'ici 2025
PNLFL	Éliminer la FL en tant que problème de santé publique d'ici 2020	Éliminer la FL en tant que problème de santé publique d'ici 2020
PNLB/PI	Éliminer les schistosomiasés en tant que problème de santé publique d'ici 2025	Éliminer les schistosomiasés en tant que problème de santé publique d'ici 2025
	Contrôler les géo helminthiasés en tant que problème de santé publique d'ici 2020	Contrôler les géo helminthiasés en tant que problème de santé publique d'ici 2020
DLM/ Trachome	Éliminer le trachome en tant que maladie d'ici 2020.	Éliminer le trachome d'ici 2020
PNEL	Éliminer la lèpre comme problème de santé publique au niveau national d'ici 2020, et puis éliminer aux niveaux des ZS.	Éliminer la lèpre au niveau des zones de santé endémiques du pays d'ici 2020
PNLTHA	Éliminer la THA comme problème de santé publique d'ici 2020	Éliminer la Trypanosomiase Humaine Africaine d'ici 2020
PNLUB	Contrôler efficacement la maladie par un dépistage et traitement précoce ;	Traiter 100% des cas d'UB avec les antibiotiques
PNED	Eradiquer la dracunculose d'ici 2020	Certifier l'éradication de la dracunculose d'ici 2017

Tableau 14. Tableau synoptique énonçant les buts par maladie spécifique, les objectifs, les stratégies, les cibles nationales, et les indicateurs pour chaque MTN

PROGR AMME	BUTS NATIONA UX	OBJECTIFS	STRATEGIES	CIBLES NATIONA LES	CANAUX /MODES DE PRESTATI ON	INDICATEUR S
PNLO	Eliminer l'onchocercose avec le TIDC d'ici 2025.	Interrompre la transmission de l'Onchocercose ;	DMM/TIDC,	84% de la population des zones endémiques	Communauté	CT, CG, Prévalence mf
PNLFL	Eliminer la FL en tant que problème de santé publique d'ici 2020	Interrompre la transmission de la FL ; Prévenir et prendre en charge les incapacités dues à la FL	DMM/IDC, Contrôle du vecteur, Chirurgie, Hygiène personnelle, exercice des membres affectés	84% de la population des zones endémiques	Communauté, Services de santé	CT, CG, Prévalence mf, Bandelette (strip test) positive chez enfants 6-7 ans
PNLB/P I	Contrôler les géohelminthiases en tant que problème de santé publique d'ici 2020	Réduire de façon sensible la charge de morbidité due aux HTS	DMM/IDC, IEC, assainissement du milieu, Approvisionnement en eau potable Hygiène individuelle et collective	Enfants d'âge scolaire de 5 à 14 ans	Communautés, écoles	CT, CG, prévalence des HTS

PROGR AMME	BUTS NATIONA UX	OBJECTIFS	STRATEGIES	CIBLES NATIONA LES	CANAU X/ MODES DE PRESTATI ON	INDICATEUR S
	Eliminer les schistoso miasmes en tant que problème de santé publique d'ici 2025	Arrêter la chaîne de transmission	DMM/IDC Assainissemen t du milieu, Approvisionne ment en eau potable Modification de l'environneme nt	Enfants d'âge scolaire de 5 à 14 ans	Communaut és, écoles	CT, CG, prévalence des SCH
DLM/ Tracho me	Eliminer le trachome d'ici 2020	Interrompre la transmission, Prendre en charge les complicatio ns dues au trachome	CHANCE (Chirurgie, Hygiène, Antibiotiques, Nettoyage et Changement de l'Environneme nt)	Personne âgée de 6 mois et plus	Communaut és, écoles	CT, CG
PNEL	Eliminer la lèpre au niveau des zones de santé endémique s du pays	Prendre en charge les cas, Prévenir et prendre en charge les complicatio ns dues à la lèpre	Dépistage, traitement des cas	Toute personne vivant dans la zone endémique (dépistage) Traiter 100% de cas détectés	Communaut és, Centres de santé, Hôpitaux	Taux de détection Taux de guérison Proportion d'infirmité de deuxième degré

PROGR AMME	BUTS NATIONA UX	OBJECTIFS	STRATEGIES	CIBLES NATIONA LES	CANAUX /MODES DE PRESTATI ON	INDICATEUR S
PNLTH A	Eliminer la Trypanoso miase Humaine Africaine	Stériliser le réservoir humain Interrompre la transmission	Dépistage et traitement des cas Contrôle du vecteur	Toute personne vivant dans la zone endémique (dépistage) Traiter 100% de cas détectés	Unité mobile, Centres de santé, HGR Communaut és	Prévalence, Nombre de nouveaux cas annuels
				Toute personne vivant dans la zone endémique (dépistage) Traiter 100% de cas détectés	Communaut és, Centres de santé, HGR.	Taux de détection Taux de guérison Taux de complications
PNLUB	Contrôler l'UB	Réduire la morbidité et les incapacités liées à la maladie	Dépistage et traitement précoces des cas, révention des complications.	Toute personne vivant dans la zone endémique (dépistage) Traiter 100% de cas détectés		Taux de détection Taux de guérison Taux de complications
PNED	Eradiquer la dracuncul ose	Interrompre la transmission de la maladie Vérifier l'absence des cas de dracunculose	Enquêtes de certification, surveillance (Recherche des cas et investigation), IEC.	Toutes les provinces	ZS et Communaut és	Nombre des cas notifiés annuellement, Nombre de villages ayant notifié les cas, Taux de couverture du système de récompense

3.1. PRIORITE STRATEGIQUE 1 : Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme

La mise en œuvre de cette stratégie devra tenir compte de:

- Données épidémiologiques des MTN
- La co-endémicité de l'onchocercose avec la loase
- Des opportunités de collaboration (intra sectorielle et intersectorielle)
- L'étendue du pays qui exige le déploiement des ressources considérables (logistique).

Ainsi la mise à l'échelle des interventions se fera progressivement et consistera à :

- Rendre disponibles les médicaments et intrants spécifiques
- Organiser la distribution de masse des médicaments contre les MTN – CTP dans toutes les zones endémiques éligibles.
- Vérifier l'absence de ver de guinée par des enquêtes.
- Assurer le dépistage actif/passif et le traitement des cas de lèpre, de THA et d'Ulcère de Buruli dans les ZS endémiques de différentes provinces. Pour les Zones d'endémicité suspecte pour l'UB, la Peste, la Dracunculose, les Leishmanioses et le Pian ; le programme va organiser des enquêtes de prévalence soit intégrées dans les ZS suspectes de co-endémicités ou spécifiques dans les ZS où une seule de ces MTN est endémique.
- Concernant la Rage, la Leishmaniose viscérale et la Peste, la riposte et la surveillance intégrée prendront en compte la notification hebdomadaire de ces maladies et les équipes intégrées seront formées et équipées afin de confirmer et endiguer les foyers épidémiques.
- Assurer la lutte anti-vectorielle dans les Zones endémiques pour la THA, les Leishmanioses, la rage et la peste.

Le tableau suivant indique le nombre des ZS nécessitant une cartographie pour chaque MTN ciblée.

Tableau 15. Zones de Santé nécessitant une cartographie pour chaque MTN ciblée

Nom MTN	Nombre de zones de santé cartographiées	Nombre de ZS au-dessus de seuil d'intervention	Nombre de ZS nécessitant la cartographie
Filariose Lymphatique	519	242	0
Géo helminthiases	515	291	4
Onchocercose	519	266	51
Schistosomiase	515	375	4
Trachome	46	30	19
Dracunculose	182	0	337
Leishmanioses	0	ND	519
Lèpre	519	412	0
Peste	27	27	0
Pian	1	ND	1
Rage	194	194	325
THA	219	219	232
Ulcère de Buruli	21	21	498

Le tableau suivant présente les stratégies et canaux de prestation des MTN

Tableau 16. Principales interventions, stratégies et canaux de prestation

MTN	STRATEGIES	CANAUX DE PRESTATION
Onchocercose	DMM/TIDC	Communauté et structures de santé
Filariose lymphatique	DMM/IDC, LAV, Chirurgie, Hygiène personnelle, auto-prise en charge à domicile	Communauté, domiciles, services de santé
Schistomiase et géo helminthiases	DMM, IEC, assainissement du milieu, hygiène individuelle et collective	Communautés, écoles
	DMM, assainissement du milieu, Approvisionnement en eau potable	Communautés, écoles
Trachome	CHANCE (chirurgie, hygiène, antibiotiques, nettoyage et changement de l'environnement)	Communautés, écoles
Lèpre	Dépistage, traitement des cas et prise en charge des complications	Centres de santé, HGR, communautés.
THA	Réduction du réservoir humain des parasites (dépistage actif et passif, diagnostic et traitement des cas)	Centres de santé, HGR, Equipes Mobiles.
	Réduction de contact homme –glossine Renforcement des capacités du personnel de santé et encadrement des communautés	Communautés
Ulcère de Buruli	Dépistage, traitement des cas et prise en charge des complications	Centres de santé, HGR
Dracunculose	Enquêtes de certification, surveillance et riposte, IEC (récompense des cas)	Communauté, Zones de santé.

PRIORITE STRATEGIQUE 1 : Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service des programmes

Les activités développées dans cette section sont en rapport avec les domaines ci-après:

1. Les MTN à Chimiothérapie Préventive (CTP) : Onchocercose, Filariose lymphatique, Schistosomiasis, Géo helminthiasis et Trachome;
2. Les MTN à Prise en Charge des Cas (PCC) : Dracunculose, Lèpre, Leishmanioses, Peste, Pian, Rage, THA et Ulcère de Buruli;
3. La lutte contre les vecteurs (THA et FL) et les réservoirs, ainsi que les améliorations apportées à l'hygiène, à l'approvisionnement et à la qualité de l'eau (UB, Trachome, Schistosomiasis et HTS).
4. La pharmacovigilance
5. Le renforcement des capacités de programmes

Quatre objectifs stratégiques composent cette priorité stratégique; chaque objectif est décliné en activités et sous activités.

1.1. Mise à l'échelle de la chimiothérapie préventive

Tableau 17. Types de Distribution de Masse de Médicaments

Types de DMM transversales	Canaux de prestations	Programmation des traitements	Combinaisons des maladies	Besoins	Nbre de ZS Cibles	Population	Autres interventions de lutte de masse
DMM1	Campagne à base communautaire	1 fois par an,	LF, oncho et HTS	Plaidoyer, mobilisation sociale, formation, médicaments, distribution, rapportage et évaluation Supervision	83	12441486	

Types de DMM transversales	Canaux de prestations	Programmation des traitements	Combinaisons des maladies	Besoins	Nbre de ZS Cibles	Population	Autres interventions de lutte de masse
DMM1/T1	Communités Ecoles Campagne dans les écoles	1 fois par an,	LF, Oncho, HTS et Schisto	Plaidoyer, mobilisation sociale, formation, médicaments, distribution, rapportage et évaluation Supervision	54	7018864	
DMM1/T2	Communités Ecoles Campagne dans les écoles scolaire	1 fois par an ou moins en fonction de la prévalence	LF, HTS et Schisto	Plaidoyer, mobilisation sociale, formation, médicaments, distribution, rapportage et évaluation Supervision	113	14852029	
DMM3	Communités Campagne à base communautaire	1 fois par an	Oncho	Plaidoyer, mobilisation, formation, médicaments, distribution, rapportage et évaluation Supervision	24	4390483	

Types de DMM transversales	Canaux de prestations	Programmation des traitements	Combinaisons des maladies	Besoins	Nbre de ZS Cibles	Population	Autres interventions de lutte de masse
DMM4	Communes Campagne à base communautaire	1 fois par an	Trachome	Plaidoyer, mobilisation, formation, médicaments, distribution, rapportage et évaluation Supervision	17	3648552	
T1	Communes Ecoles Campagne scolaire	1f/an, 1f/2ans, 1 fois/3ans	LF,Schisto, HTS ,Loase	Plaidoyer, mobilisation, formation, médicaments, distribution, rapportage et évaluation Supervision	130	22799364	
T2	Communes Ecoles Campagne scolaire	1/ans, 1f/2ans ou 1 fois/3ans	Schisto	Plaidoyer, mobilisation, formation, médicaments, distribution, rapportage et évaluation, Supervision	46	8903690	
T3	Communes, Ecoles Campagne scolaire	1 ou 2 fois/an en fonction de la prévalence	LF, HTS ,Loase	Plaidoyer, mobilisation, formation, médicaments, distribution, rapportage et	27	4979742	

Types de DMM transversales	Canaux de prestations	Programmation des traitements	Combinaisons des maladies	Besoins	Nbre de ZS Cibles	Population	Autres interventions de lutte de masse
				évaluation, Supervision			

Légende :

DMM1 : Ivermectine + Albendazole	T1 : Praziquantel + Albendazole
DMM2 : DE C + Albendazole	ou Praziquantel + Mébendazole
DMM3 : Ivermectine seul (TIDC)	T2 : Praziquantel seul
DMM4 : Azithromycine seule	T3 : Albendazole ou Mébendazole

Tableau 18. Priorités et Objectifs stratégiques

Priorité stratégique 1 : Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme							
Objectif stratégique 1.1. Intensifier l'administration de la chimio prévention contre la filariose lymphatique, les HTS, l'onchocercose, les schistosomiasis et le trachome							
ACTIVITES	SOUS - ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAIRES
		2016	2017	2018	2019	2020	
	Organiser la formation des 48 enquêteurs	x					
Achever la cartographie du trachome	Réaliser les enquêtes de prévalence de trachome dans 19 ZS	x					258 952 \$ mise à jour budget
	Produire la carte de distribution du trachome	x					
	Organiser la formation des 10 enquêteurs	x					
Achever la cartographie des SCH et HTS	Réaliser les enquêtes de prévalence des SCH et HTS dans 4 ZS	x					18 332 \$
	Produire la carte de distribution de la SCH et HTS	x					
	Organiser la formation des enquêteurs	x					31 408 \$
Achever la cartographie de délimitation de zones de traitement de l'onchocercose et de la Loase	Réaliser les enquêtes de prévalence de l'onchocercose dans 137 villages	x					297 288 \$
	Produire la carte de distribution de l'onchocercose et de la liasse	x					0
	Assurer la commande conjointe des médicaments	x	x	x	x	X	600 \$

Priorité stratégique 1 : Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme

Objectif stratégique 1.1. Intensifier l'administration de la chimio prévention contre la filariose lymphatique, les HTS, l'onchocercose, les schistosomiasés et le trachome

ACTIVITES	SOUS - ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAIRES
		2016	2017	2018	2019	2020	
médicaments	Approvisionner 519 zones de santé en médicaments	x	x	x	x	X	419 250 \$
	Evaluer l'utilisation des supports IEC dans les zones déjà couvertes	x					90 522 \$
Sensibiliser la population et les acteurs de santé sur les MTN CTP	Organiser annuellement 519 réunions communautaires	x	x	x	x	X	5 968 500 \$
	Assurer la production et la dissémination des matériels IEC	x	x	x			809 825 \$
	Diffuser annuellement 12 émissions radiotélévisés et spots sur les MTN dans chaque DPS	x	x	x	x	X	811 200 \$
Assurer la distribution coordonnée de masse des médicaments	Organiser annuellement 26 cérémonies de lancement des campagnes de distribution dans les 26 DPS (à tous les niveaux)	x	x	x	x	X	832 000 \$
	Assurer l'administration de médicaments à la population/EAS par les DCs et Enseignants	x	x	x	x	X	PM
Rendre disponible les	Produire les outils de collecte des données	x	x	x	x	X	3 563 154 \$

Priorité stratégique 1 : Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme

Objectif stratégique 1.1. Intensifier l'administration de la chimio prévention contre la filariose lymphatique, les HTS, l'onchocercose, les schistosomiasés et le trachome

ACTIVITES	SOUS - ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAIRES
		2016	2017	2018	2019	2020	
informations sur la distribution de masse des médicaments	Approvisionner chaque année les 519 ZS en outils de collecte des données	x	x	x	x	X	389 550 \$
	Former/recycler les gestionnaires des données à l'utilisation des outils et logiciels de gestion des données à tous les niveaux.	x	x	x	x	X	114 444 \$
	Rédiger le rapport de la distribution de masse des médicaments.	x	x	x	x	X	PM
	Diffuser le rapport de traitement.	x	x	x	x	X	PM

Couverture géographique, Nombre et % de ZS cibles par an												
ACTIVITES	Nb total ZS, sites, communauté	Populati on totale	Année 1		Année 2		Année 3		Année 4		Année 5	
			ZS	Pop cible								
Enquête sur le Ver de Guinée	519	*7700000 0	484	NA	255	NA	515	NA	NA	NA	NA	NA
Dépistage actif et passif THA	219	36200000	219	28000 00	219	3600 000	219	7158 000	219	7158 000	219	7158 000
Dépistage actif LEP	63		20		15		15		13			
Dépistage passif LEP	456		83		100		100		100		73	
Dépistage actif et passif UB	51		21		51		AD		AD		AD	
Dépistage actif et passif PIAN	21		21		52	144	200	295				
Dépistage actif et passif LEISH	295		10		52	144	200	295				
TTT cas et contacts de pian	100		20		40	60	80	100				
PEC cas de THA en centre de références	453		50		100	150	200	252				

Couverture géographique, Nombre et % de ZS cibles par an												
ACTIVITES	Nb total ZS, sites, communauté	Population totale	Année 1		Année 2		Année 3		Année 4		Année 5	
			ZS	Pop cible								
PEC des cas compliqués de MTN en centres de références	ND		ND		ND	ND	ND	ND				
PEC intégrés dans les CS périphériques des MTN	ND		ND		ND	ND	ND	ND				

1.2. Intensification des interventions de prise en charge des cas

➤ Interventions de PPC

Le tableau qui reprend les principales interventions de PPC est repris en annexe 2.2

➤ Paquet des interventions de prise en charge des cas

Le tableau suivant décrit les diverses catégories d'interventions qui seront menées par un groupe de MTN-PCC dans les ZS ciblées.

Tableau 19. Interventions transversales des MTN

Interventions transversales	MTN visées	Besoins	Ressources nécessaires
Chirurgie			
Chirurgie des hydrocèles	Filariose lymphatique	-Formation des médecins et des infirmiers	Ressources financières et humaines

Interventions transversales	MTN visées	Besoins	Ressources nécessaires
Chirurgie du trichiasis	Trichiasis du trachome	Formation des chirurgiens des TT kits de chirurgie,	Ressources financières et humaines
Grefe de peau	Ulcère de Buruli (catégorie II et III)	Formation des médecins, infirmiers et physiothérapeutes, Equipements appropriés (dermatomes et expanseur de peau)	Ressources financières et humaines
Chirurgie correctrice	Ulcère de Buruli (avec sequelles)	Formation des médecins, infirmiers et physiothérapeutes, Structures hospitalières ou des formations sanitaires de base appropriées avec des blocs opératoires équipés	Ressources financières et humaines
Prise en charge des complications des membres (lymphœdème, plaie, mal perforant)	Filariose lymphatique Lèpre	Formation des personnels CSB Formation des agents communautaires Kit lymphœdème management (crème antibiotique, crème antifongique) Kit plaie : permanganate, Kit accès aigus (antibiotiques, consommables médicaments)	Ressources financières et humaines

➤ **Principales activités pour la mise en œuvre de la PCC**

Le tableau suivant décrit les détails des activités pour la mise en œuvre de la PCC

Interventions transversales	MTN visées	Besoins	Ressources nécessaires
Dépistage actif			
Mini-campagne d'élimination	Lèpre	Formation / Recyclage des médecins, des infirmiers et Reco, approvisionnement en médicaments et supports d'information, accompagnement du niveau central, appui logistique	Ressources financières et humaines
Campagne de dépistage de masse avec unités mobiles	THA	Reprogrammation du dépistage, disponibilité en matériels de campement, de dépistage/diagnostic, véhicules, appui logistique	Ressources financières et humaines
Campagne de dépistage de masse	Ulcère de Buruli	Formation / Recyclage des médecins, des infirmiers et Reco, Approvisionnement en médicaments et supports d'information, véhicules, appui logistique, accompagnement du niveau central et provincial	Ressources financières et humaines
Dépistage passif	Lèpre THA Ulcère de Buruli	Formation des prestataires, formations sanitaires, équipement en matériels et intrants spécifiques	Ressources financières et humaines

Tableau 20. Interventions avec Chronogramme et Ressources

Objectif stratégique 1.2: Intensifier les interventions pour la prise en charge des cas de MTN-PCC							
ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAIRES
		AN1	AN2	AN3	AN4	AN5	
Organiser le dépistage de la lèpre dans les zones endémiques	Réaliser annuellement une mini campagnes d'élimination de la lèpre dans 63 ZS hyperendémiques en lèpre de 8 provinces	X	x	x	x	x	835990 \$
	Réaliser le dépistage passif dans 83 zones hypo endémiques et silencieuses	X	x	x	x	x	556901 \$
Prendre en charge les cas de lèpre dans les structures périphériques avec un réseau de référence au niveau supérieur pour les cas compliqués	Approvisionner les structures de prise en charge en médicaments et intrants spécifiques	X	x	x	x	x	PM
	Traiter les cas de lèpre dans les centres de santé et hôpitaux	X	x	x	x	x	PM
	Référer les cas compliqués pour les soins secondaires et tertiaires y compris	x	x	x	x	x	PM

**Objectif stratégique 1.2: Intensifier les interventions pour la prise en charge des cas de
MTN-PCC**

ACTIVITES	SOUS- ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAIRES
		AN1	AN2	AN3	AN4	AN5	
	la chirurgie						
Renforcer les capacités du personnel de santé de différents niveaux ainsi que celles de la communauté	Former le personnel de santé en techniques de dépistage, diagnostic et traitement de la lèpre	X	x	x	x	x	PM
	Former les relais communautaires dans la suspicion et l'orientation des cas.	X	x	x	x	x	PM

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAIRES
		AN1	AN2	AN3	AN4	AN5	
Organiser le dépistage de la THA dans les zones endémiques	Réaliser les ateliers de reprogrammation du dépistage actif	x	x	x	X	x	PM
	Réaliser les campagnes de dépistage de masse dans les villages endémiques	x	x	x	X	x	19 500 000\$
	Réaliser le dépistage passif dans les structures sanitaires fixes des zones endémiques	x	x	x	X	x	1045 000\$

	Intégrer le dépistage passif dans les structures sanitaires non encore couvertes par le programme.	x	x	x	X	x	PM
Prendre en charge les cas de THA dans les structures sanitaires	Approvisionner les structures de prise en charge en médicaments et intrants spécifiques	x	x	x	X	x	PM
	Traiter les cas de THA dans les centres de santé et hôpitaux	x	x	x	X	x	440 000\$
Organiser la lutte antivectorielle	Réaliser les enquêtes entomologiques	x	x	x	X	x	
	Placer les pièges/petits écrans	x	x	x	X	x	1 003 750\$

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAIRES
		AN1	AN2	AN3	AN4	AN5	
Renforcer les capacités du personnel de santé de différents niveaux et celles de la communauté.	Former 1320 personnels de santé en techniques de dépistage, diagnostic et traitement de la THA	x	x	x	x	x	1 359 305\$
	Former 2750 relais communautaires sur la suspicion clinique et la lutte anti vectorielle	x	x	x	x	x	417 395\$
Compléter la cartographie	Réaliser les enquêtes dans les zones suspectes et à statut	x	x	x	x	x	1 635 895\$

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAIRES
		AN1	AN2	AN3	AN4	AN5	
e de l'Ulcère de Buruli	inconnu						
	Produire les cartes de la prévalence de l'Ulcère de Buruli.	x	x	x	x	x	6 570\$
Organiser le dépistage de l'Ulcère de Buruli dans les zones endémiques	Mener les campagnes de sensibilisation et de dépistage actif de cas	x	x	x	x	x	754084\$
	Réaliser le dépistage passif dans les zones endémiques.	x	x	x	x	x	68764\$
Prendre en charge les cas de l'Ulcère de Buruli dans les structures périphériques avec un réseau de référence au niveau supérieur pour les cas compliqués	Approvisionner les structures de prise en charge en médicaments et intrants spécifiques.	x	x	x	x	x	42 900\$
	Traiter les cas de l'Ulcère de Buruli de catégorie I et II dans les centres de santé périphériques.	x	x	x	x	x	284 329\$
	Référer les cas de catégorie III et les cas compliqués pour les soins secondaires et tertiaires y compris la chirurgie	X	x	x	x	X	428 780\$

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAIRES
		AN1	AN2	AN3	AN4	AN5	
Renforcer les capacités du personnel de santé de différents niveaux ainsi que celles de la communauté	Former 1328 personnels de santé en techniques de dépistage, diagnostic et traitement de l'Ulcère de Buruli.	X	x	x	x	X	1 968 758\$
	Former 1792 relais communautaires dans la suspicion et orientation des cas.	X	x	x	x	X	404 320\$
Mettre en place le système de récompense pour la déclaration de toute rumeur ou cas du ver de Guinée	Produire et distribuer les supports sur le système de récompense	X					18000\$
	Récompenser les personnes ayant participé à la déclaration de cas confirmés de VDG	X					8000\$

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAIRES
		AN1	AN2	AN3	AN4	AN5	
Renforcer les capacités du personnel de santé de différents niveaux ainsi que celles de la communauté	Former les personnels de santé en techniques de dépistage, diagnostic du Ver de Guinée	X					PM
	Former les relais communautaires dans la suspicion et orientation des cas.	X					PM

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAIRES
		AN1	AN2	AN3	AN4	AN5	
Organiser le dépistage de cas de Trichiasis Trachomateux (TT)	Sensibiliser la population	x	x	x	x	x	228 447\$
	Diagnostiquer les cas	x	x	x	x	x	PM

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAIRES
		AN1	AN2	AN3	AN4	AN5	
Prendre en charge les cas de TT dans les structures périphériques avec un réseau de référence au niveau supérieur pour les cas compliqués	Approvisionner les structures de prise en charge en médicaments et intrants spécifiques.	x	x	x	x	x	1000381\$
	Opérer les cas de TT dans les structures sanitaires fixes	x	x	x	x	x	562 260\$
	Organiser la chirurgie du TT sur terrain (outreach ou équipes mobiles)	x	x	x	x	x	175 350\$
Renforcer les capacités du personnel de santé de différents niveaux ainsi que celles de la communauté	Former 55 chirurgiens du TT	x	x				146 215\$
	Former les personnels de santé (ECZS et IT) dans la prise en charge du TT	x	x	x	x	x	84 260\$
	Former les distributeurs communautaires dans la suspicion, détection et orientation des cas de TT	x	x	x	x	x	224 550\$
Prendre en charge le cas des Morbidité due à la Filariose Lymphatique	Organiser le mapping de cas d'Hydrocèle et d'Eléphantiasis	x	x	x	x	x	254 825\$
	Former 75 (chirurgiens et kinésithérapeutes)		x	x	x	x	396 250\$
	Assurer la chirurgie et la kinésithérapie			x	x	x	175350\$

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAIRES
		AN1	AN2	AN3	AN4	AN5	
Prendre en charge les cas de Rage dans les structures sanitaires.	Sensibiliser la population sur la conduite devant la morsure de chien	x	x	x	X	x	PM
	Approvisionner les structures sanitaires en médicaments et intrants de prise en charge.	x	x	x	X	x	PM
	Soigner les cas déclarés	x	x	x	X	x	PM
Renforcer les capacités du personnel de santé de différents niveaux ainsi que celles de la communauté	Former le personnel de santé dans la prise en charge des cas de rage.	x	x	x	X	x	PM
	Former les relais communautaires dans la suspicion et l'orientation des cas.	x	x	x	X	x	PM

1.3. Intensification des interventions de lutte contre la transmission des maladies

➤ Détails sur l'ensemble d'activités de lutte contre la transmission

Les tableaux 2.6 et 2.7 en annexe précisent les détails sur l'ensemble d'activités de lutte contre la transmission.

➤ Paquet d'interventions destinées au contrôle de la transmission des maladies

Le tableau suivant décrit les différentes catégories d'interventions qui seront menées pour un groupe de MTN PCC.

Tableau 21. Paquet d'interventions destinées au contrôle de la transmission des maladies

Interventions transversales	MTN ciblées	Besoins	Opportunités hors MTN à intégrer
Lutte contre les moustiques et les phlébotomes :			
<ul style="list-style-type: none"> • MII • Pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent • Gestion de l'environnement 	<p>Filariose lymphatique, leishmaniose, Schistosomiase, HTS</p>	<p>MII DTT Crépissage des murs</p>	<p>Lutte contre les vecteurs du paludisme Lutte intégrée contre les vecteurs</p>
Lutte contre les mouches tsé-tsé :			
	Trypanosomiase	Pièges à glossine /petit écran	
Lutte contre les simulies :			
<ul style="list-style-type: none"> • Gestion de l'environnement 	Onchocercose	Permethrine ou autres larvicides, ...	

1.4. Amélioration des capacités nationales de gestion et de mise en œuvre du programme de lutte contre les MTN

➤ Activités et ressources nécessaires pour le renforcement des capacités en faveur du programme de lutte contre les MTN

Le tableau ci-dessous décrit les principales Activités et ressources nécessaires pour le renforcement des capacités en faveur du programme de lutte contre les MTN

Tableau 22. Renforcement de la lutte contre les vecteurs

Objectif stratégique 1.3. Renforcer la lutte contre les vecteurs de THA et FL							
ACTIVITES	SOUS - ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURC ES NECESSAIR ES
		201 6	20 17	20 18	20 19	202 0	
Cartographier en collaboration avec le PNLP les vecteurs responsables de la transmission de la FL dans le pays	Former les enquêteurs		x	x	x	x	26895\$
	Réaliser les enquêtes	x	x	x	x	x	147 350\$
Organiser la distribution de masse de moustiquaires imprégnées d'insecticides dans les zones éligibles au TDM contre la FL en collaboration avec le PNLP	Organiser les réunions de planification avec le PNLP	x	x	x	x	x	PM
	S'assurer de la disponibilité des MII dans les zones éligibles au TDM contre la FL						PM
	Sensibiliser la population sur les bienfaits de l'utilisation des MII dans la lutte contre la FL et le Paludisme						PM

Objectif stratégique 1.3. Renforcer la lutte contre les vecteurs de THA et FL

ACTIVITES	SOUS - ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURC ES NECESSAIR ES
		201 6	20 17	20 18	20 19	202 0	
	Distribuer les MII en collaboration avec le PNLP	X	x	x	x	x	PM
Assurer la Lutte anti vectorielle (LAV) contre les moustiques	Contribuer à l'assainissement et à l'hygiène du milieu pour lutter contre les gites larvaires de moustiques	X	x	x	x	x	PM
	Organiser la pulvérisation intra-domiciliaire		X	x	x	x	PM
	Contribuer à l'amélioration de l'approvisionnement en eau et à l'hygiène du milieu	x	x	x	x	x	PM
Assurer la Lutte anti vectorielle (LAV) contre les mollusques	Effectuer l'épandage de malacocides (abate) dans les plans d'eau circonscrits			x	x	x	PM
	Assainir les milieux	x	x	x	x	x	PM
Assurer la Lutte anti vectorielle (LAV) contre les Mouches tsétsé	Assurer les piégeages sélectifs (sites hyper endémiques)	x	x	x	x	x	PM
	Organiser la pulvérisation des lieux	x		x	x	x	PM
Assurer la Lutte	Distribuer les MII en	x	x	x	x	x	PM

Objectif stratégique 1.3. Renforcer la lutte contre les vecteurs de THA et FL

ACTIVITES	SOUS - ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURC ES NECESSAIR ES
		201 6	20 17	20 18	20 19	202 0	
anti vectorielle (LAV) contre les phlébotomes	collaboration avec le PNLP						
	Organiser la pulvérisation intra domiciliaire		x	x	x	x	PM
Organiser les activités de contrôle de la rage	Promouvoir la vaccination antirabique des animaux domestiques (chiens, chats, etc.) et des professionnels exposés		x	x	x	x	PM

Tableau 23. Renforcer les capacités au niveau national pour la gestion et la mise en œuvre du programme MTN

Objectif stratégique 1.4. Renforcer les capacités au niveau national pour la gestion et la mise en œuvre du programme MTN

ACTIVITES	SOUS – ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAIRE S
		201 6	20 17	201 8	201 9	20 20	
Renforcer les compétences de Managers des Programmes MTN et des acteurs de santé.	Reproduire les modules et guides techniques de formation intégrée sur les MTN-CTP	x	x	x	x		90 000\$
	Former les DC, Enseignants et Agents de santé sur	x	x	x	x	X	46 303 990\$

Objectif stratégique 1.4. Renforcer les capacités au niveau national pour la gestion et la mise en œuvre du programme MTN

ACTIVITES	SOUS – ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAIRES
		2016	2017	2018	2019	2020	
	le processus de DMM						
	Former les Managers des programmes MTN	x	x	x	x	X	27340\$
	Former 4 formateurs de formateurs en chirurgie de TT	x					9230\$
	Former 88 médecins en chirurgie de TT	x	x	x	x	X	PM

1.5. Promouvoir les mesures de l'hygiène individuelle et de l'environnement

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAIRES
		2016	2017	2018	2019	2020	
Mettre en place un cadre de concertation avec le programme village et Ecole assainis	Formaliser le cadre de concertation avec le programme village et Ecole assainis	x	x	x			PM
	Organiser les réunions de concertation	x	x				PM
	Mener les activités d'IEC	x	x	x	x	X	PM
Sensibiliser la	Identifier les zones	x					PM

Objectif stratégique 1.4. Renforcer les capacités au niveau national pour la gestion et la mise en œuvre du programme MTN

ACTIVITES	SOUS – ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAIRE S
		201 6	20 17	201 8	201 9	20 20	
population sur le nettoyage du visage, l'entretien des points d'eau et l'utilisation des latrines hygiéniques	cibles Mener la sensibilisation sur les mesures d'hygiènes individuelle et environnementale	x	x	x	x	X	PM
Promouvoir la communication pour un changement de comportement dans les zones endémiques de MTN	Elaborer les messages clés pour la prévention des MTN et l'adoption de comportement permettant d'éviter ces MTN	x	x				PM
	Identifier les canaux les plus appropriés pour la diffusion de ces messages pour les différentes zones de co-endémicité	x	x	x	x	X	PM
	Produire les différents supports de communication pour les différents canaux (journaux, radio, TV, films, affiches,	x	x				PM

Objectif stratégique 1.4. Renforcer les capacités au niveau national pour la gestion et la mise en œuvre du programme MTN

ACTIVITES	SOUS – ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAIRE S
		201 6	20 17	201 8	201 9	20 20	
	dépliants, etc.)						
	Diffuser les messages dans les différentes communautés	x	x	x	x	X	PM

3.2. PRIORITE STRATEGIQUE 2 : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources financières et la durabilité du financement des activités de lutte contre les MTN

La mise en œuvre de la priorité stratégique 2 exige des cadres des Programmes de Lutte contre les MTN des capacités leur permettant d’assurer une planification efficace, une coordination et un plaidoyer à tous les niveaux pour la pérennisation du financement.

Pour ce faire, les ateliers d’élaboration des plans opérationnels tirés du plan directeur seront organisés à différents niveaux du système de santé ainsi que des missions d’appui des cadres des niveaux inférieurs par ceux des niveaux supérieurs dans l’élaboration desdits plans.

L’élaboration d’un plan de plaidoyer et de mobilisation des ressources contribuera à l’atteinte des objectifs.

L'augmentation du financement des activités par le gouvernement et l'implication des toutes les parties prenantes dans la mobilisation des ressources sont des facteurs importants pour garantir la durabilité du financement des activités.

Tableau 24. Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité

Priorité stratégique 2 : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte contre les MTN							
Objectif stratégique 2.1 : Elaborer le plan stratégique pluriannuel intégré et des plans opérationnels annuels sexo-spécifiques pour la lutte contre les MTN ciblées, leur contrôle, leur élimination et leur éradication.							
ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES FINANCIERES NECESSAIRES
		An1	An2	An3	An4	An5	
Elaborer le plan directeur de lutte contre les MTN 2016-2020.	Finaliser le plan directeur intégrée lutte contre les MTN	x					17.179 \$
	Organiser la réunion de validation et d'adoption du PDMTN par le Ministère de la santé	x					59.583 \$
	Diffuser le plan pluriannuel auprès des autorités politico administratives, gouvernementales et des partenaires (multilatéraux, bilatéraux, ONGD, etc.)	x					8.800 \$

Elaborer des plans opérationnels à tous les niveaux	Organiser annuellement un atelier d'élaboration et d'adoption des plans opérationnels de la coordination nationale et des programmes MTN	x	X	x	X	X	76.535 \$
	Organiser par an, 26 missions d'appui à l'élaboration des plans opérationnels des niveaux provinciaux, intégrant la lutte contre les MTN à travers les 26 DPS	x	X	x	X	X	1.337.730 \$
	Organiser une missions d'appui à l'élaboration des plans opérationnels des zones de santé, intégrant la lutte contre les MTN dans chaque DPS	x	X	x	X	X	832.590 \$

Tableau 25. Renforcer les systèmes et stratégies de mobilisation des ressources à tous les niveaux

Objectif stratégique 2.2. Renforcer les systèmes et stratégies de mobilisation des ressources à tous les niveaux (régional, national et infranational) en vue des interventions pour la lutte contre les MTN.							
Mobiliser les ressources locales en faveur de lutte	Elaborer un plan de mobilisation des ressources/dossier de plaidoyer.	x	X	x	x	x	101.530 \$

contre les MTN	Soumettre les plans opérationnels annuels aux administrations locales, aux partenaires et aux parties intéressées	x	x	x	x	x	PM
	Elaborer les requêtes de financement	x	x	x	x	x	PM
	Renforcer les capacités du personnel des Programmes MTN dans la mobilisation des ressources, les procédures administratives et financières standard de la gestion des ressources	x	x	x	x	x	139.750 \$
Renforcer le mécanisme de bonne gouvernance des ressources mobilisées	Tenir annuellement une réunion d'évaluation avec les fournisseurs des ressources au niveau national	x	x	x	x	x	54.722 \$
	Assurer les audits internes et externes	x	x	x	x	x	49.050 \$

Objectif stratégique 2.3. . Inscrire le budget MTN dans le Plan National de Développement Sanitaire en vue de son intégration dans le budget du gouvernement.

Partager le Plan Directeur avec les ministères en charge des Finances et du budget, le Parlement, les administrations et structures gouvernementales et provinciales	Produire la synthèse du plan directeur	x							PM
	Diffuser la synthèse du plan directeur à tous les secteurs, aux partenaires et à toutes les parties intéressées aux niveaux national et provincial	x	x	x	x	x			PM

Tableau 26. Elaboration des politiques nationales, des directives et instruments pour orienter la mise en œuvre efficace du programme

Objectif stratégique 2.4 Elaborer ou mettre à jour des politiques nationales, des directives et instruments pour orienter la mise en œuvre efficace du programme de lutte contre les MTN

Actualiser les documents de politique nationale pour la lutte intégrée contre les MTN.	Produire des documents de politique nationale de lutte intégrée contre les MTN	x	x						22.525 \$
	Organiser une réunion de validation des documents de politique nationale de lutte intégrée contre les MTN	x	x						4.585 \$
	Vulgariser les documents de politique nationale de lutte intégrée contre les MTN	x	x	x	X	x			PM

3.3. PRIORITE STRATEGIQUE 3 : Renforcer l'appropriation par l'Etat, le plaidoyer, la coordination et les partenariats

L'appropriation de la lutte par le Gouvernement n'est plus à démontrer ; toutefois, les ressources financières allouées à la lutte contre les MTN restent encore faibles. Un constat similaire est également fait par rapport aux financements externes.

Fort de ce constat, un plaidoyer soutenu à l'attention de toutes les parties prenantes doit être mené pour l'obtention d'un financement conséquent des activités.

L'existence de plusieurs intervenants dans le domaine de la lutte contre les MTN nécessite la mise en place des cadres de concertations à différents niveaux de la pyramide sanitaire, pour une coordination efficace des interventions.

L'appropriation du Gouvernement se traduit par la prise en compte des activités de lutte contre les MTN dans les Plans nationaux de développement Sanitaire (PNDS et PPDS) des différents niveaux (national, provincial et opérationnel). Le renforcement de cette appropriation se concrétisera par l'augmentation des fonds alloués à la ligne budgétaire des MTN au sein du budget tant national que provincial du secteur de la santé.

Enfin, les rôles et responsabilités des différentes parties prenantes doivent également être clairement définis.

Tableau 27. Renforcer le plaidoyer, la coordination, partenariat et l'appropriation du programme par le gouvernement

Priorité Stratégique 3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination, partenariat et l'appropriation du programme par le gouvernement							RESSOURCES NECESSAIRES
Objectif stratégique 3.1 : Intégrer dans l'agenda du comité technique de lutte contre la maladie, la lutte contre les MTN							
ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	CHRONOGRAMME					
		An1	An2	An3	An4	An5	
Redynamiser la sous-commission	Solliciter la révision de l'agenda de la	x					PM

Priorité Stratégique 3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination, partenariat et l'appropriation du programme par le gouvernement

Objectif stratégique 3.1 : Intégrer dans l'agenda du comité technique de lutte contre la maladie, la lutte contre les MTN

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES
technique des MTN au travers la DLM.	sous-commission technique en faveur de l'intégration des programmes MTN						
	Appuyer l'organisation des 4 réunions trimestrielles de la sous-commission technique des MTN	x	x	X	x	X	PM

Objectif stratégique 3.2 : Renforcer les mécanismes de coordination pour la lutte contre les MTN aux niveaux central, provincial et opérationnel.

Organiser des réunions de coordination avec les différents Programmes MTN.	Tenir trimestriellement la réunion de la Coordination	x	x	x	X	x	2.500 \$
	Doter la Coordination des frais de fonctionnement (fournitures, carburants, lubrifiants, consommables informatiques, cartes prépayées)	x	x	x	X	x	108.400 \$

Priorité Stratégique 3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination, partenariat et l'appropriation du programme par le gouvernement

Objectif stratégique 3.1 : Intégrer dans l'agenda du comité technique de lutte contre la maladie, la lutte contre les MTN

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	CHRONOGRAMME	RESSOURCES
	Payer mensuellement aux personnels de la coordination nationale les primes de performance	x x x X x	785.000 \$
Assurer l'appui logistique à la coordination	Doter la Coordination des matériels roulants (véhicule Toyota 4x4) pour la liaison	x	288.000 \$
	Doter la Coordination des matériels informatiques, de projection, de communication et de bureautique		120.750 \$

Objectif stratégique : 3.3. : Renforcer les partenariats à tous les niveaux (central, provincial et communautaire) en vue de la mobilisation des ressources requises pour la mise en œuvre des interventions contre les MTN

ACTIVITES	SOUS - ACTIVITES	CHRONOGRAMME	RESSOURC
------------------	-------------------------	---------------------	-----------------

		An1	An2	An3	An4	An5	ES NECESSAI RES
Renforcer les mécanismes de partage d'information entre tous les partenaires	Formaliser et Etendre le cadre de collaboration et de concertation entre partenaires de lutte contre les MTN						PM
	Elaborer le chronogramme et agenda des activités						PM
	Organiser des réunions trimestrielles ou des évènements de plaidoyer pour la lutte contre les MTN	x	x	X	X	X	PM
Renforcer la collaboration entre le ministère de la santé et les ministères ayant un impact direct ou indirect sur la lutte contre les MTN (EPSP, ESU, recherche scientifique, environnement, agriculture et élevage, information et	Mettre en place un cadre de collaboration intra et intersectoriel	x	x	X	X	X	PM
	Organiser 2 fois par an, les réunions de concertation interministérielles	x	x	X	X	X	2.600 \$

Objectif stratégique : 3.3. : Renforcer les partenariats à tous les niveaux (central, provincial et communautaire) en vue de la mobilisation des ressources requises pour la mise en œuvre des interventions contre les MTN

ACTIVITES	SOUS - ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURC ES NECESSAI RES
		An1	An2	An3	An4	An5	
communication , plan, budget et finances).							

Tableau 28. Assurer l'appropriation de la lutte contre les MTN par les autorités politico administratives et gouvernementales

Objectif stratégique : 3.4. Assurer l'appropriation de la lutte contre les MTN par les autorités politico administratives et gouvernementales

ACTIVITES	SOUS - ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAI RES
		An1	An2	An3	An4	An5	
Identifier les cibles pour le plaidoyer	Répertorier toutes les personnes cibles (autorités politico-administratives et gouvernementales, ONGDs, etc...)	x	x	X	X	X	30.800 \$
	Prendre contact avec ces		x	x	X	x	8.470 \$

Objectif stratégique : 3.4. Assurer l'appropriation de la lutte contre les MTN par les autorités politico administratives et gouvernementales

ACTIVITES	SOUS - ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES
	cibles						
Elaborer les outils de plaidoyer et sensibilisation	Organiser un atelier d'élaboration du document et plan de plaidoyer	x	x	X	X	X	20.306 \$
	Produire les outils de plaidoyer et de sensibilisation	x	x	X	X	X	PM
Conduire des actions et évènements de plaidoyer et de visibilité pour les MTN y compris l'implication de personnalités célèbres (avocats ou ambassadeurs, musiciens, etc.)	Organiser une réunion de plaidoyer avec les Partenaires multi et bilatéraux, ONGD, Institutions de Financement et les Départements partenaires (Economie Finance, Education, Communication, Agriculture, Elevage, Transport, Jeunesse, Affaires sociales) pour présenter le Plan et mobiliser les ressources (avec une moyenne de 40 participants)	x					5.200 \$
	Participer aux conférences et réunions internationales sur les MTN	x	x	X	X	X	75.500 \$

Objectif stratégique : 3.4. Assurer l'appropriation de la lutte contre les MTN par les autorités politico administratives et gouvernementales

ACTIVITES	SOUS - ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES
Evaluer les activités du plaidoyer et de la sensibilisation	Organiser les journées de promotion des MTN	x	x	X	X	X	39.000 \$
	Elaborer les termes de référence	x	x	X	X	X	PM
	Collecter les informations	x	x	X	X	X	12.570 \$
	Diffuser les conclusions et formuler les recommandations	x	x	X	X	X	PM

3.4. PRIORITE STRATEGIQUE 4 : Renforcer Le Monitoring (Suivi), L'évaluation, La Surveillance et La Recherche Opérationnelle dans Le Domaine des MTN

Le cadre de suivi-évaluation est élaboré pour suivre et évaluer les performances de ce plan directeur et servir de soubassement à la redevabilité. Il permet de répondre à plusieurs défis. Il décrit comment et par qui les informations sur les différents indicateurs seront recueillies, l'organisation des revues et la production du rapport MTN seront réalisées.

Le cadre de monitoring et évaluation (M&E) est une référence pour la mesure du progrès réalisé dans la mise en œuvre des activités planifiées et de la performance des interventions de lutte contre les MTN.

1. CIRCUIT DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION ET RETRO INFORMATION

La transmission de l'information part du niveau périphérique vers le niveau central via le niveau intermédiaire.

La transmission de l'information part du niveau périphérique au niveau intermédiaire qui, à son tour, l'achemine au niveau central.

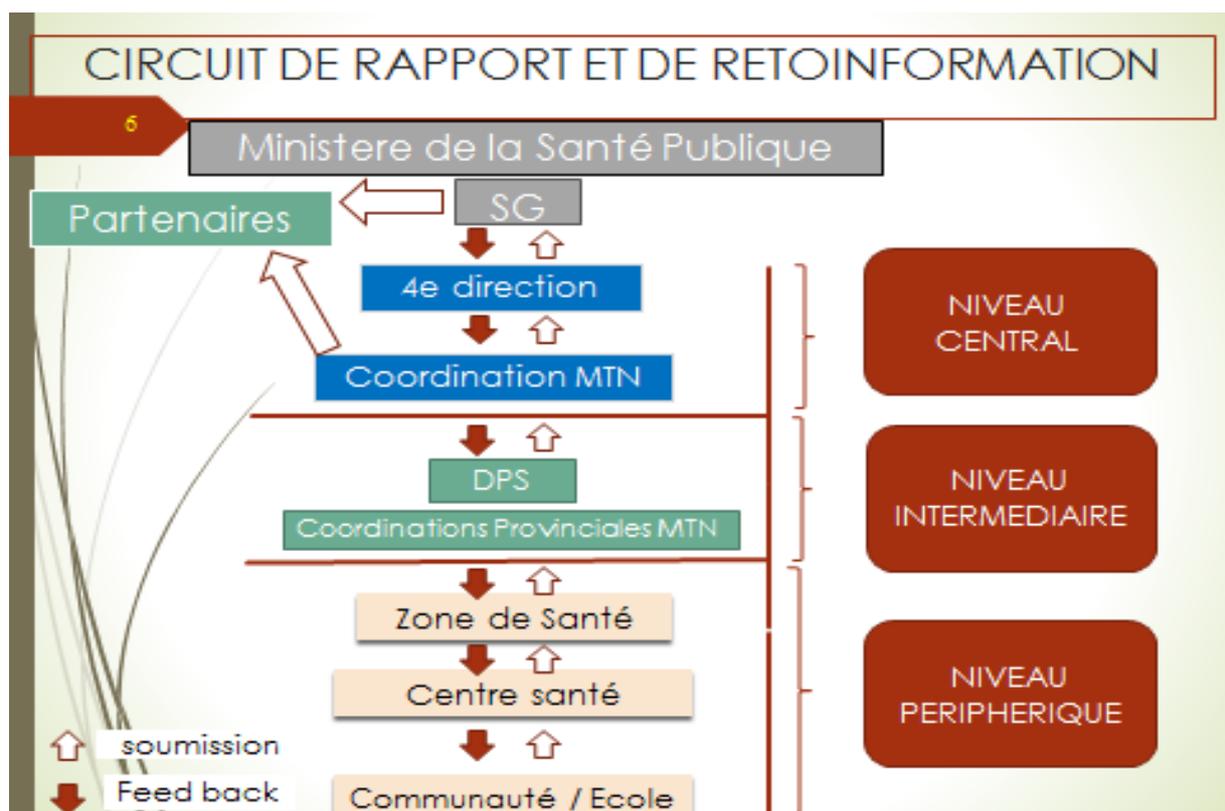


Figure 15. Circuit de rapport et de retro-information

La rétro information, qui suit le même circuit dans le sens inverse, consistera à:

- Accuser réception des données transmises ;
- Relever les inconsistances, les points forts et les points faibles ;
- Corriger les écarts et faire le feed-back.

Pour la surveillance de la maladie, le Programme s'appuiera sur la Direction de la lutte contre la maladie, et sur la Direction de développement des Soins de Santé Primaires en ce qui concerne les données transmises par le biais du SNIS/SSP.

- **Calendrier de transmission des informations**

Il est recommandé que la transmission se fasse selon le calendrier ci-après :

- a) Hebdomadairement de la communauté vers le centre de santé,
- b) Mensuellement du CS (Centre de Santé) / HGR vers le BCZS (Bureau central de la zone de santé) ;
- c) Mensuellement du BCZS au niveau intermédiaire
- d) Trimestriellement du niveau intermédiaire vers le niveau central

La collecte de l'information sanitaire est réalisée au niveau périphérique et est transmise à l'échelon supérieur. L'analyse, la diffusion et l'archivage se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec un feed-back du niveau supérieur vers le niveau inférieur.

Il faut signaler qu'à chaque niveau de transmission, les informations sont collectées, analysées, utilisées et diffusées.

2. SUIVI.

Le suivi désigne le processus d'observation et de collecte continue des données relatives à la mise en œuvre d'un projet ou programme afin de s'assurer qu'il évolue tel que prévu. Ce processus d'observation peut être quotidien, hebdomadaire, mensuel, trimestriel voire semestriel.

- **Périodicité du suivi des activités**

Des réunions de suivi des activités de lutte contre les MTN vont être organisées 2 semaines à 1 mois après chaque visite de supervision.

Des réunions de suivi des activités de lutte contre les MTN se feront de la manière suivante :

- Tous les 3 mois, aux niveaux national et intermédiaire ;
- Chaque mois, au niveau des zones de santé et AS.

Le programme MTN et ses partenaires au niveau national et provincial participeront et apporteront l'assistance nécessaire. Ces sessions de suivi pourront être organisées de façon intégrée sous la coordination de la Direction de lutte contre la Maladie.

Ce cadre permettra de :

- discuter des progrès enregistrés dans la mise en œuvre par province;
- prendre des décisions sur les prochaines étapes et proposer des rétro informations ;
- planifier les activités pour la prochaine période.

- **Modalités pratiques du suivi des activités**

Sur le plan pratique, il conviendra de se conformer à la logique du Ministère de la Santé Publique : outre les revues annuelles organisées avec la participation de toutes les parties prenantes dans la mise en œuvre des activités sanitaires, des revues provinciales se tiendront trimestriellement tout en offrant une opportunité de discuter sur l'exécution du plan de travail, de valider les données du trimestre et de tracer le plan de travail du trimestre suivant.

Cette logique s'appliquera également au niveau de la ZS où les réunions de monitoring se tiennent mensuellement.

Ces sessions permettront de :

- Discuter des progrès enregistrés dans la mise en œuvre des activités par ZS ;
- Arrêter des décisions sur les prochaines étapes et procéder à la rétro information ;
- Planifier les activités correctrices pour la prochaine période.

- **Composantes du suivi**

- **Le système de suivi de routine**

Le système du suivi de routine se fonde principalement sur les indicateurs relatifs aux intrants, au processus et aux résultats. Il est intégré dans le système national d'information sanitaire du Ministère de la Santé et piloté par les Directions de la Lutte contre la maladie et celle du Développement des Soins de Santé Primaires. Il tient compte de la collecte des données tant au niveau communautaire qu'au niveau des structures sanitaires

Ce système de routine repose sur :

a) Le système de suivi à base communautaire

Ce suivi sera réalisé hebdomadairement par les relais communautaires ou distributaires communautaires (DC) qui devront enregistrer toutes les données se rapportant à leurs activités, à l'aide des fiches ad hoc contenues dans le livret du relais. Ces fiches seront transmises à l'infirmier titulaire du CS et à la cellule d'animation communautaire pour consolider des données.

b) Système National d'Information Sanitaire / Soins de Santé Primaires

Le système consiste en une récolte régulière des données au niveau des structures sanitaires qui les transmettent au niveau de la hiérarchie à travers les rapports mensuels d'activités.

A ce sujet, on utilisera les différents canevas de transmission des données, tels qu'amendés par les différentes provinces.

Les outils standards, adaptés aux besoins spécifiques en information pour chaque province du pays seront utilisés.

c) Système National d'Information Sanitaire / Surveillance intégrée de la maladie

A cet effet, on utilisera les outils développés de concert avec la Direction de la lutte contre la maladie.

La notification des cas des maladies à potentiel épidémiques et des décès se fait hebdomadairement, sinon quotidiennement pour quelques maladies hautement contagieuses.

d) Le système de surveillance «agir contre les MTN » à travers les sites sentinelles

Dans ce cadre, on retiendra quelques sites sentinelles sur base des critères bien établis, à savoir :

- le faciès épidémiologique ;
- la représentativité géographique ;
- la fonctionnalité de la zone de santé;
- la présence des partenaires actifs appuyant la mise en œuvre des activités ;
- l'accessibilité géographique ;
- l'existence des données de base.

Un document ad hoc a été produit, consacré uniquement à la surveillance de l'initiative «**agir contre les MTN** » en RDC.

Outre les sites sentinelles, quatre formations sanitaires universitaires sont également intégrées pour la surveillance de quelques indicateurs se rapportant à la maladie et à la tolérance des médicaments ainsi que les recherches cliniques au profit du programme de lutte contre les MTN. Il s'agit notamment des cliniques universitaires de Kinshasa, de Lubumbashi, de Kisangani et de Bukavu.

3.5. SURVEILLANCE DANS LE DOMAINE DES MTN

Une attention particulière sera accordée aux MTN à caractère épidémique (Peste, Rage, Leishmaniose viscérale et THA) et celle ciblée pour l'éradication (dracunculose) dans le cadre de la surveillance intégrée des maladies et la riposte.

Ceci permettra de détecter à temps l'éclosion de foyers épidémiques et de proposer des actions rapides pour contenir la propagation des cas dans les zones de santé affectées.

LA PHARMACOVIGILANCE DES MEDICAMENTS CONTRE LES MTN

Il est important de relever que tous ces médicaments retenus dans le domaine des MTN posent les problèmes de compliance chez le malade à cause des événements indésirables suspectés à la suite de leur utilisation, entraînant ainsi la méfiance des prescripteurs à la suite de l'ignorance de ces effets et des mesures à prendre pour leur prise en charge.

Les aspects de pharmacovigilance lors des campagnes de traitements de masse feront l'objet d'une attention particulière. Tous les cas d'effets secondaires feront l'objet d'une notification, particulièrement les effets secondaires graves. Les patients seront pris en charge dans les postes ou centres de santé (PS ou CS) pour les cas bénins et référés pour les cas graves. Les données seront enregistrées et intégrés dans le système national de pharmacovigilance.

3.6. LE CONTROLE DE QUALITE DES MEDICAMENTS MTN

La qualité des médicaments utilisés dans le cadre de la lutte contre les MTN est garantie. Mais il convient de maintenir une bonne conservation dans tout le processus d'approvisionnement, de stockage et de distribution.

Ce contrôle de qualité concernera tous les lots qui seront réceptionnés et destinés aux traitements de masse. Pour chaque lot, un prélèvement sera effectué et envoyé au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments. Selon les disponibilités offertes au management de la lutte contre les MTN, des lots pourront être transmis à des laboratoires de référence vue d'un contrôle croisé.

3.7.LA RECHERCHE

Les activités de recherche seront focalisées sur les aspects ci-après :

- la mise en place des mécanismes de coordination, de concertation et d'échanges d'informations ;
- le renforcement de la recherche dans le domaine de la prise en charge ;
- le renforcement de la recherche dans le domaine de la prévention et des indices vectoriels;
- la réalisation des études sur les aspects sociaux économiques des MTN ;
- La réalisation des études qualitatives de perception et d'acceptabilité des communautés par rapport aux interventions des MTN
- la réalisation des études sur la co-infection MTN, particulièrement la Schistosomiase et VIH/Sida ;
- le renforcement des capacités du programme en personnel et équipements dans ce domaine.

Cette recherche dans le domaine des MTN permettra de développer des réponses basées sur les évidences scientifiques. Adaptées au contexte du terrain tel que la DMM ou le dépistage et traitement des cas dans des communautés particulières, de contribuer à la pharmacovigilance et aux essais thérapeutiques pour l'usage des médicaments plus efficaces et moins nocifs pour le traitement des cas de MTN.

3.8.LA SUPERVISION

Pendant la mise en œuvre des interventions sur le terrain (Distribution de masse, dépistage et prise en charge des cas), la supervision par le niveau provincial et zone de santé permettra de garantir la qualité des prestations des agents de santé et des relais communautaires. La coordination nationale assurera des visites de supervision en appui au niveau provincial qui et ce dernier aussi le fera pour les niveaux inférieurs... le niveau périphérique

La supervision se fera du niveau central vers le niveau intermédiaire et du niveau intermédiaire vers le niveau périphérique. La fréquence des descentes sur le terrain se présente de la manière ci-après :

- tous les 3 mois, du niveau central vers le niveau intermédiaire ;
- tous les 3 mois, du niveau intermédiaire vers le niveau périphérique ;
- chaque mois, du bureau central de la zone de santé vers les formations sanitaires ;

- chaque mois, des structures sanitaires vers les structures communautaires.

Il s'agira essentiellement d'exécuter les activités suivantes :

- Produire et diffuser les fiches de supervision adaptées à chaque niveau.
- Former le personnel à tous les niveaux en techniques de supervision intégrée.
- Organiser des visites de suivi de la supervision.

Les rapports de supervision doivent être élaborés et transmis au niveau hiérarchique supérieur dans les 2 semaines qui suivent la visite de supervision en mettant en exergue les points forts et les points faibles des structures visitées. Un feedback du niveau supérieur sera fait au niveau opérationnel au plus tard une semaine après la réception du rapport comprenant recommandations et suggestions d'actions à mener.

3.9. EVALUATION

L'évaluation est une analyse systématique et critique de l'adéquation, de l'efficacité et de l'efficience du programme et des stratégies utilisées, ainsi que de son évolution. Elle est la mesure du niveau d'atteinte des objectifs du Programme.

L'évaluation porte sur l'analyse des résultats à long ou à moyen terme, ou même annuels, par rapport aux buts, objectifs et cibles fixés. Les activités d'évaluation seront plus externes pour une meilleure objectivité. Sans être exhaustif, les évaluations seront réalisées par des organismes tel que l'OMS, le CDC, les écoles de Santé Publiques. Elle se réalisera par les enquêtes :

- o Les enquêtes de base
- o Les enquêtes des ménages
- o Les enquêtes dans les formations sanitaires
- o Les enquêtes dans les pharmacies et centrales de distribution régionales des médicaments

Les évaluations seront réalisées à des intervalles réguliers et ad hoc pour mesurer les produits et l'impact des interventions par rapport aux termes de référence qui fixent les objectifs de l'évaluation : pertinence, efficacité et efficience du programme MTN-CTP

Il sera élaboré des plans quinquennaux du suivi des activités, de la Pharmacovigilance des médicaments MTN, de la Surveillance «Agir contre les MTN, de la Recherche et de l'évaluation dans le domaine de la lutte contre les MTN

Nous procéderons à des évaluations internes (annuellement) et externes (à mi-parcours à la fin de l'intervention).

Tableau 29. Renforcement le suivi-évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle sur la lutte contre les MTN

Priorité Stratégique 4 : Renforcer le suivi-évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle sur la lutte contre les MTN							
Objectif stratégique 4.1 : Renforcer la supervision et le suivi-évaluation de la lutte contre MTN							
ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAIRES
		An1	An2	An3	An4	An5	
Développer les guides de supervision, les indicateurs de suivi et d'évaluation ainsi que des outils de collecte d'informations	Réviser le guide de supervision du personnel de santé et des agents communautaires		x				8 425
	Produire le guide de supervision et le mettre à la disposition des zones de santé impliquées dans la DMM	X	x	x	x	x	90 000
	Elaborer et produire un guide de monitoring des activités de lutte contre les MTN	X	x				0
	Produire et disséminer l'outil d'évaluation du programme de lutte contre les MTN	X	x	x	x		0
Renforcer les capacités des niveaux national, provincial et périphérique	Former 20 cadres du niveau national en matière de supervision, le monitoring et l'évaluation des activités de lutte contre les MTN	X		x		x	82 020

e en matière de supervision, suivi et évaluation	tous les 2 ans							
	Former les cadres du niveau provincial en matière de supervision, le monitoring et l'évaluation des activités de lutte contre les MTN	x		x		x		223 692
	Former les cadres des Zones de Santé en matière de supervision, le monitoring et l'évaluation des activités de lutte contre les MTN	X	x	x	x	x		0
	Former/recycler les IT en matière de supervision, le monitoring et l'évaluation des activités de lutte contre les MTN	X	x	x	x	x		0
Organiser les missions de supervision et suivi au niveau des provinces et zones de santé	Assurer la supervision du niveau provincial	x	x	x	x	x		940 420
	Assurer la supervision du niveau périphérique (ZS)		x	x	x	x		744 380

4.3. Mener la recherche opérationnelle, la documentation des évidences, leur exploitation

dans la prise des décisions

ACTIVITE	SOUS-ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAIRES
		An	An	An	An	An	
		1	2	3	4	5	
Reprendre la cartographie de la FL dans 30% des zones endémiques <2%	Organiser la formation des enquêteurs	x					7 597
	Collecter les données	x					43 368
	Mettre en place un cadre de collaboration avec les institutions de recherche	x					0
Organiser la recherche opérationnelle	Former les cadres des programmes MTN à la recherche opérationnelle	x					27 340
	Développer des protocoles de recherche sur base des questions prioritaires identifiées	x	x	x	x	x	33 200\$
	Mener les différentes recherches	x	x	x	x	x	75 000\$
	Disséminer les résultats des recherches réalisées	x	x	x	x	x	0

4.4. Mettre en place un système intégré de gestion des données en vue de soutenir l'analyse de l'impact de la lutte contre les MTN

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURC ES NECESSAIR ES
		An1	An2	An3	An4	An5	
Renforcer les capacités des acteurs en gestion intégrée des données.	Former les acteurs en gestion des données à tous les niveaux	x			x		54 680
	Superviser les acteurs impliqués dans la gestion des données à tous les niveaux	x	x	x	x	x	4 994 370
Mettre en place une banque des données MTN	Collecter les données	x	x	x	x	x	0
	Analyser les données	x	x	x	x	x	0
	Transmettre périodiquement les rapports	x	x	x	x	x	0
	Faire une rétro-information	x	x	x	x	x	0
	Actualiser périodiquement la base des données	x	x	x	x	x	0
	Rédiger le rapport	x	x	x	x	x	0

Tableau 30. Activités de la pharmacovigilance en rapport avec MTN

4.5. Renforcer le sous-système de pharmacovigilance en rapport avec MTN comme partie intégrante du système national ainsi que le contrôle de qualité

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	CHRONOGRAMME					RESSOURCES NECESSAIRES
		An1	An2	An3	An4	An5	
Renforcer les capacités des unités de gestion des effets secondaires graves (ESG) liés à la prise des médicaments et le personnel impliqué dans la prise en charge des ESG.	Produire des modules de PEC des cas d'ESG aux MTN PCC	x					47 495
	Former les IT et les Membres des équipes cadres des zones de santé sur la Prise en charge des ESG	x	X	x	x	x	0
	Former les relais communautaires /Distributeurs Communautaires à la détection précoce et référence des cas d'ESG	x	X	x	x	x	0
	Former les médecins des centres de référence pour la PEC des ESG de la CTP et de la PCC	x	X	x	x	x	0
	Equiper les centres de Référence en kit de prise en charge des ESG	x	X	x	x	x	1 297 500
	Rapporter tous les cas d'ESG au CNPV	x	x	x	x	x	0
	Organiser	Organiser les réunions de monitoring mensuel au niveau ZS	x	X	x	x	x

le monitorage à tous les niveaux	Organiser les réunions de monitorage trimestriel au niveau provincial et national.	x	x	x	x	x
	Assurer l'application et le suivi des recommandations des réunions de monitoring	x	x	x	x	x

4. ANNEXES

Annexe 1. Tableaux suivants indiquent la répartition des ZS par provinces

Annexe 1.1 . DISTANCES ENTRE LES GRANDES VILLES DE LA RD CONGO

DISTANCE KINSHASA ET CHEFS LIEUX DE PROVINCES

VILLES	Bandundu	Matadi	Mbadaka	Kananga	Mbuji Mayi	Lubumbashi	Kinshasa	Kindu	Goma	Kisangani	Bukavu
Bandundu		710	700	800	1000		531				
Matadi							263				
Mbadaka							587				
Kananga							1955				
Mbuji Mayi							2134				
Lubumbashi							2438				
Kinshasa	531	263	587	1955	2134	2438		1192	1572	1225	1517
Kindu							1192				
Goma							1572				
Kisangani							1225				
Bukavu							1517				

DISTANCES ENTRE LUBUMBASHI ET VILLES DE KATANGA

VILLE	Lubumbashi	Likasi	Kolwezi	Kalemie	KongoLO	Kabalo	Kamina	Dilolo	Sakania	Kipushi	Fungurume	Kambove
Lubumbashi		125	304	936	1174	933	579	720	219	30	200	151
LIKASI	125											
KOLWEZI	304											
KALEMIE	936											
KONGOLO	1174											
KABALO	933											
KAMINA	579											
DILOLO	720											
SAKANIA	219											
KIPUSHI	30											
fungurume	200											
kambove	151											

DISTANCES ENTRE BUKAVU ET VILLES DE SUD KIVU

VILLE	Bukavu	Uvira	Kabare	Walungu	Mwenga	Shabunda	Kavumu
BUKAVU		137	13	42	439	782	53
UVIRA	137						
KABARE	13						
WALUNGU	42						
MWENGA	439						
SHABUNDA	782						
KAVUMU	53						

DISTANCES ENTRE GOMA ET VILLES DE NORD KIVU

VILLE	Goma	Butembo	Beni	walikale	RuHTSuru	masisi
Goma		260	312	406	71	180
Butembo	260					
Beni	312					
Walikale	406					
RuHTSuru	71					
Masisi	180					

DISTANCES ENTRE MBANDAKA ET VILLES DE L'EQUATEUR

VILLE	MBANDAKA	LISALA	GEMENA	BOENDE	GBADOLITE
MBANDAKA		1965	2256	998	2209
LISALA	1965				
GEMENA	2256				
BOENDE	998				
GBADOLITE	2209				

DISTANCES ENTRE BANDUNDU ET VILLES DE BANDUNDU

VILLE	BANDUNDU	KIKWIT	INONGO	MUSHIE	GUNGU
Bandundu		397	182	62	557
KIKWIT	397				
INONGO	182				
MUSHIE	62				
GUNGU	557				

DISTANCES ENTRE MATADI ET VILLES DE BAS CONGO

VILLE	MATADI	BOMA	KIMPESE	MOANDA
MATADI		117	138	213
BOMA	117			
KIMPESE	138			
MOANDA	213			

DISTANCES ENTRE KANANGA ET VILLES DU KASAI OCCIDENTAL

VILLE	KANANGA	ILEBO	MWEKA	DEMBA	LUEBO	LUIZ A	TSHIKAP A
KANANGA		460	240	60	200	200	265
ILEBO	460						
MWEKA	240						
DEMBA	60						
LUEBO	200						
LUIZA	200						
TSHIKAPA	265						

DISTANCES ENTRE MBUJI MAYI ET VILLES DU KASAI ORIENTAL

VILLE	MBUJI MAYI	LODJA	KABINDA	NGANDAGIKA	MWENEDITU
MBUJI MAYI		758	150	91	120
LODJA	758				
KABINDA	150				
NGANDAGIKA	91				
MWENEDITU	120				

DISTANCES ENTRE KISANGANI ET VILLES DE LA PROVINCE ORIENTALE

VILLE	KISANGANI	ISIRO	BUTA	MAHAGI	BUNIA	AKETI
KISANGANI		782	327	1385	1266	449
ISIRO	782					
BUTA	327					
MAHAGI	1385					
BUNIA	1266					
AKETI	449					

DISTANCES ENTRE KINDU ET VILLES DE LA PROVINCE DU MANIEMA

VILLE	Kindu	Kasongo	Kalima	lubutu	Punia	Kibombo
Kindu		250	120	349	1339	120
Kasongo	250					
Kalima	120					
Lubutu	349					
Bunia	1339					
Kibombo	120					

Annexe 2. Organigramme du Ministère de la Santé Publique

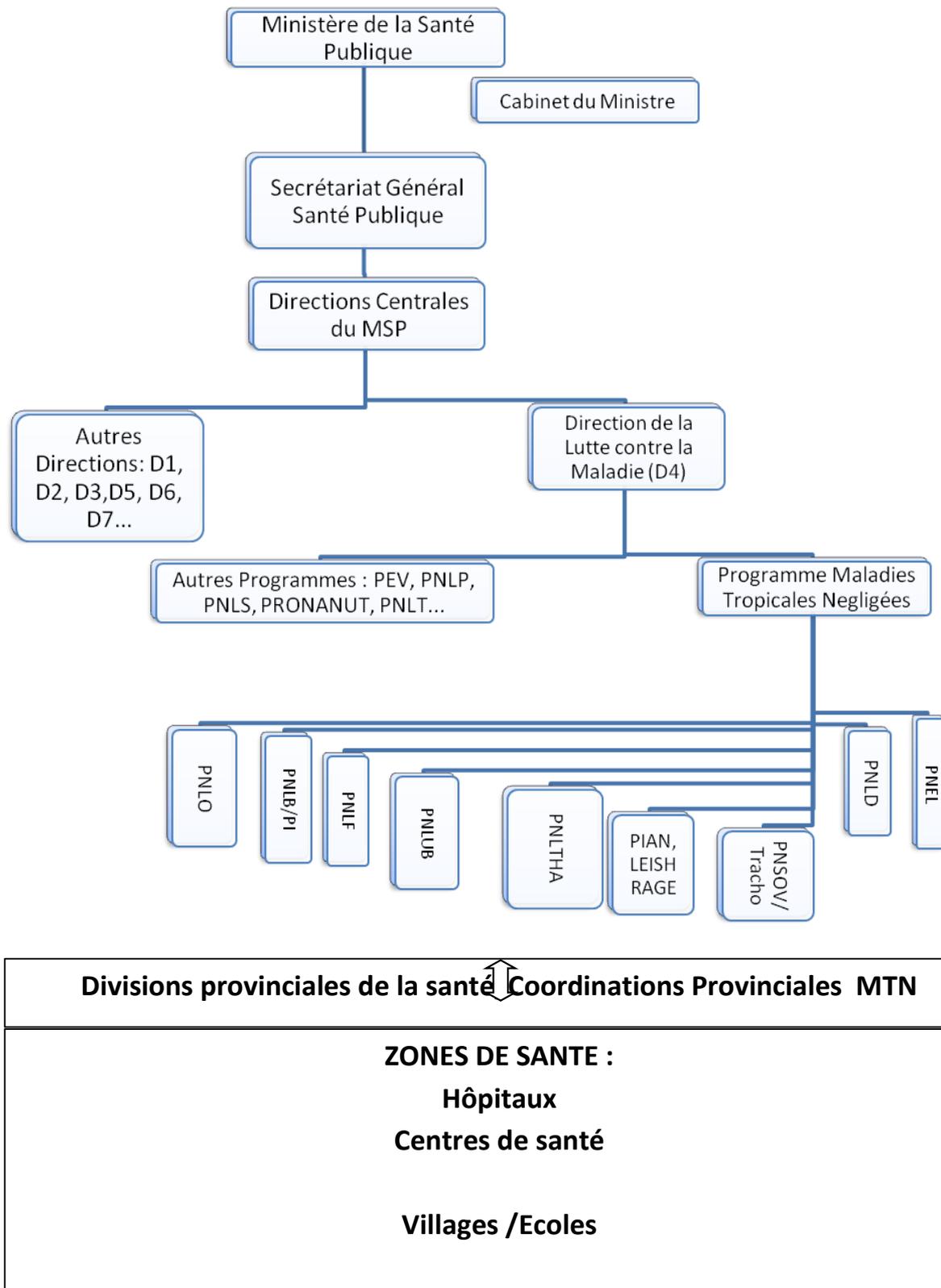


Figure 16. Organigramme du système de santé publique

Annexe 3. Chimio prévention (PCT)-Administration médicamenteuse de masse (MDA)

Activités		FL	Oncho	Schisto	HTS	Trachome
Coordination du programme		X	X	X	X	X
Plaidoyer		X	X	X	X	X
Mobilisation des ressources		X	X	X	X	X
Mobilisation sociale		X	X	X	X	X
Formation		X	X	X	X	X
Cartographie		X	X	X	X	X
Distribution des médicaments	TIDC	X	X	X	X	X
	Ecoles			X	X	
	Campagnes de DMM	X		X	X	X
	Journée santé enfant				X	X
	Campagnes de vaccination			X	X	X
	Journée santé et nutrition	X		X		

Annexe 4. Types d'intervention de la Chimio-prévention (PCT)

Types de DMM transversale	Canaux de prestations	Programmation des traitements	Combinaisons des maladies	Besoins	Autres interventions de lutte de masse
---------------------------	-----------------------	-------------------------------	---------------------------	---------	--

s					
DMM1	Communautés	1 à 6 mois	LF, oncho et HTS	Plaidoyer, mobilisation, formation, médicaments, distribution, rapportage et évaluation	
DMM1 /T2	Communautés	1 à 6 mois	LF, oncho, HTS et Schisto	Plaidoyer, mobilisation, formation, médicaments, distribution, rapportage et évaluation	
DMM2	Communautés	2 fois par an	LF, HTS	Plaidoyer, mobilisation, formation, médicaments, distribution, rapportage et évaluation	
DMM2/T2	Communautés	1 à 6 mois	LF, HTS et Schisto	Plaidoyer, mobilisation, formation, médicaments, distribution, rapportage et évaluation	

DMM3	Communautés	1 fois par an	Oncho	Plaidoyer, mobilisation, formation, médicaments, distribution, rapportage et évaluation	
T1	Ecoles et centres de santé	1f/an, 1f/2ans ou 1 fois/3ans	Schisto, HTS	Plaidoyer, mobilisation, formation, médicaments, distribution, rapportage et évaluation	
T2	Ecoles	1/ans, 1f/2ans ou 1 fois/3ans	Schisto	Plaidoyer, mobilisation, formation, médicaments, distribution, rapportage et évaluation	
T3	Ecoles	1 ou 2 fois/an	HTS	Plaidoyer, mobilisation, formation, médicaments, distribution, rapportage et évaluation	

Annexe 5. Algorithme de la CTP

Intervention	Maladies ciblées	Médicaments	Fréquence	Population à traiter	Personnes à exclure
DMM 1	-Filariose lymphatique (FL) ; -FL et onchocercose (oncho) -FL et géo helminthiases (HTS) -FL, Oncho et HTS	Ivermectine et Albendazole Administrés en même temps	A intervalles d'un an	Toute la population à risque	Femmes enceintes, Femmes qui allaitent pdt la 1 ^{ère} semaine après l'accouchement, enfants de moins de 90 cm (soit environ 15 kilos, Personnes gravement malades
DMM 3	- Onchocercose (Oncho)	Ivermectine	A intervalles d'un an	Toute population des communautés où l'oncho est méso ou hyper endémique (prévalence de l'infection >ou =40 % ou prévalence de nodules > ou =à20%	Femmes enceintes, Femmes qui allaitent pdt la 1 ^{ère} semaine après l'accouchement, enfants de moins de 90 cm (soit environ 15 kilos, Personnes gravement malades

Intervention	Maladies ciblées	Médicaments	Fréquence	Population à traiter	Personnes à exclure
T 1	Schistosomias e (SCH) et Géo helminthiases (HTS)	Praziquantel et Albendazole ou mébendazole, administrés simultanément	Une fois ou deux fois par an pour l'ALB ou mébendazole ; Une fois pour PZQ pour communautés à risque, une fois tous les deux ans là où le risque est modéré et deux fois pdt toute la période correspondant à l'âge scolaire si risque faible	<p>Pour PZQ :</p> <ul style="list-style-type: none"> -enfants d'âge scolaire Adultes à risque (femmes enceintes ou qui allaitent, groupes ayant des activités en contact avec des eaux infectées comme les pêcheurs, fermiers, ouvriers d'irrigation, femmes domestiques et toute la population entière vivant dans les zones d'endémie <p>Pour l'ALB :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfants d'âge scolaire et préscolaire - femmes en âge de 	<p>Pour PZQ :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfants moins de 4 ans ou moins de 94 cm <p>Pour ALB :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfants de moins d'un an -Femmes enceintes au 1^{er} trimestre

Intervention	Maladies ciblées	Médicaments	Fréquence	Population à traiter	Personnes à exclure
T 2	SCH	Praziquantel	Une fois par an dans les communautés exposées à un risque élevé, une fois tous les deux ans dans celles à risque modéré et deux fois sur toute la période correspondant à l'âge de la scolarité primaire dans celles à risque faible	Pour PZQ : -enfants d'âge scolaire Adultes à risque (femmes enceintes ou qui allaitent, groupes ayant des activités en contact avec des eaux infectées comme les pêcheurs, fermiers, ouvriers d'irrigation, femmes domestiques et toute la population entière vivant dans les zones d'endémie	-Enfants moins de 4 ans ou moins de 94 cm

Intervention	Maladies ciblées	Médicaments	Fréquence	Population à traiter	Personnes à exclure
T 3	HTS	Albendazole ou mébendazole	Une ou deux fois par an	-enfants d'âge scolaire et préscolaire - femmes en âge de procréer (y compris femmes enceintes aux 2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestre de la grossesse et celles qui allaitent ; - adultes exposés dans certaines fonctions (cueilleurs de théét mineurs par ex.)	Enfants de moins d'un an ; Femmes enceintes au 1 ^{er} trimestre de la grossesse

Intervention	Maladies ciblées	Médicaments	Fréquence	Population à traiter	Personnes à exclure
DMM1/T2	FL, Oncho,HTS et SCH	-Ivermectine et Albendazole Administrés en même temps -Praziquantel		<p>Pour PZQ :</p> <ul style="list-style-type: none"> -enfants d'âge scolaire Adultes à risque (femmes enceintes ou qui allaitent, groupes ayant des activités en contact avec des eaux infectées comme les pêcheurs, fermiers, ouvriers d'irrigation, femmes domestiques et toute la population entière vivant dans les zones d'endémie <p>Pour l'ALB :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfants d'âge scolaire et préscolaire - femmes en âge de 	<ul style="list-style-type: none"> - Femmes enceintes, personnes gravement malades. -Enfants moins de 4 ans ou moins de 94 cm

Intervention	Maladies ciblées	Médicaments	Fréquence	Population à traiter	Personnes à exclure
DMM2/T2	LF, HTS et Schisto	-Ivermectine et Albendazole Administrés en même temps -Praziquantel			- Femmes enceintes, personnes gravement malades. -Enfants moins de 4 ans ou moins de 94 cm

Annexe 6. Algorithme PCT 1

Algorithme 1. Mise en œuvre coordonnée des interventions de chimio prévention

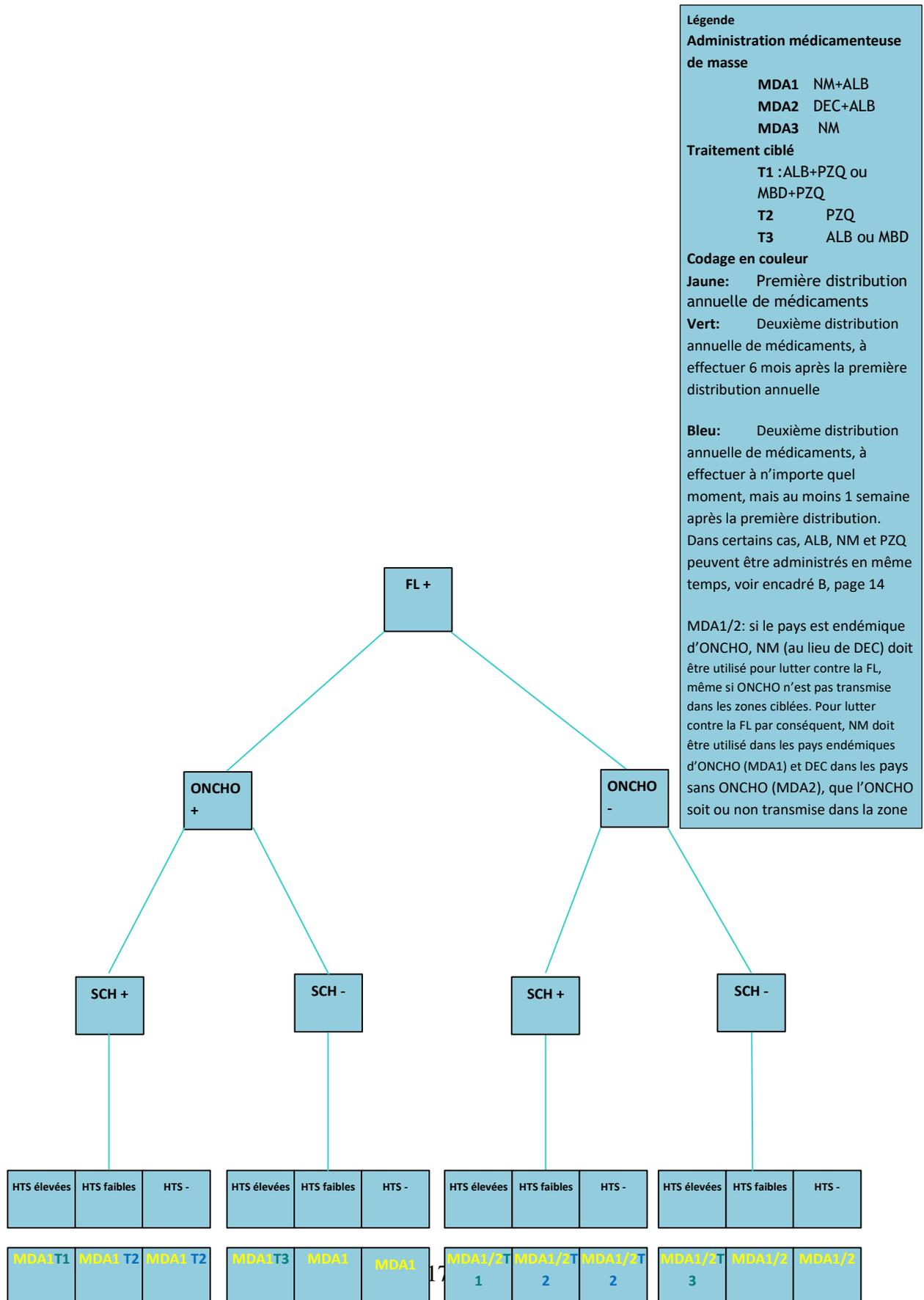
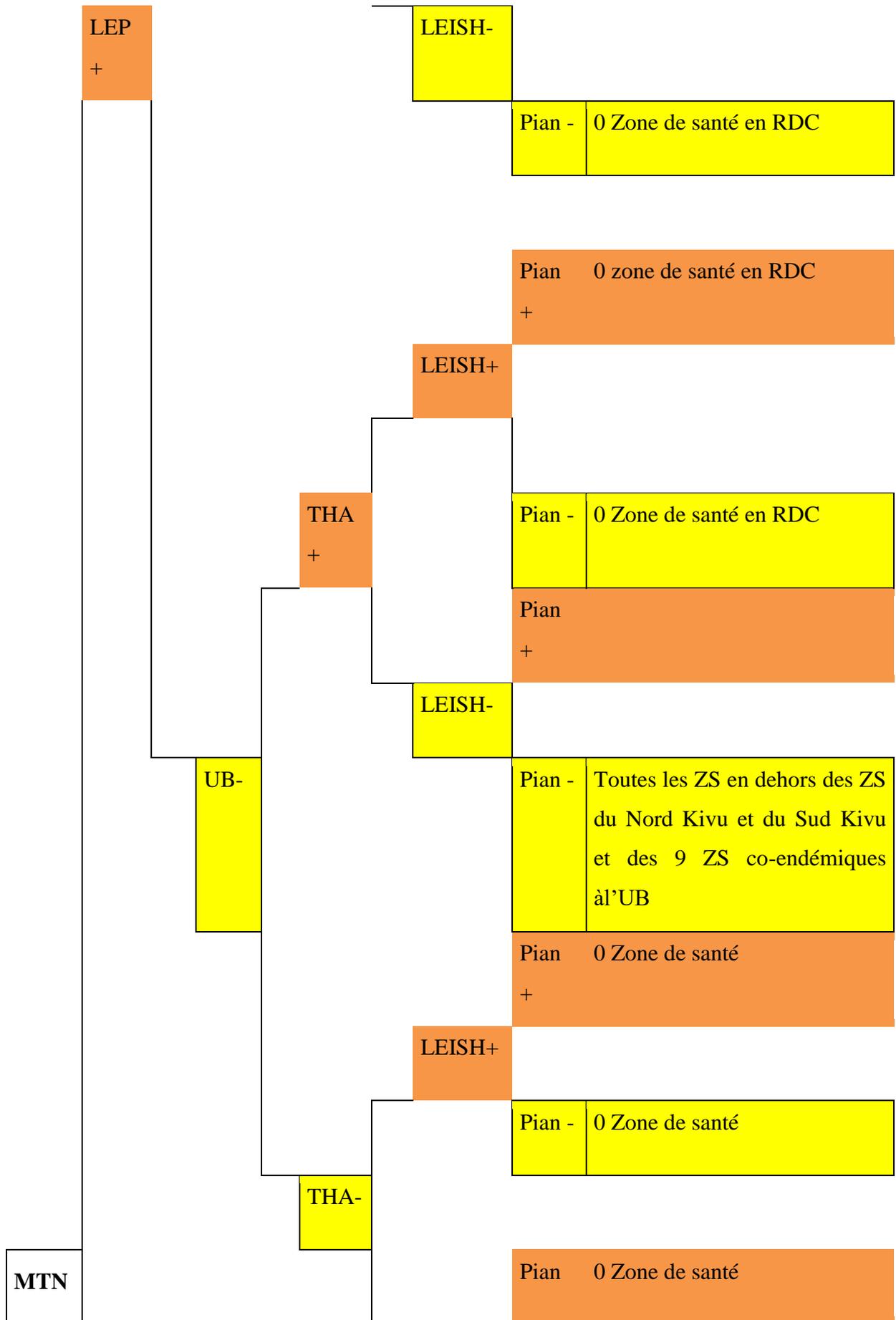
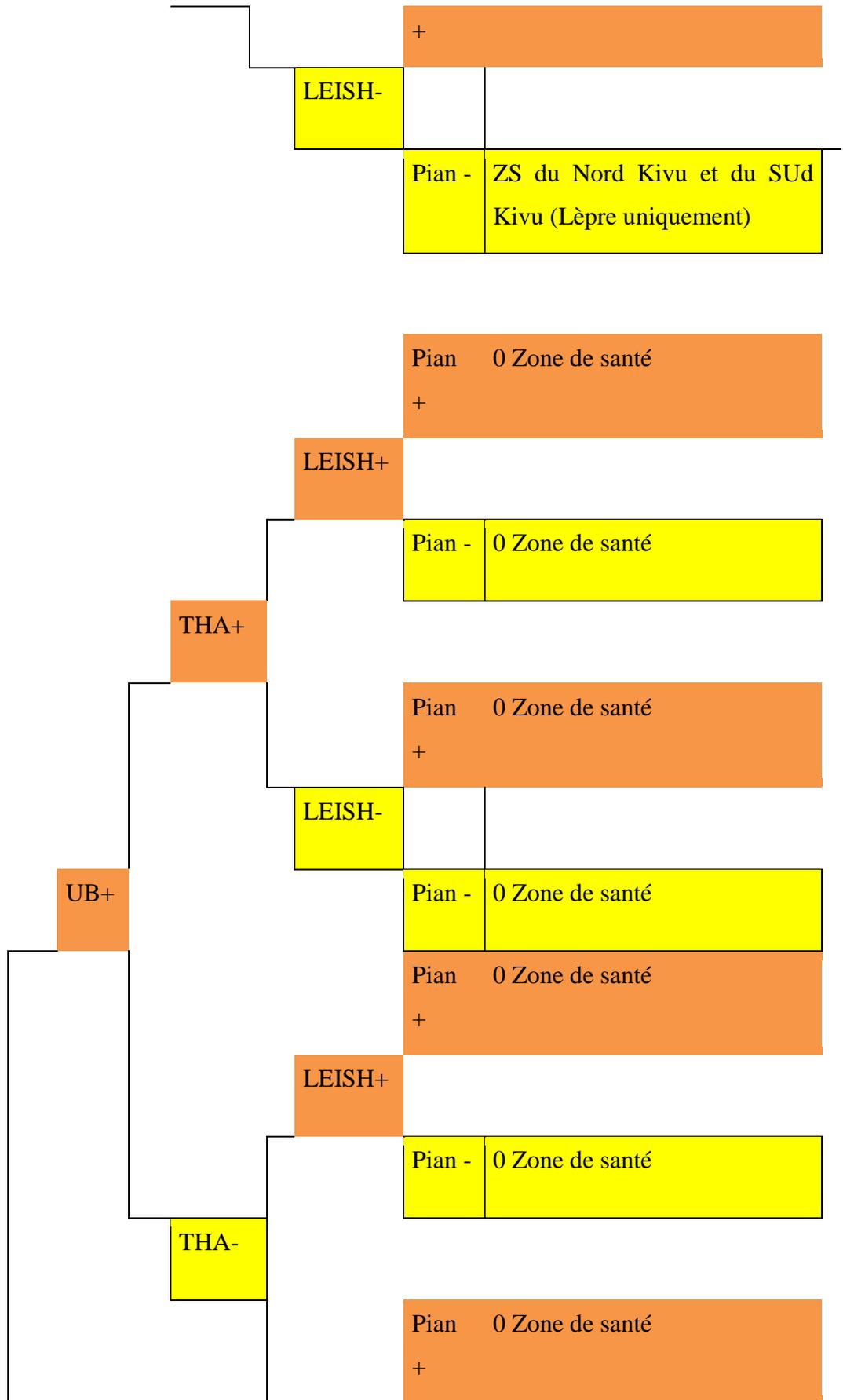


Figure 17. Algorithme PCT1



PIM



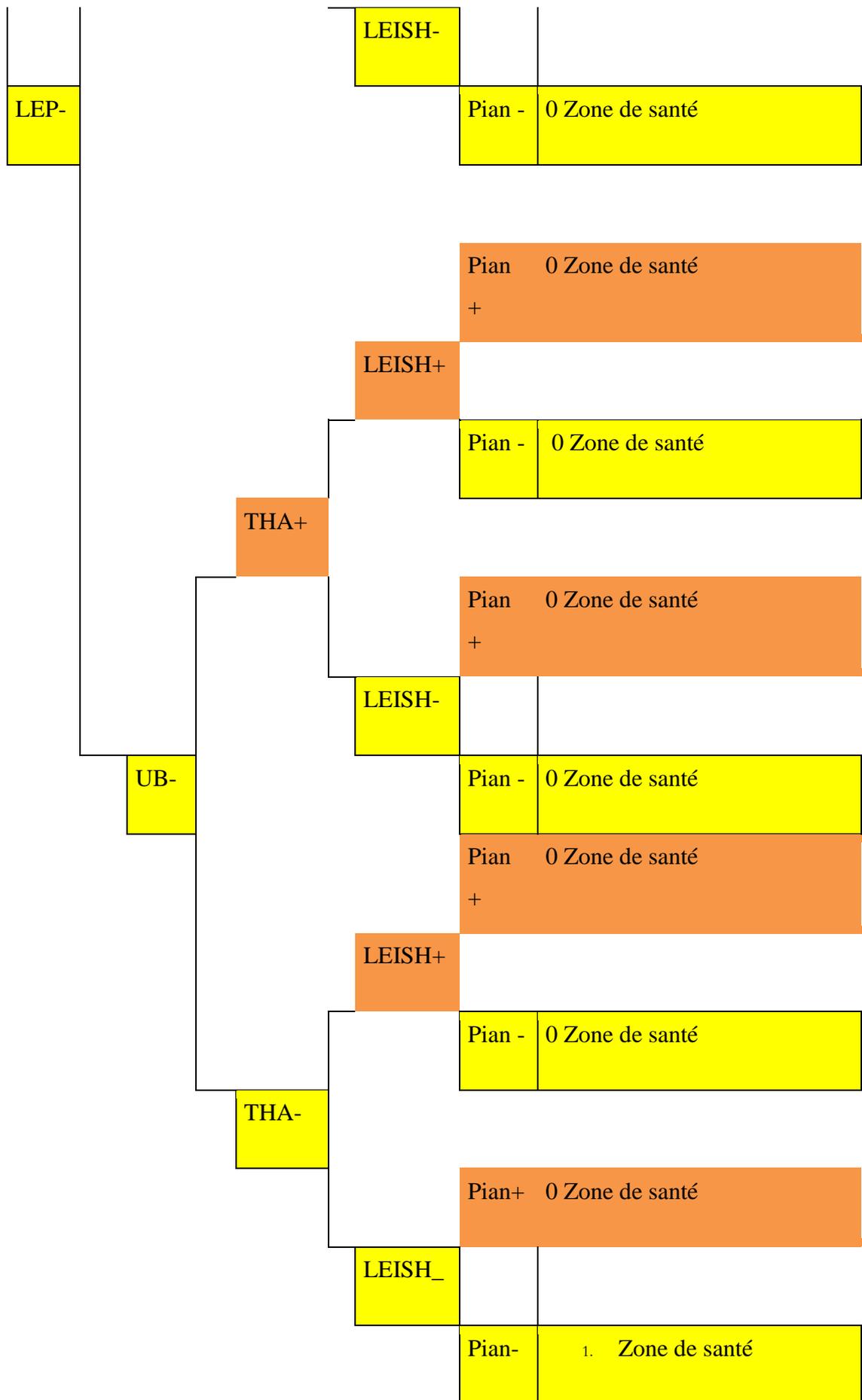


Figure 18. Algorithme PCT2

Annexe 7. Lutte contre la transmission- lutte contre le vecteur/réservoir

Activités	Vecteurs et MTN associées						
	Moustiques			Autres vecteurs			
				Mollusques/escargots	Simulies	Phlébotomes	Glossines (Mouche tsé-tsé)
FL	Dengue	Paludisme	Schisto	Oncho	Leish	THA	
MII	X	X	X				
IRS	X	X	X			X	
Pulvérisation insecticide						X	X
Larvicides	X	X	X		X		
Pièges							X
Prévention/traitement sites de reproduction	X	X	X	X	X	??	

Annexe 8. Amélioration de l'environnement, approvisionnement en eau potable, assainissement et recherche opérationnelle

Activités	FL	Oncho	Sch	HTS	Tra	Lep	Leis	THA	VG	UB	Rage	Dengue
Partenariat pour améliorer l'approvisionnement en eau			X	X	X				X			
Partenariat pour améliorer l'hygiène et l'assainissement			X	X	X							
Mobilisation sociale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promotion de la santé	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Recherche opérationnelle	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Annexe 9: Estimation des médicaments et logistique

Programme MTN	Nom des médicaments	Source du médicament	Etat de l'approvisionnement (don/achat)	Délai minimum avant la livraison	Dépositaire dans le pays
FL et oncho	IVM	PDM/Merck	Don	6mois	PNLO
FL	IVM et ALB	PDM	Don	-	-
THA	Pentamidine				

Programme MTN	Nom des médicaments	Source du médicament	Etat de l'approvisionn ement (don/achat)	Délai minimum avant la livraison	Dépositaire dans le pays
	Melarsoprol				
	NEC				
	DFMO				
FL et HTS	IVM, ALB	PDM/MERCK/ GSK	Don	6 mois	PNLO
HTS	MEB	Johnson	don		
Schisto	PZQ		Acheté	-	-
Trachome	Zithromax	Pfizer	don	6 mois	
Lèpre	Plaquettes de PCT (MBA, MBE ? PBA, PBE)	OMS/Novartis	Don	7 mois	PNEL
Ulcère de Buruli	Rifampicine, Streptomycine	OMS/Novartis, Sanofi	Don	6mois	OMS
Pian	Benzathine Pénicilline (Extenciline)	OMS/Novartis, Sanofi	Don	6 mois	OMS
Leish	Antimoniale, Ambisome				OMS

Annexe 10. Prévisions et logistique pour les médicaments et logistique

Médicament	Provenance	Forme d'acquisition	Délai de livraison	Consignation dans le pays
IVM	MSD/PDM	DON		
DEC				
ALB	OMS, Novatis	DON	6mois	Programme national
MEB	OMS, Novatis	Don	6mois	Programme national
PZQ				
AZI				

Annexe 11 : Récapitulatif de l'intensification de l'élimination progressive des interventions de chimio prévention

	Situation des interventions	Autres activités de chimio prévention des MTN à ajouter
1	Administration médicamenteuse de masse commencée pour l'élimination de la filariose lymphatique	<p>Etablir des sites sentinelles pour évaluer l'effet des HTS</p> <p>Coordonner la MDA de la FL avec la 2e série de MDA HTS, par la méthode axée sur les écoles, là où la prévalence est élevée (<50%).</p> <p>Evaluer l'endémicité de la schistosomiase; coordonner la MDA de la FL avec le traitement à praziquantel conjointement avec la 2e série de MDA HTS. Si seule la schistosomiase est endémique ou la prévalence de HTS faible (<50%), coordonner la MDA axée sur l'école pour la schistosomiase.</p>

	Situation des interventions	Autres activités de chimio prévention des MTN à ajouter
2	MDA de FL planifiée	<ul style="list-style-type: none"> -Cartographier la schistosomiase et HTS (ainsi que le trachome et l'onchocercose le cas échéant) -Collecter des informations de référence pour la FL, la schistosomiase et HTS -Coordonner le moment de la MDA de manière appropriée par les méthodes axées sur la communauté et sur l'école.
3	FL non cartographie	<ul style="list-style-type: none"> -Effectuer une cartographie intégrée avec l'une quelconque des cinq maladies de chimioprévention et le loaloa, là où ils sont suspectés. <i>Note: pour certaines situations, la cartographie de la FL peut avoir besoin d'être considérée comme prioritaire et effectuée séparément.</i> -Là où la FL est endémique, procéder comme au 2 ci-dessus.
4	FL non endémique	<ul style="list-style-type: none"> -Procéder comme au 2 ci-dessus.
5	MDA de FL éliminée progressivement	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluer l'endémicité de HTS et suivre les directives de HTS -Là où l'Onchocercose est co-endémique, poursuivre la distribution de l'Ivermectine et poursuivre les directives de lutte contre l'onchocercose.