



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME
P.N.L.P.

Avenue du tourisme N° 1 - Kinshasa / Ngallema



L'ARTESUNATE + L'AMODIAQUINE



“ Faire Reculer le Paludisme ”

PLAN STRATEGIQUE

2007 - 2011



Jun 2007



Vue des participants à l'Atelier de validation du Plan stratégique 2007-2011. Au premier plan de gauche à droite le Secrétaire Général à la Santé, le Ministre de la Santé, le Vice-ministre de la Santé et le Directeur du PNL

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	3
LISTE DES ABBREVIATIONS.....	4
PREFACE	6
RESUME.....	7
INTRODUCTION.....	8
SECTION I: PRESENTATION GENERALE DE LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO.....	9
SECTION II : LE SECTEUR DE LA SANTE DE LA RDC.....	19
SECTION III : LE PALUDISME EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO.....	24
SECTION IV : PLAN STRATEGIQUE QUINQUENNAL 2007 – 2011.....	44
SECTION V : PLAN D’ACTION.....	59
SECTION VI : BUDGET.....	69
SECTION VII : SUIVI ET EVALUATION.....	71
ANNEXE 1 : ATELIER DE VALIDATION EN IMAGES.....	78
ANNEXE 2 : LISTE DES PARTICIPANTS.....	109

LISTE DES ABBREVIATIONS

AQ-SP	:	Amodiaquine + Sulfadoxine pyriméthamine
AQ-AS	:	Amodiaquine + Artésunate
AS	:	Aire de Santé
BAD	:	Banque Africaine de Développement
BCECO	:	Bureau central de coordination
BCZS	:	Bureau Central de la Zone de Santé
BM	:	Banque Mondiale
CCC	:	Communication pour le Changement de Comportement
CDC	:	Center for Diseases Control
CDR	:	Central de Distribution Régional
CHK	:	Centre Hospitalier de Kingasani
CPN	:	Consultations Prénatales
CQ	:	Chloroquine
CS	:	Centre de Santé
CTB	:	Coopération Technique Belge
DSCR	:	Document de Stratégie de la croissance et de la réduction de la Pauvreté
EDS	:	Enquête Démographique et de Santé
ESP	:	Ecole de Santé Publique
FED 9	:	Fonds Européen de Développement
FEDECAME	:	Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments essentiels
FRP	:	Faire Reculer le Paludisme
GFATM	:	Global Funds de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et la Malaria
HGR	:	Hôpital Général de Référence
IDH	:	Indicateur du Développement Humain
IDS	:	Surveillance Intégrée de la maladie
IEC	:	Information Education Communication
IMP	:	Inspection Médicale Provinciale
INRB	:	Institut National de Recherche Bio-médicale
IST	:	Infection Sexuellement transmissible
JNV	:	Journées Nationales de Vaccination
LAP	:	Lutte AntiPaludique
MICS	:	Enquête à indicateurs Multiples
MII	:	Moustiquaire Imprégnée d'insecticide
MIP	:	Médecin Inspecteur Provincial
MTI	:	Matériaux Traités aux Insecticides
NAC	:	Nutrition à Assise Communautaire
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONATRA	:	Office National des Transports
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PCIME	:	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEC	:	Prise En charge des Cas
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PEV/LMTE	:	Programme Elargi de Vaccination et de Lutte contre les Maladies Transmissibles de l'Enfance

PIB	:	Produit Intérieur Brut
PLAP	:	Projet de Lutte Antipaludique
PMURR	:	Projet Multisectoriel d'Urgence pour la Réhabilitation et la Reconstruction
PNA	:	Programme National d'Assainissement
PNB	:	Produit National Brut
PNLP	:	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	:	Programme National de Lutte contre le Sida
PNMLS	:	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA
PNUD	:	Programme des nations Unies pour le Développement
PNSR	:	Programme National de la Santé de la Reproduction
PPTTE	:	Pays Pauvres Très Endettés
PRONANUT	:	Programme National de Nutrition
PS	:	Poste de Santé
RBM	:	Roll Back Malaria
RDC	:	République Démocratique du Congo
SIS	:	Système d'Information Sanitaire
SNCC	:	Société Nationale des Chemins de fer du Congo
SNIS	:	Système National d'Information Sanitaire
SP	:	Sulfadoxine-Pyriméthamine
SP-AS	:	Sulfadoxine-Pyriméthamine + Artésunate
SRSS	!	Stratégie du Renforcement du Système de Santé
SSP	:	Soins de Santé Primaires
TF	:	Task Force
\$:	Dollars
TPI	:	traitement Préventif et Intermittent
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	:	United States Agency for International Development
USD	:	United States Dollars
VIH/SIDA	:	Virus de l'immunodéficience humaine/ Syndrome de l'immunodéficience acquise
ZS	:	Zone de Santé
m	:	mètre
m ³	:	mètre cube
mm	:	millimètre
>	:	Supérieur
<	:	Inférieur
%	:	Pourcentage
°	:	Degré
°C	:	Degré Celcius
Km ²	:	Kilomètre carré
A1	:	Infirmier gradué
A2	:	Infirmier diplômé
A3	:	Infirmier cycle court
G3	:	Graduat
L2	:	Licence

PREFACE

Le présent document que nous mettons à la disposition de tous ceux qui s'intéressent et interviennent dans le domaine de la lutte contre le paludisme a pour but d'améliorer l'état de la santé des populations de la République Démocratique du Congo.

En effet, il n'est pas lassant de rappeler que le paludisme constitue un problème important de santé publique dans notre pays. Il est également la première cause de morbidité et l'une des trois causes de mortalité d'enfants de moins de cinq ans dans notre pays.

Par ses dévastations, il constitue un frein au développement.

Cinq ans durant (2002-2006) les partenaires de l'initiative « Faire reculer le Paludisme » ont mené des activités pour réduire la morbidité et la mortalité causées par cette endémie. Les résultats dans un contexte de conflit armée et des ressources insuffisantes n'ont pas été à la hauteur des attentes du sommet d'Abuja, tenu le 25 avril 2000.

Tirant les leçons de l'exécution de ce plan 2002-2006, les partenaires proposent actuellement un nouvel outil pour l'exécution des activités pour la période 2007-2011. Ce plan présente une vue d'ensemble des actions pouvant conduire la RDC à réduire la morbidité et la mortalité liée au paludisme et permettre ainsi à la nation de s'approcher des objectifs du développement pour le millénaire auxquels notre pays a librement souscrit.

Puisse ce document de plan stratégique de lutte contre le paludisme servir de repère à tous les partenaires « FRP » dans le but d'un engagement vers la convergence et la synergie des interventions afin de contribuer à l'amélioration du bien être de nos populations.

Le Dr Benoît KEBELA ILUNGA

Secrétaire Général à la Santé Publique

RESUME

Le présent **plan stratégique** se fonde sur la vision universelle exprimée à travers le plan stratégique mondial « Faire Reculer le Paludisme » 2005-2015 et les résultats de l'évaluation du plan stratégique 2002-2006 qui complète l'ensemble de l'analyse de la situation.

Le but du plan est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de la République Démocratique du Congo par la réduction du fardeau humain et socio économique dû au paludisme

L'objectif visé est de réduire de 50% la morbidité et la mortalité spécifiques dues au paludisme d'ici 2011

Les résultats attendus en fin 2011 étant :

- 80 % des personnes à risque du paludisme dorment sous moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- 80 % des maisons dans les zones ciblées en pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide rémanent sont couvertes;
- 80 % des femmes enceintes bénéficient d'un traitement préventif intermittent conformément aux directives nationales ;
- 80 % des patients atteints du paludisme bénéficient d'un diagnostic et d'un traitement conformes aux directives nationales à tous les échelons de la pyramide sanitaire ;
- la coordination du programme de lutte contre le paludisme est assurée
- les données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme sont régulièrement fournies.

Afin de parvenir aux objectifs ci-haut cités, les **stratégies** suivantes seront mises en oeuvre à savoir :

- l'amélioration de la prise en charge rapide et efficace des cas du paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, y compris dans la communauté ;
- le renforcement des activités de prévention grâce aux méthodes de protection individuelle et collective comme les moustiquaires imprégnées d'insecticide, les pulvérisations intradomiciliaires d'insecticide rémanent et une gestion de l'environnement ;
- l'application du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes ;
- le renforcement de la préparation et de la riposte aux épidémies dues au paludisme ;
- le renforcement de processus de planification participative à tous les niveaux, y compris le niveau communautaire ;
- la formation ;
- l'approvisionnement en intrants de lutte contre le paludisme ;
- l'amélioration de la gestion des ressources ;
- le développement de la recherche ;
- la promotion en faveur de la lutte antipaludique ;
- le renforcement de la surveillance, le suivi et l'évaluation.

INTRODUCTION

Le **paludisme**, connu depuis l'antiquité, reste un problème d'ampleur mondiale et demeure une préoccupation majeure de santé publique pour les pays tropicaux, en particulier les pays de l'Afrique Sub-saharienne.

Les pertes économiques liées au paludisme sont estimées à plus de 12 milliards de dollars américains par an.

A la suite de la prise de conscience à l'échelle planétaire sur les conséquences sanitaires et socio-économiques de cette endémie, d'importants progrès ont été réalisés au niveau mondial depuis un certain temps. Ces progrès visent la mise en place des programmes de prévention et de traitement pour les personnes les plus touchées par cette maladie dévastatrice.

Au cours des années 80 et 90, la charge du paludisme s'est alourdie en Afrique en raison de la résistance du parasite aux médicaments antipaludiques usuels et bon marché, de la détérioration des services de santé primaires et de l'apparition, chez le moustique, des souches résistantes aux insecticides utilisés pour lutter contre le vecteur.

Ces dix dernières années, le paludisme a également ré émergé ou s'est intensifié en Asie du Sud-Est après l'interruption des opérations d'éradication et est réapparu dans plusieurs pays transcaucasiens et centrasiatiques.

Dans de nombreux pays, les programmes d'accès aux méthodes et stratégies recommandées par RBM n'ont pas démarré avant l'an 2000. Dans la plupart des pays africains où le poids du paludisme est le plus lourd, l'accès à la prévention et au traitement n'a été élargi que plus récemment.

Compte tenu des données et méthodes scientifiques dont on dispose, il est donc encore trop tôt pour dire si la charge mondiale du paludisme a augmenté ou diminué depuis 2000. Ce n'est qu'au bout de plusieurs années de couverture élevée par la prévention et le traitement qu'on pourra mesurer l'impact sur la morbidité et la mortalité dues au paludisme dans le monde.

Face à ce dramatique constat, la République Démocratique du Congo s'est officiellement appropriée l'initiative « Faire Reculer le Paludisme depuis Février 2001, et s'est de ce fait engagée à mettre en œuvre, en collaboration avec tous ses partenaires au développement, les stratégies adoptées au niveau mondial et régional.

Dans ce contexte, il a été possible de procéder à l'élaboration d'un plan stratégique national, une étape importante, en ce sens qu'il avait fourni au pays un outil à même de faciliter la planification, l'exécution et l'évaluation des interventions pour la période 2002 - 2006.

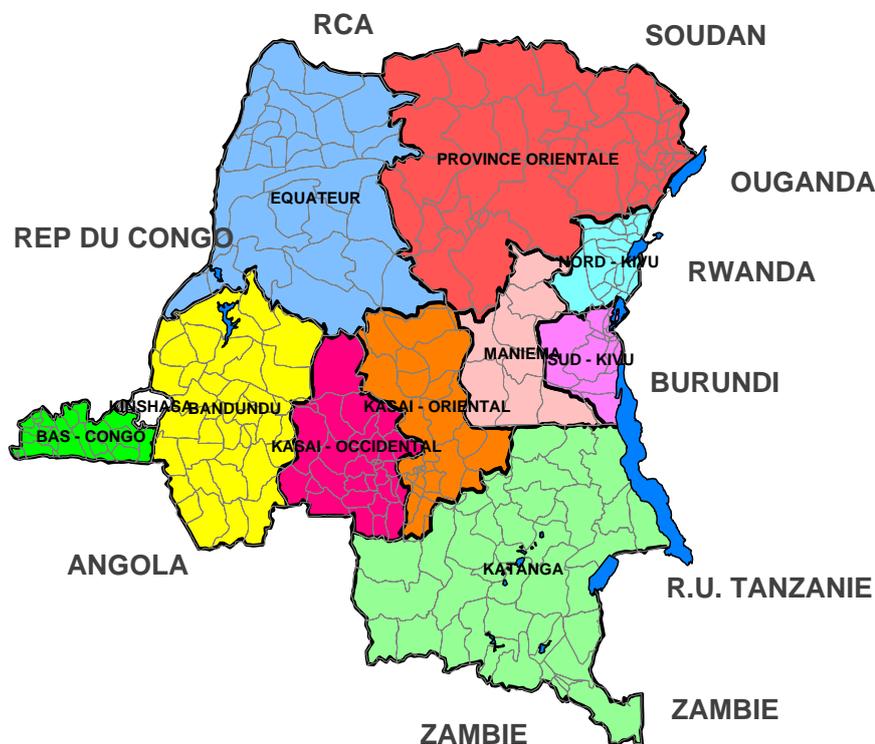
L'expiration de ce dernier conduit le pays à l'actualiser, en vue de se doter d'un nouveau plan stratégique quinquennal couvrant la période 2007 – 2011.

SECTION I. PRESENTATION GENERALE DE LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

1.1. Aperçu géographique et morphologique

Placée au cœur du continent africain, à cheval sur l'équateur, de part et d'autre de l'Equateur, entre d'un côté 5°20' de latitude Nord et 13°27' de latitude Sud, et de l'autre entre 12° et 31° de Longitude Est, la RDC présente une superficie d'environ 2.344.000 km². Elle partage 9.000 Km de frontières avec neuf autres pays et 37 Km de côte sur l'Océan Atlantique. Elle est divisée en 11 provinces, 45 districts et 225 territoires administratifs et communes (figure 1).

Figure 1 : Carte administrative de la République Démocratique du Congo



La RDC présente un gradient d'altitudes important depuis le niveau de la mer jusqu'au sommet du Ruwenzori à plus de 5.000 m. L'immense partie du pays (plus de 85%) est située entre 300 et 1.000 m d'altitude.

En bordure Est et Sud s'étendent des hauts plateaux parsemés d'inselbergs (2.000 m dans la partie Sud du plateau du Katanga), des massifs aux sommets aplanis (monts Mitumba notamment), et des fossés d'effondrement (lac Upemba). Les fossés d'effondrement, généralement occupés par des lacs (Tanganyika, Kivu, Édouard et Albert) sont dominés par des môles granitiques couverts de glaciers (Ruwenzori, 5.119 m) et les formations volcaniques du bourrelet occidental du rift (chaîne des Virunga). A l'ouest, la cuvette centrale est bordée par le plateau des Batéké et des chaînes de collines plus ou moins parallèles à la côte atlantique.

1.2. *Aperçu climatique*

Située de part et d'autre de l'équateur, la RDC connaît toute la gamme des climats caractéristiques de la zone tropicale humide :

- le **climat équatorial au centre** (saison des pluies de 8 à 10 mois et climat) qu'on retrouve dans la Cuvette typiquement équatoriale avec des précipitations autour de 2 m de pluie par an, sans véritable saison sèche, une humidité atmosphérique constamment élevée (70 à 85%), et des températures variant à peine autour d'une moyenne de 25 à 27 °C.
- le **climat tropical et humide au Nord et au Sud** qu'on retrouve dans le Katanga méridional où six mois secs alternent avec six mois pluvieux, avec une pluviométrie moyenne annuelle entre 1.000 et 1.500 mm et des précipitations totales voisines de 500 mm.

Les 2 climats, étant chauds avec une pluviométrie importante, favorisent le développement du moustique vecteur du paludisme et le *Pasmodium* son agent.

- La RDC présente **un climat tempéré en altitude à l'Est** ». ¹

Les précipitations varient de moins de 1.000 mm (810 mm) sur la frange littorale à plus de 2.500 mm dans les régions montagneuses à l'Ouest du Lac Kivu. Ces hautes terres, aux températures tempérées, comparables à celles du Rwanda et du Burundi voisins, contrastent vigoureusement avec les étendues chaudes et humides de l'intérieur du bassin.

L'extrême Est, du Lac Kivu au Lac Mobutu, présente un climat de type montagnard avec des températures moyennes oscillant entre 16 à 18 °C.

1.3. *Aperçu environnemental.*

L'immense territoire de la RDC est drainé par un réseau hydrographique exceptionnel. Elle comprend une trentaine de grandes rivières totalisant plus de 20.000 km de berges. Les eaux de ces rivières débouchent sur le fleuve Congo, long d'environ 4.670 km de parcours avec un débit moyen de 45.000 m³/sec à l'embouchure (deuxième débit le plus important du monde). Une petite frange marginale du nord-est de la RDC, située dans le rift Albertin au nord des Virunga, est drainée vers le Nil. La RDC compte quinze lacs qui totalisent plus de 180.000 km². Cet important réseau hydrographique offre des gîtes propices à la prolifération de nombreux hôtes intermédiaires et vecteurs des nombreuses maladies, notamment les anophèles.

Les ressources en eau de surface (immense réseau fluvial, plaines inondées et lacs) représentent 52% des réserves totales du continent et couvrent environ 86.080 km², soit 3,5 % de la superficie du pays.

¹ Institut Géographique National

Les problèmes environnementaux se posent beaucoup plus en termes de destruction des principaux biomes (écosystèmes) à savoir les forêts, les sols, les eaux, lesquels biomes doivent coexister harmonieusement dans un système environnemental.

Par ses pratiques aussi bien traditionnelles que modernes, le Congolais se trouve être au centre de la rupture de l'équilibre environnemental. Cette rupture tient essentiellement aux faits que les sols sont érodés, les forêts décimées, les déserts progressent, les plantes et les animaux sont menacés d'extinction et les précieuses sources d'eaux s'épuisent plus rapidement qu'elles ne se renouvellent.

Les principales causes de cette dégradation sont : l'agriculture itinérante sur brûlis, l'exploitation forestière (bois d'œuvre, bois de chauffe, charbon de bois), caducité et non application des lois et règlements, construction anarchique, pollution des eaux, exploitation minière, pratique de feu de brousse, élevage extensif, explosion démographique, constructions industrielles, absence d'une politique nationale cohérente de gestion des déchets...

Face à cette destruction, le citoyen Congolais a difficile à de la peine devant un environnement péri domiciliaire avec des conditions susceptibles de favoriser l'éclosion de la maladie et donc la prolifération du vecteur transmetteur.

1.3.1. Forêt et déboisement

En rapport avec le déboisement, il faut souligner que la RDC possède une vaste étendue forestière d'environ 125 millions d'hectares, mais qui régresse chaque année à la suite de l'action conjuguée de l'agriculture itinérante, de l'élevage, de la récolte de bois de feu et de l'exploitation industrielle de bois d'œuvre.

1.3.2. Insalubrité du milieu

On note une forte détérioration de l'écosystème en raison du relâchement des mesures d'hygiène individuelle et collective et de salubrité publique, renforcé par l'insuffisance de l'approvisionnement en eau saine.

Les immondices enlevées sont déversées sans contrôle soit dans les zones de cultures maraîchères, soit dans une érosion, soit dans un cours d'eau ou un caniveau public. Il s'agit là d'une décharge non contrôlée des ordures dont la décomposition accentue la prolifération des mouches, des cancrelats et des rongeurs, sans oublier les effets néfastes sur les écosystèmes et sur la santé de la population.

1.4. Aperçu démographique

La République Démocratique du Congo est le pays le plus vaste et le plus peuplé de l'Afrique Centrale. A l'accession à l'indépendance, en 1960 sa population était estimée à 14.106.000 habitants. Au recensement scientifique en 1984, la population était chiffrée à 30.731.000 habitants.

Les données obtenues par estimation basée sur les projections démographiques de ce recensement, calculées pour l'an 2001, sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Quelques indicateurs socio économique et sanitaires de la RDC

Indicateurs	Niveau	Appréciation
Population	53,5 M	3 ^e en Afrique
Structure par tranche d'âge :		
0 – 19 ans	59%	Population jeune
20 – 59 ans	37%	
60 ans et plus	4%	
Populations déplacées	>2M	Elevé
Nombre de réfugiés	>3M	Très élevé
Croissance de la population	3,2%	Rapide par rapport aux services
Taux de fécondité	7 enfants par femme	Elevé
Taux de mortalité infantile	125 pour M	Très élevé
Mortalité maternelle	2.000 pour 100.000 N	La plus élevée en Afrique
Population urbaine	40%	Faible
Croissance urbaine	7 à 8%	Très rapide
Taux de dépendance économique (jeune)	158%	Très élevé
Indice du développement humain	0,525(1986)	faible en diminution

Sources : Anonyme (2002) : Rapport du sommet de Johannesburg : Profil de la RDC, 199 p.

Les femmes représentent 52 % de cette population. La proportion des personnes âgées de moins de 15 ans est de 49 %. Ce qui illustre l'ampleur des besoins en terme de soins de santé et d'éducation pour les jeunes (Anonyme, 2003).

Il est important de souligner que la guerre en RDC a engendré des pertes en vies humaines estimées à environ 4,5 millions de personnes (Anonyme, 2003). Ces pertes ont entamé les capacités productives de l'économie. Le déplacement des populations a eu des effets dévastateurs sur l'environnement, à la fois sur les ressources forestières et la faune.

1.5. Infrastructures et communications

Les populations entières vivent dans l'isolement par rapport au reste du pays du fait de l'inaccessibilité de leur milieu et cela à la suite de la dégradation très avancée des routes et à l'absence des mass media.

Le réseau de transport date pour l'essentiel de l'époque coloniale et est constitué de 16.238 Km de voies navigables, de 5033 Km de voies ferroviaires et de 145.000 Km de routes avec 7400 Km d'axes urbains ainsi que de 270 aéroports dont 5 internationaux. En milieu rural, le transport est essentiellement assuré par les exploitants privés, en dehors de zones desservies par l'Office National des Transports (ONATRA) et la Société Nationale de Chemins de fer du Congo (SNCC).

L'insuffisance qualitative et quantitative de l'offre des services de transport est accentuée par le mauvais état des infrastructures de transport. Cela constitue un des problèmes prioritaires du pays, une entrave à une croissance économique durable aux échanges commerciaux, à l'accès des populations aux services sociaux de base.

La télécommunication publique commence à peine à être développée. Seuls Kinshasa, les chefs-lieux des provinces et quelques villes disposent d'un réseau de téléphonie cellulaire. Les petits réseaux de phonies privées desservent les centres d'intérêt commercial et les communautés confessionnelles. Les phonies de 31 antennes du Programme Elargi de Vaccination installées dans les chefs-lieux des districts administratifs sont les moyens de télécommunication semi-publique. Cette situation favorise le maintien des populations dans un état de pauvreté en les empêchant d'exporter ou d'importer des produits. Elle empêche aussi les structures d'appui aux populations d'opérer.

1.6. Pratiques agricoles

En République Démocratique du Congo, l'agriculture occupe, en terme de superficies, 10% du territoire national dont 7% pour l'élevage. Le pays dispose d'un potentiel agricole indéniable. Les terres arables s'étendent sur 80 millions d'hectares, alors que 10 millions seulement sont réellement affectés aux cultures et aux pâturages. La diversité des climats, appuyée par un important réseau hydrographique, permet de pratiquer une gamme variée de spéculations agricoles.

L'irrigation reste encore modeste et confinée à la production de la canne à sucre et dans une moindre mesure à la production du riz. Les étendues d'herbage et de savanes sont susceptibles de supporter un élevage de plus ou moins 40 millions de têtes du gros bétail. Par ailleurs, les superficies effectivement emblavées ne dépassent guère 5% des terres du Congo qui sont de 227 millions d'hectares sont estimées à 2,78% les superficies couvertes par les principales cultures vivrières, à savoir le manioc, le maïs, le haricot, l'arachide, le paddy, la banane plantain, la patate

Quant à la population agricole, elle représente 65 à 70 % de la population totale en RDC. Il est à noter que ces ressources naturelles sont relativement fragiles et qu'il convient de prendre des mesures pour les protéger notamment des pratiques agricoles

non appropriées, les feux de brousse et la surexploitation des formations forestières voisines des grandes agglomérations urbaines.

Il sied de noter aussi que les pratiques agricoles dans les zones montagneuses plus précisément à l'Est nécessitent un suivi de proximité en terme de respect de normes au risque de progresser vers le déclenchement d'une éventuelle épidémie.

1.7. Situations socio-économique et culturelle

La crise socio-économique de la RDC, depuis bientôt une vingtaine d'années, a engendré des implications sur le revenu familial qui agit négativement sur l'accessibilité de la population aux soins de santé de base. Pourtant, le pays dispose, sur le plan économique, d'énormes potentialités humaines, agricoles, minières et énergétiques.

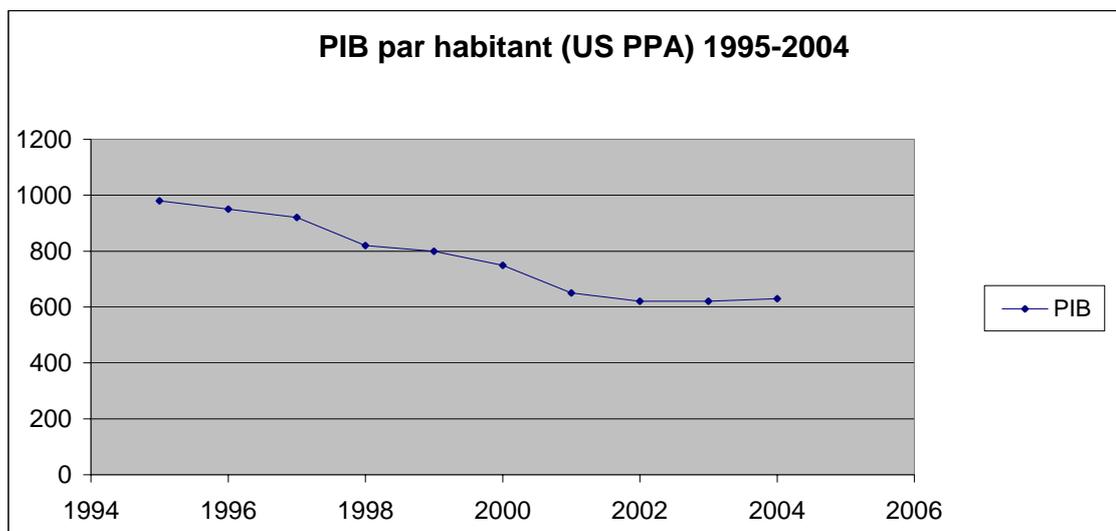
Le PNB est de moins de 100 USD/an/habitant, ce qui place le pays parmi ceux à plus faible revenu du continent.

Les taux de scolarisation sont continuellement en baisse. Pour les études primaires, le taux est passé de 94,1 % en 1978, à 74,1 % en 1988 et 50.1 % en 1998 parmi les adolescents de 15 à 19 ans.

La situation actuelle est marquée par la pauvreté accrue et le pays connaît une crise économique qui n'a cessé de s'accroître. La proportion des personnes vivant en dessous du seuil de la pauvreté était de 80% en 2001 et de 70,68% en 2005. (DSCR, juillet 2006). L'incidence globale de la pauvreté est de 71,34 %, une de très élevée parmi les pays de l'Afrique centrale.

Après une baisse réelle ininterrompue du produit intérieur brut (PIB) de 5,5 % en moyenne par an entre 1991 et 2000, le taux de croissance économique est devenu positif, passant de -2,1% en 2001 à 6,6 % en 2005. Mais cette croissance n'est pas encore suffisante pour la réduction de la pauvreté dans le pays. (DSCR, 2006).

Graphique 1 : Evolution du PIB par habitant en RDC, de 1995 à 2004



Source : Rapport National de suivi de progrès pour la RDC, 2004

Les ménages disposent en moyenne de 3,3 pièces dans leur logement pour habitation avec un nombre moyen de chambres à coucher de 2. Il existe des zones de grande promiscuité (MICS-2, 2002). 41% des ménages habitent dans des logements à une chambre. Près de 15% des ménages les plus riches occupent des logements de 4 chambres ou plus contre 2% des ménages les plus pauvres. La proportion des logements à une chambre s'est accrue légèrement en milieu urbain (43% en 2001 contre 36% en 1995), tandis qu'elle n'a pas changé en milieu rural. En même temps, celle des ménages ayant des logements à plus de 4 chambres a baissé sensiblement dans les 2 milieux de résidence.

Sur le plan de la sécurité alimentaire, 27 % des ménages consomment un seul repas par jour et 59 % en consomment deux.

Sur le plan des activités de la population adulte, 57 % des personnes âgées de 15 à 64 ans exercent une activité économique surtout dans le secteur agricole. Mais il y a 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, 2002).

Concernant l'indicateur du développement humain (IDH), le niveau de développement humain est variable selon les provinces avec une moyenne de 0,385, classant le pays au 167^{ième} rang mondial (MICS-2, 2002 ; Rapport sur le développement humain 2006).

Le tableau suivant donne un aperçu des principaux indicateurs socio-économiques de la République Démocratique du Congo.

Tableau 2 : Principaux indicateurs socio-économiques de la RDC

Indicateurs	1990	2001
Proportion des personnes vivant avec moins de 1 \$ par jour	80% (1985)	-
Pourcentage des enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale	28%	34%
Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimum d'apport calorique	31%	73%
Taux net de scolarisation dans le primaire	56%	52%
Proportion d'écoliers commençant la 1 ^{ère} année dans l'enseignement primaire et achevant la 5 ^{ième} année	51%	25%
Rapport filles/ garçons dans le primaire	74%	90%
Rapport filles/garçons dans le secondaire	45%	54%
Proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national	6%	10,3%
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	190‰ (1995)	213‰

Indicateurs	1990	2001
Taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	-	1289
Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes de 15-24 ans	5%	8%
Proportion des zones forestières	54,6%	52,4%
Proportion de la population ayant accès de façon durable à une source d'eau meilleure	41,5% (1995)	45,7%
Proportion de la population ayant accès aux services d'assainissement	12,6% (1995)	8,8%
Proportion de la population ayant accès aux services de santé		
Proportion des personnes propriétaires de logement	79,3%	74,5%
Encours global de la dette publique en pourcentage du PIB	-	283%
Service de la dette en pourcentage des recettes budgétaires	-	22%(2003)
Service de la dette en pourcentage des exportations des biens et services (après allégement sous l'I-PPTE)		
Taux d'alphabétisation des femmes de 15 à 24 par rapport aux hommes	71%	82%

Source : Rapport National de suivi de progrès pour la RDC, 2004

En rapport avec les indicateurs socio-économiques, le tableau 3 donne l'état d'avancement vers les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

Tableau 3 : *Probabilité d'atteinte des OMD en RDC*

Cibles	L'objectif sera-t-il atteint à l'horizon 2015 ?	Apport à l'environnement pour atteindre l'objectif
1. Réduire de moitié entre 1990 et 2015 les proportions de la population dont le revenu est inférieur à 1 dollar par jour	Invraisemblablement	Faiblement mais s'améliorant
2. Réduire de moitié entre 1990 et 2015 la proportion de la population souffrant de la faim	Potentiellement	Faiblement mais s'améliorant
3. D'ici 2015, donner à tous les enfants garçons et filles partout dans le monde les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	Invraisemblablement	Faiblement mais s'améliorant
4. Eliminer les disparités entre le sexe dans les enseignements primaires et secondaires d'ici à 2005 si possible et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	Potentiellement	Moyen
5. Réduire de deux tiers entre 1990 et 2015 le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	Invraisemblablement	Faiblement mais s'améliorant
6. Réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle	Invraisemblablement	Faiblement mais s'améliorant
7. D'ici 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/Sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	Potentiellement	Moyen
8. D'ici 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	Potentiellement	Moyen
9. Intégrer les principes de développement durables dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales	Potentiellement	Faiblement mais s'améliorant
10. Réduire de moitié d'ici 2015 la proportion de la population qui n'a pas accès de façon durable à l'approvisionnement en eau potable salubre	Potentiellement	Faiblement mais s'améliorant
11. Réussir d'ici 2020 à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis	Invraisemblablement	Faiblement mais s'améliorant

Source : Rapport National de suivi de progrès pour la RDC, 2004

1.8. Education

Le taux brut de scolarisation dans le primaire a connu une forte régression, soit 92 % en 1972 à 64 % en 2002. Dans le secondaire, elle est estimée à 29 % en 2001/ 2002 contre 26 % entre 1977-1978 avec un coefficient d'efficacité interne était de 36 %. En outre, on assiste à :

(i) la détérioration du taux de survie scolaire (25 %) pendant que le taux d'achèvement n'est que de 29 %, et

(ii) un faible niveau d'encadrement et l'existence des inégalités des taux bruts de scolarisation selon le sexe (72,0 % pour les garçons et 56,0 % pour les filles) et le milieu de résidence (taux d'admission de 71,6 % en milieu urbain et 43,6 % en milieu rural).

Par ailleurs, le retard de scolarisation a atteint plus de 16,0 % de garçons, contre 12,0 % de filles en 2001. Ces déficiences tirent leur origine dans l'inadéquation du système éducatif à faire face aux besoins recensés.

Ce qui démontre à suffisance le faible taux de scolarisation constaté dans le ménage qui de ce fait demeure la cellule de base pour la gestion des aspects sanitaire au sein de la famille

Des études menées ont identifié plusieurs problèmes importants qui minent l'accès à l'enseignement et la qualité de l'enseignement en RDC, à savoir une couverture relativement faible au niveau primaire, avec de grandes inégalités dans l'accès et une extension incontrôlée au niveau du secondaire et du supérieur. Il est aussi noté une grave détérioration de la qualité de l'éducation à tous les niveaux et un système d'administration scolaire lourd et désuet ainsi qu' un très bas niveau de dépenses et un système de financement inefficace et inéquitable.

SECTION II : LE SECTEUR DE LA SANTE DE LA RDC

2.1. Politique et système de santé

L'évolution historique du système de santé de la RDC, comme celle d'autres Etats africains, est marquée par le caractère institutionnel et par l'initiative des pouvoirs publics.

La situation sanitaire de la République Démocratique du Congo a connu des niveaux variables depuis la période coloniale jusqu'à ce jour. A l'aube de l'indépendance, la politique sanitaire était essentiellement axée sur la médecine curative, à travers des centres médico-chirurgicaux et des dispensaires satellites.

Avec les changements socio-politiques des années 1960 et 1970, le système de santé a connu de profondes perturbations. La population ne pouvait accéder aux rares soins de santé que grâce aux efforts de plusieurs intervenants qui ont commencé à expérimenter des politiques de santé communautaire respectivement à Bwamanda (province de l'Equateur), à Kisantu (province du Bas-Congo), à Kasongo (province du Maniema) et Vanga (province du Bandundu). Ces expériences vont être déterminantes et vont influencer la politique de santé de la RDC et dont l'évolution a abouti à l'adhésion de la RDC à la charte africaine de développement visant la Santé pour Tous à l'horizon 2000 et a adopté la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) comme stratégie de base. En vue de favoriser l'accessibilité géographique aux SSP, le pays a été subdivisé en 306 Zones de Santé (ZS) en 1985 puis en 515 en 2004. Elles desservent chacune en moyenne 100.000 habitants en milieu rural et 150.000 en milieu urbain. Chaque ZS comprend un bureau central de la ZS (BCZS), un hôpital général de référence (HGR) et une constellation de 15 à 20 centres de santé (CS) desservant chacun une Aire de Santé (AS), émanation de la communauté locale.

La politique qui régit le secteur de la Santé des années 1978 à ce jour a pour option fondamentale « la satisfaction des besoins de santé de toute la population qu'elle soit en milieu urbain ou en milieu rural ». Elle vise :

- l'éducation concernant les problèmes de santé et les méthodes de lutte ;
 - la promotion de bonnes conditions nutritionnelles ;
 - la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale ;
 - la lutte contre les épidémies et les grandes endémies ;
 - la vaccination contre les maladies infectieuses ;
 - le traitement des maladies et des lésions courantes ;
 - l'approvisionnement en eau saine et les mesures d'assainissement de base ;
 - la fourniture des médicaments essentiels ;
 - la Santé mentale ;
 - le Processus gestionnaire ;
 - la formation continue.
-

2.2. Mission et organisation du Ministère de la Santé Publique

Le ministère de la santé a pour mission d'assurer la fourniture à l'ensemble de la population des soins de santé de qualité à meilleur coût.

Ces différentes fonctions sont essentiellement :

- l'administration des soins de santé, du médicament et des équipements techniques ;
- la gestion de l'environnement pour la santé ;
- la gestion du partenariat pour la santé ;
- la gestion des ressources humaines, des finances et du patrimoine ;
- Etudes, planification et normalisation ;
- L'organisation de l'enseignement des sciences de la santé.

La République Démocratique du Congo (RDC) a adhéré en 1980 à la Charte Africaine de Développement Sanitaire avec la stratégie de Soins de Santé Primaires qui vise à assurer l'accès aux services de soins à la communauté avec sa pleine participation. Pour bien remplir ses fonctions, Le Ministère de la santé Publique est structuré en pyramide sanitaire qui comprend le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique.

2.2.1. Le niveau central

Il a essentiellement un rôle normatif, stratégique et de régulation. Il comprend le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, 13 directions centrales et 52 directions de programmes/services spécialisés tels que les programmes de lutte contre le paludisme, l'onchocercose, la tuberculose, le VIH/SIDA et IST, le Programme National de la Nutrition, le Programme National de Santé de la Reproduction et le Programme Elargi de Vaccination (PEV). Les programmes de lutte contre la maladie sont placés sous la coordination de la Direction de la lutte contre la maladie (4e Direction).

2.2.2. Le niveau intermédiaire

Ce niveau joue le rôle d'appui technique, d'accompagnement, d'encadrement et logistique aux zones de santé. Dans sa configuration actuelle, il est constitué de 11 divisions provinciales et de 48 districts de santé. Chaque division provinciale comprend des bureaux correspondant aux directions normatives du niveau central, un hôpital et un laboratoire du niveau provincial de référence.

Chaque district de santé comprend trois cellules chargées (1) des services généraux et études, (2) de l'inspection des services médicaux et pharmaceutiques et (3) du service d'hygiène. Ces cellules sont supervisées par le Médecin Chef de District. Un district supervise environ une dizaine de zones de santé.

2.2.3. Le niveau périphérique

La zone de santé est le niveau opérationnel. Il comprend un Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS), un hôpital général de référence et un réseau de centres de santé. La Zone de Santé est dirigée par le Médecin Chef de Zone appuyé par les membres de

l'équipe cadre de la ZS. Sur recommandation des Etats Généraux de la Santé tenus en février 2000, le Ministère de la Santé a initié le processus de révision de la carte sanitaire du pays, en vue de rapprocher les services de santé de la population et d'éviter le chevauchement d'une zone de santé entre deux entités administratives décentralisées. Ainsi, le nombre de zones de santé de la RDC est passé de 306 à 515 en 2005.

2.3. Personnel de santé et infrastructures

2.3.1. Personnel de santé

Les données actuelles montrent que les ressources humaines pour la santé constituent un problème sérieux pour le secteur dans son ensemble en RDC.

Tableau 4 : Effectifs de différentes catégories du personnel de santé en RDC

N°	CATEGORIES	EFFECTIFS	Proportion (1 pour... habitants)
1	Médecins	3 116	20 143
2	Pharmaciens	331	189 623
3	Dentistes	71	884 018
4	Administrateurs gestionnaires L2 & G3	1 104	56 853
5	Infirmiers LA, A1, A2, & A3	43 021	1 459
6	Kinésithérapeutes	253	248 084
7	Techniciens de Radio	212	296 063
8	Techniciens de Laboratoire	870	72 144
9	Techniciens en Assainissement	156	402 341
10	Assistants en pharmacie	270	232 464
11	Techniciens Anesthésistes	73	859 798
12	Nutritionnistes et Diététiciens	301	208 523
13	Ingénieurs sanitaires	1	62 765 273
14	Techniciens odontologistes	3	20 921 758
15	Techniciens Orthopédistes A1&A2	6	10 460 879
16	Epidémiologistes	2	31 382 637
17	Biologistes L2 & A1	5	12 553 055
18	Hygiénistes	15	4 184 352
19	Administratifs	36 645	1 713
TOTAL		86 455	

Le nombre de médecins est certes passé d'environ 2000 en 1998 à 3116 en 2006 et celui des infirmiers de 27000 à 43021 pour la même période, mais ce nombre demeure insuffisant au regard du poids de la population et surtout de la mauvaise répartition de ce personnel. En RDC en effet, il y a un médecin pour 20 143 habitants alors que la norme est d'un médecin pour 10000 et un infirmier diplômé pour 8000 habitants alors que la norme est d'un infirmier diplômé pour 5000 habitants. Aussi, presque 60% des médecins qui travaillent dans le secteur public sont basés à Kinshasa ou on ne

dénombré que 10% de la population. Cette situation a comme conséquence la carence du personnel dans certaines provinces notamment les provinces du Maniema et de l'Equateur. Elles ne disposent respectivement que de 13 et 31 médecins. C'est généralement l'infirmier diplômé qui est titulaire du centre de santé dans ces zones.

2.3.2. Infrastructures

La RDC compte actuellement 401 hôpitaux dont 176 appartenant à l'Etat, 179 aux confessions religieuses, 46 aux entreprises des secteurs public et privé ; 7725 autres établissements de soins comprennent les centres de santé de référence, les centres de santé, les maternités, les dispensaires et les polycliniques appartenant également à l'Etat, aux entreprises, aux confessions religieuses, aux ONG et aux personnes privées physiques et morales.

2.3.3. Décentralisation et déconcentration

Dans le but de consolider l'unité nationale et de créer des centres d'impulsion et de développement à la base, la **nouvelle constitution** votée par referendum en 2006 a structuré l'administration congolaise en 26 provinces dotées de la personnalité juridique et exerçant des compétences de proximité. Les zones de santé sont situées dans les entités territoriales dénommées « territoire ou commune » et seront à ce titre directement financées par les budgets déconcentrés.

Depuis 2004, les Aires de Santé (AS) élaborent des micro plans intégrés qui sont consolidés au niveau du BCZS pour en faire un plan de la Zone de Santé (ZS). Ce plan de la ZS est transmis au niveau provincial, qui a le pouvoir de mobiliser d'autres partenaires potentiels.

Des mécanismes de passerelles sont mis en place, notamment par l'ouverture des lignes de crédits pour les ZS afin de faciliter le suivi des flux financiers et des dépenses à tous les niveaux du système de santé.

2.4. *Financement du secteur de la santé*

La République Démocratique du Congo a fait siens les objectifs du Millenium pour le Développement qui devaient consister à :

- Réduire de 3/4 la mortalité maternelle d'ici 2015;
- Réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans d'ici 2015 ;
- Stopper et inverser les tendances de la propagation du VIH/SIDA d'ici 2015.

L'engagement du Gouvernement dans ce domaine s'est traduit par l'allocation des ressources importantes au secteur de la Santé. Ainsi, dans le cadre du budget aménagé 2004 et 2005, il a accordé la priorité aux dépenses du secteur social. Les crédits relatifs aux dépenses de lutte contre la pauvreté dans le secteur social ont représenté 31 % du Budget total évalué à 528 milliards de Francs Congolais (CDF). Sur ce montant 5,6 % soit 29,7 milliards de CDF ont été affectés au secteur de la santé, ce qui représente 1,2 % du PIB nominal de 2004.

Les allocations budgétaires se rapportant à la lutte contre le paludisme sont difficiles à déterminer.

Tableau 5 : Evolution du budget alloué (en franc congolais) au Ministère de la Santé Publique en RDC, de 2003 à 2006

	2003	2004	2005	2006
Budget global pays	334 629 891 724	528 333 000 000	806 169 429 000	1 039 561 000 000
Budget accordé à la santé	16 394 063 465	28 671 595 376	35 936 413 659	41 848 168 202
Pourcentage alloué à la santé	4,90%	5,43%	4,4%	4,03%
Budget exécuté	9 012 975 111	9 355 927 078	19 676 548 930	18 756 844 993
Taux d'exécution du Budget accordé	54,98%	32,63%	54,75%	44,82%

SECTION III : LE PALUDISME EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

3.1 *Situation actuelle du paludisme en RDC*

3.1.1. Profil épidémiologique

3.1.1.1. Espèces plasmodiales

Trois espèces plasmodiales sont rencontrées en RDC, à savoir *Plasmodium Falciparum*, responsable des formes graves du paludisme et qui demeure l'espèce la plus fréquente (95%), *Plasmodium Ovale* et *Plasmodium Malariae*. Ces deux dernières espèces peuvent se trouver séparément ou en infections mixtes avec *Plasmodium Falciparum*.

3.1.1.2. Principaux vecteurs

Les vecteurs les plus rencontrés sont *Anophèles gambiae* (92%), *Anophèles funestus* (vecteur principal pour la région des hauts plateaux de l'est²), *Anophèles nili*, *Anophèles moucheti*, *Anophèles brunnipes*, et *Anophèles paludis*.

3.1.1.3. Types d'endémie

La République Démocratique du Congo est dominée par trois faciès épidémiologiques

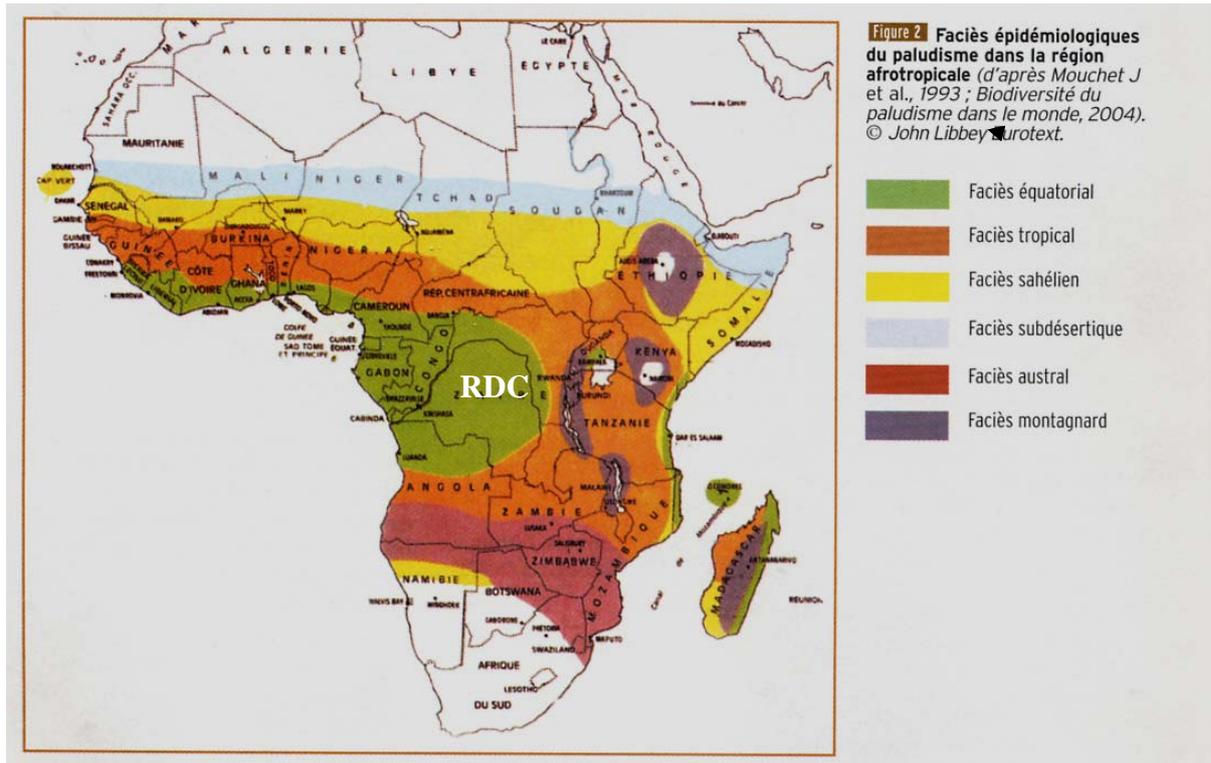
- **Le faciès équatorial** (forêts et savanes post forestières d'Afrique centrale) : la transmission anophélienne est intense et permanente, pouvant atteindre 1000 piqûres infectées par personne et par an ; c'est ce qui permet une acquisition précoce de la prémunition, vers l'âge de cinq ans. Chez l'enfant de moins de 5 ans, 30 à 50 % des fièvres sont attribuées au paludisme. La morbidité s'étale sur toute l'année. Les formes graves du paludisme, en particulier les formes neurologiques, sont fréquentes chez le jeune enfant, rares chez l'adulte.
- **Le faciès tropical** (savanes humides d'Afrique) : la transmission est à recrudescence saisonnière longue, saison des pluies durant de 5 à 8 mois, (60 à 400 piqûres infectées par personne et par an). La prémunition apparaît plus tardivement, vers l'âge de 10 ans. La morbidité est plus importante en saison des pluies ; les formes graves du paludisme sont décrites jusqu'à un âge plus avancé.

Quatre-vingt dix-sept pourcent de la population congolaise est exposé à ces deux faciès qui représentent la strate I de l'OMS.

- **Le faciès montagnard** (zones entre 1000 et 1500 mètres d'altitude) représente la Strate IV de l'OMS. Dans ces zones, la période de transmission est très courte. Il peut même y avoir des années sans transmission. La prémunition est absente, les formes graves du paludisme s'observent donc dans l'ensemble de la population, adulte et enfant. Le paludisme s'exprime sous forme de recrudescences aiguës annuelles (aspect pseudo épidémique).

² CHIMANUKA B., BAHWERE P., BISIMWA B., ZOZO N., PLAZIER-VERCAMMEN JA, DONNEN P., **Envolving altitude malaria un a poor rural area surrounding the paediatric hospital of Lwiro in Kivu**, The American Society of Tropical Medicine and Hygiène, 2001.

Figure 2 : Faciès épidémiologique dans la région afro tropicale, y compris la RDC



RDC : République Démocratique du Congo

3.1.1.4. Dynamique de transmission

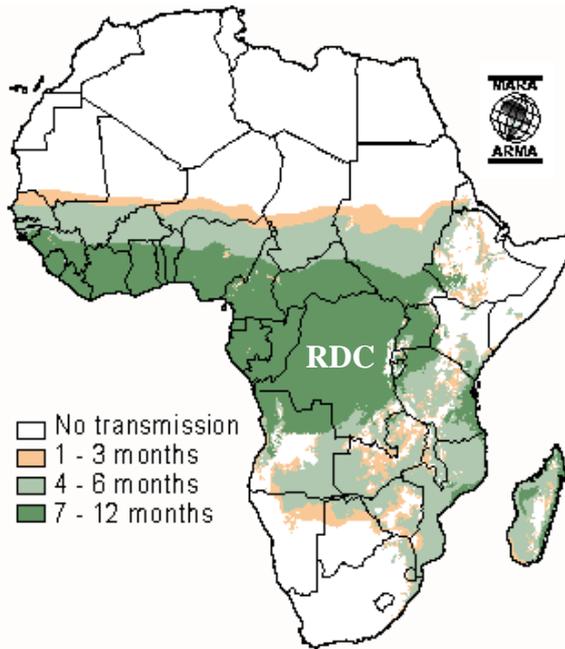
Quatre-vingt dix-sept pour cent de la population vit dans les zones à paludisme stable caractérisé par les faciès équatorial et tropical. La cuvette centrale, a une transmission permanente. Elle est une zone d'hyper endémie (50 à 75% des personnes infectées) et d'holoendémie (plus de 75% des personnes infectées).

Les 3% restant vivent dans les régions montagneuses de l'Est de la RDC où le paludisme est instable avec probabilité de survenue des épidémies. La transmission est sporadique et saisonnière sur les hauts plateaux de l'Est (Katanga), les provinces du Sud, du Nord Kivu, et dans l'Ituri (Province Orientale).

Le taux d'inoculation moyenne varie ente 2,8 et 620,5 piqûres/personne/an à Kinshasa et l'indice sporozoïtique va jusqu'à 7.2% en milieu urbain.³

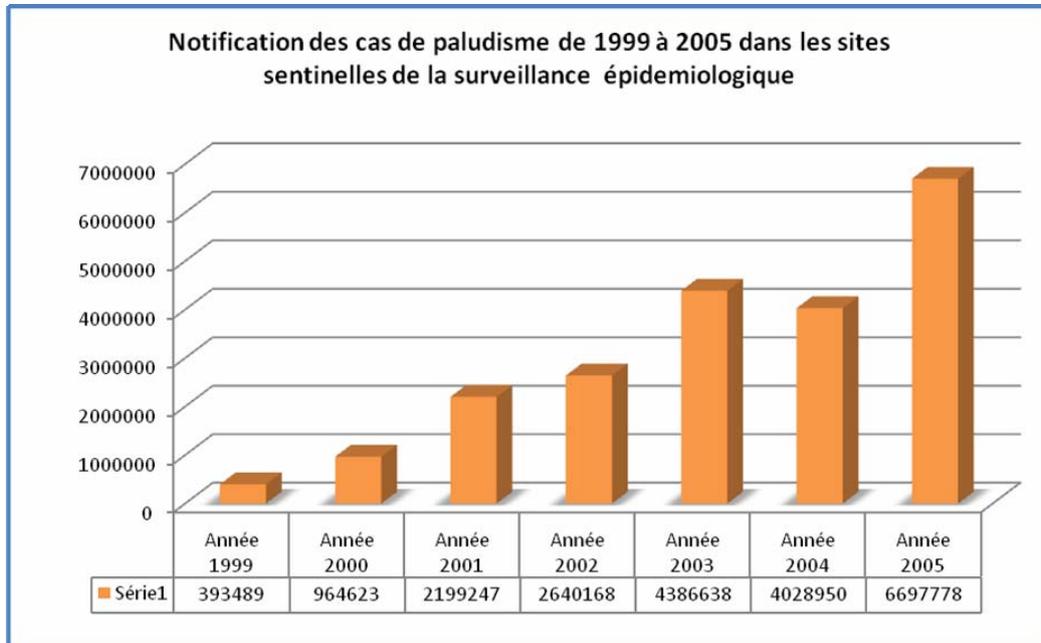
³ KAZADI W. et al, Urbain Malaria in Kinshasa, The American Society of Tropical Medicine and Hygiene, 2000, Poster presentation, N.602

Figure 3 : Durée de la transmission saisonnière du paludisme



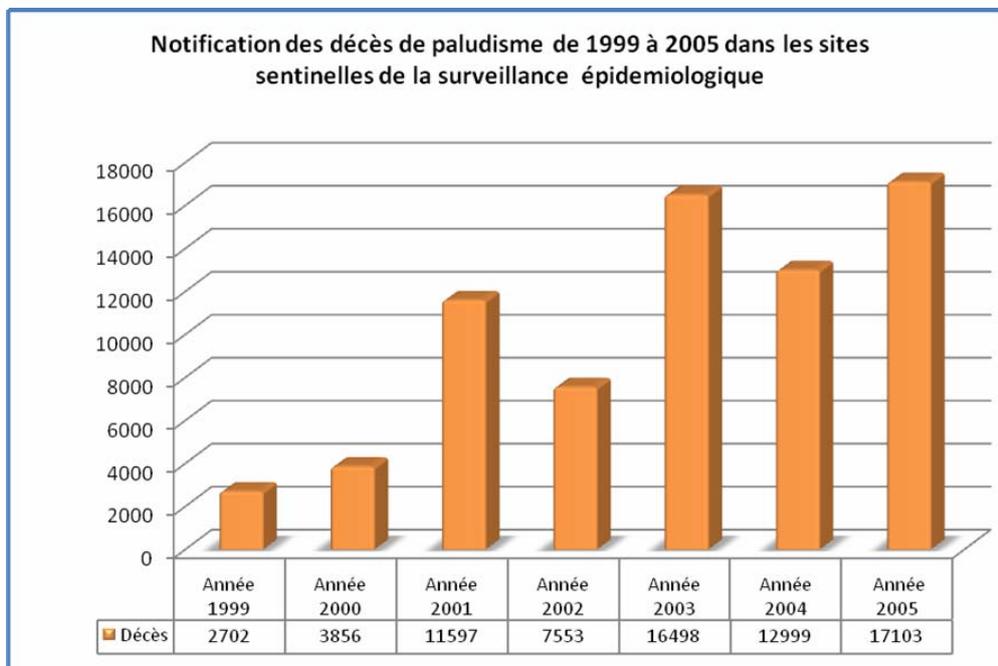
3.1.1.5. Données sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme

Graphique 2 : Cas dus au paludisme notifiés de 1999 à 2005 dans les sites sentinelles de surveillance épidémiologique en RDC.



Source : Ministère de la santé / Direction de lutte contre la maladie.

Graphique 3 : Nombre des décès dus au paludisme notifiés de 1999 à 2005 dans les sites sentinelles de la surveillance épidémiologique



Source : Ministère de la santé / Direction de lutte contre la maladie.

Graphiques 2 et 3 : ces données proviennent essentiellement des sites sentinelles de surveillance épidémiologique des maladies à potentiel épidémique pour laquelle la notification se fait hebdomadairement et ne peut permettre la collecte à travers l'ensemble des structures sanitaires de la zone de santé.

En outre, la prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans a été estimée à 41 % (MICS 2, 2001).

L'enquête menée dans 15 zones de santé du pays par l'Ecole de Santé Publique (ESP) de l'université de Kinshasa a montré que le paludisme était responsable de:

- 67 % de motif de consultations externes chez les enfants de moins de 5 ans ;
- 47 % des décès survenus chez les < 5 ans en hospitalisations ;
- 18 % de létalité hospitalière du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans ;

Celle par le PNLP en 2001 dans sept zones de santé ont montré que le paludisme était responsable de:

- 59 % de motif de consultations externes chez les enfants de moins de 5 ans ;
- 48 % des hospitalisations chez les enfants < 5ans ;
- 37 % des décès survenus chez les < 5 ans en hospitalisations ;
- 41 % de motif de consultations externes chez les femmes enceintes ;
- 54 % des hospitalisations chez les femmes enceintes.

D'autres enquêtes menées à Kinshasa par le PNLP en 2000 renseignent ce qui suit ³:

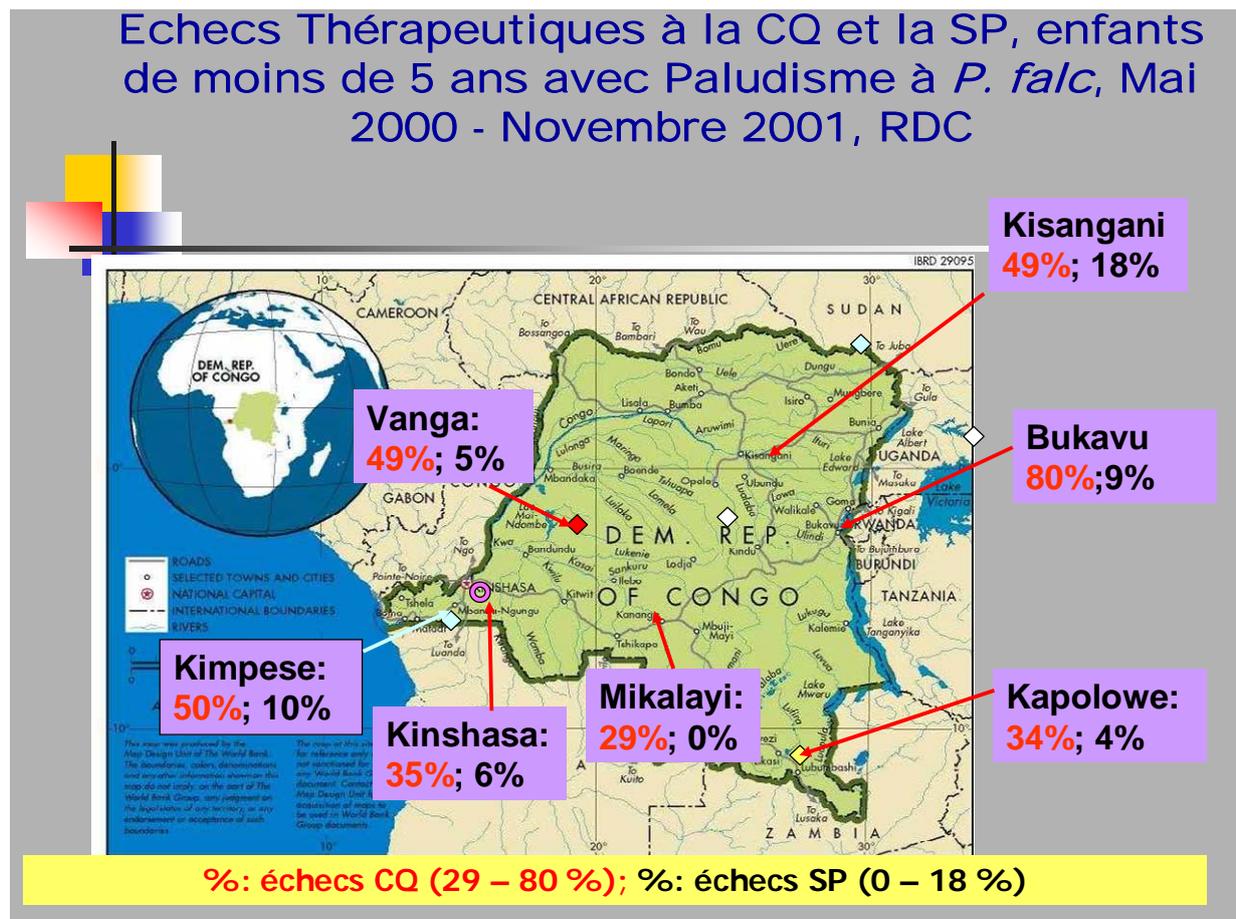
- 86% des cas (n=4.457) reçus à la salle d'urgence pédiatrique de l'HGR étaient dus au paludisme.
- Au Centre Hospitalier de Kingasani (CHK), le diagnostic du paludisme était posé dans 44% de tous les cas reçus (n=85677) pour la période de 1997-1999.
- A l'Hôpital Général 87% et au CHK 85% des transfusions sont administrés à cause de l'anémie consécutive à la malaria et respectivement 67% (n=85) et 75% (n=1.324) des transfusés étaient des enfants de moins de 5 ans.
- La prévalence chez les écoliers entre 5-9 ans était en moyenne de 34% (14 à 71%).

³ KAZADI W., op.cit.

3.1.1.6. Résistance aux antipaludiques

Les premiers cas de résistance du *Plasmodium Falciparum* à la chloroquine ont été enregistrés en RDC en 1983. Sept études menées à travers le pays de mai 2000 à novembre 2001 ont montré que la résistance varie de 29 à 80% pour la chloroquine et de 0 à 18% pour la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP).

Figure 4 : Echecs Thérapeutiques à la CQ et la SP, chez les enfants de moins de 5 ans avec Paludisme à *P. falc*, Mai 2000 - Novembre 2001, RDC



Ces taux d'échecs thérapeutiques élevés à la chloroquine utilisée comme médicament de première intention ont conduit le pays à changer la politique nationale de traitement antipaludique en 2001 et à adopter la SP comme médicament de première intention pour le traitement du paludisme simple pour une période transitoire de 2 ans, période au cours de laquelle devraient être évaluées les alternatives potentielles à la SP.

De 2002 à 2004, six études ont été menées pour assurer la surveillance de l'efficacité thérapeutique de la SP et évaluer les combinaisons AQ-SP, SP-AS et AQ-AS ciblées comme alternatives.

Cette surveillance de l'efficacité thérapeutique de la SP a révélé les taux d'échecs thérapeutiques variant entre 2 à 61 %

Par contre la surveillance des combinaisons thérapeutiques ciblées comme alternatives ont montré les taux d'échecs ci-après.

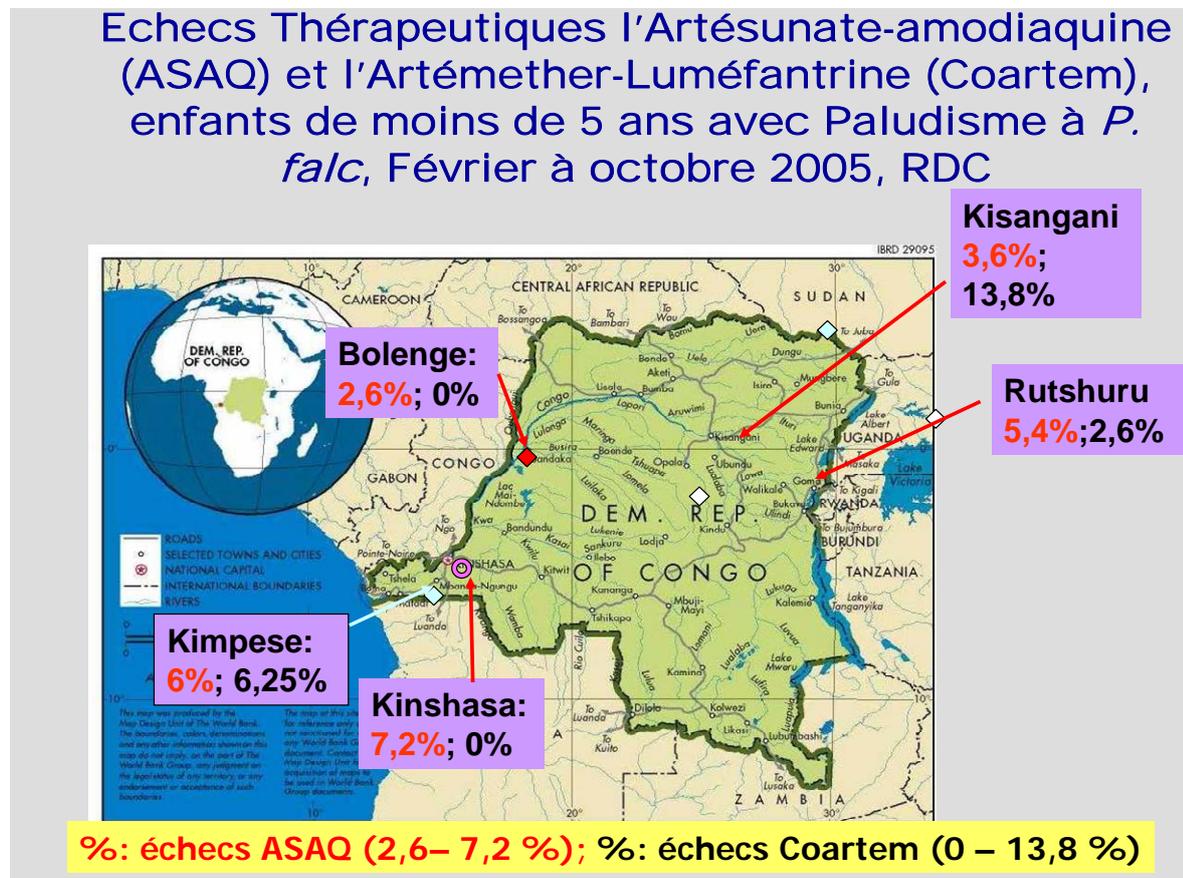
- 0-20% pour SP-AS
- 1-32% pour SP-AQ
- 0-2% pour AQ-AS

Ces résultats ont permis à la RDC d'adopter la combinaison AQ-AS comme médicament de première ligne dans le traitement du paludisme simple. La quinine demeure la molécule recommandée pour les cas d'échecs thérapeutiques aux médicaments de première intention ainsi que pour les formes graves du paludisme. La SP est réservée au traitement préventif et intermittent chez la femme enceinte.

De février à octobre 2005, les études sur l'évaluation thérapeutique des combinaisons Artesunate Amodiaquine et artemether Luméfantrine ont été effectuées dans 5 sites sentinelles du pays dont Bolenge, Kisangani, Kingasani, Kimpese et Rutshuru pour la surveillance de l'efficacité de l'antipaludique de 1^{ère} intention.

Le tableau 7 montre Les résultats de ces différentes études après l'analyse PCR

Figure 5 : Echecs Thérapeutiques aux combinaisons l'AQAS et le Coartem, chez les enfants de moins de 5 ans avec Paludisme à *P. falc*, février à octobre 2005, RDC



3.2. Cadre institutionnel de lutte contre le paludisme en RDC

L'organisation de la lutte contre le paludisme en RDC a évolué d'abord comme un projet du ministère de la santé (Projet de Lutte Anti Paludique – PLAP de 1977 à 1982), ensuite comme un volet de la Lutte Anti Paludique (LAP de 1982-1998) dans le Programme Elargi de Vaccination et de Lutte contre les Maladies Transmissibles de l'Enfance (PEV/LMTE) et enfin comme Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP de novembre 1998 à ce jour).

Le Programme National de lutte contre le Paludisme, PNLP en sigle, est un service spécialisé du Ministère de la Santé Publique, doté d'une autonomie financière et administrative, placé sous l'autorité hiérarchique du Ministre ayant la santé dans ses attributions. Créé par l'arrêté Ministériel n° 1250/CAB/MIN/SP/008/1998 du 22 Juillet 1998 son mandat, sa mission et ses objectifs sont bien définis.

3.2.1. Le mandat conféré au PNLP consiste à définir la politique générale de lutte contre le paludisme, faciliter le partenariat avec les autres secteurs publics et privés, planifier et coordonner les activités de lutte contre le paludisme, assurer le plaidoyer de « **Faire Reculer le Paludisme** » pour l'approbation par les différents partenaires et la mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre.

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

3.2.3. Les Objectifs du PNLP

Les objectifs de la lutte antipaludique en RDC sont les suivants:

- i. réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme au sein de la communauté et en particulier chez les enfants de moins de 5 ans ;
- ii. réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme chez les femmes enceintes ;
- iii. contribuer à réduire le fardeau socio-économique dû au paludisme.

Le programme met sur pied des méthodes et stratégie de lutte appropriées, assure la technique et la logistique aux différentes structures de lutte en rapport avec le traitement et la prévention du paludisme.

En vue de réaliser son objectif, le PNLP collabore étroitement avec les services des autres Ministères et divers organisations impliquées dans la lutte contre le paludisme.

Pour pouvoir financer un tel programme, le Gouvernement a dû faire appel à la coopération bilatérale et multilatérale ainsi que la participation communautaire.

3.2.4. Organisation des services et fonctionnement:

A l'instar du système sanitaire de la RDC, Le Programme National de Lutte contre le Paludisme, qui émane de la 4ème direction du Ministère de la Santé Publique est structuré en 3 niveaux:

- le niveau central, structure d'élaboration des normes et stratégies est composé d'une Direction du PNL et 8 divisions techniques.
- au niveau intermédiaire, l'inspection provinciale de la santé est dotée d'un service provincial de lutte contre le paludisme appelé à coordonner **technique** le secteur sous l'autorité du Médecin Inspecteur Provincial.
- Niveau périphérique, structuré autour de l'équipe cadre du bureau central de la zone de santé et assume la responsabilité d'offrir les services des soins de base

3.2.5. Structures de gestion du PNL.

La structure du Programme National de Lutte contre le Paludisme est déterminée par arrêté ministériel n°1250/CAB/MIN/S/YS/RM/094/2003 du 03 Décembre 2003 et comprend :

- la Direction.
- les Divisions.

3.2.5.1. La Direction.

- Composition.
 - Le Médecin Directeur ;
 - Le Médecin Directeur Adjoint ;
 - Le chef de Division Administrative et Financière.
- Rôle

La direction assure la gestion courante du PNL conformément aux textes réglementaires en vigueur.

A ce titre, elle coordonne les activités de tous les services du programme au point de vue administratif, technique et financier.

3.2.5.2. Les Divisions

- Composition :
Les divisions du PNP sont
 - Administrative et Financière ;
 - Surveillance Epidémiologique et Faire Reculer le Paludisme ;
 - Prise en charge et urgences ;
 - Prévention multiple ;
 - Recherche opérationnelle, Nouveaux Médicaments, Insecticides ;
 - Partenariat et Intégration ;
 - Information, Mobilisation sociale et mobilisation de ressources;
 - Suivi et Evaluation.

- Rôle :

Les Divisions **exécutent** et mettent en œuvre les décisions de la direction en matière de lutte contre le paludisme en conformité avec la politique nationale. **????**

3.2.5.3. Les services Provinciaux.

- Composition :

Les personnel des services provinciaux du Programme National de lutte contre le paludisme sont composés de :

- Le chef de service provincial ;
- L'infirmier superviseur ;
- Le secrétaire Data Manager ;
- Le Chauffeur.

- Rôle :

Les services provinciaux du PNLP coordonnent les activités de lutte contre le paludisme en province et appuient techniquement le niveau périphérique

3.2.5.4. Les bureaux centraux de zones de santé

- Composition :

Les équipes cadres des bureaux centraux de zones de santé sont composés de :

- Médecin chef de zone de santé ;
- Administrateur gestionnaire de la zone de santé ;
- Infirmier superviseur ;
- Médecin directeur de l'hôpital ;
- Directeur du nursing.

- Rôle :

la planification aussi bien du développement des services que des activités et des ressources, la prestation des soins, le développement des instructions ou stratégies spécifiques, la formation du personnel, la supervision et l'audit médical, la gestion des ressources,, la recherche opérationnelle, l'assurance qualité, la revue des dossiers hospitaliers et la coordination.

3.2.6. Procédure de gestion du PNLP

3.2.6.1. Procédures de gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines au sein du Programme National de lutte contre le paludisme s'inspire de la loi n°81-003 du 17 juillet 1981 portant statut du personnel de carrière des services publics de l'Etat, des textes d'administration publique et autres instructions officielles du PNLP.

Pour réaliser ses activités et atteindre ses objectifs, la direction du PNLP dispose d'un personnel au niveau central et intermédiaire.

Il assure l'intégration des interventions de lutte antipaludique au niveau périphérique à travers le personnel existant dans les structures des soins.

Pour accroître le niveau de performance individuelle de son personnel, le PNLP recourt aux mécanismes suivants :

- **La description des postes** : elle fournit des informations et des directives indispensables pour assurer une bonne répartition et une bonne exécution des tâches à tous les niveaux;
- **La classification des emplois** : elle permet d'assurer l'équité dans l'affectation des agents, le calcul des salaires et autres avantages alloués aux agents.
Le personnel du PNLP est classé en trois catégories :
 1. Agents d'exécution ;
 2. Agents de collaboration ;
 3. Agents de commandement.
- **Recrutement du personnel**, le personnel du PNLP est un personnel de l'Etat régi par ordonnance n°81-003 du 17 juillet 1981. A ce titre, le recrutement du personnel pré qualifié relève de la responsabilité du Ministère de la Fonction Publique. Cependant, la responsabilité de certaines étapes du processus de recrutement est assumée respectivement par le Secrétaire Général et le Ministre de la Santé Publique ;
- **La fixation et paiement de rémunération et avantages sociaux** : la rémunération de l'agent du PNLP comprend le traitement et les primes de performance. Le traitement est payé par le trésor public alors que les primes de performance sont payées par les partenaires ;
- **Cessation d'emploi : elle est consécutive au PNLP à ce qui suit** :
 1. décès ;
 2. révocation ;
 3. affectation ou transfert dans un autre service ;
 4. retraite ;
 5. licenciement pour inaptitude physique ou professionnelle

3.2.6.2. Procédures de gestion des ressources financières

En dépit de son autonomie financière conformément à l'arrêté n°1250/CAB/MIN/SP/008/1998 du 22 juillet 1998 portant création, organisation et fonctionnement du, PNLP la gestion financière est régie en partie par la loi financière, le règlement général sur la comptabilité publique et les instructions budgétaires émanant du Ministère du Budget.

3.2.7. Programmes prioritaires et synergie avec le paludisme

3.2.7.1. Programme National du Lutte contre le SIDA

- Le VIH/SIDA rend tout individu plus vulnérable aux infections bactériennes et parasitaires dont le paludisme.
 - Pour la prévention contre le paludisme pendant la grossesse, la stratégie nationale préconise de faire bénéficier la femme enceinte séropositive d'une dose supplémentaire de sulfadoxine pyriméthamine par rapport à la femme enceinte séronégative qui en reçoit deux.
-

- En plus, le traitement correct du paludisme pendant la grossesse est également retenu comme l'une des mesures de la PTME par la composante VIH/SIDA et contribue à réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant
- D'où la nécessité de combiner les activités de dépistage des gestantes séropositives à la consultation prénatale pour coordonner la protection de la femme enceinte par le TPI /volet Paludisme et par la PTME/volet VIH/SIDA.

3.2.7.2. Programme National de la Reproduction

Le paludisme a des conséquences néfastes pendant la grossesse chez le femme enceinte et le fœtus (faible poids de naissance, prématurité, mort-né, etc.). Pour la prévention contre le paludisme pendant la grossesse, la stratégie nationale préconise de faire bénéficier la femme enceinte d'un traitement Préventif et Intermittent à la femme enceinte. Cette stratégie est adoptée par le PNSR à travers les services de CPN recentrée.

3.2.7.3. Direction d'Hygiène et assainissement

Cette collaboration s'établit essentiellement dans le cadre de la lutte contre le vecteur à travers l'assainissement du milieu, l'élimination des gîtes larvaires et les travaux d'urbanisation et de développement des infrastructures.

Le volet communication y est associé.

3.2.8. Cadre de partenariat

i. Direction du ministère de la santé chargée du partenariat

Il s'agit de volonté politique à haut niveau dont l'engagement est exprimé par la création de **la direction du Partenariat au Ministère de la Santé** ayant pour mission d'améliorer la coordination des actions des partenaires, mobiliser les ressources et renforcer les compétences du programme et de mobiliser les partenaires pour ce dernier.

ii. Collaborations inter et intra sectorielles au PNL

Un cadre national du partenariat est opérationnel au niveau central au travers d'un groupe de travail (Task Force) pour FRP. Les différents partenaires ayant des activités de lutte antipaludique dans leur programme d'intervention et les partenaires potentiels se réunissent régulièrement sur base de termes de référence bien définis permettant ainsi d'échanges de vues et la convergence des efforts de tous au profit des résultats positifs.

Les rôles de différents partenaires sont principalement les suivants :

- a) Ministère de la Santé Publique
 - Le Ministre
 - Définition de la politique générale de lutte contre le paludisme
 - Facilitation du partenariat avec les autres secteurs.
 - La coordination centrale du PNL
-

- Définition des outils normatifs et stratégiques
- Régulation de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme
- La coordination provinciale du PNL
 - Appui technique et logistique au niveau périphérique
 - b) Agences des Nations Unies (OMS, UNICEF, PNUD, FNPA, etc)
 - Mandats appropriés à chaque agence
 - c) ONG nationales et internationales et Confessions religieuses (idem aussi comme ONG)
 - Facilitation de l'accès et d'appui aux communautés les plus vulnérables (déplacés de guerre et réfugiés)
 - Mobilisation des communautés pour la santé et la lutte contre le paludisme
 - Contribuer à la mise en œuvre des activités dans leurs rayons d'action respectifs
 - d) Agences de coopération bilatérale (USAID, GTZ, CTB, JICA, ect.)
 - Mobilisation des ressources
 - Contribuer à la mise en œuvre des activités dans leurs rayons d'action respectifs
 - e) Organisations à assises communautaires
 - Collaborer avec les autres partenaires pour augmenter l'impact des interventions
 - Mobiliser les communautés
 - Mise en œuvre des activités
 - f) Secteur privé
 - Production, approvisionnement et distribution des matériels
 - Offre de services de santé
 - Marketing social

3.3. Leçons tirées de la mise en œuvre du plan stratégique 2002-2006

S'appuyant sur la structure institutionnelle décrite ci-dessus, la lutte contre le paludisme a été menée de manière organisée à partir de 2001. En 2002, un Plan Stratégique de 5 ans a été élaboré et a guidé la mise en œuvre des interventions de la lutte contre le paludisme jusqu'en 2006.

L'évaluation de ce plan stratégique 2002-2006 ainsi que le recueil de l'évolution des indicateurs de base de FRP ont permis de faire le bilan des résultats durant cette période.

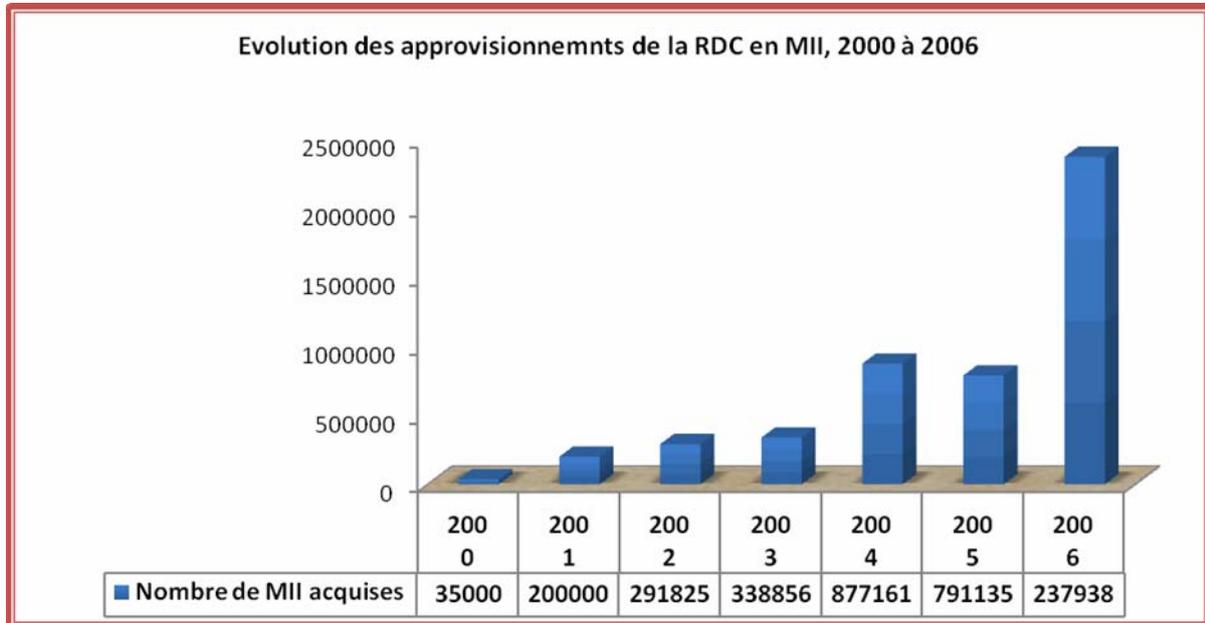
Un progrès dans la lutte contre le paludisme a été enregistré au cours de la période sus mentionnée, mais ce progrès n'a pas permis d'atteindre les objectifs fixés. La mise en œuvre du plan a néanmoins bénéficié de l'apport du financement extérieur.

3.3.1. Evolution et niveau actuel des indicateurs de lutte contre le paludisme:

3.3.1.1. Indicateurs de prévention

- i. Nombre de MII reçu et distribué à la population à risque

Graphique 4 : Evolution des approvisionnements en MII de la RDC de 2000-2006



La quantité des MII qui entrent au pays croit chaque année, à l'exception de l'année 2005 au cours de la quelle on a observé une diminution par rapport aux 4 années antérieures. Toutefois, les efforts consentis restent insuffisants par rapport aux besoins du pays en cette matière comme l'indiquent les tableaux ci-dessous.

Tableau 6: Résumé de l'analyse des indicateurs pendant le période 2002-2006

Indicateurs	Données de base	Niveau actuel			Cadre	Principales conclusions
		Indic	Année	Sources		
PREVENTION						
% ménages possédant au moins une MII	6% N=2355		2002	Bobanga	22 communes, Kinshasa	
		2,8%, N=10418	02/2005	PRONANUT	42 ZS	
		17,3%, N= 6119	04/2006	ESP	52 Zones FM	augmentation d'utilisation de MTI par groupes cibles. mais très loin des objectifs d'Abuja en 2000
		35,8 % N=1701	10/2006	ESP	15 ZS	
% d'enfants de moins de 5 ans utilisant la MII	0,7% N=9454		07/2002	MICS2/2001	National	Peu d'enfant dorment sous MII Utilisation de MII pas vulgarisée en RDC
		1,5% N=4011	09/2003	ESP	43 ZS, BCECO	
		11,5% N=7997	04/2006	ESP	52 Zones FM	augmentation d'utilisation de MTI par groupes cibles. mais très loin des objectifs d'Abuja en 2000
		26% N=1679	10/2006	ESP	15 ZS	avancée significative, en comparaison avec son niveau dans les mêmes ZS avant l'intervention
% de femmes enceintes qui utilisent la MII						
		0,5% N=759	09/2003	ESP	43 ZS, BCECO	
		9,6% N=1048	04/2006	ESP	52 Zones FM	
% femmes enceintes fréquentant la CPN	68,2% N=2666		07/2002	MICS2/2001	National	
		85,7% N=2035	09/2003	ESP	43 ZS, BCECO	
		91% N=10418	2005	PRONANUT	42 ZS	
% femmes enceintes sous TPI						
		18% (N=1092)	04/2006	ESP	52 Zones FM	Peu de FE viennent au premier trimestre et peu reçoivent TPI
		20%	03/2006	PNLP	Rapport Annuel	

Indicateurs	Données de base	Niveau actuel			Cadre	Principales conclusions
		Indic	Année	Sources		
PRISE EN CHARGE						Beaucoup de ZS ne disposent ni de médecin ni de tout autre prestataire formé en prise en charge des cas de paludisme simple et/ou grave
% enfant moins de 5 ans avec fièvre pris en charge correctement		32,4% N=1830	04/2006	ESP	52 Zones FM	moins de la moitié des cas sont pris en charge correctement dans les FOSA. Dans la communauté, une très faible proportion l'a été correctement dans 24 heures
		28% N=583	10/2006	ESP	15 ZS	
% enfant moins de 5 ans avec fièvre pris en charge correctement dans les 24 h		12% N=1830 enfts	04/2006	ESP	52 Zones FM	
% enfants moins 5 ans avec paludisme grave pris en charge correctement		13,4% N=1430	04/2006	ESP	52 Zones FM	Trois quarts des mères reconnaissent au moins deux signes de sévérité du paludisme
		27% N=484	10/2006	ESP	15 ZS	
% CS sans rupture en anti paludiques						
• Pour la SP		66,3% N=80,	04/2006	ESP	52 Zones FM	
• Pour quinine comprime		81,9% N=61,	04/2006	ESP	52 Zones FM	
• Pour quinine injectable		84,2% N=57,	04/2006	ESP	52 Zones FM	
% mères connaissant au moins 2 signes danger		56,7% (N=)	04/2006	ESP	52 Zones FM	
		77,6% N=1538	10/2006	ESP	15 ZS	
% enfants de moins de 5 ans avec fièvre	41,1% (N=8464)		07/2002	MICS	National	Prévalence élevée dans le Maniema, Sud Kivu, Orientale et le Katanga. Prévalence fièvre élevée entre 6 et

Indicateurs	Données de base	Niveau actuel			Cadre	Principales conclusions
		Indic	Année	Sources		
						35 mois. Fièvre est un signe de recours aux soins. Qualité de traitement varie avec le niveau économique et l'éducation de la mère Majorité des enfants traités avec CQ
		55,3% N=10248	2005	PRONANU T	42 ZS	
% paludisme en consultations externes, enfants moins 5 ans	59 % (N=....)		2001	PNLP		
		67% N=74900	10/2006	ESP	15 ZS	
IMPACT						
Létalité hospitalière palustre		16,5% N=6039	04/2006	ESP	52 Zones FM	
		18% N=2549	10/2006	ESP	15 ZS	
Mortalité due au paludisme, enfants de moins de 5 ans		44,3% N=2829	04/2006	ESP	52 Zones FM	
		47% N=1101	10/2006	ESP	15 ZS	

3.4. Analyse des forces, faiblesses, menaces et opportunités

3.4.1. Les Forces

- Intégration de la lutte contre le paludisme au niveau opérationnel dans le système national de santé ;
- Tendance à l'augmentation de la couverture en MII au fur et à mesure que celles-ci sont disponibles. Elle traduit l'adhésion de la population à la politique nationale.
- Dans une proportion importante, les gardiens d'enfants connaissent aux moins deux signes de gravité du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.
- Tenue régulière des réunions du groupe spécifique FRP (Task force) au niveau national et au niveau provincial ;
- Sur base de l'évaluation de l'efficacité thérapeutique réalisée en entre 2002 et 2004, la combinaison AQ-AS demeure le médicament de choix dans le traitement de première intention dans le traitement du paludisme simple ;
- Existence d'une politique nationale de lutte contre le paludisme ;
- Existence d'un cadre institutionnel de lutte contre le paludisme ;
- Existence de services provinciaux du PNLP dans toutes les provinces.

3.4.2. Faiblesses

- Une faible disponibilité consécutive à la quantité limitée des MII reçues au cours de cette période et cela explique un faible taux de couverture en MII tant au niveau des ménages que pour les populations cibles.
- Le début tardif des CPN ainsi que la faible disponibilité des intrants expliquent une faible couverture en TPI.
- Le faible taux de prise en charge correcte (suivant la politique nationale) des cas simples et graves du paludisme dans les structures des soins est justifié par l'insuffisance des intrants et par la difficulté d'intégration et d'appropriation de nouvelles directives par les prestataires (formation insuffisante).
- Insuffisance en ressources matérielles, logistiques et financières nécessaires à la lutte ;
- Insuffisance en ressources humaines qualifiées et expérimentées ;
- Insuffisance de coordination dans les interventions des partenaires sur terrain;
- Formations insuffisantes et non coordonnées sur les nouvelles directives FRP (ceci n'est pas une menace, mais une faiblesse du programme);
- Absence de plan de mobilisation des ressources;
- Absence de plan intégré de communication pour la mobilisation sociale élargie;
- Faible disponibilité des médicaments et intrants au niveau opérationnel ;
- Faible vulgarisation des documents normatifs ;
- Manque d'une base des données complètes et mises à jour sur le paludisme en RDC ;
- Faible absorption des financements ;
- Absence de plan de suivi et évaluation ;
- Absence de plan de préparation et riposte aux épidémies dues au paludisme.

3.4.3. Opportunités

- La lutte contre le paludisme est considérée comme une priorité pour les objectifs du millénaire pour le développement et le DCSR ;
- Fin de la guerre et mise en place des institutions de la 3ème République ;
- Engagement de la communauté internationale à financer les activités de lutte contre le paludisme ;
- Disponibilité des financements et d'appui techniques des partenaires : BM, PS9FED, UNICEF, GFATM, OMS, USAID, BAD, DFID, CTB... ;
- Étude sur la production locale en MII à longue durée réalisée sur financement de la CTB ;
- Existence du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels et création des CDR et de leur FEDECAME ;
- Développement et généralisation de la PCIME en RDC ;
- Renforcement du partenariat avec les universités et institutions de recherches ainsi que d'autres programmes ;
- Augmentation du nombre des cadres formés en paludologie et en santé publique ainsi qu'en économie de la santé ;
- Accroissement du budget alloué à la santé ;
- Existence de la SRSS pouvant améliorer le système de santé de la RDC ;
- Réalisation projetée de l'EDS-VIH qui inclut des indicateurs FRP ;
- Large connaissance par la population de la fièvre comme signe évocateur du paludisme ;
- Existence de l'École de Santé Publique, bien équipée pour apporter l'appui technique et la formation nécessaire aux agents et cadres du PNLP

3.4.4. Menaces

- Pauvreté extrême de la population ;
- Faible proportion des zones de santé réellement fonctionnelles (ceci n'est pas une menace, mais une faiblesse du système de santé) ;
- Coûts élevés des intrants ;
- Retard dans le décaissement des fonds par les partenaires d'appui et bailleurs de fonds ;
- Démarrage tardif sur terrain des programmes intégrant les interventions de lutte contre le paludisme ;
- Faible utilisation des services de soins curatifs.

3.5. Issues stratégiques

De l'analyse précédente, le PNLP s'appuiera sur ses pour contrer les menaces éventuelles à l'atteinte de ses objectifs, et profitera des opportunités identifiées pour en venir à bout des faiblesses qu'il connaît. Ainsi par exemple :

- L'engagement de la communauté internationale à financer les activités de lutte contre le paludisme, matérialisé entre autres par la disponibilité des financements et d'appui techniques des partenaires : BM, PS9FED, UNICEF, GFATM, OMS, USAID, DFID, BAD, CTB...), permettra de remédier significativement à l'insuffisance en ressources matérielles, logistiques et financières nécessaires à la lutte pour les 5 dernières années.
-

- L'existence des institutions de recherche et universitaires qui travaille en collaboration avec le PNLP, permettra de pallier l'insuffisance en ressources humaines qualifiées et expérimentées.
- L'opérationnalisation du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels et création de la FEDECAME et des CDR résoudra le problème de la faible disponibilité des médicaments et intrants au niveau opérationnel.
- L'intégration des activités de lutte contre paludisme au niveau opérationnel dans le système national de santé rapproche les services des utilisateurs, cela en augmentera l'utilisation.

3.6. Les interventions majeures pour les 5 prochaines années

Ces interventions porteront sur les axes stratégiques suivants :

- prévention du paludisme ;
- prise en charge correcte des cas ;
- gestion du paludisme chez les femmes enceintes ;
- préparation et riposte aux épidémies dues au paludisme ;
- la coordination ;
- suivi des activités et évaluation du programme.

3.7. Principales activités

- Renforcement des capacités sur la prise en charge de cas de paludisme ;
 - Elargissement de champs d'action du Task force de manière à intégrer la validation des données ;
 - Renforcement des services provinciaux du PNLP dans le cadre du SRSS pour rendre fonctionnelles les Zones de santé ;
 - Plaidoyer à tous les niveaux pour obtenir l'appui aux ZS non opérationnelles ;
 - Renforcement de la vulgarisation de la politique nationale et documents normatifs et stratégiques ;
 - Mise en place d'un système de subventionnement des intrants de lutte contre le paludisme ;
 - Plaidoyer en vue d'assouplissement des procédures administratives de décaissement des fonds d'appui des partenaires ;
 - Renforcement de la collaboration intersectorielle (PNA, Ministère de l'Environnement, Ministère de l'Urbanisme, ect.), et intra sectorielle (PNSR, PNLS, PNMLS, ect.) ;
 - Plaidoyer en vue de l'augmentation des fonds alloués par le Gouvernement aux activités de lutte contre le paludisme ;
 - Renforcement de la coordination des interventions des partenaires dans la lutte contre le paludisme ;
 - Elaboration des plans de mobilisation des ressources, de communication, de suivi et évaluation ;
 - Renforcement de l'approvisionnement du niveau opérationnel en intrants de lutte contre le paludisme,
 - Mise en place d'une base des données complètes et mises à jour sur le paludisme ;
 - Renforcement du partenariat avec les universités et autres institutions de recherches sur le paludisme ;
-

SECTION IV : PLAN STRATEGIQUE QUINQUENNAL 2007 - 2011

4.1. Description du plan

4.1.1. But

Le but du programme pendant la période du **plan stratégique 2007 – 2011** de lutte contre le paludisme est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de la République Démocratique du Congo par la réduction du fardeau humain et socio-économique du au paludisme.

4.1.2. Objectif

L'objectif visé est de réduire de **50%** la morbidité et la mortalité spécifiques dues au paludisme d'ici 2011.

4.1.3. Axes stratégiques

4.1.3.1. Axes stratégiques de base

- Renforcement des activités de prévention grâce à des méthodes appropriée de protection individuelle et collectivité, comme les moustiquaires imprégnées d'insecticide, les pulvérisations intradomiciliaires d'insecticide rémanent et la gestion de l'environnement ;
- Application du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes ;
- Amélioration de la prise en charge rapide et efficace des cas du paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Renforcement de la préparation et de la riposte aux épidémies dues au paludisme.

4.1.3.2. Axes stratégiques de soutien

- Renforcement du processus de planification participative à tous les niveaux, y compris le niveau communautaire ;
 - Formation ;
 - Approvisionnement en intrants de lutte contre le paludisme ;
 - Amélioration de la gestion des ressources ;
 - Développement de la recherche ;
 - Renforcement de la promotion de la lutte antipaludique ;
 - Renforcement de la surveillance, du suivi et de l'évaluation.
-

4.1.4. Résultats attendus

Résultats attendus en fin 2011:

- **80 %** des personnes à risque du paludisme dorment sous moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
 - **80 %** des maisons dans les zones à risque épidémique sont couvertes en pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide rémanent ;
 - **80 %** des femmes enceintes bénéficient d'un traitement préventif intermittent conformément aux directives nationales ;
 - **80 %** des patients atteints du paludisme bénéficient d'un diagnostic et d'un traitement conformes aux directives nationales à tous les échelons de la pyramide sanitaire ;
 - La coordination du Programme de lutte contre le paludisme est assurée ;
 - les données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme sont régulièrement fournies.
-

4.2. Cadre logique

LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES (suppositions)
<p>OBJECTIF GENERAL</p> <p>Contribuer à l'amélioration de l'état sanitaire de la population de la RDC par la réduction du fardeau humain et socio- économique dû au paludisme</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux de mortalité infanto juvénile ▪ Prévalence de l'anémie chez les enfants de moins 5 ans 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Malaria indicator survey (MIS) ▪ Enquête démographique et de Santé (EDS), ▪ Enquête à indicateurs multiples (MICS) 	
<p>OBJECTIF SPECIFIQUE</p> <p>Réduire de 50% la morbidité et la mortalité spécifique dues au paludisme d'ici fin 2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incidence des cas du paludisme clinique ▪ Décès attribués au paludisme dans les sites de surveillance démographique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enquête démographique et de Santé (EDS), ▪ Enquête à indicateurs multiples (MICS) ▪ Malaria indicator survey (MIS) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en œuvre effective des autres volets du DSCR

LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES (suppositions)
<p>Résultat 1</p> <p>Au moins 80% des personnes à risque de paludisme, surtout les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes dorment sous la MII</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pourcentage d'enfants de moins de 5ans dormant sous une MII ▪ % de femmes enceintes dormant sous une MII 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enquête démographique et de santé (EDS), ▪ Enquête a indicateurs multiples (MICS) ▪ Malaria indicator survey (MIS) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de développement de la résistance à l'insecticide ▪ Le taux d'utilisation des services de santé est amélioré
<p>Résultat 2</p> <p>Au moins 80 % des maisons dans les zones d'intervention (zones à potentiel épidémique) en pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide rémanent sont couvertes;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pourcentage des maisons couvertes par la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide rémanent dans les zones de santé d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports d'activités de campagnes de pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide rémanent ▪ Enquêtes communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de développement de la résistance à l'insecticide
<p>Résultat 3</p> <p>Au moins 80 % des femmes enceintes bénéficient d'un traitement préventif intermittent conformément à la politique nationale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proportion des femmes enceintes bénéficiaires d'un traitement préventif intermittent conformément aux directives nationales ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Malaria indicator survey (MIS) ▪ Rapport sanitaire du Ministère de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité et utilisation de service de Santé de la reproduction sont améliorées

LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES (suppositions)
<p>Résultat 4</p> <p>Au moins 80 % des patients atteints du paludisme bénéficient d'un diagnostic et d'un traitement conformes aux directives nationales à tous les échelons de la pyramide sanitaire, y compris dans la communauté</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints du paludisme/fièvre qui accèdent à un traitement approprié dans les 24 heures à domicile ▪ Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints du paludisme simple qui sont correctement pris en charge dans les établissements des soins de santé ▪ Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints du paludisme grave qui sont correctement pris en charge dans les établissements de soins de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enquêtes communautaires ▪ Enquête auprès des établissements de santé 	
<p>Résultat 5</p> <p>Au moins 80% des épidémies dues au paludisme sont maîtrisées conformément aux directives nationales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pourcentage d'épidémies détectées et contrôlées conformément aux directives nationales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport sanitaire du Ministère de la Santé Publique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les comités de lutte contre les épidémies fonctionnent à tous les niveaux ▪ Les stocks stratégiques pour la riposte disponibles à tous les niveaux

LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES (suppositions)
<p>Résultat 6</p> <p>La coordination du programme de lutte contre le paludisme est assurée</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre des réunions du groupe de travail de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » ▪ Nombre de plans d'actions élaborés ▪ Nombre de rapports annuels produits 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports d'activités du PNLP 	
<p>Résultat 7</p> <p>Le suivi des activités et l'évaluation des résultats de la lutte contre le paludisme sont assurés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux de promptitude et de complétude des rapports d'activités ▪ Nombre d'enquêtes réalisées ▪ Existence du système de pharmacovigilance des médicaments antipaludiques fonctionnel ▪ Existence du système de contrôle de qualité des médicaments antipaludiques fonctionnel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports d'activités du PNLP ▪ Rapports d'activités de la direction des pharmacies et médicaments 	

ACTIVITES	MODALITES	COUT (EN \$ US)	HYPOTHESES (SUPPOSITIONS)
1.1. Mettre en place, au niveau national, un cadre formel et fonctionnel de concertation pour la coordination des activités de lutte antipaludique	Arrêté ministériel	0	
1.2. Assurer le plaidoyer pour obtenir une suppression des frais de douane et des taxes sur les intrants de lutte antipaludique	Ateliers	25.000	
1.3. Assurer le plaidoyer pour la fabrication locale des MII	Réunions	6.000	
1.4. Assurer l'approvisionnement et la distribution des MII	Achat, transport et distribution	208.884.822	
1.5. Appuyer la formation les relais communautaires en PCIME communautaire	Ateliers de formation	800.000	
1.6. Former les professionnels de médias en promotion de lutte contre le paludisme	Ateliers de formation	45.000	
1.7. Former les cadres et chercheurs en entomologie médicale	Bourses d'études	60.000	
1.8. Former les cadres et chercheurs en épidémiologie	Bourses d'études	50.000	
1.9. Former les cadres des niveaux central et provincial en promotion de la santé	Bourses d'études	90.000	
1.10. Développer la communication pour le changement de comportement en faveur de l'utilisation de la MII	Sous traitance Réunions	10.710.562	

ACTIVITES	MODALITES	COUT (EN \$ US)	HYPOTHESES (SUPPOSITIONS)
2.1 Tenir les ateliers provinciaux de validation des listes des zones de santé d'intervention en pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide rémanent	Ateliers	10.000	
2.2. Evaluer l'efficacité opérationnelle des insecticides potentiellement utilisables au regard des critères pré établis	Sous traitance	50.000	
2.3. Mener une enquête comportementale de la communauté face à la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent	Sous traitance	50.000	
2.4. Former les cadres en technique de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide rémanent	Bourses d'étude	30.000	
2.5. Elaborer le macro plan de campagnes de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide rémanent	Assistance technique Atelier de planification	30.000	
2.6. Elaborer les plans opérationnels de campagnes de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide rémanent	Assistance technique Atelier de planification	132.000	

ACTIVITES	MODALITES	COUT (EN \$ US)	HYPOTHESES (SUPPOSITIONS)
3.1. Diffuser le protocole national du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes	Achat et distribution	0	
3.2. Former les prestataires de soins prénatals en CPN recentrée intégrant le TPI	Atelier de formation	550.000	
3.3. Assurer l'approvisionnement des zones de santé en médicaments recommandés pour le TPI	Achat, transport et distribution	1.076.167	

ACTIVITES	MODALITES	COUT (EN \$ US)	HYPOTHESES (SUPPOSITIONS)
4.1. Assurer la diffusion du protocole national de prise en charge des cas du paludisme	Achat, transport et distribution	150.000	
4.2. Former les cadres du ministère de la santé et des institutions de recherche en paludologie	Bourses d'études	400.800	
4.3. Appuyer la formation des cadres du ministère de la santé en santé publique	Bourses d'études	560.000	
4.4. Former les équipes cadres des bureaux centraux de zones de santé en management de programme de lutte contre le paludisme	Ateliers de formation	335.000	
4.5. Former les laborantins/microspistes en technique de diagnostic biologique du paludisme	Ateliers de formation	463.500	
4.6. Former les prestataires de soins en prévention et prise en charge du paludisme	Ateliers de formation	4.613.700	
4.7. Former les cadres du ministère de la santé en gestion des médicaments et autres intrants de lutte antipaludique	Ateliers de formation	150.000	
4.8. Approvisionner les zones de santé en médicaments, microscopes, réactifs de laboratoire	Achat, transport et distribution	164.140.724	
4.9. Approvisionner les structures sanitaires privées et structures communautaires en médicaments antipaludiques	Achat, transport et distribution	421.042.946	
4.10. Développer la communication pour le changement de comportement relatif à la PEC du paludisme	Sous traitance Réunions	5.549.337	

ACTIVITES	MODALITES	COUT (EN \$ US)	HYPOTHESES (SUPPOSITIONS)
5.1. Former les équipes cadre des BCZS en surveillance intégrée de la maladie	Ateliers de formation	39.600	
5.2. Former les prestataires de soins en surveillance intégrée de la maladie	Ateliers de formation	132.000	
5.3. Valider le plan national de préparation et riposte aux épidémies dues au paludisme	Assistance technique Atelier de planification	10.000	
5.4. Elaborer les plans de préparation et riposte aux épidémies dues au paludisme pour les zones de santé à risque épidémique	Ateliers de planification	0	
5.5. Mettre en oeuvre les plans de préparation et riposte aux épidémies dues au paludisme pour les zones de santé à risque épidémique	Assistance technique Ateliers de planification Achat et distribution	330.000	

ACTIVITES	MODALITES	COUT (EN \$ US)	HYPOTHESES (SUPPOSITIONS)
6.1. Tenir les revues trimestrielles de validation des données	Ateliers	162.000	
6.2. Tenir les revues annuelles provinciales et nationales du programme	Ateliers	150.000	
6.3. Développer la banque des données informatisées du PNLP	Sous traitance	50.000	
6.4. Former les cadres du PNLP en gestion des données	Ateliers de formation	52.500	
6.5. Mettre en place un réseau de gestion des données du PNLP	Sous traitance	25.000	
6.6. Former les cadres du PNLP en gestion des ressources	Bourses	140.000	
6.7. Assurer le fonctionnement des services central et provinciaux du PNLP	Achat des biens et services	2.476.350	

ACTIVITES	MODALITES	COUT (EN \$ US)	HYPOTHESES (SUPPOSITIONS)
7.1. Appuyer la mise en place du système d'information sanitaire de routine	Ateliers de formation Achat et distribution	1.115.500	
7.2. Développer un réseau opérationnel des sites sentinelles de surveillance « Faire Reculer le paludisme	Ateliers de formation Achat, transport et distribution	930.000	
7.3. Conduire la recherche sur le paludisme	Sous traitance	3.770.520	
7.4. Appuyer le développement du système de pharmacovigilance des médicaments antipaludiques	Sous traitance Achat et distribution	932.850	
7.5. Appuyer le développement du système de contrôle des médicaments antipaludiques	Sous traitance Achat, transport et distribution	1.767.500	
7.6. Mener des enquêtes d'évaluation des interventions du programme	Sous traitance	2.700.000	

SECTION VI : BUDGET ET NOTE EXPLICATIVE.

6.1. BUDGET

N°	Domaines	2007	2008	2009	2010	2011	Totaux par domaine	%
1	Promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide	41.742.801	55.363.802	53.080.010	37.253.666	33.231.106	220.671.384	26.47
2	Promotion de la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide rémanent	0	155.000	147.000	0	0	302.000	0.04
3	Application du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes	352.632	446.630	331.440	236.878	258.587	1.626.167	0.20
4	Amélioration de la prise en charge des cas du paludisme	22.840.467	138.937.990	145.151.560	158.949.235	131.526.755	597.406.007	71.66
5	Préparation et riposte aux épidémies dues paludisme	0	181.600	110.000	110.000	110.000	511.600	0.06
6	Renforcement de la coordination	504.123	457.123	457.123	859.990	777.490	3.055.850	0.37
7	Suivi et évaluation	1.496.020	3.350.850	2.438.500	1.070.500	1.785.000	10.140.870	1.22
Totaux par an		66.936.043	198.892.995	201.715.633	198.480.269	167.688.938	833.713.878	100
%		8.03	23.86	24.19	23.81	20.11	100.00	

6.2. Note explicative du Budget

- Le budget du Plan d'action pour les 5 ans du PNLP s'élève **833.713.878\$ US**.
- Dans l'ensemble, le budget de la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide représente 26,47% et celui de l'amélioration de la prise en charge des cas du paludisme 71,8%.
- En effet, il faut environ 22.412.535 MII pour couvrir toute la RDC
- La promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide pour plus de **22 412 535** femmes et enfants de moins de 5 ans coûtera **220.671.384 \$ US**
- **597.406.007 \$ US** seront consacrés à l'amélioration de la prise en charge des cas du paludisme tant dans le secteur public que privé
- La contribution du secteur privé (communauté et structures sanitaires privées) à l'amélioration de la prise en charge des cas du paludisme s'élève à **421.042.046 \$ US** contre 165216891 \$ US pour le secteur public.
- Le budget du suivi et évaluation représente 1,1% soit un total de **8.947.350 \$ US..**
- 511.600 \$ US pour la préparation et riposte aux épidémies dues au paludisme.
- 4270000 \$ US pour la recherche sur le paludisme.
- Le budget sera consommé à la hauteur de 24% la 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} année. La 1^{ère} année ne représente que 8% du budget pour la simple raison que nous sommes déjà à mi parcours de l'année et tandis que la 4^{ème} année, c'est l'atterrissage du plan (20%).

SECTION VII : Plan d'actions triennal 2007 et 2009

Promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide

ACTIVITES	INDICATEURS	Chronogramme 2007				Coût annuel 2007	Chronogramme 2008				Coût annuel 2007	Chronogramme 2009				Coût annuel 2007	Responsable	Coût triennal
		1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4			
1.1. Mettre en place, au niveau national, un cadre formel et fonctionnel de concertation pour la coordination des activités de lutte antipaludique	Existence d'un arrêté ministériel					0											Secrétariat général	0
1.2. Assurer le plaidoyer pour obtenir une suppression des frais de douane et des taxes sur les intrants de lutte antipaludique	Nombre d'ateliers tenus					12500					12500						PNLP et partenaires	25.000
1.3. Assurer le plaidoyer pour la fabrication locale des MII	Nombre d'ateliers tenus					2000					4000						PNLP et partenaires	6.000
1.4. Assurer l'approvisionnement et la distribution des MII	Nombre des MII acquis et distribués					40360261					51338507					48582035	PNLP et partenaires	140.280.803
1.5. Appuyer la formation des relais communautaires en PCIME communautaire	Nombre de relais communautaire formés					320000					320000					160000	IPS et BCZS	800.000
1.6. Former les professionnels de médias en promotion de lutte contre le paludisme	Nombre de professionnels de médias formés en promotion de la lutte contre le paludisme										30000					15000	PNLP et partenaires	45.000

ACTIVITES	INDICATEURS	Chronogramme 2007				Coût annuel 2007	Chronogramme 2008				Coût annuel 2007	Chronogramme 2009				Coût annuel 2007	Responsable	Coût triennal
		1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4			
1.7. Former les cadres et chercheurs en entomologie médicale	Nombre de cadres formés en entomologie										20000					20000	PNLP et partenaires	40.000
1.8. Former les cadres et chercheurs en épidémiologie	Nombre de cadres formés en épidémiologie										10000					20000	PNLP et partenaires	30.000
1.9. Former les cadres des niveaux central et provincial en promotion de la santé	Nombre de cadres formés en promotion de la santé										22500					22500	PNLP et partenaires	45.000
1.10. Développer la communication pour le changement de comportement en faveur de l'utilisation de la MII	Existence d'un programme opérationnel de communication					1.048.040					3.606.295					4.260.475	PNLP et partenaires	8.914.810
TOTAL						41.742.801					55.363.802					53.080.010		150.186.613

Promotion de la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide rémanent

ACTIVITES	INDICATE URS	Chronogramme 2007				Coût annuel 2007	Chronogramme 2008				Coût annuel 2007	Chronogramme 2009				Coût annuel 2007	Responsable	Coût triennal
		1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4			
2.1 Tenir les ateliers provinciaux de validation des listes des zones de santé d'intervention en pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide rémanent	Nombre d'ateliers tenus					0					10000						PNLP et partenaires	10.000
2.2. Evaluer l'efficacité opérationnelle des insecticides potentiellement utilisables au regard des critères pré établis	Existence de rapport d'évaluation					0					50000						PNLP, OMS, INRB	50.000
2.3. Mener une enquête comportementale de la communauté face à la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent	Existence du rapport d'enquête					0					50000						PNLP et ESP	50.000
2.4. Former les cadres en technique de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide rémanent	Nombre de cadres formés					0					15000					15000	PNLP et OMS	30.000
2.5. Elaborer le macro plan de campagnes de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide rémanent	Existence de document de macro planification					0					30000						PNLP et partenaires	30.000
2.6. Elaborer les plans opérationnels de campagnes de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide rémanent	Nombre de plans opérationnels élaborés					0										132000	PNLP et partenaires	132.000
TOTAL						0					155.000					147.000		302.000

Application du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes

ACTIVITES	INDICATEURS	Chronogramme 2007				Coût annuel 2007	Chronogramme 2008				Coût annuel 2007	Chronogramme 2009				Coût annuel 2007	Responsable	Coût triennal
		1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4			
3.1. Diffuser le protocole national du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes	Proportion des structures sanitaires qui disposent du protocole national du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes					0					0					0	PNLP, IPS, BCZS	0
3.2. Former les prestataires de soins prénatals en CPN recentrée intégrant le TPI	Nombre de prestataires de soins formés					184800					250000					115200	IPS, BCZS et partenaires	550.000
3.3. Assurer l'approvisionnement des zones de santé en médicaments recommandés pour le TPI	Nombre de boîtes de SP acquises et distribuées					167832					196630					216240	IPS, BCZS et partenaires	580.702
TOTAL						352632					446630					331440		1.130.702

Amélioration de la prise en charge des cas du paludisme

ACTIVITES	INDICATEURS	Chronogramme 2007				Coût annuel 2007	Chronogramme 2008				Coût annuel 2007	Chronogramme 2009				Coût annuel 2007	Responsable	Coût triennal
		1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4			
4.1. Assurer la diffusion du protocole national de prise en charge des cas du paludisme	Nombre de fiches techniques reproduites et distribuées					75000					75000						PNLP, IPS, BCZS	150000
4.2. Former les cadres du ministère de la santé et des institutions de recherche en paludologie	Nombre de cadres formés en paludologie										100200					100200	PNLP,OMS, ESP	200400
4.3. Appuyer la formation des cadres du ministère de la santé en santé publique	Nombre de cadres formés en santé publique										140000					140000	PNLP,OMS, ESP	280000
4.4. Former les équipes cadres des bureaux centraux de zones de santé en management de programme de lutte contre le paludisme	Nombre d'équipes cadre des BCZS formées					135000					200000						PNLP ET partenaires	335000
4.5. Former les laborantins/microspistes en technique de diagnostic biologique du paludisme	Nombre de laborantins formés en diagnostic biologique du paludisme					75000					300000					88500	IPS, BCZS et partenaires	463500

ACTIVITES	INDICATEURS	Chronogramme 2007				Coût annuel 2007	Chronogramme 2008				Coût annuel 2007	Chronogramme 2009				Coût annuel 2007	Responsable	Coût triennal
		1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4			
4.6. Former les prestataires de soins en prévention et prise en charge du paludisme	Ateliers de formation					200000					2206900					2206800	IPS, BCZS et partenaires	4613700
4.7. Former les agents du ministère de la santé en gestion des médicaments et autres intrants de lutte antipaludique	Nombre d'agents formés					20000					100000					30000	IPS, BCZS et partenaires	150000
4.8. Approvisionner les zones de santé en combinaison artésunate amodiaquine	Nombre de doses acquises et distribuées					8878967					17164153					28313986	IPS, BCZS et partenaires	54357106
4.9. Approvisionner les zones de santé en quinine comprimés	Nombre de boîtes acquises et distribuées					176430					203020					231116	IPS, BCZS et partenaires	610566
4.10. Approvisionner les zones de santé en quinine injectable	Nombre de boîtes acquises et distribuées					61030					78652					97308	IPS, BCZS et partenaires	236990
4.11. Approvisionner les zones de santé en baxters de soluté	Nombre de baxters acquis et distribués					758124					977032					1208784	IPS, BCZS et partenaires	2943940

ACTIVITES	INDICATEURS	Chronogramme 2007				Coût annuel 2007	Chronogramme 2008				Coût annuel 2007	Chronogramme 2009				Coût annuel 2007	Responsable	Coût triennal
		1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4			
4.12. Approvisionner les zones de santé en microscopes	Nombre de microscopes acquis et distribués					258720					646800					312620	IPS, BCZS et partenaires	1218140
4.13. Approvisionner les zones de santé en kits de réactifs de laboratoire	Nombre de kits de réactifs de laboratoire acquis et distribués					24000					36000					45200	IPS, BCZS et partenaires	105200
4.14. Approvisionner les structures sanitaires privées et structures communautaires en combinaison artésunate amodiaquine	Nombre de doses acquises et distribuées					11838622					114427684					110109946	IPS, BCZS et partenaires	236376252
4.15. Assurer la communication pour le changement de comportement relatif à la PEC du paludisme	Existence d'un programme opérationnel de communication					339575					2282550					2267100	IPS, BCZS et partenaires	4889225
TOTAL						22.840.468					138.937.991					145.151.560		306.930.019

Préparation et riposte aux épidémies dues paludisme

ACTIVITES	INDICATEURS	Chronogramme 2007				Coût annuel 2007	Chronogramme 2008				Coût annuel 2007	Chronogramme 2009				Coût annuel 2007	Responsable	Coût triennal
		1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4			
5.1. Former les équipes cadre des BCZS en surveillance intégrée de la maladie	Nombre de cadres formés										39600						4ème direction et PNLP	39.600
5.2. Former les prestataires de soins en surveillance intégrée de la maladie	Nombre de prestataires de soins formés										132000						IPS et BCZS	132.000
5.3. Valider le plan de préparation et riposte aux épidémies pour les zones de santé à risque épidémique	Existence de plan national validé										10000						PNLP et partenaires	10.000
5.2. Elaborer les plans de préparation et riposte aux épidémies dues au paludisme pour les zones de santé à risque épidémique	Nombre de plans de préparation et riposte aux épidémies dues au paludisme pour les zones de santé à risque épidémique élaborés										0						IPS et BCZS	0
5.4. Mettre en œuvre le un plan de préparation et riposte aux épidémies pour les zones de santé à risque épidémique	Existence d'un programme opérationnel de préparation et de riposte aux épidémies dues au paludisme															110000	IPS, BCZS et partenaires	110.000
TOTAL											181600					110000		291.600

Renforcement de la coordination

ACTIVITES	INDICATEURS	Chronogramme 2007				Coût annuel 2007	Chronogramme 2008				Coût annuel 2007	Chronogramme 2009				Coût annuel 2007	Responsable	Coût triennal
		1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4			
6.1. Tenir les revues trimestrielles de validation des données	Nombre de revues trimestrielles tenues					18000					36000					36000	PNLP et partenaires	90000
6.2. Tenir les revues annuelles provinciales et nationales du programme	Nombre de revues annuelles tenues					30000					30000					30000	PNLP et partenaires	90000
6.3. Développer la banque des données informatisées du PNLP	Existence de la banque des données					50000											PNLP et OMS	50000
6.4. Former les cadres du PNLP en gestion des données	Nombre de cadres formés en gestion des données					30000											PNLP et OMS	30000
6.4. Mettre en place un réseau de gestion des données du PNLP	Existence de réseau de gestion des données					25000											PNLP et OMS	25000
6.5. Former les cadres du PNLP en gestion des ressources	Nombre de cadres formés en gestion des ressources										40000					40000	PNLP et partenaires	80000
6.6. Assurer le fonctionnement des services central et provinciaux du PNLP	Existence d'un programme d'appui annuel au fonctionnement du PNLP					351123					351123					351123	PNLP et partenaires	1053369
TOTAL						504123					457123					457123		1418369

Suivi et évaluation

ACTIVITES	INDICATEURS	Chronogramme 2007				Coût annuel 2007	Chronogramme 2008				Coût annuel 2007	Chronogramme 2009				Coût annuel 2007	Responsable	Coût triennal
		1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4			
7.1. Appuyer la mise en place du système d'information sanitaire de routine	Nombre de zones de santé appuyées en SNIS					15000										15000		30000
7.2. Développer un réseau opérationnel des sites sentinelles de surveillance « Faire Reculer le paludisme	Nombre de sites sentinelles "FRP" opérationnels					341000										589000		930000
7.3. Développer la recherche sur le paludisme	Nombre de recherches réalisées					128520					2343000					563000		3034520
7.4. Appuyer le développement du système de pharmacovigilance des médicaments antipaludiques	Nombre de sites sentinelles de pharmacovigilance opérationnels					101500					670850					58500		830850
7.5. Appuyer le développement du système de contrôle des médicaments antipaludiques	Nombre de sites de contrôle de qualité opérationnels					10000					272000					264000		546000
7.6. Mener des enquêtes d'évaluation des interventions du programme	Nombre d'enquêtes d'évaluation réalisées					900000										900000		1800000
						1.496.020					3.285.850					2.389.500		7.171.370

SYNTHESE BUDGET 2007-2009

N°	Domaines	2007	2008	2009	Totaux par domaine	%
1	Promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide	41742801	55363802	53080010	150186613	32,130
2	Promotion de la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide rémanent	0	155000	147000	302000	0,065
3	Application du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes	352632	446630	331440	1130702	0,242
4	Amélioration de la prise en charge des cas du paludisme	22840468	138937991	145151560	306930019	65,663
5	Préparation et riposte aux épidémies dues paludisme	0	181600	110000	291600	0,062
6	Renforcement de la coordination	504123	457123	457123	1418369	0,303
7	Suivi et évaluation	1496020	3285.850	2389.500	7171370	1,534
Totaux par an		66936044	195542146	199277133	467430673	100,000
%		14,320	41,833	42,632	100	

6.2. Note explicative du Budget 2007-2009

- Le budget du Plan d'action triennal du PNLP s'élève à **467430 673** \$ US.
- Dans l'ensemble, la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (**32,1%**) et l'amélioration de la prise en charge des cas du paludisme (**65,6%**) représente **98,3%** du budget à l'image du plan quinquennal 2007-2011.
- Le budget sera consommé à la hauteur de **42%** la 2^{ème} et 3^{ème} année. La 1^{ère} année représente **14%** du budget.

SECTION VII : SUIVI ET EVALUATION

Pour suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre des interventions retenues dans le cadre du plan stratégique 2007-2011, et porter un jugement de valeur sur le niveau de performance réalisée, le Programme a élaboré un **plan de suivi et évaluation** qui permettra d'apprécier l'état d'avancement des activités de lutte contre le paludisme dans le pays et d'en mesurer la portée et l'impact.

Un **plan de suivi et évaluation** a été développé et le présent chapitre reprend quelques éléments essentiels de son contenu.

7.1. OBJECTIFS DU PLAN DE SUIVI ET EVALUATION

7.1.1. Objectif général

Mesurer les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan stratégique 2007-2011 du PNLP

7.1.2. Objectifs spécifiques

- Suivre la mise en œuvre des activités sur l'initiative « FRP » ;
- Evaluer le niveau d'atteinte des objectifs fixés dans le Plan stratégique ;
- Apprécier l'impact du Programme sur les conditions des populations, en particulier les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ;
- Orienter l'allocation des ressources.

7.2. LES INDICATEURS DE SUIVI – EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE 2007 – 2011

Le présent cadre de suivi et évaluation découle du Plan stratégique 2007 – 2011 tel que résumé ci-dessus. Il décrit les objectifs poursuivis, les résultats attendus ainsi que les stratégies à mettre en œuvre en vue de leurs réalisations.

Les tableaux en annexe permettent de décliner les indicateurs d'évaluation et de suivi, leurs définitions, la méthode de collecte d'informations, les moyens ou sources de vérification, la fréquence de cette collecte au regard des buts, objectifs et activités du présent Plan stratégique .

7.3. PRINCIPAUX DOMAINES DE SUIVI ET EVALUATION

Le suivi et l'évaluation du présent Plan stratégique se fondent sur l'existence préalable de deux systèmes mis en place et qui concourent de manière complémentaire dans la production de l'information utile dans la gestion du Programme à tous les niveaux. De manière claire, le présent système, outre le circuit des sites sentinelles propre et spécifique au Programme National de Lutte contre le Paludisme, fera appel au Système National d' Informations Sanitaires dans sa composante « Soins de Santé Primaires ». Pour des besoins spécifiques, des enquêtes voire des recherches seront menées avec l'appui des institutions appropriées.

Le système sanitaire congolais tirant ses racines de la communauté, le présent système ne pourra déroger au recours à l'existant. Dans ce cadre, les structures de participation

et d'encadrement communautaire seront mises à contribution en dehors des structures sanitaires aussi bien privées que publiques.

La genèse d'une information part de l'offre des services, offre qui s'organise d'abord au sein de la communauté avant de passer aux structures de santé. A cet effet, les informations produites à quelque niveau que ce soit, seront analysées afin de permettre au niveau concerné de pouvoir s'en servir pour la bonne marche du service.

Une fois les données collectées, elles seront validées par les équipes appropriées (Task force Paludisme, groupe technique de surveillance épidémiologique, groupe technique de recherches/enquêtes/études, etc.) au niveau de la zone de santé, du district, de la province ou au niveau national.

7.4. LE SUIVI

7.4.1 DEFINITION DU CONCEPT « SUIVI »

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

7.4.2. COMPOSANTES DU SUIVI

7.4.2.1. Le système de suivi de routine

Le système du suivi de routine se fonde principalement sur les indicateurs relatifs aux intrants et au processus. Il est développé dans le système national d'information sanitaire du Ministère de la Santé Publique et piloté par la Direction de la surveillance intégrée de la maladie et celle du développement des Soins de Santé Primaires. Il tient compte de la collecte des données au niveau communautaire et au niveau des structures sanitaires.

Les secteurs ci-après qui nous intéressent dans le présent travail.

a) Le système de suivi à base communautaire

Au cours du déroulement des activités à base communautaire relatives aux soins curatifs, préventifs, promotionnels voire réadaptatifs, certaines difficultés peuvent survenir et entraver la bonne marche vers l'atteinte des objectifs fixés par le centre de santé en collaboration avec la communauté. Pour détecter à temps ces problèmes et y apporter les correctifs nécessaires, il est indispensable d'assurer un suivi continu des activités menées au niveau communautaire. Ce suivi sera réalisé hebdomadairement par les relais communautaires qui devront enregistrer toutes les données se rapportant à leurs activités, à l'aide des fiches ad hoc contenues dans le livret du relais, fiches transmises d'une part à l'infirmier titulaire du CS et d'autre part à la cellule d'animation communautaire dont une des fonctions consiste à consolider les données au niveau du village ou de l'avenue.

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

La surveillance est une approche attentive et vigilante de collecte de l'information qui sert à améliorer ou à maintenir la santé de la population.

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.

Il se base sur le Système National d'Information Sanitaire (SNIS), qui se met progressivement en place à l'échelle nationale.

A ce sujet, on utilisera les différents canevas de transmission des données, tels qu'amendés par les différentes provinces. Les outils en annexe constituent un modèle standard à adapter aux besoins spécifiques en information pour chaque province du pays.

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

La surveillance épidémiologique collecte les données pour la description et l'analyse des événements sanitaires. Elle fournit également des renseignements et la capacité nécessaires pour la détection précoce des épidémies, renforçant ainsi la préparation aux situations d'urgence.

La RDC possède un système de surveillance intégré piloté par la Direction de lutte contre la maladie auquel le PNL y a adhéré.

La stratégie de surveillance intégrée de la maladie et riposte prévoit une utilisation rationnelle des ressources consacrées à la prévention et à la lutte contre les maladies.

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

7.4.2.2. Le système de surveillance « Faire Reculer le Paludisme » par les sites sentinelles

De nombreux programmes d'intervention disposent d'un système de surveillance complémentaire qui permet la collecte des indicateurs non couverts par le système de routine. Au fil des années, chaque programme s'est efforcé de renforcer sa capacité à obtenir les données nécessaires pour le développement d'informations ponctuelles, fiables et utiles pour les actions sanitaires.

Le PNL et ses partenaires ont élaboré un plan de surveillance du type sentinelle dans le but de suivre les principales tendances liées aux interventions de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » sur un champ restreint et pouvant fournir des données fiables et à temps opportun. Cet état de chose se justifie par le fait qu'il est quasiment impossible de suivre efficacement les interventions à travers l'ensemble du territoire national.

Dans ce sens, 30 zones de santé ont été retenues comme 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 « Faire Reculer le Paludisme » en RDC.

Il faut, en outre, préciser que 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 le paludisme. Il s'agit notamment des cliniques universitaires de Kinshasa, de Lubumbashi, de Kisangani et de Bukavu

7.4.2.3. La pharmacovigilance des médicaments antipaludiques

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, le Ministère de la santé a décidé le changement de la politique de lutte sur base des données qui ont démontré la résistance du *Plasmodium falciparum* à la chloroquine utilisée dans le traitement et la prévention du paludisme, y compris chez la femme enceinte.

La nouvelle politique, dont la mise en œuvre a débuté en Avril 2005, a recommandé l'utilisation de l'Artesunate+Amodiaquine en traitement du paludisme simple ; la quinine en comprimés en cas d'échec thérapeutique de la première ligne et en injectables en cas de paludisme grave. L'usage de la Sulfadoxine Pyriméthamine étant désormais réservé au traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes

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

Les informations des effets secondaires ou indésirables sur l'utilisation de la Sulfadoxine+Pyriméthamine chez la femme enceinte sont inexistantes dans le cadre de traitement préventif intermittent. Pourtant, ce médicament peut engendrer le syndrome de Lyell chez les personnes sensibles.

De même, les informations sur les accidents hémolytiques provoqués par la quinine sont également inexistantes. Il est donc impossible à l'heure actuelle de mesurer l'ampleur des dégâts causés par les effets secondaires et les effets indésirables des antipaludiques. En dépit de tous les problèmes évoqués ci-haut, il n'existe pas encore un système de pharmacovigilance fonctionnel dans notre pays. Des efforts sont en cours pour installer un centre national de pharmacovigilance ainsi que les autres organes indispensables pour le fonctionnement du système.

Pour la réussite de la mise en œuvre de la nouvelle politique de lutte contre le paludisme, il s'avère donc impérieux et urgent de mettre en place le système de surveillance des effets indésirables dus aux antipaludiques.

D'où la nécessité et l'urgence de :

- rendre opérationnel le système de pharmacovigilance des médicaments antipaludiques ;
- former le personnel à tous les niveaux ;
- élaborer les outils de collecte des données ;
- sensibiliser la population sur l'importance de la pharmacovigilance ;
- collecter, analyser, interpréter les données ;
- diffuser les informations.

7.4.2.4. Le contrôle de qualité des médicaments antipaludiques

La mise en œuvre progressive de la nouvelle politique nationale de prise en charge des cas de paludisme simple par la combinaison Artesunate Amodiaquine s'effectue dans un environnement pharmaceutique dérégulée qui ne permet pas à toute la population d'accéder à un traitement antipaludique sûr, efficace, moins coûteux et de bonne qualité.

La dérégulation du secteur pharmaceutique est caractérisée entre autres par :

- l'absence d'un système efficace de suivi de la qualité des médicaments à la fabrication, à l'enregistrement, à l'approvisionnement et pendant la distribution ;
- l'absence d'un système et d'une procédure de collecte permanente d'échantillons destinés à l'analyse dans un laboratoire de contrôle de qualité.

Malgré le changement de la politique nationale de traitement de la malaria, l'utilisation des antipaludiques en monothérapie est encore très répandue.

Depuis l'adoption des CTA, il est apparu sur le marché congolais plusieurs associations à base des dérivés sans aucune pré qualification préalable. D'autres associations non recommandées par l'OMS circulent aussi dans le pays avec un haut risque des compromissions de l'efficacité de la combinaison Artésunate/Amodiaquine. Outre les molécules de premières lignes recommandées par l'OMS qui sont la SP pour le TPI chez la femme enceinte et la quinine en cas d'échec aux médicaments de première ligne et dans le traitement de paludisme grave, on note encore la circulation des nombreuses molécules en monothérapie : amodiaquine, artésunate, chloroquine, halofantrine, ect, dont l'efficacité thérapeutique est aujourd'hui certainement douteuse. La circulation de l'artésunate de mauvaise qualité et d'origine douteuse a été fortement documentée dans les pays d'Asie qui ont les premiers utilisés l'artésunate seule ou en combinaison. Or les méthodes d'analyse courante ne permettent pas de détecter les isomères biologiquement inactifs et des conceptions insidieuses.

En RDC, les défauts de qualité sur les médicaments en général et les antipaludiques en particulier ont été rapportés par certains auteurs. S'agissant des médicaments à base des dérivés d'artémisinine, une étude préliminaire menée entre juin et décembre 2004, portant sur la qualité de 120 échantillons des comprimés et sirops secs à base de dérivés d'artémisinine disponibles en RDC a montré que près de 33% d'échantillons collectés étaient de mauvaise qualité et que la teneur en principe actif était hors limite dans 12.5% d'échantillons testés.

S'agissant des Sulfadoxine Pyriméthamine, de la quinine et de l'amodiaquine, il a été rapporté des cas de falsifications de provenance douteuse. On a déjà rapporté des falsifications de la Sulfadoxine Pyriméthamine, de la quinine ayant une biodisponibilité faible et des suspensions instables d'amodiaquine conditionnées dans les récipients inappropriés.

L'accessibilité financière et géographique à la combinaison thérapeutique Artésunate/amodiaquine de bonne qualité reste encore très faible et le risque d'utilisation du médicament de moindre coût mais de qualité douteuse par la population reste donc élevé.

Ainsi l'utilisation des extraits des plantes et même des phytomédicaments est très répandue aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain.

La réussite du changement de politique de traitement du paludisme en cours suppose donc l'intégration de la surveillance de la qualité des médicaments recommandée par la politique nationale : artésunate/amodiaquine, SP, quinine en comprimé et injectable à tous les niveaux du système sanitaire national et tout au long de toutes les chaînes d'approvisionnement (de l'enregistrement à l'utilisation). Aussi longtemps que les autres médicaments sont sur le marché et utilisés par la population, il faudrait aussi envisager de suivre leur qualité.

D'où la nécessité et l'urgence de :

- instaurer le système « Assurance qualité » des médicaments antipaludiques ;
- effectuer de manière régulière et permanente le contrôle de qualité des antipaludiques en circulation dans le pays, autorisés et non autorisés ;
- instaurer le contrôle de qualité et la stabilité des extraits des plantes et Phytomédicaments.

7.4.2.5. La recherche

Les activités de recherche vont être 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 ;
- la réalisation des études sur les aspects sociaux économiques du paludisme ;
- le développement de la recherche sur les phytomédicaments antipaludiques ;
- la réalisation des études sur la coinfection paludisme et VIH/Sida ;
- le renforcement des capacités des institutions de recherche en personnel et équipements.

7.4.3.6. La Supervision

La supervision se fera de manière intégrée 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 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'action à mener

7.5. EVALUATION

De manière opérationnelle, l'évaluation est la mesure du niveau d'atteinte des objectifs du programme. .

Les activités d'évaluation seront plus externes pour une meilleure objectivité. Sans être exhaustif, les évaluations seront réalisées par des organismes tels que l'OMS, le CDC, l'ESP et autres organismes appropriés pour ce genre de travail.

ANNEXES



**LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE VALIDATION DU PALN STRATEGIQUE
2007-2011**

1. EQUIPE DE LA COORDINATION ET DES EXPERTS TECHNIQUES

N°	NOM ET POST NOM	INSTITUTION	FONCTION	
1	Dr Benoît KEBELA ILUNGA	Secrétariat à la santé	Secrétaire Général à la santé publique	Coordonnateur principal de l'atelier
2	Dr Benjamin ATUA MATINDII	PNLP	Médecin Directeur du PNLP	Coordonnateur technique
3	Mr CElestin BUKANGA LUGEZI	PNLP	Administrateur gestionnaire du PNL	Coordonnateur logistique
4	Dr LOKONGA	OMS - RDC	DPC	Expert technique
5	Dr Emile BONGO	USAID	Infectious Diseases Specialist	Expert technique
6	Dr Celestin TRAORE	UNICEF	Health Specialist	Expert technique
7	Dr Marcel LAMA	OMS - AFRO		Expert technique

**LISTE DE PARTICIPANTS A L'ATELIER D'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE 2007-2011
AU CENTRE CATHOLIQUE NGANDA DU 30 MAI AU 02 JUIN 2007**

N°	Nom et Post Nom	Institution	Téléphone	Email	Province
1	Dr Chenge Mukalenge	UNILU/Fac. Médecine	09 970 33697	chengefaust@yahoo.fr	Katanga
2	Dr Mabilia Eleyi	MIP/Katanga	09 970 298 65	maeleyi@yahoo.fr	Katanga
3	Jacque Lisiki	Société Civile/Katanga	0997 202 446	muglis2002@yahoo.fr	Katanga
4	Prof. Dr Kalenga Muenze	CUL/Méd. Directeur	0997 021 079	kalengamk@hotmail.com	Katanga
5	Dr Ghislain Makan Yav	Katanga	09 972 40667	ghiya@yahoo.fr	Katanga
6	Dr Baabo K. Dominique	IPS/Nord Kivu	081 2479 170	domihodieu@yahoo.com	Nord Kivu
7	Dr Kambale Ndaliko	PNLP/Nord Kivu	0998 298 770 081 538 4972	ckndaliko@yahoo.fr	Nord Kivu
8	Jason Luneno	Société Civile	081 313 2070	jasonluneno@yahoo.fr	Nord Kivu
9	Dr Uvoya Hilaire	IPS/Kasaï Oriental	0997 411 524	hiluvoya@yahoo.fr	Kasaï Or.
10	Patrice Kabongo Mwana	Sté Civile Kasaï Oriental	087 507 5709	kabomuakr@hotmail.com	Kasaï Or.
11	Marcel Mukendi wa K.	PNLP/Kasaï Oriental	081 603 5096	mukendi55@yahoo.fr	Kasaï Or.
12	Dr Davis Kabongo Mbubi	DPS/Kasaï Oc./PNLS	0998 636 354 0990 267 496	davis_kabongo@yahoo.com	Kasaï Occ.
13	Dr Urbain Mekanda	PNLP/Kasaï Occidental	081 216 0834	urbainmekanda@yahoo.fr	Kasaï Occ.
14	Alex Mukanya Mpanya	Société Civile /Kasaï Occ.	081 603 7613	socivkasaioc@yahoo.fr	Kasaï Occ.
15	Dr Joris L. Likwela	PNLP/Prov. Orientale	0998 505 999	drjoris@yahoo.fr	Prov. Or.
16	Baudouin Mbale	Société Civile/Prov. Or.	081 200 6859 081 621 7840	baumbale@yahoo.fr	Prov. Or.
17	Dr Alworonga Opara	CUKIS/Méd. Directeur	0998 506 379	jeanalworonga@yahoo.fr	Prov. Or.
18	Dr Mbo Mukonkole	UNIKIS/Fac. Médecine	0998 539 514	mbopaulin@yahoo.fr	Prov. Or.
19	Dr Théodore Assani	DPS/PO	09 977 57616	drtheodoresaani@yahoo.fr	Prov. Or.
20	Dr Patrice Emery Ewusu	IPS/Bandundu	081 717 8136	-	Bandundu
21	Abbé Lukeso Agréable	Société Civile/Bandundu	081 148 5963	lukesoagre@yahoo.fr	Bandundu
22	Dr Matoma Kitoko	PNLP/Bandundu	0998 795 196	matomastive@yahoo.fr	Bandundu
23	Dr Ludambo Gaston	IPS/ Sud Kivu	099 413 3000	lbbgaston@yahoo.fr	Sud Kivu

N°	Nom et Post Nom	Institution	Téléphone	Email	Province
24	Mick Mutiki	Société Civile Sud Kivu	0998 651 321	mmutiki@yahoo.fr	Sud Kivu
25	Dr Bahizi patrick	PNLP/Sud-Kivu	081 146 0753	patbahizi@yahoo.fr	Sud Kivu
26	Prof. Chimanka	S/Kivu Hop. ISM CRSN	09 977 89223	chimanuka@yahoo.fr	Sud Kivu
27	Dr Eric Tsasa Mbuku	PNLP/Bas Congo	0997 153 057	edgartsasa@yahoo.fr	Bas Congo
28	Dr Justin Numbi	DPS/Bas Congo	0998 364 033	justin-numbi@yahoo.fr	Bas Congo
29	Pasteur Angelo Mayambula	Sté Civile/Kongo Central	0998 260 157	socikoc@yahoo.fr	Bas Congo
30	Mbangi Dobolo	Société Civile/Equateur	081 529 7515	mbangitorro@yahoo.fr	Equateur
31	Phcien Jean Willy Ngwato	IPS/Equateur	081 509 2494	jngwato@yahoo.fr	Equateur
32	Jude Bosenga	PNLP/Equateur	081 035 6850	judebosenga@yahoo.fr	Equateur
33	Patrick Kalakala	DPS/MMA	081 408 5117	patrickkalakala@yahoo.fr	Maniema
34	Jacques Bianga	PNLP/Maniema	081 199 2454	biangajacques@yahoo.fr	Maniema
35	Dr Gendjo	PNLO/DA	081 503 3286	eric1954@yahoo.fr	Kinshasa
36	Bumba Charles	HGPR/Kinshasa	0998 135 539	-	Kinshasa
37	Dr Meli Sandja	DDSSP	0997 695 516	-	Kinshasa
38	Célestin Tuite	ACSA/RDC	0998 186 137	tuitecelestin@yahoo.fr	Kinshasa
39	Blandine Lusiemana	ACSA/RDC	081 516 1855	blusimana@yahoo.fr	Kinshasa
40	Dr Mbemba Ritha	PNLP/Central	0998 102 580	drithambemba@yahoo.fr	Kinshasa
41	Dr Kufundu Coco	PNLP/Central	0998 274 097	ckufundu@yahoo.fr	Kinshasa
42	Munsadi Kikora	PNLP/Central	0999 917 590	mamunsadi@yahoo.fr	Kinshasa
43	Dr Mudiandambu	PNLP/Central	081 312 8510	achilemudiandambu2@yahoo.fr	Kinshasa
44	Dr Situakibanza N.H.	CUK/MI	0998 817 5838	hsitua@yahoo.com	Kinshasa
45	Dr Abdon Kisanga	FOMETRO	09999 375 42	abdonk@yahoo.fr	Kinshasa
46	Dr Blaise Massamba	Armée du Salut	099999 25 58	blaisemassamba@yahoo.fr	Kinshasa
47	Dr Lukuka Albert	INRB	081 503 0841	alblukuka@yahoo.fr	Kinshasa
48	AG Mabiala Edmond	PNLP/Central	0999 140 326	edmun_mab@yahoo.fr	Kinshasa
49	Dr René Kusongisila S	BDOM/Kin	0997 557 394	renekusong@yahoo.fr	Kinshasa
50	Dr Tchomba Tulia	PCIME	081 518 4856	ctchombat@yahoo.fr	Kinshasa
51	Justin Sebabi Bahati	Croix Rouge/RDC	089 89 622 32	justinsebabi@yahoo.fr	Kinshasa
52	Bwanamdogo Bonaventure	PEV	081 812 8959	ovuiko@yahoo.fr	Kinshasa

N°	Nom et Post Nom	Institution	Téléphone	Email	Province
53	Selemani Ungu	8ème Dir/MSP	081 815 9310	selemanie_darius@yahoo.fr	Kinshasa
54	Dr Adirodu Mawazo	Assemblée Nationale	0998 910 846	adima_nyongo@yahoo.fr	Kinshasa
55	Dr Kataba Thomas	4ème Direction	081 603 7146	thomskataba@yahoo.fr	Kinshasa
56	Dr Mbi Mabilia	Horizon Santé	081 518 7922	mbimabilia@yahoo.fr	Kinshasa
57	Norbert Tambue	ACSA/RDC	099 999 7888	tawenorba@yahoo.fr	Kinshasa
58	Me Muntara Ida	Min/Budget	081 515 2841	muntara_ida@yahoo.fr	Kinshasa
59	Benjamin Mutombo	PNLP/Central	081 525 8020	benjaminmutombo@yahoo.fr	Kinshasa
60	Lubamba Joseph	SG/Santé	0999 934 009	lubambajoseph2002@yahoo.fr	Kinshasa
61	Dr Mbala Nsimba	S.G/Santé	081 691 7952	drmbala@yahoo.fr	Kinshasa
62	Prof. Lukunku	PNCPS	0998 241 343	lukunkumv@yahoo.fr	Kinshasa
63	Laurent Engyam	4ème Direction	0998 183 433	engyamlaurent@yahoo.fr	Kinshasa
64	Nunga Matadi	DEP/Santé			Kinshasa
65	AG Ngoie Kafula	PNSR	081 001 7063		Kinshasa
66	Dr Bobanga	CUK/Fac. Médecine	081 313 3303		Kinshasa
67	Paul Mansiangi	ESP	0998 903 346	pmansiangi@yahoo.fr	Kinshasa
68	Nelly Tangua	ACSA/RDC	0998 646 231	nellymaneu@yahoo.fr	Kinshasa
69	Emile Tamba	ACSA/RDC	0998 944 290	eni_tun@yahoo.fr	Kinshasa
70	Watsenga Tezzo	INRB	081 233 4918	watfranc@yahoo.fr	Kinshasa
71	Dr JC Matshumba	DDSSP/5ème Direction	081 813 35 11	mantsumba@hotmail.com	Kinshasa
72	Dikavanga Mavinga	BCZS/Kalamu II	0999 373 507		Kinshasa
73	Fulbert Kwilu	ESP/Unikin	081 389 76 28	nkwilu@yahoo.fr	Kinshasa
74	Dr Floribert Loboro	MSF/Belgique	081 146 47 17	floloboto@yahoo.fr	Kinshasa
75	Dr Tshibaka Chriss	PNTS	081 507 59 50	tshibakachriss@yahoo.fr	Kinshasa
76	Dr Mitashi Patrick	CUK/Parasitologie	0997 854 186	drmitashi@yahoo.fr	Kinshasa
77	Dr Wumba Roger	CUK/Parasitologie	081 388 5291	rogerwumba@yahoo.fr	Kinshasa
78	Ph Kutumbakana	PNLP/Central	0999 936 957	seraphine_kutu@yahoo.fr	Kinshasa
79	Dr Mbuyi Ndaya	PNIRA/PCIME	081 356 5552	mbuyininette@yahoo.fr	Kinshasa
80	Mutoto Richard	8ème Dir/MSP	081 142 3623 085 119 8146	matkal2007@yahoo.fr	Kinshasa

N°	Nom et Post Nom	Institution	Téléphone	Email	Province
81	Lambert Diowo	Min/Affaires Etr. et Coop. Inter	0998 369 228	lambertdiowo@yahoo.fr	Kinshasa
82	Dr John Gikapa	ECC-IMA Sanru	0998 481 117	johngikapa@sanru.org	Kinshasa
83	Ph Franck Biayi	PNAM	081 812 5838	biayifranck@yahoo.fr	Kinshasa
84	Serge Mwanamutanga	Medair	081 501 3814	liaison-kinshasa@medair.org	Kinshasa
85	Mumbushi Ngunza Kibal	Ordre des Pharmaciens	089 89 150 89		Kinshasa
86	Prof. Tona Lutete	UNIKIN/Fac. Pharm.	09 98 110 172	tonalutgas@yahoo.com	Kinshasa
87	Prof. Mulumba M.P.	UNIKIN/Fac. Médecine	081 811 0105	pmulumba@yahoo.fr	Kinshasa
88	Dr Mafuta Erick	UNIKIN/ESP	09 98 705 153	ecmmafuta@yahoo.fr	Kinshasa
89	Kayombo Mwenze	8ème Dir/MSP	081 685 8767	mwenzeka@yahoo.fr	Kinshasa
90	Dr Bualuti N	PNSR	09 98 127 439	bualuti_thierry@yahoo.fr	Kinshasa
91	Mono Thérèse	PNLP/Central	09 98 798 692	monotherese@yahoo.fr	Kinshasa
92	Mavinga Charlotte	PNLP/Central	09 99 110 864	annechama@yahoo.fr	Kinshasa
93	Lunkula André	PNLP/Central	081 271 7882	andrelunkula2006@yahoo.fr	Kinshasa
94	Lutete Angèle	PNLP/Central		angelelutete@yahoo.fr	Kinshasa
95	Esekanyoji Akatshi	HGPR/Kinshasa	09 98 349 9443	esekanyoi-akatshi@yahoo.fr	Kinshasa
96	Phcien Lelo	PNAM	09 99 226 930	jplelo@yahoo.fr	Kinshasa
97	Phcien José Bazonzi	Cabinet Minisanté	09 982 66406	josebazonzi@yahoo.fr	Kinshasa
98	Bibomba Nelly	Journaliste Prospérité	081 691 4974	bibomba@yahoo.fr	Kinshasa
99	Frida Mavungu	Journaliste ACSA	081 036 5068	fribellemava2@yahoo.fr	Kinshasa
100	Célestin Traoré	Unicef	081 700 8511	ctraore@yahoo.fr	Kinshasa
101	Dr Tshiboko Karumbu	11ème Direction	09 99 923 184	tshibokoanddelu@yahoo.fr	Kinshasa
102	Michel Itabu Issa	Ministère de la Santé	089 892 9267	michelitabu@yahoo.fr	Kinshasa
103	Mugisho Mongane	Min./Recherche Scient	081 451 0464	mongane@yahoo.fr	Kinshasa
104	Dr Joseph Kadinekene	CUK	081 500 0910	kadinekene@yahoo.fr	Kinshasa
105	Dr Matela	DDSSP	09 999 52161	baudouinmatela@yahoo.fr	Kinshasa
106	Phcien Nanga Ilongo	ASF/PSI	09 999 20218	inanga@psicongo.org	Kinshasa
107	AG Ngilo Eagbali	2ème Direction	09 981 81287	ngilozagbali@yahoo.fr	Kinshasa
108	Dr J.P lokonga	OMS	081 700 6408	jjlokonga@yahoo.fr	Kinshasa

N°	Nom et Post Nom	Institution	Téléphone	Email	Province
109	Dr José Kumumangi	DDSSP	09 9817 7074	kumumang_ssb@yahoo.fr	Kinshasa
110	Dr Godé Kanyebe	PNLP	09 99939680	drhebykanyebe@yahoo.fr	Kinshasa
111	Dr Kabwe	Cabinet Ministre de la santé	081 502 3393	bkabwe@yahoo.fr	Kinshasa
112	Félix Dingituka	MSF/France	09 9992 5599	msfflein@yahoo.fr	Kinshasa
113	Dr Mutshidayi	Secrétariat Général	09 983 88249		Kinshasa
114	Dr Atua Matindii	PNLP	09 9821 7243	amatindii@yahoo.fr	Kinshasa
115	Yamuyangue	PNLP	09 999 11662	luyado@yahoo.fr	Kinshasa
116	André Mobiah	PNLP	09 9815 0404	momass2000@yahoo.fr	Kinshasa
117	Dr Krubwa	Partenariat	081 0307 809	ckrubwa@yahoo.fr	Kinshasa
118	Kasereka	PNLP	081 9478 799	urkas@yahoo.fr	Kinshasa
119	Kulwena Mabwadi	Socico/ONGD/SSV	081 070 5509	reginekalwena@yahoo.fr	Kinshasa
120	Kapango Kalambay	6ème Direction	0999 988 928	kapongo_kalmbay@yahoo.fr	Kinshasa
121	Dr Kahambwe	Pronanut	0998 116 115	charlie_kahambwe@yahoo.fr	Kinshasa
122	François Moki	Société Civile/Kinshasa	081 156 4848	mokakose2006@yahoo.fr	Kinshasa
123	Siteke Ubial	PNLP/Central	099 99 23 792	adsiteke@yahoo.fr	Kinshasa
124	Dr Bongo Emile	USAID	081 991 6410	ebongo@usaid.gov sjessop@usaid.gov	Kinshasa
125	AG Bukanga Célestin	PNLP	0999 908 123	bukangac@yahoo.fr	Kinshasa
126	Léon Semaganya	PNLP	081 737 738 4	leonsemaganya@yahoo.fr	Kinshasa
127	Byavulwa Marie Jeanne	PNLP	081 318 5491	mjkabumba@yahoo.fr	Kinshasa
128	Sakodi Fazelo	Société civile Maniema			Maniema
129	Dr Félicien Lukwasa	PNLP/Prov. Ville de Kinshasa	081 513 2650	dr_felukwasa@yahoo.fr	Kinshasa