

# REVUE DU PROGRAMME PALUDISME REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



# RAPPORT FINAL

NOV 2012



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



# REVUE DU PROGRAMME PALUDISME

## MARS – NOVEMBRE 2012

**Rapport finalisé par**  
**Dr AMADOU MBAYE, Consultant**  
**Prof MESIA KAHUNU Gauthier, Consultant**



# LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

## UN ENGAGEMENT AU PLUS HAUT NIVEAU



UN Photo/Rick Bajornas

### **Discours de Son Excellence Mr le Président Joseph KABILA KABANGE**

*Le 23 septembre 2010 à la tribune des Nations Unies à New York*

*« Mon Gouvernement s'attèle, dans le cadre de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, à tout mettre en œuvre pour répondre aux besoins fondamentaux de la population, à savoir: la santé, l'éducation, l'autosuffisance alimentaire, les infrastructures de base, l'électricité, l'eau potable pour tous sans oublier évidemment **la lutte contre le paludisme**, le VIH/SIDA et le combat contre la pauvreté. »*

## TABLE DES MATIERES

|  |      |
|--|------|
| TABLE DES MATIERES.....  | iv   |
| LISTE DES TABLEAUX.....  | ix   |
| LISTE DES FIGURES.....   | x    |
| ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....   | xi   |
| AVANT PROPOS.....  | xii  |
| REMERCIEMENTS.....   | xiii |
| RESUME EXECUTIF.....   | 1    |
| But.....   | 1    |
| Objectifs.....   | 1    |
| Méthodologie.....  | 2    |
| Principaux Résultats.....  | 2    |
| Conclusions.....   | 8    |
| Orientation Stratégique.....   | 8    |
| Interventions Prioritaires.....  | 8    |
| 1 INTRODUCTION.....  | 11   |
| 1.1 Contexte.....  | 11   |
| 1.2 Définition.....  | 11   |
| 1.3 But et Objectifs de la RPP.....  | 11   |
| 1.4 Résultats attendus.....  | 12   |
| 1.5 Méthodologie de la RPP.....  | 12   |
| 1.5.1 Préparation, Planification et Coordination.....                                  | 12   |
| 1.5.2 Revue thématique Interne.....  | 13   |
| 1.5.3 Revue conjointe externe.....   | 13   |
| 1.5.4 Finalisation du rapport et Suivi des recommandations.....                        | 13   |
| 1.6 Les Outils de collecte de données.....   | 13   |
| 1.7 Grandes Lignes du Rapport de la RPP.....   | 14   |
| 2 CONTEXTE DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME.....  | 16   |
| 2.1 Historique de la lutte contre le paludisme en République Démocratique du Congo.... | 16   |
| 2.2 Place de la lutte contre le paludisme dans le programme de.....                    | 17   |
| développement National.....  | 17   |
| 2.3 Politique et Réforme du Système de Santé.....                                      | 17   |
| 2.4 Organisation du système de santé.....  | 18   |
| 2.5 Plan National de Développement Sanitaire.....                                      | 19   |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 2.6   | Structure organisationnelle de la lutte contre le paludisme .....           | 21 |
| 2.7   | Stratégies clés et Résultats attendus de la lutte contre le paludisme ..... | 23 |
| 2.8   | Acteurs clés de la lutte contre le paludisme .....                          | 24 |
| 2.9   | Gouvernance, Collaboration et Coordination .....                            | 28 |
| 2.10  | Conclusions et recommandations .....  | 29 |
| 3     | EPIDEMIOLOGIE DU PALUDISME EN RD CONGO .....                                | 31 |
| 3.1   | Répartition géographique du paludisme .....                                 | 31 |
| 3.2   | Stratification et Cartographie du Risque .....                              | 31 |
| 3.3   | Population à risque .....   | 33 |
| 3.4   | Parasites du paludisme .....  | 34 |
| 3.5   | Vecteurs du paludisme .....   | 34 |
| 3.6   | Tendances de la maladie .....   | 35 |
| 3.7   | Facteurs influant l'épidémiologie du paludisme en RDC .....                 | 36 |
| 3.8   | Conclusions et Recommandations .....  | 37 |
| 4     | PERFORMANCE DU PROGRAMME PAR DOMAINES THEMATIQUES.....                      | 39 |
| 4.1   | GESTION DU PROGRAMME.....   | 39 |
| 4.1.1 | Introduction .....  | 39 |
| 4.1.2 | Politique et Directives .....   | 39 |
| 4.1.3 | Organisation .....  | 39 |
| 4.1.4 | Ressources humaines, formation et développement des capacités .....         | 41 |
| 4.1.5 | Planification stratégique et annuelle .....                                 | 42 |
| 4.1.6 | Financement.....  | 42 |
| 4.1.7 | Analyse FFOM de la gestion du programme de lutte contre le Paludisme.....   | 43 |
| 4.1.8 | Conclusions et Recommandations .....  | 44 |
| 4.2   | GESTION DES APROVISIONNEMENTS ET DE STOCK .....                             | 47 |
| 4.2.1 | Introduction .....  | 47 |
| 4.2.2 | Politique et Directives .....   | 47 |
| 4.2.3 | Spécifications .....  | 47 |
| 4.2.4 | Quantification.....   | 48 |
| 4.2.5 | Approvisionnement, Stockage et Distribution .....                           | 48 |
| 4.2.6 | Régulation du secteur pharmaceutique.....                                   | 49 |
| 4.2.7 | Contrôle de qualité.....  | 49 |
| 4.2.8 | Analyse des FFOM .....  | 49 |
| 4.2.9 | Conclusions et Recommandations .....  | 50 |
| 4.3   | LUTTE CONTRE LES VECTEURS DU PALUDISME .....                                | 52 |

|        |   |    |
|--------|---|----|
| 4.3.1  | Introduction .....  | 52 |
| 4.3.2  | Politique et directives.....  | 52 |
| 4.3.3  | Résultats et productions des prestations de service .....           | 53 |
| 4.3.4  | Analyse FFOM.....   | 56 |
| 4.3.5  | Conclusions et Recommandations .....                                | 57 |
| 4.4    | PRISE EN CHARGE DES CAS.....  | 59 |
| 4.4.1  | Introduction .....  | 59 |
| 4.4.2  | Politique et directives.....  | 59 |
| 4.4.3  | Organisation des services de prise en charge des cas .....          | 62 |
| 4.4.4  | Ressources humaines, formation et développement des capacités ..... | 63 |
| 4.4.5  | Planification annuelle.....   | 63 |
| 4.4.6  | Objectifs et Indicateurs de performance .....                       | 64 |
| 4.4.7  | Résultats des prestations de services .....                         | 64 |
| 4.4.8  | Analyse FFOM.....   | 67 |
| 4.4.9  | Conclusions et Recommandations .....                                | 68 |
| 4.5    | PLAIDOYER, CCC, IEC ET MOBILISATION SOCIALE .....                   | 71 |
| 4.5.1  | INTRODUCTION .....  | 71 |
| 4.5.2  | OBJECTIF DE LA STRATEGIE .....                                      | 71 |
| 4.5.3  | APPROCHES OPERATIONNELLES ET PERFORMANCES.....                      | 71 |
| 4.5.4  | STRUCTURES DE MISE EN ŒUVRE.....                                    | 75 |
| 4.5.5  | ANALYSE FFOM.....   | 76 |
| 4.5.6  | CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....                                 | 77 |
| 4.5.7  | ACTIONS PRIORITAIRES .....  | 78 |
| 4.6    | PREPARATION ET RIPOSTE AUX EPIDEMIES DE PALUDISME.....              | 80 |
| 4.6.1  | Introduction .....  | 80 |
| 4.6.2  | Politiques et directives .....                                      | 80 |
| 4.6.3  | Organisation .....  | 80 |
| 4.6.4  | Cycle des épidémies de paludisme .....                              | 80 |
| 4.6.5  | Le paludisme en situation d'urgence. ....                           | 80 |
| 4.6.6  | Stratification du risque et de la transmission du paludisme.....    | 80 |
| 4.6.7  | Dynamique de transmission.....                                      | 81 |
| 4.6.8  | Objectifs et indicateurs de performance .....                       | 81 |
| 4.6.9  | Résultats des prestations de services .....                         | 81 |
| 4.6.10 | Analyse des forces, faiblesses .....                                | 83 |
| 4.6.11 | Conclusions et Recommandations .....                                | 83 |
| 4.7    | SURVEILLANCE, SUIVI EVALUATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE .....    | 85 |

|         |  |     |
|---------|--|-----|
| 4.7.1   | Politique, directives, coordination .....  | 85  |
| 4.7.2   | Ressources humaines, formation et renforcement de capacité.....                                      | 85  |
| 4.7.3   | Système d'information de routine .....   | 85  |
| 4.7.4   | Système de surveillance sentinelle .....   | 86  |
| 4.7.5   | Plan de suivi et d'évaluation .....  | 87  |
| 4.7.6   | Cadre de collaboration avec les institutions de recherche .....                                      | 87  |
| 4.7.7   | Enquêtes sur le paludisme .....  | 87  |
| 4.7.8   | Rapports sur le paludisme.....   | 87  |
| 4.7.9   | Système informatique et base de données sur le paludisme .....                                       | 88  |
| 4.7.10  | Progrès vers l'atteinte des objectifs.....   | 88  |
| 4.7.11  | Analyse des forces et faiblesses .....   | 90  |
| 4.7.12  | Conclusions et Recommandations .....   | 91  |
| 4.8     | LA PREVENTION DU PALUDISME ET DU TRAITEMENT DURANT LA GROSSESSE.....                                 | 92  |
| 4.8.1   | INTRODUCTION .....   | 92  |
| 4.8.2   | POLITIQUE, NORMES ET DIRECTIVES .....  | 93  |
| 4.8.3   | ORGANISATION DU SYTEME DE PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DU PALUDISME<br>CHEZ LA FEMME ENCEINTE ..... | 95  |
| 4.8.4   | INDICATEURS ET CIBLES ANNUELLES .....  | 96  |
| 4.8.5   | PERFORMANCE DU SYTEME DE PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DU PALUDISME<br>CHEZ LA FEMME .....           | 96  |
| 4.8.6   | ANALYSES DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES .....                                       | 103 |
| 4.8.7   | CONCLUSION .....   | 104 |
| 4.8.8   | RECOMMANDATIONS .....  | 104 |
| 4.8.9   | ACTIONS PRIORITAIRES .....   | 105 |
| 5       | CONCLUSIONS, ORIENTATION STRATEGIQUE ET RECOMMANDATIONS.....   | 107 |
| 5.1     | Conclusions .....  | 107 |
| 5.2     | Orientation Stratégique .....  | 107 |
| 5.3     | Recommandations générales.....   | 107 |
| Annexes | .....  | 109 |
|         | Annexe 1: Chronogramme de la RPP/RDC .....   | 110 |
|         | Annexe 2 : Cartographie des sites visités par les équipes de la revue externe.....                   | 112 |
|         | Annexe 3 : Equipe de coordination de la RPP .....  | 113 |
|         | Annexe 4: Liste des institutions visitées.....   | 114 |
|         | Annexe 5 : Liste des Evaluateurs Internes.....   | 115 |
|         | Annexe 6: Membres des groupes thématiques .....  | 116 |
|         | Annexe 7 : Liste des Evaluateurs Externes .....  | 117 |

Annexe 8 : Bibliographie..... 118

## LISTE DES TABLEAUX

|            |   |   |  |
|------------|---|---|--|
| Tableau 1  | : | Répartition des Zones de Santé par Province et Populations                |  |
| Tableau 2  | : | Principaux intervenants de la lutte contre le paludisme en RDC            |  |
| Tableau 3  | : | Personnel du PNLP   |  |
| Tableau 4  | : | Sources de financement du PNLP et Evolution du Budget 2003 – 2010 (US \$) |  |
| Tableau 5  | : | Synthèse du budget de plan stratégique 2009 -2013 (US \$)                 |  |
| Tableau 6  | : | Spécifications Techniques des produits anti paludiques                    |  |
| Tableau 7  | : | Taux de Possession et d'utilisation des MILDS                             |  |
| Tableau 8  | : | Ressources Humaines   |  |
| Tableau 9  | : | Evolution des Indicateurs et Cibles du Programme                          |  |
| Tableau 10 | : | Évaluation du plan de recherche 2007 – 2011                               |  |
| Tableau 11 |   | Etudes sur le paludisme réalisées dans le cadre du « Projet CDC Malaria » |  |
| Tableau 12 |   | Intégration des TPI dans les zones de santé par province en 2011          |  |

## LISTE DES FIGURES

|           |  |     |
|-----------|--|-----|
| Figure 1  | : Organigramme du PNLP.....  | 22  |
| Figure 2  | : Carte Administrative de la RDC.....  | 31  |
| Figure 3  | : Stratification du risque du paludisme en RDC .....   | 32  |
| Figure 4  | : Distribution du Plasmodium falciparum.....   | 34  |
| Figure 5  | : Evolution annuelle des cas de paludisme en RDC, 2000 à 2010 .....  | 35  |
| Figure 6  | : Evolution annuelle de décès de paludisme en RDC, 2000 à 2010.....  | 35  |
| Figure 7  | : Evolution des cas de fièvre chez les enfants de moins de 5 ans en RDC, 2001-2010.....                                    | 36  |
| Figure 8  | : MILD distribuées en routine de 2007 à 2011.....  | 54  |
| Figure 9  | : MILD distribuées lors de campagnes de masses .....   | 55  |
| Figure 10 | : Confirmation biologique du paludisme selon le niveau de prestation de services.....                                      | 60  |
| Figure 11 | : Examens microscopiques réalisés entre 2007 et 2010.....  | 64  |
| Figure 12 | : Utilisation des TDRs en 2010 .....   | 64  |
| Figure 13 | : Antipaludiques vendus en RDC.....  | 65  |
| Figure 14 | : Evolution du nombre de CS utilisant les ACT entre 2007 et 2011   | 65  |
| Figure 15 | : Evolution des Malades reçus en consultation externe dans les structures sanitaires des zones de santé 2007 et 2011 ..... | 66  |
| Figure 16 | : Utilisation des CTA en RDC en 2010.....  | 66  |
| Figure 17 | : Circuit de transmission des données du PNLP.....   | 86  |
| Figure 18 | : Etat des lieux de l'Intégration de l'application du TPI dans les ZS de la RDC.....                                       | 97  |
| Figure 19 | : Nombre de femmes enceintes couvertes par l'application du TPI.....   | 98  |
| Figure 20 | : MILD distribuées au CPN de 2000 à 2006.....  | 99  |
| Figure 21 | : Femmes enceintes ayant bénéficié du TPI en RDC, 2007-2011.....   | 101 |
| Figure 22 | : Evolution de la proportion de femmes enceintes ayant bénéficié du TPI en RDC, 2007-2011                                  | 101 |
| Figure 23 | : MILD distribuées en CPN .....  | 102 |
| Figure 24 | : Pourcentage de MILD distribuées en CPN.....  | 103 |

## **ACRONYMES ET ABREVIATIONS**

|          |   |
|----------|---|
| AQ-SP    | Amodiaquine + Sulfadoxine Pyriméthamine   |
| AS -AQ   | Artésunate + Amodiaquine  |
| AS       | Aire de Santé   |
| BCZS     | Bureau Central de la Zone de Santé  |
| BM       | Banque Mondiale   |
| CPN      | Consultations Prénatales  |
| CTA      | Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (ACT en anglais)                          |
| DFID     | Department For International Development  |
| 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   |
| FRP      | Faire Reculer le Paludisme  |
| IPS      | Inspection Provinciale de la Santé  |
| INRB     | Institut National de Recherche Biomédicale  |
| IST      | Infection Sexuellement transmissible  |
| LAP      | Lutte AntiPaludique   |
| MILD     | Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à longue durée   |
| 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   |
| PID      | Pulvérisation Intra Domiciliaire  |
| 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 |
| PLAP     | Projet de Lutte Antipaludique   |
| PNLP     | Programme National de Lutte contre le Paludisme   |
| PNLS     | Programme National de Lutte contre le Sida  |
| PNUD     | Programme des nations Unies pour le Développement   |
| PNSR     | Programme National de la Santé de la Reproduction   |
| PRONANUT | Programme National de Nutrition   |
| PS       | Poste de Santé  |
| RBM      | Roll Back Malaria   |
| RDC      | République Démocratique du Congo  |
| SNIS     | Système National d'Information Sanitaire  |
| SP       | Sulfadoxine - Pyriméthamine   |
| SP-AS    | Sulfadoxine - Pyriméthamine + Artésunate  |
| SRSS     | Stratégie de Renforcement du Système de Santé   |
| SSP      | Soins de Santé Primaires  |
| TDR      | Test de Diagnostic Rapide   |
| TFM      | Tenke Fungurume Mining  |
| TPI      | Traitement Préventif et Intermittent  |
| UNICEF   | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance  |
| UNITAID  | Facilité internationale d'achats de médicaments   |
| USAID    | United States Agency for International Development  |
| USD      | United States Dollars   |
| ZS       | Zone de Santé   |

## AVANT PROPOS

La lutte contre le paludisme est une grande priorité pour le Gouvernement de la RDC. En effet, le Paludisme sévit de manière endémique en RDC. Le Rapport annuel du PNLN indique que 9,5 millions des personnes ont fait un accès palustre en 2011, soit 18 cas toutes les minutes, et qu'il y a eu 24 mille décès liés au paludisme au cours de la même période, soit 3 décès toutes les heures. Cette situation demeure inacceptable pendant qu'il existe actuellement un éventail de moyens pour lutter contre cette maladie tueuse.

Le Gouvernement de la RDC a réagi à cette situation en créant en 1998 le Programme National de Lutte contre le Paludisme, il a mobilisé des financements pour soutenir la mise à l'échelle des interventions dans l'ensemble du pays. A ce jour, toutes les Provinces ont organisé au moins une campagne de distribution des MILD et le taux d'utilisation de la MILD est monté rapidement à 38% chez les moins de 5 ans et à 43% chez la femme enceinte.

Certes la tâche reste encore ardue dans ce grand pays de 2 345 000 km<sup>2</sup> pour faire face à la Vision de monde sans paludisme à laquelle le pays a souscrit, mais pas impossible. Il s'avère dès lors pertinent de consacrer un moment pour évaluer les performances du Programme et mieux recentrer les actions qui libéreront définitivement nos populations et particulièrement nos enfants et nos femmes du fardeau du paludisme.

C'est donc avec enthousiasme et fierté que j'introduis ce Rapport sur la Revue de Performance du Programme de Lutte contre le Paludisme en République Démocratique du Congo (RPP/RDC), menée objectivement aussi bien par la partie nationale que par les experts internationaux. Les résultats de cette revue seront certainement utiles pour informer les opérateurs et décideurs du Secteur Santé, qu'ils s'agissent des autorités politiques, des partenaires techniques et financiers ou des animateurs du Programme ; sur les réalisations et les insuffisances de ce dernier aux fins de proposer des mesures correctives ou de le renforcer adéquatement.

J'ai la conviction que tous ensemble, populations, acteurs nationaux, partenaires techniques et financiers, avons atteint les objectifs que nous nous sommes fixés pour cette revue.

C'est pourquoi, j'aimerais inviter tous les acteurs nationaux et partenaires internationaux à coordonner leurs efforts pour une appropriation complète des résultats de la RPP/RDC afin de dégager de nouvelles perspectives de lutte encore plus efficaces, plus pertinentes et plus efficientes coulées sous forme d'une nouvelle génération de plan stratégique résolument tournée vers la couverture universelle.

Le Ministre de la Santé Publique

## REMERCIEMENTS

Au terme de cette revue, nous voulons remercier tout naturellement le Gouvernement de la République à travers le Ministre de la Santé Publique, ses collaborateurs et tous les collègues des autres Directions du Ministère de la Santé Publique pour l'avoir soutenue et contribué à sa réalisation.

Nos remerciements sans réserve s'adressent à tous les partenaires du Secteur de Santé qui ne cessent d'œuvrer pour que l'élimination du Paludisme en RDC soit une réalité.

La présente revue a nécessité d'importantes ressources pour arriver à mobiliser autant d'experts internationaux et nationaux et à couvrir toutes les 26 nouvelles provinces de ce pays continent. De ce fait, nous tenons à remercier tous les partenaires RBM qui ont participé financièrement et techniquement à sa matérialisation ; il s'agit de l'OMS, USAID/PMI, UNICEF, Fonds Mondial/SANRU, DFID/PSI, PARSS/Banque Mondiale).

Que tous les collègues évaluateurs externes qui ont bien voulu accepter de quitter leurs pays ainsi que leur travail quotidien pour venir appuyer la RDC dans cet important exercice trouvent ici l'expression de notre gratitude.

A tous ceux sans qui cette revue n'aurait pas pu être menée à bien, nous disons MERCI, nous pensons :

- à toute l'équipe de la Coordination de la Revue dirigée par le Professeur Emile Okitolonda Wemakoy de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa;
- à toute l'équipe du PNLP ;
- aux différents évaluateurs nationaux qui nous ont apporté toute leur expertise ;
- à toutes les institutions et instituts publics, académiques (UNIKIN), de recherche (INRB) et les ONG qui ont accepté de mettre leur ressource, leur temps et leur compétence à notre disposition ;
- aux populations qui nous accompagnent quotidiennement dans notre lutte ;
- aux consultants Dr Amadou Mbaye et Professeur Gauthier Mesia Kahunu.

L'équipe de coordination du PNLP

## RESUME EXECUTIF

La Revue du Programme National de Lutte contre le Paludisme (RPP) en République Démocratique du Congo rentre dans le cadre des évaluations conjointes des programmes nationaux initiées par les pays et les partenaires dans le but d'améliorer la performance des programmes de lutte contre le paludisme. C'est ainsi qu'en Décembre 2011, le Gouvernement de la République Démocratique du Congo s'est engagé avec l'ensemble des partenaires à mener une revue approfondie des performances de la lutte contre le paludisme qui constitue une étape importante dans l'évaluation des acquis et des faiblesses mais aussi pour l'élaboration d'un nouveau plan stratégique 2013-2017 orienté vers la réduction drastique de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme. Elle s'est déroulée en quatre phases sur une durée de 9 mois allant d'Avril 2012 à Novembre 2012:

- Phase 1 : Planification de la Revue (Mars 2012 à Mai 2012)
- Phase 2 : Revue documentaire thématique (Juin 2012 à Octobre 2012)
- Phase 3 : Revue conjointe (Octobre 2012 à Novembre 2012)
- Phase 4 : Elaboration du Rapport Final (Novembre 2012)

### But

Le but de la revue est d'évaluer toutes les étapes de la planification et de la mise en œuvre des activités, d'orienter les stratégies et de promouvoir le maintien d'un engagement accru des différents partenaires pour le paludisme en mesurant le progrès vers 2015 cibles(objectifs) et en informant sous forme de plaidoyer des progrès réalisés et en même temps identifier les goulots d'étranglement de mise en œuvre. Elle constitue ainsi une étape cruciale dans l'élaboration du nouveau plan stratégique 2013-2017.

### Objectifs

#### Objectif Général

Evaluer la pertinence de la stratégie nationale de lutte contre le paludisme et le niveau de performance du Programme. La RDC veut faire l'état de lieu de son programme après 10 années d'effort.

#### Objectifs spécifiques

1. Evaluer la situation épidémiologique du paludisme en RDC ;
2. Passer en revue les politiques, directives et normes de la lutte contre le paludisme en RDC ;
3. Evaluer le cadre organisationnel et la gestion de la mise en œuvre des stratégies et interventions de lutte contre le paludisme;
4. Evaluer les progrès réalisés et les résultats obtenus dans la lutte contre le paludisme en RDC par domaine thématique;
5. Identifier les goulots d'étranglement et les faiblesses qui entravent la performance du programme;
6. Formuler des recommandations pour l'amélioration des politiques, directives, normes stratégies et cadre de mise en œuvre du programme.

## Méthodologie

La revue s'est déroulée en quatre phases conformément au manuel de l'OMS:

- **La Phase I** qui correspond à la planification et l'organisation de la Revue. Elle a permis aux différents acteurs et partenaires nationaux de s'accorder sur le besoin de la revue, de déterminer ses objectifs, d'identifier les ressources nécessaires et de développer un plan d'action ;
- **La Phase II ou Phase de Revue Documentaire Thématique** qui a permis de développer les rapports thématiques avec les domaines prioritaires à renforcer;
- **La Phase III** s'est déroulée sous forme de Revue Conjointe avec des Evaluateurs Externes. Elle a permis de valider les rapports thématiques de la phase II et s'est basée sur l'analyse des rapports thématiques et les visites de terrain (Niveau central et Opérationnel);
- **La Phase IV** a permis de finaliser le rapport de la revue et de planifier le suivi des recommandations et les autres étapes d'élaboration du nouveau plan stratégique.

## Principaux Résultats

### Epidémiologie du paludisme

La RDC compte trois faciès épidémiologiques : (1) le faciès équatorial (forêts et savanes post forestières) où la transmission est intense et permanente, pouvant atteindre 1000 piqûres infectantes par personne et par an ; (2) le faciès tropical (savanes humides) où la transmission est à recrudescence saisonnière longue (60 à 400 piqûres infectantes par personne et par an) et (3) le faciès montagnard (zones entre 1000 et 1500 mètres d'altitude) avec des périodes de transmission courtes et même parfois des périodes sans transmission. Cependant, cette stratification qui n'a pas été revue depuis plus de vingt ans reste encore globale et nécessite une mise à jour et une présentation plus détaillée par zone de santé. Trois espèces plasmodiales sont rencontrées au niveau du pays : le *Plasmodium falciparum* (espèce principale), le *Plasmodium ovale* et le *Plasmodium malariae*. Les conséquences du long conflit de l'Est, notamment la présence d'un important contingent militaire d'origine étrangère fait craindre l'apparition de l'espèce *Plasmodium vivax*. Les vecteurs les plus rencontrés sont : *Anopheles gambiae sl*, *Anopheles funestus* (vecteur principal pour la région des hauts plateaux de l'Est, situé de part et d'autres de l'équateur), *Anopheles nili*, *Anopheles moucheti*, *Anopheles brunnipes*, et *Anopheles paludis*.

Le rapport annuel 2010 du PNLP montre une augmentation progressive des cas et des décès dus au paludisme rapportés par les structures sanitaires entre 2007 et 2010. Cette augmentation des cas et décès entre 2007 et 2010 s'expliquerait d'une part par des faibles couvertures des interventions de lutte contre le paludisme et d'autre part par l'amélioration du taux de complétude des rapports d'activités des zones de santé appuyées par les partenaires. Le rapport montre aussi que le paludisme représente en 2010 un problème de santé publique avec 34% des consultations externes (8 millions de cas rapportés) et 33% des décès en hospitalisation soit plus de 23 000 décès rapportés. Il faut cependant noter que jusqu'en 2010, le traitement du paludisme était prescrit sur base d'un diagnostic clinique présomptif sans confirmation biologique.

## **Recommandations**

- Mettre à jour régulièrement la stratification des zones de santé basée sur la prévalence du paludisme et la répartition d'espèces et de vecteurs ;
- Appliquer les interventions de lutte contre le paludisme en tenant compte de la nouvelle stratification ;
- Mettre à échelle le diagnostic biologique et rendre systématique la confirmation de tous les cas de paludisme avant traitement (par TDR ou Goutte Epaisse);

### **• Gestion du Programme**

Le PNLP dispose d'un plan stratégique 2009-2013 qui couvre de ce fait 3 ans du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). A l'issue de cette revue, un plan stratégique de nouvelle génération 2013-2017 sera élaboré. Il bénéficie d'un engagement politique au plus haut niveau qui se traduit par l'inscription de son budget dans la Nomenclature du Budget national du partenariat élargi et par l'affectation d'équipes dédiées exclusivement à la lutte contre le paludisme au niveau de toutes les provinces. Toutefois compte tenu des efforts demandés pour l'atteinte d'une couverture universelle des interventions, les défis méritent d'être soulignés notamment : une faible contribution financière du gouvernement au budget de la santé y compris la lutte contre le paludisme, un faible leadership du PNLP pour la mise en œuvre et le suivi de la stratégie nationale, une faible cohésion de l'équipe de l'unité de coordination du PNLP, un effectif pléthorique et inadéquat, une insuffisance de communication au sein de l'équipe de coordination, un faible cadre de coordination entre le PNLP et les partenaires, une faible implication du secteur privé dans la lutte contre le paludisme et une démotivation du personnel liée notamment aux irrégularités et faible niveau de salaires et des primes à tous les niveaux.

## **Recommandations**

- Organiser en urgence le renforcement de « l'Esprit d'Equipe » (Team building) au sein de l'unité de coordination du PNLP jusqu'à obtenir une cohésion forte de l'équipe ;
- Mener un audit institutionnel et organisationnel du PNLP à moyen terme, c'est-à-dire d'ici 6 mois conformément à la nouvelle réforme du système de santé en RDC, afin d'améliorer le fonctionnement et le leadership du PNLP. Ceci devrait passer par:
  - la réorganisation de l'unité de coordination du PNLP ;
  - l'affectation du personnel selon l'organigramme, les profils déterminés à travers un processus compétitif et les besoins du PNLP
  - le renforcement des effectifs et de la qualité des équipes décentralisées au niveau des provinces afin de mieux suivre la mise en œuvre des interventions au niveau opérationnel.
- Accroître la contribution financière du gouvernement et des entités décentralisées en faveur de la Santé avec une proportion conséquente pour la lutte contre le paludisme et la rendre effective dès 2013 ;
- Formaliser et renforcer le cadre de partenariat de la lutte contre le paludisme en le dotant de mécanismes de coordination plus fonctionnels ;
- Améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins et services anti paludiques à travers l'évaluation et la mise en place de système de couverture universelle (suivi et contrôle des coûts de recouvrement, mutuelle de santé, tiers payant etc.).

- **Gestion des Approvisionnements et des Stocks (GAS) des produits de santé**

Des efforts ont été observés dans la mise en place d'un système de réglementation et d'approvisionnement en médicaments essentiels. Par ailleurs, la fonctionnalité du Centre National de Pharmacovigilance et l'exemption effective de taxes douanières sur les intrants anti paludiques pour le secteur public demeurent des atouts majeurs de la stratégie nationale. Cependant certains défis restent à relever : la faiblesse des systèmes de quantification des intrants et de suivi des approvisionnements; la faible disponibilité des intrants (médicaments essentiels, ACT, TDR) pour la prise en charge efficace du paludisme au niveau des zones de santé (Hôpitaux Généraux, Centres de santé, Sites de soins communautaires) se traduisant par des ruptures fréquentes des stocks; la faible collaboration entre l'autorité nationale de régulation, le Centre National de Pharmacovigilance, le Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME) notamment la Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments (FEDECAME) au niveau central et les Centrales de Distribution Régionale (CDR) au niveau provincial, l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) et le PNLP ; la faible capacité du SNAME à approvisionner toutes les formations sanitaires (FOSA) en médicaments essentiels et à suivre la disponibilité et la qualité des médicaments en circulation dans le pays.

### **Recommandations**

- Renforcer et/ou mettre en place des systèmes de quantification des intrants et de suivi des approvisionnements au niveau national et provincial ;
- Renforcer les capacités des agents responsables GAS à tous les niveaux et tester des systèmes (ex SMS for life) pour une meilleure gestion des stocks au niveau des sites communautaires et formations sanitaires ;
- Renforcer les capacités des structures d'approvisionnement en particulier la FEDECAME au niveau central et les CDR au niveau des provinces, afin d'améliorer la disponibilité des intrants y compris ceux du paludisme, pour la prise en charge correcte des cas;
- Renforcer le cadre de collaboration entre le PNLP et les autres acteurs du médicament en impliquant le PNLP dans la commission en charge des médicaments afin de garantir la disponibilité permanente des médicaments de bonne qualité.

- **Diagnostic du Paludisme et Prise en Charge des cas (PEC)**

La prise en charge de qualité des cas de paludisme est une orientation majeure du plan stratégique 2007-2011. C'est ainsi que durant les cinq dernières années, le PNLP s'est attelé à développer un guide technique de PEC et initier un programme de formation à l'intention des agents. Cependant beaucoup de défis restent à relever dans ce cadre de la PEC. Il s'agit de l'insuffisance de l'application des directives nationales en matière de diagnostic et de traitement en particulier dans le secteur privé, les difficultés financières à l'accès aux soins et notamment le coût élevé de la prise en charge des cas de paludisme grave, enfin la persistance des molécules de monothérapie et autres médicaments non autorisés dans la chaîne de distribution du secteur public, dans celle du secteur privé et ses marchés parallèles. En outre la plupart des cas du paludisme surtout chez les enfants de moins de 5 ans sont gérés au niveau de la communauté notamment par l'automédication et les pratiques traditionnelles. Plusieurs expériences positives ont été menées par rapport aux sites de soins communautaires mais le gap en termes de couverture géographique est encore loin d'être comblé. Aucun plan clair de mise en œuvre et d'extension de ces sites n'est disponible à ce jour.

## **Recommandations**

- Harmoniser et assurer le respect de la politique de prise en charge pharmaceutique entre le public et le privé à travers une large concertation entre le PNLP, les partenaires, le secteur privé et tous les autres acteurs de mise en œuvre;
- Analyser les besoins en intrants (ACTs et TDRs) sur base des outils existants et rendre disponible les intrants à l'échelle nationale ;
- Mettre à échelle le diagnostic biologique et rendre systématique la confirmation de tous les cas de paludisme avant traitement par TDR ou microscopie;
- Accélérer la formation et la supervision des prestataires dans toutes les ZS (appuyées et non appuyées) en renforçant le plaidoyer au niveau du gouvernement pour le financement des activités des zones non appuyées ;
- Etablir et maintenir une collaboration factuelle avec tous les acteurs pour assurer le contrôle de la circulation des antipaludiques dans le pays.
- En collaboration avec la coordination PCIME-C, Elaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement et/ou de passage à échelle des activités de prise en charge du paludisme dans les sites de soins communautaires afin d'accroître la proportion d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre bénéficiant promptement des moyens diagnostics et des traitements efficaces dans la communauté.

### **• Prévention du Paludisme et Traitement durant la grossesse**

Les femmes enceintes font partie des cibles les plus vulnérables du paludisme et ont bénéficié depuis le dernier plan stratégique 2007-2011 de mesures particulières aussi bien pour la prévention que pour la prise en charge. Cependant l'enquête MICS-RDC 2010 réalisée dans les structures a révélé que malgré une couverture élevée de CPN (87%) on observe un faible taux de TPI soit 21% de femmes ayant reçu au moins deux doses de SP durant la grossesse. On observe aussi des ruptures fréquentes de stock en Sulfadoxine-Pyriméthamine ; une insuffisance de formation en TPI des agents en charge des consultations prénatales dans les ZS non appuyées, une mise en œuvre partielle du plan conjoint PNLP-PNSR, la prescription de la monothérapie et des molécules à base de plantes pour le traitement du paludisme simple.

## **Recommandations**

- Accélérer la mise en œuvre des activités de prise en charge de la femme enceinte au niveau des zones appuyées et rendre le TPI gratuit dans tout le pays y compris les zones non appuyées en renforçant le plaidoyer au niveau du gouvernement pour le financement des activités des zones non appuyées ;
- En collaboration avec le PNSR, améliorer la qualité de la CPN recentrée pour augmenter la couverture du TPI chez la femme enceinte à travers la formation des agents de santé et le renforcement de la supervision;
- Poursuivre les activités de sensibilisation sur le TPI pour accroître le taux d'utilisation dans les formations sanitaires ;

- **Lutte antivectorielle**

La lutte contre les vecteurs du paludisme en RDC s'articule autour de trois interventions: la promotion de l'utilisation de Moustiquaire Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'Action (MILD), la lutte anti larvaire et la pulvérisation intra domiciliaire (PID) focalisée au niveau de certaines zones. Des efforts ont été déployés dans la mise en œuvre des campagnes de distribution des MILD depuis 2006 portant la couverture des ménages possédant au moins une MILD en RDC de 9,2% en 2007 à 50,9% en 2010. Une PID focalisée est menée depuis 2008 au niveau d'une zone de santé soutenue par la société minière « Tenke Fungurume Mining » avec une couverture opérationnelle de 97% et les projets « villages Assainis » procèdent à l'assainissement du cadre de vie. Cependant, on note que la couverture universelle d'une MILD pour 2 personnes n'était pas encore atteinte dans la quasi-totalité des provinces avant 2011, que la PID n'est pas généralisée dans les zones de santé avoisinantes de Tenke Fungurume, que la carte de distribution des espèces anophéliennes qui remonte aux années 1960 n'est pas encore actualisée sans compter que les compétences nationales en entomologie et en techniques de lutte anti vectorielle restent insuffisantes et que le cadre de collaboration des différents acteurs restent tout aussi insuffisants. Par ailleurs, une résistance d'*Anopheles gambiae sensu stricto* au DDT, aux pyréthriinoïdes et/ou au malathion est observée dans les provinces de Kinshasa, Bandundu, sud Kivu, Bas Congo, Equateur et Katanga. Toutefois, la plupart des populations de vecteurs restent sensibles aux insecticides de la famille des carbamates. Il est donc nécessaire d'élaborer une stratégie de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides, en vue de maintenir l'efficacité des interventions.

### **Recommandations**

- Réaliser des distributions de masse des MILD à l'échelle nationale sur une période de 2 ans maximum afin de maintenir une couverture universelle au niveau du pays à tout moment;
- Mettre à jour la cartographie des vecteurs (incluant la densité vectorielle, le comportement des vecteurs, le taux d'agressivité, l'infectivité, la bio-écologie) ;
- Mettre en place/renforcer le système de suivi régulier de la sensibilité des vecteurs aux insecticides utilisés et le comportement des vecteurs;
- Renforcer le cadre de collaboration de la lutte anti vectorielle ;
- Renforcer les capacités des agents en matière de lutte anti vectorielle et en surveillance des vecteurs surtout au niveau provincial.

- **Surveillance et Riposte aux épidémies de paludisme**

Au niveau national, provincial et des zones de santé, il existe des comités multidisciplinaires de préparation et de riposte aux épidémies et aux urgences de santé publique et une surveillance hebdomadaire des cas de paludisme dans le cadre de la surveillance intégrée des maladies et réponse (SIMR) qui constituent les forces majeures de la préparation et de la réponse aux épidémies. Cependant plusieurs faiblesses ont été relevées dans ce domaine. Il s'agit notamment de l'absence de définition du seuil épidémique sur lequel le pays devrait se baser pour déclencher l'alerte, de l'absence d'actualisation de la cartographie des zones à potentiel épidémique, de l'insuffisance des capacités d'analyse des données épidémiologiques sur le paludisme au niveau provincial et zonal; l'absence de pré positionnement des intrants dans les zones à potentiel épidémique; la non exploitation par le PNLP des données de notification hebdomadaire; l'absence de documents normatifs et de formation des agents à la gestion des épidémies de paludisme; l'insuffisance de cadre collaboration avec les services de la météorologie et de l'environnement.

## **Recommandations**

- Déterminer les seuils épidémiques d'alerte au niveau des différentes localités du pays;
- Améliorer la collaboration avec la Direction de la lutte contre la maladie (DLM ou 4ème Direction) pour l'analyse et l'utilisation des données permettant un meilleur suivi des tendances de la morbidité et la mortalité liée au paludisme ;
- Actualiser la cartographie des zones à potentiel épidémique ;
- Mettre à jour les documents normatifs de préparation et de riposte aux épidémies ;
- Renforcer les capacités de l'équipe du PNLP et des équipes cadre des ZS de santé sur la surveillance épidémiologique y compris la gestion des épidémies pour un appui technique efficace aux FOSA.

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

En ce qui concerne l'IEC et la mobilisation communautaire, des efforts ont été observés dans l'élargissement du partenariat et la mobilisation communautaire. Le PNLP dispose aussi d'un plan national stratégique de communication auquel s'alignent tous les intervenants et quelques provinces possèdent des plans opérationnels provinciaux qui guident leurs activités de communication et de mobilisation sociale. Cependant des faiblesses ont été relevées et sont en rapport avec l'insuffisance de coordination et de leadership du PNLP dans les activités de communication; l'insuffisance d'implication du secteur privé; l'insuffisance des outils de communication dans les CS et AS et le faible niveau de financement des activités de communication par rapport aux besoins réels du pays.

## **Recommandations**

- Améliorer le taux d'utilisation des ressources disponibles et faire appel aux expertises hors PNLP pour le renforcement de capacité des agents en IEC/Communication ;
- Rendre disponible les outils de communication au niveau des FOSA et renforcer les activités de sensibilisation de manière permanente ;
- Impliquer davantage le secteur privé dans les activités de IEC.

### **• Surveillance épidémiologique, Suivi évaluation et Recherche Opérationnelle**

Des efforts ont été entrepris pour renforcer la surveillance, le suivi, l'évaluation et la recherche opérationnelle au PNLP en le dotant de deux divisions. Cependant, les défis qui sont à relever sont en rapport avec l'insuffisance des outils de collecte et de transmission des données au niveau des zones de santé, la faible proportion de sites sentinelles fonctionnels ; l'absence d'utilisation des laboratoires nationaux dans le système de surveillance de la stratégie nationale ; l'absence de revue trimestrielle au niveau national ; l'absence de cadre formel de collaboration entre les institutions de recherches et le PLNP; le faible niveau de réalisation des études prévues par le plan stratégique 2007-2011, la non intégration des systèmes de suivi au niveau communautaires (RECO et Sites de soins communautaires) dans le SNIS et l'insuffisance du Contrôle Qualité des données.

## **Recommandations**

- Renforcer le cadre de collaboration entre le PNLN et les institutions de recherche pour une meilleure planification des études et un meilleur partage des résultats ;
- Améliorer le système de collecte et de rapportage des données à travers le renforcement de la supervision et le renforcement du système de contrôle qualité des données (développement de Plan de contrôle et de validation des données à tous les niveaux) ;
- Renforcer les capacités du personnel dans l'analyse et l'utilisation des données à tous les niveaux.

## **Conclusions**

La Revue du Programme Paludisme a permis une analyse approfondie du contexte épidémiologique de la maladie en RDC, de la gestion programmatique, de la disponibilité et de l'utilisation des Ressources pour la lutte contre le paludisme. Elle a par ailleurs mis en évidence (1) le niveau de performance du programme, (2) les défis auxquels le programme est confronté, (3) la priorité accordée par les partenaires et le gouvernement à la lutte contre le paludisme et (4) l'engagement politique du pays. Cependant, elle a relevé (1) un partenariat large, actif mais peu fonctionnel, une absence de mise à échelle des principales interventions et une faible contribution financière du gouvernement à la lutte contre le paludisme. Le renforcement du cadre de partenariat mieux coordonné, pourrait favoriser une bonne mise en œuvre du plan de suivi des recommandations et contribuer à relever les l'orientation stratégique identifiée par cette revue.

## **Orientation Stratégique**

Au décours de cette évaluation, l'orientation stratégique majeure pour le pays demeure l'atteinte de la couverture universelle des interventions pour un impact durable sur les cas et décès dus au paludisme en RDC.

## **Interventions Prioritaires**

Pour un passage à l'échelle effectif et une diminution drastique de la morbidité et la mortalité palustre au cours des cinq prochaines années, 15 recommandations ont été retenues comme interventions prioritaires du programme

1. Mener un audit institutionnel et organisationnel du PNLN à moyen terme (d'ici 6 mois) afin d'améliorer le fonctionnement et le leadership du PNLN ; Ceci devrait passer par des affectations de personnel au programme selon l'organigramme, les profils et les besoins du PNLN et par une réorganisation de l'unité de coordination qui tient compte de ces profils;
2. Organiser en urgence une ou plusieurs activités de « Renforcement de l'Esprit d'Equipe » (Team Building) de l'équipe de coordination du PNLN jusqu'à obtenir une cohésion forte de l'équipe ;
3. Formaliser et renforcer le cadre de partenariat de la lutte contre le paludisme en le dotant de mécanismes de coordination plus fonctionnels ;
4. Formaliser et renforcer le cadre de collaboration entre le PNLN et les institutions de recherche pour une meilleure planification des études et un meilleur partage des résultats ;

5. Renforcer le cadre de collaboration entre le PNLP et les autres acteurs du médicament, notamment en impliquant le PNLP dans la commission en charge des médicaments ; ceci devrait participer à garantir la disponibilité permanente des médicaments de bonne qualité et d'assurer un suivi permanent de l'efficacité et des effets secondaires des intrants antipaludiques ;
6. Mettre à jour le profil épidémiologique et entomologique afin de mieux orienter le choix des interventions ;
7. Renforcer et/ou mettre en place les systèmes de quantification des intrants, renforcer la formation des agents responsables GAS à tous les niveaux notamment des CDR; tester un système d'alerte et de suivi des stocks (ex SMS for life) pour une meilleure gestion au niveau des sites communautaires et des formations sanitaires ;
8. Harmoniser la politique de prise en charge pharmaceutique entre le public et le privé à travers une large concertation entre le PNLP, les partenaires, le secteur privé et tous les autres acteurs de mise en œuvre et accélérer la formation des prestataires dans toutes les ZS (appuyées ou non appuyées) en renforçant le plaidoyer au niveau du gouvernement pour le financement des activités des zones non appuyées ;
9. Réaliser une distribution de masse des MILD à l'échelle nationale sur 2 ans maximum afin de maintenir une couverture universelle au niveau du pays à tout moment;
10. Renforcer les capacités des agents en matière de lutte anti vectorielle et en surveillance des vecteurs surtout au niveau provincial.
11. Accélérer la mise en œuvre des activités de prise en charge de la femme enceinte au niveau des zones appuyées et rendre le TPI gratuit au niveau de toutes les autres zones en renforçant le plaidoyer au niveau du gouvernement pour le financement des activités des zones non appuyées ;
12. Améliorer le système de collecte et de rapportage des données à travers le renforcement des capacités des agents dans la collecte, l'analyse et l'utilisation et la dissémination des données ;
13. Renforcer et systématiser le système de contrôle et de validation de la qualité des données
14. Accroître la contribution financière du gouvernement et des entités décentralisées en faveur de la santé avec une proportion conséquente pour la lutte contre le paludisme et la rendre effective dès 2013 et améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins et services anti paludiques à travers l'évaluation et la mise en place de système de couverture universelle (Suivi et contrôle des coûts de recouvrement, mutuelle de santé, tiers payant etc.).

# CHAPITRE 1

## INTRODUCTION

# 1 INTRODUCTION

## 1.1 Contexte

Avec 216 millions d'épisodes et 655 milles décès rapportés en 2010, le paludisme reste l'une des maladies parasitaires les plus répandues et les plus meurtrières dans le monde, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans qui représentent 86% des décès enregistrés. La région africaine de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) compte à elle seule 81% des cas rapportés et 91% des décès dus au paludisme selon le Rapport Mondial sur le Paludisme 2011. Le même rapport indique que six pays à savoir le Nigeria, la République Démocratique du Congo (RDC), le Burkina Faso, le Mozambique, la Côte d'Ivoire et le Mali comptent pour 60% soit 390 milles décès dus au paludisme. Par ordre d'importance, notre pays la RDC occupe le 2ème rang en termes de mortalité palustre dans le monde.

En effet, en RDC l'enquête à indicateurs multiples (MICS) 2010 a révélé que 27% des enfants de moins de 5 ans ont eu la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête. Parmi ces enfants, 39 % ont reçu des antipaludiques et seulement 23,8% d'entre eux ont reçu un traitement antipaludique endéans 24 heures suivant l'apparition de la fièvre. Des 39% des enfants mis sous antipaludiques pour paludisme simple, les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) représentaient seulement 2,7% (y compris 1,1% dans les sites des soins communautaires) contre 24,8% pour la quinine, 8% pour l'Amodiaquine, 3,1% pour la chloroquine, 2,5% pour la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP), et 2% pour les autres antipaludiques. Sur le plan de la prévention, cette enquête nationale a révélé que 51% (contre 9% en 2007/EDS) des ménages disposaient d'au moins une MILD tandis que l'utilisation de ces MILD était estimée à 38% (contre 6% en 2007/EDS) chez les enfants de moins de 5 ans et 43% (contre 7% en 2007/EDS) chez les femmes enceintes.

La RDC s'est appropriée depuis 2001 l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » et s'est résolument engagée à mettre en œuvre, avec l'appui de ses partenaires, les stratégies adoptées au niveau international. D'importants efforts dans la mise à échelle des interventions prioritaires ont été réalisés ; cependant, beaucoup reste à faire vu que le niveau des indicateurs demeure encore très faible par rapport aux objectifs fixés. C'est dans ce contexte que survient la présente revue qui devra permettre d'élaborer de nouvelles stratégies, d'améliorer les performances du programme et de renforcer la vision « Zéro décès dû au paludisme en 2015 ».

## 1.2 Définition

La revue de programme de paludisme (RPP) est une évaluation conjointe des programmes nationaux. Le but est d'améliorer la performance de la stratégie nationale en vue de réduire la morbidité et la mortalité liée à cette maladie.

## 1.3 But et Objectifs de la RPP

La revue de la performance de programme vise à identifier les réalisations du Programme en termes de résultats et d'impacts, de meilleures pratiques, de points critiques à améliorer et de recommandations en vue de renforcer les performances du programme. Elle a comme objectifs :

- d'évaluer la situation épidémiologique du paludisme en RDC ;
- de passer en revue les politiques, directives et normes de la lutte contre le paludisme en RDC ;
- d'évaluer le cadre organisationnel et la gestion de la mise en œuvre des stratégies et interventions de lutte contre le paludisme;

- d'évaluer les progrès réalisés et les résultats obtenus dans la lutte contre le paludisme en RDC par domaine thématique;
- d'identifier les goulots d'étranglement et les faiblesses qui entravent la performance du programme;
- de formuler des recommandations pour l'amélioration des politiques, directives, normes stratégiques et cadre de mise en œuvre du programme.

## 1.4 Résultats attendus

- Le niveau de morbidité et de mortalité du paludisme est vérifié et la situation épidémiologique de la maladie mise à jour ;
- Le niveau d'accès, équité, couverture et la qualité des interventions clés de lutte contre le paludisme dans les districts ciblés sont analysés ;
- Les districts à risque, les populations à risque, les facteurs de risque sont redéfinis ;
- Le fardeau social et économique du paludisme ainsi que le coût de la maladie et de son contrôle sont mis à jour;
- Les domaines possibles de révision de la politique et des directives techniques sont identifiés ;
- Des stratégies et activités sont proposées en vue de l'accélération vers la couverture universelle et ou du maintien de la performance à travers la formulation d'un nouveau plan stratégique ;
- Les domaines pour améliorer la fonctionnalité (gouvernance, transparence, obligation de résultats) et les mécanismes de coordination sont identifiés ;
- Des propositions sont suggérées afin de renforcer le cadre organisationnel et les capacités du personnel impliqué dans la lutte contre le paludisme à tous les niveaux du système de santé.

## 1.5 Méthodologie de la RPP

La revue du programme paludisme s'est déroulée entre Mars et Novembre 2012 en quatre phases conformément aux directives du manuel de l'OMS:

- **la Phase I** qui correspond à la planification et l'organisation de la Revue ;
- **la Phase II** qui a permis de procéder à une évaluation documentaire thématique et de sélectionner les outils pour l'évaluation sur le terrain;
- **la Phase III** qui s'est déroulée sous forme de revue conjointe avec les évaluateurs internes et externes;
- **La Phase IV** qui a permis de finaliser le rapport de la revue et de planifier le suivi des recommandations et l'élaboration du nouveau plan stratégique.

### 1.5.1 Préparation, Planification et Coordination

Cette phase a permis aux différents acteurs et partenaires nationaux de s'accorder sur la nécessité de la revue, les objectifs, les ressources et les différentes étapes à suivre en vue de sa réalisation. Le

consensus sur la revue a été obtenu lors de la réunion de coordination des partenaires nationaux Faire Reculer le Paludisme du 6 Avril 2012. Les différentes équipes de travail ainsi que leurs termes de référence ont été développés et validés lors de la même réunion de la Task Force Paludisme. Les partenaires et acteurs des niveaux décentralisés ont été par la suite pour une meilleure implication et participation.

### **1.5.2 Revue thématique Interne**

Elle a permis d'analyser en interne les progrès réalisés en termes d'accès, de couverture, d'utilisation, de qualité et d'impact et de développer huit rapports thématiques conformément aux domaines prioritaires du Programme. Elle aura ainsi permis à chaque groupe thématique de passer en revue (1) les processus de planification et de budgétisation des activités, (2) les capacités du programme à mettre en œuvre les activités planifiées, (3) les principales activités réalisées, réussites et bonnes pratiques et (4) les obstacles à la mise en œuvre des interventions. Des recommandations ont été par la suite formulées pour l'amélioration de la mise en œuvre en œuvre des stratégies. Les huit groupes thématiques qui ont été passés en revue sont :

1. La Gestion du Programme
2. La Gestion des approvisionnements et des stocks des produits de santé
3. Le Diagnostic du Paludisme et la prise en charge des cas
4. Le TPI et la Prise en charge de la Femme Enceinte
5. La Lutte contre les vecteurs
6. La Préparation et la Riposte aux épidémies de paludisme
7. Le Plaidoyer, IEC et Mobilisation communautaire
8. La Surveillance épidémiologique, le Suivi évaluation et la Recherche Opérationnelle.

### **1.5.3 Revue conjointe externe**

Cette phase s'est déroulée sous forme d'évaluation conjointe externe ayant pour objectif de valider des rapports thématiques des évaluateurs internes à travers l'analyse des rapports et les visites de terrain aux niveaux central et périphériques. Au niveau central, 53 institutions et services collaborant avec le Programme (Cf. Annexe 5) ont été visitées et les entretiens ont été menés grâce aux grilles de vérification des revues de performances développées par l'OMS. Au niveau intermédiaire, 10 des 11 provinces actuelles et 21 des 26 futurs Districts sanitaires que compte le pays ont été visités. Au niveau de chaque district, les formations sanitaires et les communautés ont été visitées afin de recueillir les opinions des agents impliqués dans la mise en œuvre de la lutte contre le paludisme et la perception des communautés sur les différents aspects de la lutte contre le paludisme en République Démocratique du Congo.

### **1.5.4 Finalisation du rapport et Suivi des recommandations**

Cette phase aura permis de faire la synthèse des rapports de terrain et des rapports thématiques, de rédiger et signer l'aide mémoire avec des engagements fermes de la part du gouvernement et de l'ensemble des parties prenantes, d'élaborer le Rapport Final et de développer le plan de suivi des recommandations de la revue.

## **1.6 Les Outils de collecte de données**

Les outils génériques de l'OMS ont été mis à jour, adaptés et utilisés pour la collecte des données.

## 1.7 Grandes Lignes du Rapport de la RPP

Ce rapport est établi selon le canevas de rédaction proposé dans le guide générique OMS pour la RPP et adapté selon le contexte local. Il est structuré comme suit :

- **L'introduction** qui inclut le contexte, la justification, la définition et l'objectif et la méthodologie de la RPP ;
- **Le contexte** de la lutte contre le paludisme au République Démocratique du Congo qui décrit le système de santé et analyse la situation de la lutte contre le paludisme ;
- **Les aspects épidémiologiques** du paludisme ;
- **La performance du programme** par domaines thématique prioritaire ;
- **La Synthèse des conclusions et la formulation des principales recommandations** en vue d'améliorer les performances du programme.

# CHAPITRE 2

## CONTEXTE DE LA LUTTE

## 2 CONTEXTE DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

### 2.1 Historique de la lutte contre le paludisme en République Démocratique du Congo

- **1977:** Projet de Lutte Anti Paludique (PLAP) au sein du Ministère de la Santé (1977-1982) et mise en place du Volet de la Lutte Anti Paludique (LAP) au sein du Programme Elargi de Vaccination et de Lutte contre les Maladies Transmissibles de l'Enfance (PEV/LMTE) (1982-1998).
- **1983:** Enregistrement des premiers cas de résistance du *Plasmodium falciparum* à la chloroquine.
- **1998 :** Création de la Direction du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) au sein du Ministère de la Santé par Arrêté Ministériel N°1250/CAB/MIN/SP/008/1998 du 22 Juillet 1998.
- **Mai 2000 à Novembre 2001 :** Conduite de 07 études à travers le pays ayant permis de confirmer la résistance à la chloroquine variant de 29 à 80% selon les régions et de révéler une résistance à la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) variant de 0 à 18%.
- **2001 :** Changement de politique nationale de traitement antipaludique et adoption de 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. Durant cette même période la RDC a adopté le traitement préventif et intermittent de la femme enceinte à la SP.
- **2002 à 2004 :** Des études ont été menées pour assurer la surveillance de l'efficacité thérapeutique de la SP et évaluer les combinaisons AQ-SP, AS-SP et AS-AQ ciblées comme alternatives. Cette surveillance de l'efficacité thérapeutique de la SP a révélé des taux d'échecs thérapeutiques variant entre 2 à 61 %. Par contre l'évaluation des combinaisons thérapeutiques ciblées comme alternatives ont montré les taux d'échecs ci-après : 0-20% pour AS-SP; 1-32% pour AQ-SP; 0-2% pour AS-AQ.
- **2004 :** Les résultats sus cités ont permis à la RDC **d'adopter la combinaison AS-AQ comme médicament de première ligne** dans le traitement du paludisme simple. La quinine demeurant 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. Et progressivement **la Moustiquaire imprégnée d'Insecticide** a fait son apparition dans la stratégie nationale.
- **2005 :** Des études sur l'évaluation thérapeutique des combinaisons Artésunate-Amodiaquine et Artémether-Luméfantrine ont été effectuées dans 5 sites sentinelles du pays dont Bolenge (Province de l'Equateur), Kisangani (Province orientale), Kingasani (Province Kinshasa), Kimpese (Province Bas Congo) et Rutshuru (Province du Nord Kivu) pour la surveillance de l'efficacité de l'antipaludique de 1<sup>ère</sup> intention. Les résultats suivants ont été observés: Echecs ASAQ (1,4–6,9%) ; Echecs Coartem (0 – 9,2%).
- **2006 :** Introduction progressive des nouvelles stratégies de lutte contre le paludisme à savoir, la distribution des masses **des MILD** et introduction progressive **des TDR**.

- **2009-2010 : Mise à échelle** de la confirmation biologique, Introduction de la pharmacovigilance traitement de pré référence basé sur les suppositoires d'artésunate. La SP reste dans le traitement préventif et Intermittent de la femme enceinte, la MILD de routine distribuée aux femmes enceintes lors des CPN et aux enfants de moins de 5 ans ayant complété leur calendrier vaccinal. Intensification des campagnes de distribution des masses de la MILD dans toutes les provinces.

## 2.2 Place de la lutte contre le paludisme dans le programme de développement National

Le Gouvernement s'est engagé en 2006 à travers le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR, 2006 à 2008) à mettre en place de nouvelles réformes économiques et sociales pour lutter contre l'extrême pauvreté. Cet engagement a été renouvelé en 2008. L'objectif est d'une part consolider les acquis des programmes économiques passés et rendre durable la croissance et d'autre part renforcer la sphère sociale et s'assurer que les bonnes performances économiques se traduisent par une nette amélioration des conditions de vie des populations sur une période 25 ans à travers cinq principaux piliers:

- (i) Promouvoir la bonne gouvernance et consolider la paix par le renforcement des institutions;
- (ii) Consolider la stabilité macroéconomique et la croissance;
- (iii) Améliorer l'accès aux services sociaux et réduire la vulnérabilité;
- (iv) Combattre le VIH/Sida ;
- (v) Promouvoir la dynamique communautaire.

Concernant la santé, le DSCR stipule que l'amélioration de l'état de santé des populations est un objectif à la fois économique et social de développement. La réalisation d'un tel objectif nécessite la contribution de l'ensemble des secteurs de la vie nationale, ce qui revient à agir sur les déterminants de la santé tels que l'eau, l'environnement, l'amélioration de conditions de vie des populations, l'éducation, la promotion de bonnes habitudes alimentaires, le renforcement du secteur de la santé qui **consiste à améliorer l'offre de services de santé de qualité aux populations en particulier aux groupes vulnérables en vue de combattre les maladies transmissibles telles que le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les maladies non transmissibles.**

## 2.3 Politique et Réforme du Système de Santé

Le système sanitaire de la République Démocratique du Congo a connu de nombreuses réformes depuis la période coloniale jusqu'à nos jours. Axée essentiellement sur la médecine curative au moment des indépendances, la politique de santé a évolué dans les années 60 et 70 vers des expériences de santé de communautaire suite aux profondes perturbations sociopolitiques survenues dans le pays.

Ces expériences qui ont eu lieu dans plusieurs provinces Equateur (Bwamanda), Bas Congo (Kisantu), Maniema (Kasongo) et Bandundu (Vanga) vont fortement influencer la politique de santé de la RDC qui finit par adopter en 1982 la charte Africaine de Développement « Santé pour Tous à l'horizon 2000 » et la « Stratégie des Soins de Santé Primaires » (SSP) à travers le Plan d'Action sanitaire 1982-1986.

C'est ainsi que le pays a été subdivisé en 306 Zones de Santé (ZS) en 1985 puis en 515 ZS en 2004 en vue de favoriser l'accessibilité géographique des populations aux soins de santé primaires. Chacune de ces zones desservent en moyenne 100.000 habitants en milieu rural et 150.000 en milieu urbain et comprend un bureau central de la ZS (BCZS), un hôpital général de référence (HGR) et un groupe de 15 à 20 centres de santé (CS). Chaque centre de santé desservant une Aire de Santé (AS).

La Politique Nationale de la Santé (PNS) adoptée en 2001, met l'accent sur les soins de santé primaires. La mise en œuvre de cette PNS a démarré avec le Plan Directeur de Développement Sanitaire (PDDS) 2000-2009. Elle a pour principe fondamental « *la satisfaction des besoins de santé de toute la population urbaine et rurale* » et vise en priorité les domaines suivants :

- la Communication pour le Changement de Comportement;
- la Promotion de bonnes conditions Nutritionnelles ;
- la Protection Maternelle et Infantile y compris la Planification Familiale ;
- la Lutte contre les grandes endémies et les épidémies;
- la Vaccination contre les maladies infectieuses ;
- le Traitement Curatif des maladies;
- l'Approvisionnement en Eau Potable et les Mesures d'Assainissement;
- la Fourniture des médicaments essentiels ;
- la Santé Mentale ;
- le Processus Gestionnaire ;
- la Formation Continue.

## **2.4 Organisation du système de santé**

Le Système de Santé de la République Démocratique du Congo est organisé selon 3 niveaux: le Niveau Central, le Niveau Intermédiaire ou Provincial et le Niveau Périphérique.

Le Niveau Central est constitué du Cabinet du Ministre et du Secrétariat Général qui coordonne les 13 Directions, 52 Programmes Spécialisés et 454 Hôpitaux Nationaux de référence. Il définit les politiques, stratégies, normes et directives et détient par ailleurs la responsabilité de régulation, de conseil, de contrôle qualité de suivi de la mise en œuvre des activités en Provinces. Les Hôpitaux nationaux constituent le niveau de référence national des structures intermédiaires et périphériques.

Le Niveau Intermédiaire compte 11 Inspections Provinciales de la Santé et 65 Districts Sanitaires. On y retrouve aussi les 5 Hôpitaux provinciaux que compte le pays. Avec la décentralisation en cours, le pays comptera bientôt 26 Provinces qui permettront la création de 26 Divisions Provinciales de la Santé. Ces divisions auront pour rôle l'encadrement technique des ZS et le suivi évaluation des activités du niveau périphérique. Chacune d'entre elles sera chargée de traduire les politiques, directives et stratégies nationales en plans opérationnels et instructions techniques devant faciliter une meilleure mise en œuvre des activités au niveau des ZS. Ce niveau intermédiaire a aussi pour mission d'offrir à travers l'Hôpital Provincial, les soins de santé de référence secondaire.

Le niveau périphérique comprend théoriquement 515 ZS avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8504 aires de santé (AS) planifiées dont 8266 disposent d'un Centre de Santé. Ce niveau est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire. La mission du Centre de Santé (CS) est d'offrir à sa population de responsabilité les soins de santé qui relèvent du Paquet Minimum d'Activités (PMA), tandis que celle de l'Hôpital Général de Référence du niveau primaire est d'offrir les soins qui relèvent du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) et d'apporter un appui au développement des PMA de qualité dans les Centres de Santé.

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

**Tableau 3 : Répartition des Zones de Santé par Province et Populations**

| Province           | Districts Sanitaires | Zones de Santé | Populations       |
|--------------------|----------------------|----------------|-------------------|
| Bandundu           | 5                    | 31             | 6 892 051         |
| Bas-Congo          | 6                    | 52             | 2 897 624         |
| Equateur           | 8                    | 69             | 7 707 993         |
| Kasaï Occidental   | 6                    | 35             | 6 425 531         |
| Kasaï Oriental     | 4                    | 43             | 8 160 818         |
| Katanga            | 6                    | 49             | 9 827 925         |
| Kinshasa           | 7                    | 67             | 6 136 697         |
| Maniema            | 4                    | 18             | 1 829 491         |
| Nord-Kivu          | 4                    | 34             | 5 522 155         |
| Province Orientale | 10                   | 83             | 8 473 708         |
| Sud-Kivu           | 5                    | 34             | 4 469 185         |
| <b>TOTAL</b>       | <b>65</b>            | <b>515</b>     | <b>68 343 178</b> |

## 2.5 Plan National de Développement Sanitaire

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015 fait suite au Plan Directeur de Développement Sanitaire qui a couvert la période de 2000 à 2009. Il constitue le plan de mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) adoptée comme contribution du secteur de la Santé aux efforts de lutte contre la pauvreté. Ce plan s'articule avec le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR) de seconde génération dont la mise en œuvre devrait démarrer au moment où le Gouvernement bénéficiera de la remise de 90% de sa dette extérieure estimée à environ 12 milliards USD. Ces ressources provenant de la remise de la dette seront constitueront l'une des principales sources de financement du PNDS.

### But

Le but du PNDS est de contribuer au bien-être de la population congolaise d'ici 2015.

### Objectifs

#### ▪ Objectif Général

- Contribuer à l'amélioration de la santé de la population dans le contexte de la lutte contre la pauvreté.

#### ▪ Objectif Spécifique

- Assurer des soins de santé primaire de qualité à toute la population, en particulier aux groupes vulnérables en vue de combattre les grandes endémies et les maladies non transmissibles.

## Orientations stratégiques

Le PNDS s'articule autour de quatre axes stratégiques :

- **Le développement de la Zone de Santé (ZS)** à travers la rationalisation du fonctionnement des Hôpitaux Généraux de Référence (HGR), l'amélioration de la couverture sanitaire (implantation des Centres de Santé) et de la qualité des soins, le renforcement de la participation communautaire.
- **L'appui au développement des zones de santé**
  - Le développement des ressources humaines qui prendra en compte la formation de base du personnel de santé, la formation continue, le profil de carrière du personnel de santé ;
  - La réforme du secteur du médicament à travers le contrôle et l'harmonisation des procédures des circuits parallèles d'approvisionnement en médicaments qui affaiblissent le système national, le renforcement de l'appropriation du système national d'approvisionnement des médicaments par le gouvernement, le renforcement de la régulation du secteur, l'assurance qualité et l'amélioration de la production locale ;
  - La réforme du financement de la santé à travers l'utilisation rationnelle des sources de financement existantes, l'augmentation du budget de l'Etat consacré à la santé, l'amélioration de l'affectation budgétaire en tenant compte des priorités et des résultats attendus sur les bénéficiaires de services, la mise en place de « Basket Funding » au niveau provincial, le respect de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, la mise en place d'une approche sectorielle et d'une direction administrative et financière (DAF), le développement des mécanismes pour un accès universel des populations aux services et soins de santé.
  - Construction et/ou réhabilitation des infrastructures sanitaires (Equipement et implantation de nouvelles technologies, Amélioration de la gestion de l'information sanitaire).
- **Le renforcement de la gouvernance et du leadership** dans le secteur de la santé à travers le renforcement de la décentralisation, la réforme et l'utilisation du système national d'information sanitaire comme outil d'appui à la prise de décisions, l'accentuation de la recherche sur le système de santé, l'amélioration du processus de régulation et de normalisation du secteur et la lutte contre la corruption.
- **La collaboration intra et inter sectorielle.** La capitalisation du secteur privé lucratif et non lucratif mieux régulé devra permettre d'améliorer rapidement l'offre et la qualité des services de santé. L'amélioration de la santé des populations est fortement dépendante des performances d'autres secteurs de la vie nationale. Une cohésion gouvernementale autour des efforts qui seront entrepris dans le secteur de la santé est une condition essentielle pour la réalisation des objectifs de ce dernier.

## 2.6 Structure organisationnelle de la lutte contre le paludisme

L'organisation du Programme National de Lutte contre le Paludisme est déterminée par arrêté ministériel n°1250/CAB/MIN/S/YS/RM/094/2003 du 30 Décembre 2003 et comprend 01 Direction conduite par 01 Médecin Directeur et 01 Médecin Directeur Adjoint et 08 Divisions dirigées par des Chefs de Division

### □ La Direction

La Direction assure la gestion courante du PNLP 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.

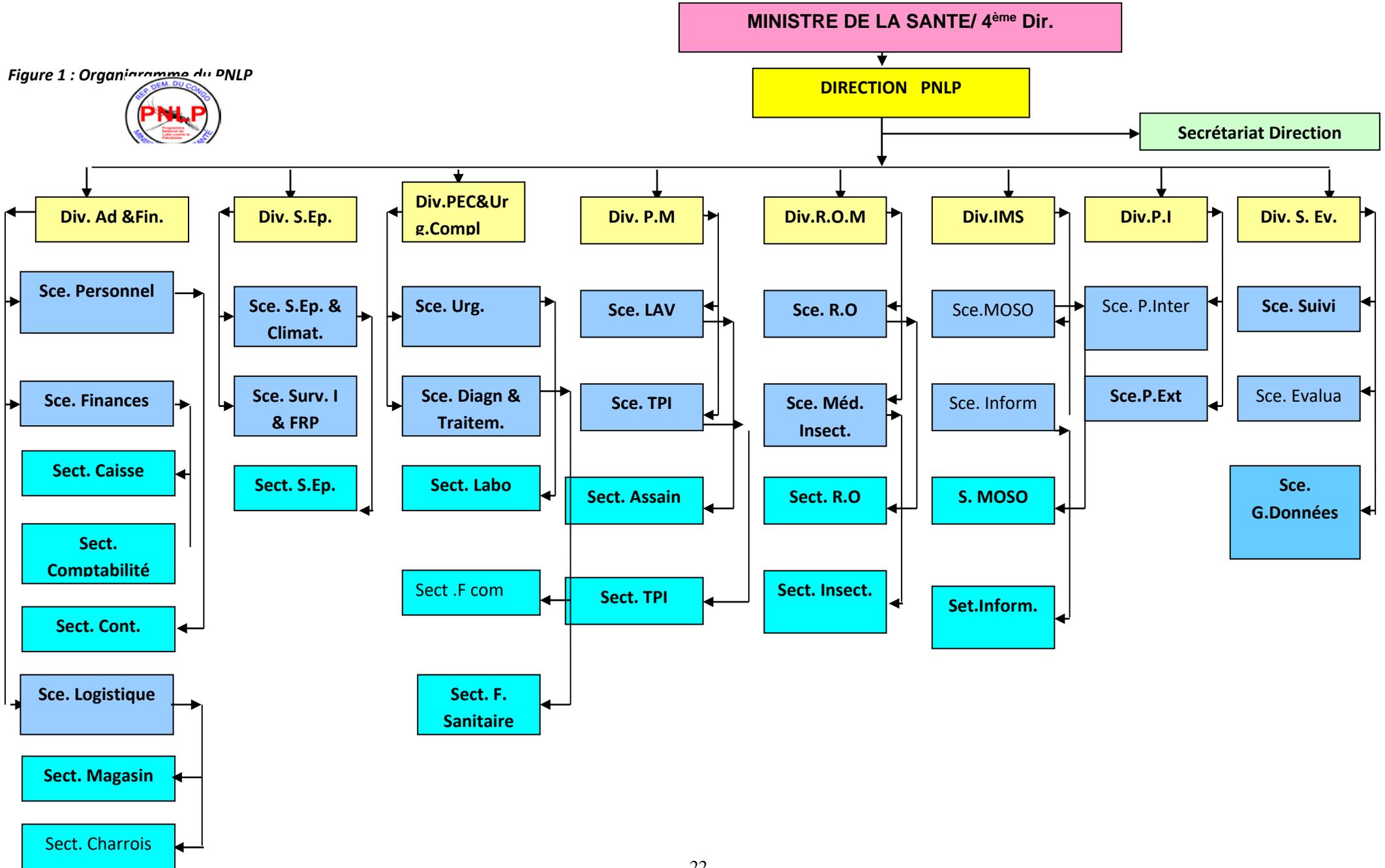
### □ Les Divisions

Les huit divisions ont pour rôle l'exécution et la mise en œuvre des directives de la direction en matière de lutte contre le paludisme en conformité avec la Politique Nationale. Il s'agit des divisions (1) Administrative et Financière ; (2) Surveillance Epidémiologique et Faire Reculer le Paludisme ; (3) Prise en charge et urgences ; (4) Prévention multiple ; (5) Recherche opérationnelle, Nouveaux Médicaments, Insecticides ; (6) Partenariat et Intégration ; (7) Information, mobilisation sociale et mobilisation de ressources ; (8) Suivi et Evaluation.

D'un point de vue fonctionnel, il dépend de la 4<sup>ème</sup> Direction du Ministère de la Santé Publique et est structuré à l'image de l'organisation du système de santé en 3 niveaux:

- Le Niveau Central qui est composé de la Direction du PNLP et des 8 divisions techniques ;
- Le Niveau Intermédiaire qui comprend le service provincial de lutte contre le paludisme responsable de la coordination technique du secteur sous l'autorité du Médecin Inspecteur Provincial.
- Le Niveau Périphérique où le PNLP est entièrement intégré au niveau de l'équipe cadre du Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS).

Figure 1 : Organigramme du PNLP



## 2.7 Stratégies clés et Résultats attendus de la lutte contre le paludisme

Le but du plan stratégique de lutte contre le paludisme (2009-2013) est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de la République Démocratique du Congo par la réduction de 50% de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme d'ici 2013. Plusieurs axes stratégiques ont été définis.

### Axes stratégiques de base

- Renforcement des activités de prévention grâce à des méthodes appropriées de protection individuelle et collective :
  - les moustiquaires imprégnées d'insecticide et tous les autres matériaux susceptibles d'être traités,
  - les pulvérisations intra domiciliaires d'insecticide à effet rémanent,
  - le traitement des gîtes larvaires,
  - l'aménagement de l'habitat et de l'environnement.
- Amélioration de l'utilisation du TPI chez les femmes enceintes ;
- Amélioration de la prise en charge rapide, correcte et efficace des cas de paludisme à tous les niveaux du système de santé ;
- Renforcement de la gestion des épidémies dues au paludisme. [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] [11] [12] [13] [14] [15] [16] [17] [18] [19] [20] [21] [22] [23] [24] [25] [26] [27] [28] [29] [30] [31] [32] [33] [34] [35] [36] [37] [38] [39] [40] [41] [42] [43] [44] [45] [46] [47] [48] [49] [50] [51] [52] [53] [54] [55] [56] [57] [58] [59] [60] [61] [62] [63] [64] [65] [66] [67] [68] [69] [70] [71] [72] [73] [74] [75] [76] [77] [78] [79] [80] [81] [82] [83] [84] [85] [86] [87] [88] [89] [90] [91] [92] [93] [94] [95] [96] [97] [98] [99] [100]

### Axes stratégiques de soutien

- Renforcement du processus de planification participative à tous les niveaux y compris le niveau communautaire;
- Renforcement de capacité des acteurs ;
- Approvisionnement et Gestion des intrants;
- Renforcement de la promotion de la lutte antipaludique;
- Renforcement de la surveillance, du suivi et de l'évaluation;
- Développement de la Recherche Opérationnelle;
- Renforcement de la coordination du PNLP.

### Résultats attendus

Les résultats attendus en fin 2013 sont :

- Au moins 80 % des personnes à risque du paludisme dorment sous moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action;
- Au moins 80 % des maisons dans les zones de santé d'intervention sont couvertes par pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent ;
- Au moins 80 % des femmes enceintes bénéficient d'un traitement préventif intermittent conformément aux directives nationales ;
- Au moins 80 % des patients atteints du paludisme bénéficient d'un diagnostic et d'un traitement conformes aux directives nationales à tous les échelons des formations sanitaires y compris la communauté ;
- Au moins 80% des épidémies dues au paludisme sont maîtrisées conformément aux directives nationales ;

- le renforcement des structures de coordination nationale et provinciales du Programme National de Lutte contre le Paludisme est assuré;
- les données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme sont régulièrement transmises.

## 2.8 Acteurs clés de la lutte contre le paludisme

### Ministère de la Santé Publique

Le Ministère de la Santé Publique est le premier acteur de la lutte contre le paludisme en RDC à tous les niveaux du système de santé. Il est essentiellement chargé de:

- La Définition de la politique générale ;
- L'Elaboration des outils normatifs et stratégiques ;
- La Régulation de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme ;
- La Mobilisation des Ressources Financières et Logistiques ;
- La Mise en œuvre des activités au niveau opérationnel ;
- La Coordination des partenaires.

### La Société Civile

Les ONG Nationales, Internationales et Confessions Religieuses participent activement à la lutte contre le paludisme au niveau du pays en appuyant quotidiennement le MSP dans les domaines suivants :

- Mobilisation des communautés pour la lutte contre le paludisme ;
- Mise en œuvre des activités au niveau périphérique et communautaire ;
- Appui aux communautés les plus vulnérables (déplacés de guerre et réfugiés) ;
- Mobilisation des Ressources Financières et Logistiques ;

### La Coopération Multi et Bilatérale

- Mandats spécifiques de chaque Agence des Nations Unies (OMS, UNICEF, PNUD, FNPA) ou Agence de coopération bilatérale (USAID, GTZ, CTB, JICA,)
- Appui aux communautés les plus vulnérables (déplacés de guerre et réfugiés) ;
- Mobilisation des Ressources Financières et Logistiques ;
- Contribution à la mise en œuvre des activités au niveau périphérique et communautaire ;

### Secteur privé

- Offre de services de santé ;
- Production, approvisionnement et distribution des matériels IEC/CCC ;
- Marketing social ;
- Appui à la Mobilisation des Ressources Financières et Logistiques ;

### Les Communautés

- Appui à l'utilisation des services de santé ;
- Appui à l'accès aux communautés les plus vulnérables (déplacés de guerre et réfugiés) ;

- Appui à la mise en œuvre des activités au niveau communautaire ;
- Appui à la Mobilisation des Ressources Financières et Logistiques ;

### **Autres Directions et Programmes Prioritaires pour la Synergie de la lutte contre le paludisme en RDC**

- **Direction des services des établissements de soins** : Elle a pour mission de garantir le bon fonctionnement des établissements de soins tant public que privés ce qui constitue un atout majeur pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme, particulièrement les activités de prise en charge des cas et de prévention chez la femme enceinte de son autonomie financière conformément à l'arrêté.
- **Direction des médicaments et pharmacies** : La direction des médicaments et pharmacies a non seulement en charge la définition des stratégies nationales de production, d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques mais aussi la réglementation les concernant et leur contrôle dans le pays. Cette mission renforce le PNLP dans la mise en œuvre de sa stratégie de prise en charge des cas basée sur le diagnostic rapide et le traitement avec les médicaments efficaces et de bonne qualité.
- **Direction de la lutte contre la maladie** : La DLM de la lutte contre la maladie a entre autre pour mission la surveillance épidémiologique intégrée de la maladie y compris le paludisme.
- **Direction de développement des soins de santé primaire** : La lutte contre le paludisme fait partie intégrante des soins de santé primaire. La Direction de développement des soins de santé primaire a en charge le renforcement du personnel dans les zones de santé par la formation continue, la supervision, le monitoring, la revue, le SNIS et la recherche opérationnelle. Le Programme national de lutte contre le paludisme s'appuie sur elle pour l'intégration de ses stratégies de base et le suivi de ses indicateurs du processus.
- **Direction d'études et planification** : La direction d'étude et planification a en charge la planification et l'évaluation de toutes les activités du ministère de la santé. En cela, elle devient partie intégrante dans le développement des plans de lutte contre le paludisme et leur évaluation périodique.
- **Direction de laboratoire** : La direction de laboratoire a en charge la planification, la réglementation, l'organisation du système d'assurance qualité des laboratoires. La confirmation biologique (Microscopie et TDR) devra faire appel de manière régulière à cette direction pour la détermination des besoins, le suivi de la maintenance, la formation des laborantins et le contrôle qualité.
- **Direction du partenariat** : L'initiative « Faire Reculer le Paludisme » est basée sur le partenariat public privé pour la lutte contre le paludisme. La République Démocratique du Congo a souscrit à cette initiative mondiale. Le PNLP collabore donc avec la direction du Partenariat afin d'élargir, de renforcer et d'améliorer la coordination de ce partenariat.
- **Programme National de Transfusion Sanguine** : Le paludisme est la première cause de transfusion sanguine en République Démocratique du Congo. Une amélioration de la prévention et de la prise en charge des cas de paludisme simple (diagnostic et traitement), diminuera sans aucun doute le nombre de transfusions sanguines. En plus, un bon système d'approvisionnement des équipements de transfusion sanguine améliorera la prise en charge des complications du paludisme grave notamment l'anémie.

- **Programme National de Lutte Contre le SIDA** : Le VIH/SIDA expose les populations infectées aux infections bactériennes et parasitaires dont le paludisme. Une étroite collaboration avec ce programme permettrait d'améliorer les protocoles de prises en charge des co-infections. Par exemple, chez la femme enceinte, la stratégie nationale préconise de faire bénéficier la femme enceinte séropositive d'une dose supplémentaire de Sulfadoxine pyriméthamine pour le TPI. 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.
- **Programme National de la Reproduction** : Le paludisme a des conséquences néfastes chez la femme enceinte et au niveau du fœtus (faible poids de naissance, prématurité, mort-né, etc.). Les stratégies retenues de prévention du paludisme chez la femme enceinte sont mises en œuvre en collaboration ce programme à travers les services de CPN recentrée.
- **Programme National d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels (PNAM/CME)** : Le Programme National d'Approvisionnement en médicaments a pour mission d'assurer la disponibilité des médicaments et consommables médicaux de bonne qualité, sûrs, efficaces et financièrement accessible à une grande majorité de la population dont les antipaludiques. Ce programme devra collaborer avec le PNLP pour une disponibilité permanente des ces médicaments.
- **Programme Elargi de Vaccination** : Une collaboration étroite avec ce programme qui partage avec les PNLP la cible des enfants de moins de 5 ans avant, pendant et après les campagnes de vaccinations devrait permettre d'améliorer les couvertures en MILDs et autres services de lutte contre le paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.
- **Programme national de Nutrition** : La collaboration avec ce programme, à l'instar du PEV devrait permettre de mutualiser les ressources afin d'améliorer les couvertures des enfants en services antipaludiques, en service de vaccination et en micronutriments.
- **Institut National de Recherche Biomédicale (INRB)** : L'Institut National de recherche Biomédicales est le laboratoire de référence du niveau national. Il devrait appuyer le PNLP dans l'identification et la mise en œuvre des questions de recherche, dans le suivi évaluation des activités de diagnostic, dans le contrôle qualité et dans la formation du personnel de laboratoire.
- **Direction du ministère de la santé chargée du partenariat** : La mission de cette direction est d'améliorer la coordination des actions des partenaires, de mobiliser les ressources et de renforcer les compétences du programme en approche de mobilisation de ressources.
- **Le Centre National de Pharmacovigilance** : Le Centre National de Pharmacovigilance (CNPV) a pour mission de collecter des informations sur les effets indésirables des produits de santé, en établir l'imputabilité, en évaluer le risque relatif et de diffuser ces informations. A cet effet, le CNPV appuie le Programme National de Pharmacovigilance de Lutte contre le Paludisme dans la mise en place d'un système de Pharmacovigilance intégré qui a pour but de déceler le plus précocement possible les effets indésirables graves et inattendus dus à l'utilisation des antipaludéens, dans la formation et l'information en matière des effets indésirables des antipaludéens auprès des professionnels de santé ainsi que du public en vue d'améliorer l'adhésion au traitement et la gestion des effets indésirables.

- **L'Université de Kinshasa (UNIKIN)** : dans sa triple mission de formation, de recherche et de service à la communauté, l'UNIKIN accompagne le PNLP dans la formation des prestataires, la recherche opérationnelle ou fondamentale en vue de l'élaboration des stratégies sur la base des évidences et dans les évaluations. Les Facultés des Sciences pharmaceutiques, des Sciences sociales et particulièrement de Médecine sont les plus impliquées à ce jour notamment avec l'Ecole de Santé Publique (ESP), les Départements de Médecine Tropicale, de Gynécologie, de Pédiatrie et de Médecine Interne.

**Tableau 4 : Principaux intervenants de la lutte contre le paludisme en RDC**

|    | <b>APPUI TECHNIQUE ET BAILLEURS</b>         | <b>DOMAINES D'INTERVENTION</b>  |
|----|---|---|
| 1  | USAID/PMI                                   | TDR, AS-AQ, TPI, MILD routine, MILD campagne, PCIME-C/SSC, Appui technique, Appui global aux ZS |
| 2  | Fonds Mondial                               | TDR, AS-AQ, TPI, MILD routine, MILD campagne, Appui global aux ZS                               |
| 3  | Banque Mondiale                             | TDR, AS-AQ, TPI, MILD routine, MILD campagne, Appui global aux ZS                               |
| 4  | OMS   | Appui technique, logistique et Gestion des urgences   |
| 5  | UNICEF                                      | TDR, AS-AQ, TPI, MILD routine, MILD campagne MILD, Appui global aux ZS, Gestion des urgences    |
| 6  | Les universités                             | appui technique   |
| 7  | Unit AidS                                   | AS-AQ, TPI, MILD routine  |
| 8  | KOICA                                       | TDR , AS-AQ, TPI, MILD routine  |
| 9  | TKM   | TDR , AS-AQ, TPI, MILD routine, PID   |
| 10 | ACDI  | AS-AQ, PCIME Communautaire/Sites des soins communautaires                                       |
| 11 | Chaîne de bonheur                           | TDR ,AS-AQ, TPI, MILD routine   |
| 12 | PNUD  | Appui Global aux ZS, Formation  |
| 13 | Sanofi                                      | AS-AQ   |
| 14 | BAD   | AS-AQ, TPI, MILD routine, Appui global aux ZS   |
| 15 | DFID  | AS-AQ, MILD marketing   |
| 16 | I NRB                                       | appui technique   |
| 17 | Centre National de Pharmacovigilance (CNPV) | appui technique   |

|    | <b>APPUI OPERATIONNELS AUX ZS</b>    |
|----|--------------------------------------|
| 1  | Caritas Congo                        |
| 2  | Armée du Salut                       |
| 3  | UMCOR                                |
| 4  | PPDSS                                |
| 5  | MOJE                                 |
| 6  | COLFADHEMA                           |
| 7  | MSH-PROSANI                          |
| 8  | CIELS                                |
| 9  | CRS                                  |
| 10 | CARE                                 |
| 11 | PSI/ASF                              |
| 12 | Horizon Santé                        |
| 13 | FDSS                                 |
| 14 | ECC/DOM/SANRU                        |
| 15 | CDI/Bwamanda                         |
| 16 | C-Change                             |
| 17 | IRC                                  |
| 18 | Memisa Belgique                      |
| 19 | BDOM                                 |
| 20 | Mundicus Mundi Navara                |
| 21 | Medair                               |
| 22 | JRS                                  |
| 23 | PARSS                                |
| 24 | IMA/ECC, IMA/CRS, IMA/WV, IMA/Merlin |
| 25 | CEMUBAC                              |
| 26 | GTZ                                  |
| 27 | Cordaid                              |
| 28 | FARDC                                |
| 29 | PMURR                                |

## 2.9 Gouvernance, Collaboration et Coordination

Au niveau national, l'impulsion de la lutte contre le paludisme est donnée par le Ministère de la Santé Publique à travers le Comité National de Pilotage (CNP) qui comprend la sous commission de la lutte contre la maladie dont dépend le « Task Force » de la lutte contre le paludisme. Ce groupe technique constitue le cadre national de la coordination du partenariat FRP. Les partenaires se réunissent ainsi mensuellement en principe sur la base de termes de référence bien définis. Sur le plan international, le cadre de coordination et d'intervention fait référence aux cadres et initiatives suivants : (1) les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en son objectif 6 (*Accélérer la mise en œuvre des stratégies pour combattre VIH/Tuberculose/Paludisme afin de réduire de moitié la morbidité liée à ces 3 affections*) ; (2) Plan Mondial de lutte contre le paludisme et (3) les cadres de Roll Back Malaria (SARN, CARN et autres assises scientifiques sous régionales).

## 2.10 Conclusions et recommandations

L'engagement politique qui fait de la lutte contre le paludisme une priorité nationale a été matérialisé en RDC à travers la création en 1998 d'un Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) (Arrêté Ministériel n° 1250/CAB/MIN/SP/008/1998 du 22 Juillet 1998). Ceci est d'autant plus important que cette lutte a débuté comme Projet et ensuite comme volet de la Lutte Anti Paludique au sein du Programme Elargi de Vaccination et de Lutte contre les Maladies Transmissibles de l'Enfance (PEV/LMTE). Cet engagement s'est renforcé davantage en 2001 par l'adoption de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » et par le développement de deux générations de plans stratégiques nationaux 2002 – 2006 et 2007 – 2011 révisé en 2008 pour le transformer en un plan couvrant la période 2009-2013.

Cependant certaines lacunes concernant essentiellement l'accès financier des populations aux services de santé et le cadre de partenariat et de collaboration avec les différents acteurs de la lutte contre le paludisme doivent être comblées. Il s'agit essentiellement de :

- Accroître la contribution financière du gouvernement et des entités décentralisées en faveur de la lutte contre le paludisme et la rendre effective dès 2013 ;
- Améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins et services anti paludiques à travers l'évaluation et la mise en place de système de couverture universelle (Suivi et contrôle des coûts de recouvrement, mutuelle de santé, tiers payant etc.) ;
- Formaliser et renforcer le cadre de partenariat et collaboration de la lutte contre le paludisme en le dotant de mécanismes de coordination plus fonctionnels ;

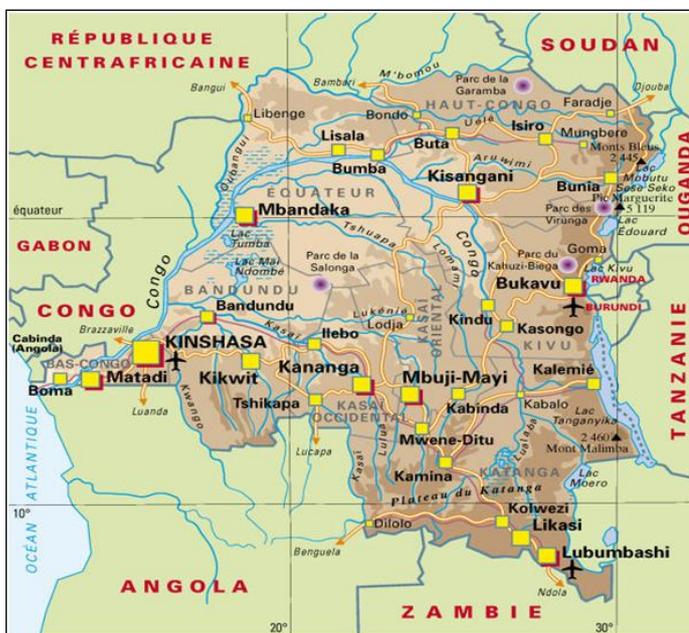
# CHAPITRE 3

## EPIDEMIOLOGIE DU PALUDISME EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

### 3 EPIDEMIOLOGIE DU PALUDISME EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

La République Démocratique du Congo située dans les zones équatoriales et tropicales entre le 5<sup>ème</sup> degré de latitude Nord et le 4<sup>ème</sup> degré de latitude Sud couvre une superficie de 2345 000 km<sup>2</sup> soit environ 3,7 fois la superficie de la France. Il présente un climat équatorial chaud au niveau de l'Equateur, humide au Centre et un climat tropical au Sud et Nord du pays. Ainsi, six des onze provinces sont dominées par la présence de zones forestières de l'ordre de 40 à 70% de leur surface et le reste des provinces proches des tropiques est dominée par les zones de la savane. Sa population a connu une évolution rapide passant de 14 106 000 habitants en 1960 à 30 731 000 habitants en 1984 et 66 352 600 en 2011 faisant ainsi de la RDC le troisième pays le plus peuplé d'Afrique Subsaharienne. Elle partage 9 165 kilomètres de frontière avec neuf pays voisins à savoir : la République du Congo à l'Ouest, l'Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie à l'Est, la République Centrafricaine et le Soudan (au Nord), la Zambie et l'Angola au Sud. L'extension de ses frontières, combinée au manque d'infrastructures de transport et de communication rend particulièrement difficile les déplacements des populations et le suivi des activités de lutte contre le paludisme.

Figure 2 : Carte Administrative de la RDC



#### 3.1 Répartition géographique du paludisme

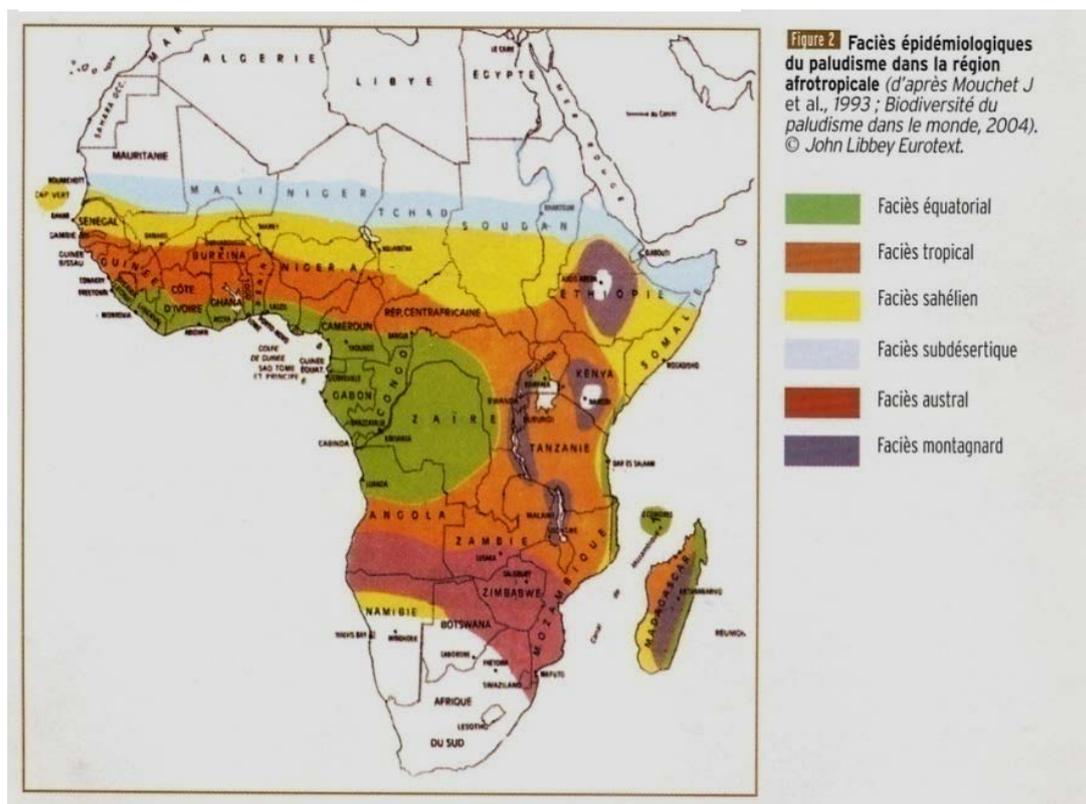
Deux profils épidémiologiques sont décrits en RDC : Zone à paludisme stable et zone à paludisme instable. La zone à paludisme stable se trouve dans la cuvette centrale où la transmission de paludisme est permanente. Elle est caractérisée par les faciès équatoriale et tropical et abrite environ 97% de la population du pays. Elle comprend une zone d'hyper endémicité (50 à 75% des personnes infectées) et une zone d'holo endémicité. Les 3% restant de la population vivent dans les régions montagneuses de l'Est de la RDC où le paludisme est instable avec risque 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).

#### 3.2 Stratification et Cartographie du Risque

La stratification épidémiologique du paludisme au niveau du pays reste peu détaillée et nécessite une mise à jour pour permettre une meilleure connaissance des facteurs et des zones à risque. On peut diviser le pays en 03 faciès épidémiologiques :

- **Le Faciès Equatorial** (forêts et savanes) où la transmission est intense et permanente pouvant atteindre jusqu'à 1000 piqûres infectées par personne et par an. Ceci permet une acquisition précoce de la prémunition. 30 à 50 % des fièvres des enfants de moins de 5 ans sont attribuées au paludisme et on décrit le plus de formes graves du paludisme dans cette tranche d'âge.
- **Le Faciès Tropical** (zones humides) : 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.
- **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 avec parfois des années sans transmission. La prémunition est absente, les formes graves du paludisme s'observent dans toutes les tranches d'âge et le paludisme s'exprime sous forme épidémique ou sous forme de recrudescences aiguës annuelles.

**Figure 3: Stratification du risque du paludisme en RDC**



### 3.3 Population à risque

#### ▪ Population exposée au paludisme

Quatre vingt dix sept pour cent (97%) de la population congolaise soit environ 64362022 habitants vivent au niveau des faciès équatorial et tropical et restent exposés à une transmission pérenne ou longue du paludisme et 3% vit en zone montagneuse à transmission très courte.

#### ▪ Estimation des groupes vulnérables (FE et Enfants de moins de cinq ans)

Comme dans tous les pays endémiques au paludisme, les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans constituent les groupes les plus vulnérables.

Le MICS 2 (2001) a révélé que 42% des enfants de moins de cinq ans avait souffert de fièvre pendant les deux semaines précédant l'enquête, avec de faibles variations géographiques ou par groupe socio-économique. Un tel niveau de prévalence est synonyme de 6 à 10 épisodes annuels de paludisme par enfant de moins de cinq ans pour un total impressionnant de 60-100 millions d'épisodes. Chose non surprenante, le paludisme compte pour environ un tiers des motifs de consultation externe dans les formations sanitaires.

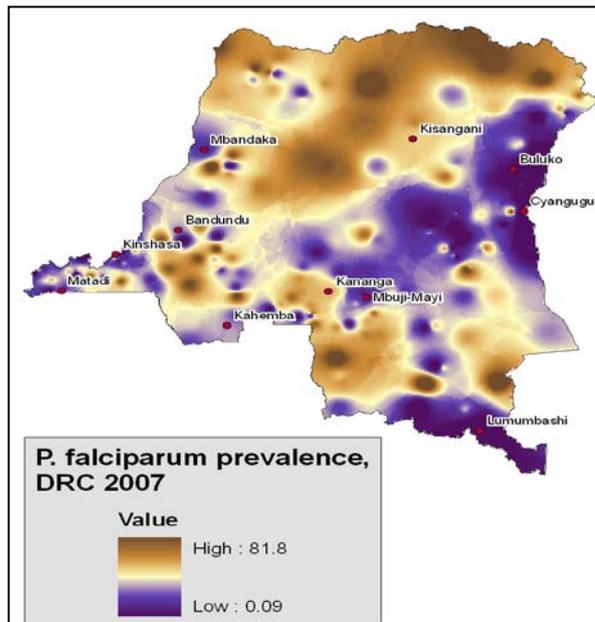
Le paludisme est la première cause de mortalité des enfants de moins de cinq ans et est responsable d'une proportion considérable des décès chez les enfants plus âgés et les adultes. Les récentes enquêtes rétrospectives de mortalité ont révélé que, dans toutes les régions du pays, la fièvre est associée à 40% des décès d'enfant de moins de cinq ans. En estimant que 80% de ces cas de fièvre seront liés au paludisme, on estime à plus de 180 000 le nombre de décès annuels d'enfants de moins de cinq ans dus à cette maladie. Les données indiquent également que la fièvre est la cause de décès la plus rapportée (environ 20%) chez les enfants plus âgés et les adultes (IRC, 2004).

Le paludisme est un déterminant majeur de la mauvaise santé et de la malnutrition des mères, concourant directement ou indirectement à augmenter la mortalité maternelle. Les données présentées précédemment sur un des hôpitaux du pays indiquent que 5% des décès maternels pourraient être directement attribués au paludisme. De plus, la présence de paludisme pendant la grossesse peut avoir divers effets négatifs sur l'issue de la grossesse tels que les avortements spontanés, les faibles poids de naissance et les morts néonatales.

### 3.4 Parasites du paludisme

Trois espèces plasmodiales sont rencontrées : Le *plasmodium falciparum* est l'espèce la plus fréquente, le *plasmodium ovale* et le *plasmodium malariae* peuvent donner la maladie seuls ou associés au *plasmodium falciparum*. Avec le mouvement de population, le risque d'introduction d'autres espèces plasmodiales n'est pas exclu.

Figure 4: Distribution du *Plasmodium falciparum*



Source : DOCUMENT UNC/STEVE MESHNNICK

### 3.5 Vecteurs du paludisme

Une vieille publication (1927) décrivait 5 espèces au niveau du pays. Les *Anopheles gambiae s.l.*, *Anopheles funestus*, *Anopheles nili* et *Anopheles moucheti* qui étaient habituellement capturées dans la région de Kinshasa, *Anopheles paludis* et *Anopheles moucheti* qui étaient retrouvées dans la région de Kikwit dans la Province de Bandundu. Cependant depuis moins de 5 ans, la RDC dispose d'une carte de distribution de quelques espèces anophéliennes (Profil entomologique du paludisme en RDC, Mars 2007) mais qui demeure très incomplète. D'autres études commencent à montrer que d'autres espèces anophéliennes présentes en RDC pourraient jouer un rôle important dans la transmission du paludisme.

*L'Anopheles gambiae* est un vecteur très efficace en RDC. Il est anthropophile, endophage et exophile ce qui le rend moins accessibles aux pulvérisations intra domiciliaires d'insecticide. Il se retrouve surtout dans les zones inférieures à 1000 mètres d'altitude. Ses gîtes sont des collections d'eaux temporaires ensoleillées et sans végétations (mares, flaques d'eau, ornières, etc. .). *L'Anopheles funestus* dont les larves se développent dans les eaux semi-permanentes ou permanentes à végétation dressées comme les rizières en phase d'épiaisons qui constituent les gîtes principaux. Très endophile, il est particulièrement bien contrôlé par la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticides rémanents (quasi disparition des HTC après les opérations insecticides des années 50). Son caractère anthropophile l'a rendu responsable des épidémies meurtrières de la fin des années 80.

Il devient alors indispensable que la carte entomologique soit actualisée pour mieux guider le choix des interventions.

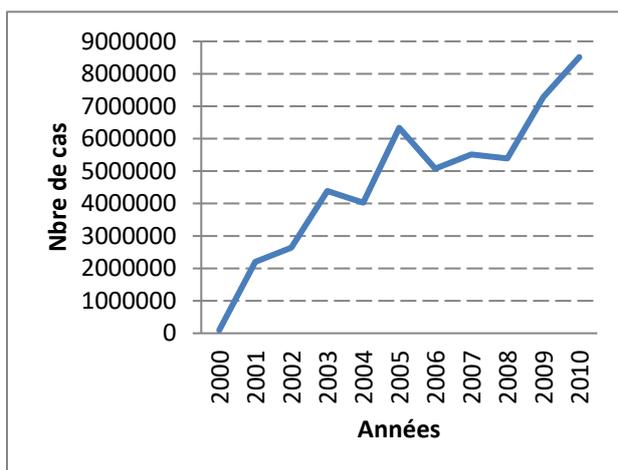
### 3.6 Tendances de la maladie

Ainsi qu'il a été indiqué ci-haut, les données de l'enquête MICS 2 réalisée en 2001 en RDC ont révélé 42% d'enfants de moins de cinq ans ayant souffert de fièvre pendant les deux semaines précédant l'enquête, avec de faibles variations géographiques ou par groupe socio-économique. Un tel niveau de prévalence est synonyme de 6 à 10 épisodes annuels de paludisme par enfants de moins de cinq pour un total impressionnant de 60 à 100 millions d'épisodes rapportés dans le pays. Le paludisme compte ainsi pour environ un tiers de motifs de consultations externe dans les formations sanitaires et c'est la première cause de mortalité des enfants de moins de cinq ans.

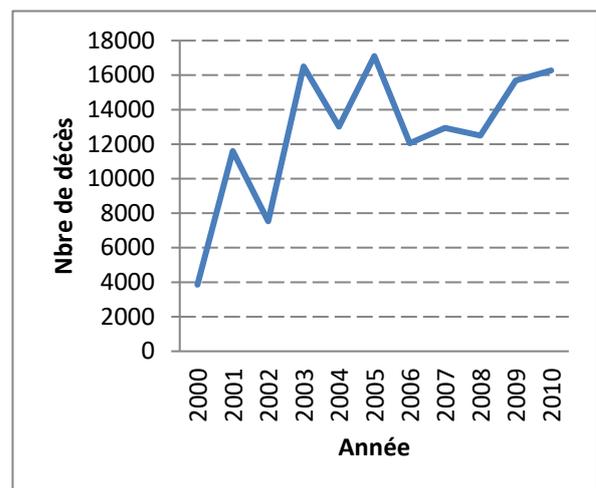
D'autres enquêtes de mortalité notamment l'enquête IRC de 2004 révèlent que dans toutes les régions du pays, la fièvre est associée à 40% des décès d'enfant de moins de cinq ans. En estimant que 80% de ces cas de fièvre sont liés au paludisme, on évalue à plus de 180 000 le nombre de décès annuels d'enfants de moins de cinq ans dus à cette maladie. Les données indiquent également que la fièvre est la cause de décès la plus rapportée (environ 20%) chez les enfants plus âgés et les adultes.

En 2010, le rapport annuel du PNLP montre une augmentation progressive des cas et des décès dus au paludisme rapportés par les structures sanitaires. Comparés aux chiffres de 2007, il a été observé une augmentation des cas et des décès entre 2007 et 2010 qui s'expliquerait d'une part par des faibles couvertures des interventions de lutte contre le paludisme et d'autre part par l'amélioration du taux de complétude des rapports d'activités des zones de santé appuyées par les partenaires. Le rapport montre aussi que le paludisme représente toujours en 2010 un problème de santé publique avec 34% des consultations externes (8 millions de cas rapportés) et 33% des décès en hospitalisation soit plus de 23 000 décès rapportés.

**Figure 5 : Evolution annuelle des cas de paludisme en RDC, 2000 à 2010**



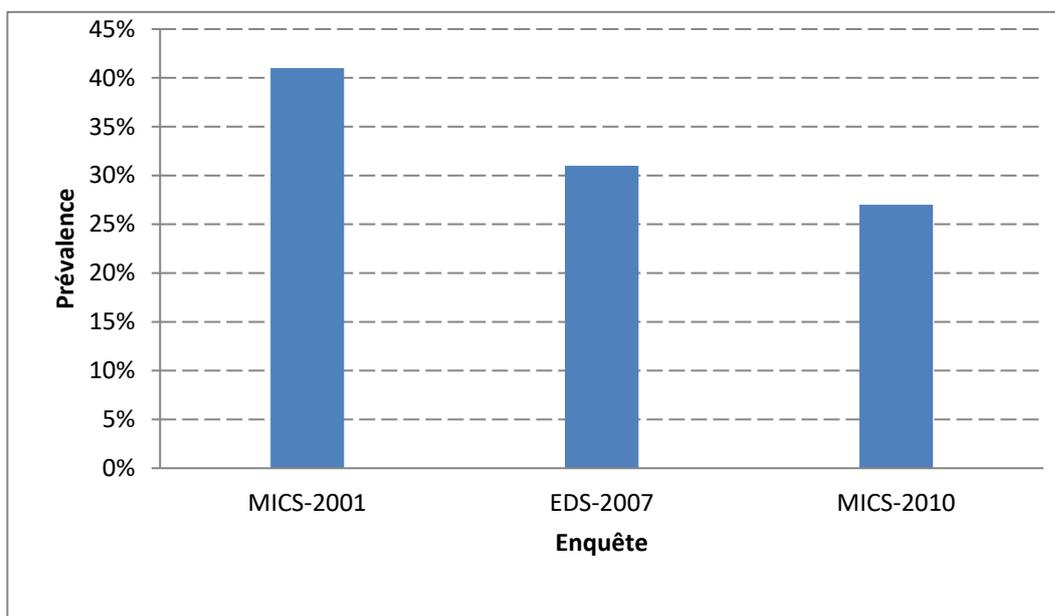
**Figure 6 : Evolution annuelle de décès de paludisme en RDC, 2000 à 2010**



Source : Direction de lutte contre les maladies.

Il faut cependant noter que jusqu'à présent, le traitement du paludisme se fait encore sur base d'un diagnostic clinique présomptif sans confirmation biologique.

Figure 7: Evolution des cas de fièvre chez les enfants de moins de 5 ans en RDC, 2001-2010



### 3.7 Facteurs influant l'épidémiologie du paludisme en RDC

#### ▪ Facteurs environnementaux

Le territoire de la RDC est drainé par un réseau hydrographique qui comprend tout au moins 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 m<sup>3</sup>/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. Par ailleurs, on dénombre une quinzaine de lacs qui couvrent une superficie de plus de 180.000 km<sup>2</sup>. Cet important réseau hydrographique offre des gîtes propices à la prolifération de nombreux hôtes intermédiaires et vecteurs de nombreuses maladies dont les anophèles. Associé à ce réseau hydrographique dense, d'autres facteurs tels que la densité de population au niveau de certaines localités, les migrations et les mouvements transfrontalières des populations et des vecteurs, l'utilisation incontrôlée des terres, le développement des étangs de poisson, l'irrigation des champs et la canalisation des cours d'eau contribueraient aussi à l'éclosion et à la propagation de la maladie.

#### ▪ Facteurs climatiques

Située de part et d'autre de l'équateur, la RDC présente trois types de climat :

- **Climat équatorial au centre (saison des pluies de 8 à 10 mois)** 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 autour d'une moyenne de 25 à 27 °C ;

- **Climat tropical et humide au Nord et au Sud** qu'on retrouve dans le Katanga méridional avec six mois de saison sèche et six mois de saison pluvieuse entraînant une pluviométrie moyenne annuelle de 1.000 à 1.500 mm et des précipitations totales voisinant 500 mm.

Ces deux types de climat chauds et humides favorisent le développement du moustique vecteur du paludisme.

- **Un climat tempéré en altitude à l'Est** : les précipitations varient de 800 mm environ 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.

### 3.8 Conclusions et Recommandations

Il faut noter que l'absence d'une cartographie entomologique récente et l'absence de stratification épidémiologique basée sur des cas biologiquement confirmés ne permettent pas une description précise et exacte de l'épidémiologie du paludisme en RDC. Il convient alors de prendre des mesures urgentes afin de mieux préciser l'épidémiologie du paludisme et la distribution des maladies au niveau du pays. Ceci permettrait un choix plus judicieux des stratégies en vue d'un impact réel d'ici 2015. Il s'agit essentiellement de :

- Mettre à jour régulièrement la stratification des zones de santé basée sur la prévalence du paludisme et la cartographie entomologique pour une meilleure connaissance de la distribution des espèces plasmodiales et des vecteurs ;
- Mettre à échelle dans les plus brefs délais le diagnostic biologique et rendre systématique la confirmation de tous les cas de paludisme avant traitement (par TDR ou Goutte Epaisse) pour une meilleure stratification épidémiologique du pays basée sur la prévalence des cas de paludisme confirmés;
- Réajuster de manière judicieuse et mettre à échelle les interventions de lutte contre le paludisme en tenant compte de la nouvelle cartographie entomologique et de la nouvelle stratification basée sur les cas de paludisme confirmés.

# CHAPITRE 4

## PERFORMANCES DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

## 4 PERFORMANCE DU PROGRAMME PAR DOMAINES THEMATIQUES

### 4.1 GESTION DU PROGRAMME

#### 4.1.1 Introduction

La création du programme national de lutte contre le paludisme en 1998 et la mise en œuvre des activités de lutte contre cette endémie pendant une décennie ont abouti à plusieurs résultats notamment dans la mise en œuvre des interventions mais aussi à certaines questions posées par rapport au leadership, compétences du programme en matière de gestion et en suivi et évaluation. La présente revue permet d'évaluer les capacités managériales du programme (2001-2010) et de proposer des solutions pour son amélioration.

#### 4.1.2 Politique et Directives

En octobre 2001, un atelier national sur l'élaboration de la politique nationale de lutte contre le paludisme a été tenu au Centre Catholique Nganda et a abouti à la définition des stratégies suivantes :

- **Prise en charge des cas :**
  - SP, 1ère ligne ; Quinine, 2<sup>ème</sup> ligne,
- **Prévention**
  - SP en TPI chez la femme enceinte
  - MII à imprégner et à ré-imprégner à la deltaméthrine,

En février 2005, intervient le 2<sup>ème</sup> changement de la politique nationale de prise en charge des cas avec introduction des CTA notamment ASAQ en remplacement de la SP qui est restée la molécule pour le TPI chez la femme enceinte. Les TDR sont aussi introduits pour la confirmation biologique avant tout traitement aux CTA.

En juin 2007, la Déclaration de la politique nationale de lutte contre le paludisme comprenant toutes les stratégies a été officiellement faite. En juin 2010, en plus de ASAQ comme molécule de traitement des cas simples, Arteméther-Luméfantrine est retenue comme alternative en cas d'intolérance à l'ASAQ et dans le secteur privé, Artesunate en suppositoire comme molécule de préférence et Clindamycine recommandée en association avec la Quinine orale dans l'échec thérapeutique et le traitement de relais en cas de paludisme grave. Quant aux MILD, il est à noter qu'elles sont distribuées en campagne de masse et en routine à travers la CPN pour la femme enceinte et à la CPS pour l'enfant de moins de un an ayant complété son calendrier vaccinal. La PID, par contre, est appliquée de façon restreinte dans une seule zone de santé du pays par une société minière.

#### 4.1.3 Organisation

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme dépend de la Direction chargée de la lutte contre la maladie (D4). Il est organisé selon la structuration du système de santé à savoir :

- **le niveau central** qui constitue la structure d'élaboration des normes et stratégies. Il assure à travers la Direction du PNLP la gestion courante du Programme conformément aux textes réglementaires en vigueur. A ce titre, le PNLP coordonne les activités de toutes les divisions et

services du programme au point de vue administratif, technique et financier. Les 8 divisions techniques 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.

Ces Divisions exécutent et mettent en œuvre les directives de la direction en matière de lutte contre le paludisme en conformité avec la Politique Nationale.

- **Le niveau intermédiaire** constitué d'un service provincial placé sous l'autorité du Médecin Inspecteur Provincial. A ce niveau, on rencontre le personnel des services provinciaux du Programme National de lutte contre le paludisme composé (1) du chef de service provincial ; (2) d'un superviseur ; (3) du secrétaire Data Manager et (4) du chauffeur. Ces services provinciaux du PNLN ont pour rôle de coordonner les activités de lutte contre le paludisme en province et appuyer techniquement le niveau périphérique.
- **Le niveau périphérique** où les activités de lutte contre le paludisme sont intégrées entièrement aux activités des soins de santé. On y retrouve
  - **Les bureaux centraux de zones de santé** dirigés par une équipe cadre du Bureau Central de la Zone de Santé composée de :
    - médecin chef de zone de santé ;
    - administrateur gestionnaire de la zone de santé ;
    - infirmier superviseur ;
    - médecin directeur de l'hôpital ;
    - directeur du nursing.

Ces bureaux ont pour rôle la planification et le développement des services et activités, la prestation des soins, 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.

- **Sites de soins communautaires** : Il s'agit de la PCIME-Communautaire constituée des sites de soins communautaires (SSC) de prise en charge gratuite au profit des enfants de moins de 5 ans. Les maladies ciblées et les interventions y afférentes sont les suivantes :
  - Prise en charge du Paludisme simple avec les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA). Il y a lieu de noter une introduction progressive de l'utilisation de Test de Diagnostic Rapide (TDR) au niveau communautaire ;
  - Prise en charge de la diarrhée simple : Solution de Réhydratation Orale (SRO) à faible osmolarité et sulfate de Zinc comprimés dispersibles ;
  - Prise en charge de la pneumonie aux antibiotiques : Co-trimoxazole.

L'implantation progressive des SSC se fait grâce aux financements du Fonds Mondial dans sa composante paludisme (subvention de la série 10), de President's Malaria Initiative (PMI), de l'Agence Canadienne de Développement International (ACDI) et de la GIZ. Les SSC actuellement opérationnels sont ceux financés par PMI, ACDI et GIZ. Le démarrage des activités d'implantation des SSC dans les ZS d'appui Fonds Mondial était prévu au courant du deuxième trimestre 2012.

#### **4.1.4 Ressources humaines, formation et développement des capacités**

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 /circulaires du Ministère de la santé Publique. Pour réaliser ses activités et atteindre ses objectifs, le PNLP dispose d'un personnel au niveau central et intermédiaire. 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; (un document appelé Fiches de descriptions des postes existe) ;
- 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 renforcement des capacités (Formations, ateliers, conférences débats, voyages d'études etc.)

Il est à noter que les recrutements et affectations ne sont pas planifiés et ne tiennent pas compte des besoins réels exprimés par le PNLP.

**Tableau 3 : Personnel du PNLP**

| Année       | Effectifs      |                   |
|-------------|----------------|-------------------|
|             | Niveau central | Niveau provincial |
| <b>1998</b> | 22             | 0                 |
| <b>2001</b> | 34             | 0                 |
| <b>2003</b> | 39             | 0                 |
| <b>2005</b> | 39             | 44                |
| <b>2006</b> | 43             | 44                |
| <b>2007</b> | 51             | 44                |
| <b>2009</b> | 50             | 44                |
| <b>2010</b> | 48             | 44                |
| <b>2011</b> | 49             | 44                |
| <b>2012</b> | 49             | 44                |

#### 4.1.5 Planification stratégique et annuelle

Le PNLP travaille sur la base de plans stratégiques quinquennaux (PSN), de Plans d'action opérationnels (PAO), de Feuilles de route RBM et de plans de travail trimestriels. Les plans stratégiques se sont succédés comme suit : Plan stratégique 2002-2006, le Plan stratégique 2007-2011, le Plan stratégique 2009-2013. Un plan couvrant la période 2011-2015 est en cours d'élaboration et qui est aligné au Plan National de Développement Sanitaire de la même période (PNDS 2011-2015). L'élaboration de tous ces plans se réalise avec la participation des partenaires « FRP » et les projets des partenaires sont en général alignés à ces différents plans.

#### 4.1.6 Financement

*Tableau 4 : Sources de financement du PNLP et Evolution du Budget 2003 – 2010 (US \$)*

| Année | ETAT      | FM         | USAID      | BM         | UNICEF     | OMS     | UNITAID    | ASF/PSI   |
|-------|-----------|------------|------------|------------|------------|---------|------------|-----------|
| 2003  |           |            | 173 000    |            | 968 100    | 336 261 |            |           |
| 2005  |           | 20 020 417 |            |            |            |         |            |           |
| 2006  | 2 000 000 | 6 047 213  |            |            |            |         |            |           |
| 2007  | 2 000 000 | 5 184 339  | 6 700 000  |            | 5 351 450  | 140 000 |            | 7 310 374 |
| 2008  | 2 000 000 | 18 188 352 |            |            |            |         |            |           |
| 2009  | 2 500 000 | 11 581 791 | 23 493 000 | 12 885 870 | 8 702 748  | 111 777 | 29 500 000 |           |
| 2010  |           | 24 382 894 | 46 436 000 | 25 771 740 | 17 405 496 |         |            |           |

**Tableau 5 : Synthèse du budget de plan stratégique 2009 -2013 (US \$)**

| N°                    | Domaines d'intervention   | 2009        | 2010        | 2011        | 2012        | 2013        | Totaux par domaine | Proportion par domaine |
|-----------------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|------------------------|
| 1                     | Promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide                     | 202 761 153 | 66 996 410  | 86 352 719  | 80 175 000  | 42 107 816  | 478 393 098        | 49,7%                  |
| 2                     | Application de la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent         | 3 277 359   | 3 572 142   | 3 718 387   | 4 088 787   | 4 078 051   | 18 734 725         | 1,9%                   |
| 3                     | Application du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes                | 1 809 663   | 1 840 035   | 1 537 138   | 1 115 100   | 1 125 549   | 7 427 487          | 0,8%                   |
| 4                     | Amélioration de la prise en charge des cas du paludisme                                   | 41 286 681  | 74 942 621  | 108 762 497 | 100 060 959 | 82 777 652  | 407 830 409        | 42,4%                  |
| 5                     | Préparation et riposte aux épidémies dues au paludisme                                    | 285 096     | 448 078     | 403 759     | 541 681     | 318 127     | 1 996 741          | 0,2%                   |
| 6                     | Renforcement des capacités des structures de coordination centrale et provinciale du PNLP | 1 289 782   | 3 255 981   | 1 815 942   | 1 307 432   | 1 426 182   | 9 095 318          | 0,9%                   |
| 7                     | Renforcement du système de suivi et évaluation du programme                               | 1 438 363   | 12 811 662  | 10 513 403  | 6 315 041   | 7 086 613   | 38 165 082         | 4,0%                   |
| Totaux annuels        |   | 252 148 098 | 163 866 930 | 213 103 845 | 193 603 999 | 138 919 990 | 961 642 861        | 100%                   |
| Proportions annuelles |   | 26%         | 17%         | 22%         | 20%         | 14%         | 100%               |                        |

La mobilisation des fonds de ce plan stratégique se fait chaque année en fonction de ce budget prévisionnel et un gap existe toujours mais à des degrés différents selon le domaine d'intervention.

#### **4.1.7 Analyse FFOM de la gestion du programme de lutte contre le Paludisme**

##### **Forces**

- Engagement politique exprimé par le chef de l'Etat ;
- Création d'un programme national de lutte contre le paludisme en 1998 ;
- Production des documents normatifs et stratégiques sur la lutte contre le paludisme ;
- Plan stratégique à jour et aligné au plan national de développement sanitaire (PNDS) ;
- Installation des services provinciaux pour l'appui de la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme au niveau opérationnel;
- Mobilisation des partenaires et des ressources de plus en plus croissantes ;
- Formation locale des certains responsables en paludologie ;
- Existence d'une base des données des interventions des activités de lutte contre le paludisme.

## Faiblesses

- Faible contribution du gouvernement dans le financement des activités de lutte contre le paludisme;
- Faible leadership du PNLP pour la mise en œuvre et le suivi de la stratégie nationale ;
- Effectif du PNLP pléthorique et inadéquat ;
- Insuffisance de communication au sein de l'équipe de coordination ;
- Faible diffusion des documents normatifs au niveau intermédiaire et périphérique ;
- Absence de guides et d'outils techniques sur la pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticide à effet rémanent;
- Infrastructures actuelles du PNLP non adaptées et insuffisantes ;
- Insuffisance de financements relatifs au renforcement des capacités (gestion et ressources humaines)
- un faible cadre de coordination entre le PNLP et les partenaires ;
- Faible implication du secteur privé dans la lutte contre le paludisme ;
- Forte démotivation du personnel liée notamment au faible niveau de salaires et des primes et aux leurs irrégularités ;
- Absence de couverture universelle des principales interventions de lutte contre le paludisme (Zones non appuyés sans interventions).

## Opportunités

- Présence des plusieurs partenaires techniques et financiers ;
- Prise en compte de la lutte antipaludique dans les financements globaux (appui au développement du SS)

## Menaces

- Faible proportion des ZS réellement fonctionnelles ;
- Retard dans le décaissement de fonds par les partenaires d'appui ;
- Faibles utilisation de service des soins curatifs.

### **4.1.8 Conclusions et Recommandations**

En terme de gestion du programme, cette évaluation a permis de passer en revue l'organisation et la fonctionnalité de l'unité de coordination, les processus de planification, la disponibilité et l'utilisation de ressources, le cadre de collaboration etc. C'est ainsi qu'il a été noté entre autres un cadre de partenariat et de collaboration très faible qui mérite d'être renforcé, une unité de coordination composée d'un personnel pléthorique avec un faible niveau de communication et de partage des informations et une faible contribution financière de l'Etat. Les recommandations suivantes devraient aider au cours des cinq prochaines années aider à améliorer la gestion du programme de lutte contre le paludisme en RDC. Il s'agit de :

- Accroître la contribution financière du gouvernement et des entités décentralisées en faveur de la Santé avec une proportion conséquente pour la lutte contre le paludisme et la rendre effective dès 2013 ;
- Appuyer le PNLP dans la formalisation du cadre de partenariat de la lutte contre le paludisme en le dotant de mécanismes de coordination plus fonctionnels ;
- Mettre en place un mécanisme interministériel pour la réglementation du secteur privé;

- Améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins et services anti paludiques à travers l'évaluation et la mise en place de système de couverture universelle (suivi et contrôle des coûts de recouvrement, mutuelle de santé, tiers payant etc.).
- Mener un audit institutionnel et organisationnel du PNLP à moyen terme, c'est-à-dire d'ici 6 mois conformément à la nouvelle réforme du système de santé en RDC, afin d'améliorer le fonctionnement et le leadership du PNLP. Ceci devrait passer par:
  - la réorganisation de l'unité de coordination du PNLP ;
  - l'affectation du personnel selon l'organigramme, les profils déterminés à travers un processus compétitif et les besoins du PNLP
  - le renforcement des effectifs et de la qualité des équipes décentralisées au niveau des provinces afin de mieux suivre la mise en œuvre des interventions au niveau opérationnel.
- Organiser en urgence le renforcement de « l'Esprit d'Equipe » (Team building) au sein de l'unité de coordination du PNLP jusqu'à obtenir une cohésion forte de l'équipe ;
- Formaliser et renforcer le cadre de partenariat de la lutte contre le paludisme en le dotant de mécanismes de coordination plus fonctionnels ;
- Elaborer des directives nationales sur la PID;
- Renforcer et appuyer le niveau opérationnel pour l'utilisation systématique des test de confirmation biologique (TDR ou Microscopie).

**GESTION DU PROGRAMME  
PRIORITES A AMELIORER**

1. Mener un audit institutionnel et organisationnel du PNLP à moyen terme, c'est-à-dire d'ici 6 mois afin de mieux informer les recommandations ci-dessous et améliorer le fonctionnement et le leadership du PNLP :
  - ✓ Réorganisation de l'unité de coordination du PNLP ;
  - ✓ Réorientation des responsabilités du personnel en tenant compte du profil et des compétences de chacun ;
  - ✓ Redéploiement du personnel pléthorique au niveau de provinces pour renforcer les équipes décentralisées;
  - ✓ Affectation du personnel du PNLP selon l'organigramme et les profils déterminés à travers un processus compétitif.
2. Organiser en urgence une ou plusieurs activités de « Renforcement de l'Esprit d'Equipe » (Team building) au sein de l'unité de coordination du PNLP jusqu'à obtenir une cohésion forte de l'équipe ;
3. Accroître la contribution financière du gouvernement et des entités décentralisées en faveur de la lutte contre le paludisme et la rendre effective dès 2013 ;
4. Formaliser et renforcer le cadre de partenariat de la lutte contre le paludisme en le dotant de mécanismes de coordination plus fonctionnels ;
5. Améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins et services anti paludiques à travers l'évaluation et la mise en place de système de couverture universelle (suivi et contrôle des coûts de recouvrement, mutuelle de santé, tiers payant etc.) ;

## **4.2 GESTION DES APROVISIONNEMENTS ET DE STOCK**

### **4.2.1 Introduction**

Il existe en RDC une pluralité des systèmes d'approvisionnement et de gestion de stock qui rend la coordination difficile. Les approvisionnements du secteur privé formel et informel couvrent environ 80% du marché des médicaments et ne sont soumis qu'à peu de contrôles. Les approvisionnements du secteur public sont pour la plupart effectués par des partenaires d'appui à travers des unités d'achats spécifiques qui fixent leur calendrier ou cycle d'achat. Cette situation détermine la difficulté de planification, de coordination et d'harmonisation du système GAS à cause premièrement de la faible disponibilité des données au niveau du Programme ou du Ministère de la Santé.

### **4.2.2 Politique et Directives**

Le Gouvernement a mis en place depuis 2002 le Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME) dont la politique est basée sur la centralisation des approvisionnements (Unités d'achats) et la décentralisation de la distribution à travers les Centrales de Distribution Régionales (CDR). A ce jour, le pays compte de 15 CDR fonctionnelles sur 25 prévues. Ces 15 CDR couvrent théoriquement 337 ZS. Deux provinces ne sont pas encore couvertes en CDR (Sud-Kivu et Maniema). Cependant, depuis sa mise en place, le SNAME fait face à plusieurs problèmes qui ont un impact direct sur l'offre et la qualité des intrants pharmaceutiques. Il s'agit de (i) la coexistence de plusieurs systèmes parallèles qui rend complexe le circuit d'approvisionnement, (ii) la non appropriation du SNAME par le Gouvernement, (iii) le faible financement du SNAME et (iv) l'insuffisance de l'application de la régulation dans le secteur pharmaceutique.

### **4.2.3 Spécifications**

Tous les produits de lutte contre le paludisme utilisés à l'échelle national (ASAQ, SP, AL, Quinine, TDR, MILD, insecticides) ont des spécifications techniques définies par le programme selon les normes internationales et les appels d'offres doivent en tenir compte. Le document qui définit toutes ces spécifications est en cours de validation par une commission Ad Hoc.

**Tableau 6 : Spécifications Techniques des produits anti paludiques**

| PRODUITS                          | CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES                                      |
|-----------------------------------|---|
| <b>MEDICAMENTS ANTIPALUDIQUES</b> |   |
| Artesunate+Amodiaquine            | 25mg+67.5mg base, Tab, 3, Coformulation 2-11mois                  |
| Artesunate+Amodiaquine            | 50mg+135mg base, Tab, 3, Coformulation 1-5ans                     |
| Artesunate+Amodiaquine            | 100mg+270mg base, Tab, 3, Coformulation 6-13ans                   |
| Artesunate+Amodiaquine            | 100mg+270mg base, Tab, 6, Coformulation Adulte                    |
| Artesunate                        | 50mg base, suppo  |
| Artesunate                        | 100mg base, suppo   |
| Artesunate                        | 400mg base, suppo   |
| Artemether+Luméfantrine           | 20mg+120mg base   |
| Artemether+Luméfantrine           | 20mg+120mg base, Tab dispersible, Conformation Nourrisson         |
| Quinine                           | HCl/Sulf 250mg base, Tab  |
| Quinine                           | HCl/Sulf, 500mg base, Tab   |
| Sulfadoxine+pyrimethamine         | 500mg+25mg, Tab   |
| Quinine bichlorhydrate            | 500mg/ml, 2ml ou 5ml Amp  |
| Clindamycine chlorydrate          | 150mg, caps   |
| <b>TESTS DE DIAGNOSTIC RAPIDE</b> |   |
| TDR                               | SD Bioline malaria, AG PF/m <sup>2</sup> , Bte de 25 test         |
| <b>MOUSTIQUAIRES</b>              |   |
| MILD                              | Deltaméthrine 55mg/m <sup>2</sup> 130*180*150cm, Polyester (100D) |
| MILD                              | deltaméthrine, 160*180*150cm, Polyester (100D)                    |
| MILD                              | deltaméthrine, 190*180*150cm, Polyester (100D)                    |

#### 4.2.4 Quantification

La quantification des besoins nationaux en médicaments et intrants de lutte contre le paludisme est surtout basée sur la morbidité, elle se fait au niveau du programme par un groupe de travail. Ces données sont publiées et chaque partenaire s’y réfère pour déterminer sa cote part. En ce qui concerne les structures provinciales et périphériques, elles reçoivent les intrants selon l’allocation des partenaires, pas toujours selon la détermination des besoins locaux. Cela a comme conséquence des surstocks, des ruptures de stock ou des pertes énormes. Afin d’améliorer ce système, le PNLN préconise d’ici fin 2012 une quantification tenant compte de la CMM.

#### 4.2.5 Approvisionnement, Stockage et Distribution

L’étude de la cartographie des approvisionnements réalisée en 2009 par l’OMS a mis à jour un système d’approvisionnement et de distribution extrêmement complexe avec 19 agences d’approvisionnement, 99 circuits de distribution qui mobilisent 52 partenaires différents et 85% des partenaires financiers utilisant leurs propres agences d’approvisionnement. Dans la plupart des cas, ces approvisionnements sont réalisés sans réel plan d’appui au niveau intermédiaire (DPS) et périphérique dont les capacités en gestion des médicaments sont très faibles. Cette fragmentation fragilise l’efficacité du Système National d’Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME) mis en place en 2002 et qui restent très peu utilisé par les partenaires. Au niveau de la sélection, seuls 39% des partenaires se basent exclusivement sur la sélection des programmes de santé et les

CDR qu'ils appuient. Par ailleurs, le PNAME qui est la structure de coordination entre le Ministère de la Santé et ces partenaires n'a pas les capacités de jouer ces fonctions, ce qui ne permet pas une élaboration optimale du Plan National d'Approvisionnement en fonction des besoins. Et l'approvisionnement en intrants anti paludiques n'échappe pas à ces difficultés.

#### **4.2.6 Régulation du secteur pharmaceutique**

L'application de la régulation du secteur pharmaceutique pose d'énormes problèmes. On note essentiellement l'insuffisance du contrôle des activités établissements pharmaceutiques « Détaillants » et de la plupart des importateurs et grossistes privés qui respectent très peu les règles des Bonnes Pratiques Pharmaceutiques (BPF). La qualité des médicaments entrant et circulant dans le pays est très peu contrôlée et les laboratoires de contrôle de qualité restent encore peu fonctionnels et sous équipés. La prescription et la dispensation respectent très peu les normes définies. Ces constatations relevées dans le Rapport de la Revue de la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Plantes Médicinales (DPM) réalisée par l'OMS en 2008 ont été confirmées par la revue. Il devient alors urgent de renforcer la fonction de contrôle en dotant la DPM de plus de moyens, en rendant opérationnelle l'Inspection Pharmaceutique et en élargissant le partenariat à tous les autres sous secteurs impliqués dans l'approvisionnement et la distribution des intrants tels que le PNLP, le SIDA, la Tuberculose et autres partenaires qui appuient d'autres programmes.

#### **4.2.7 Contrôle de qualité**

Le contrôle de qualité des médicaments à l'entrée et ceux en circulation est du ressort de la DPM qui confie de temps en temps ces activités à des laboratoires locaux (UNIKIN, OCC, LAPHAKI) du fait de la non fonctionnalité du laboratoire national. Cette situation expliquerait en partie la persistance de médicaments de mauvaise qualité ou contrefaits sur le marché congolais. En ce qui concerne les produits anti paludiques, il est rare de voir décrit sur les soumissions des appels d'offre le mode de contrôle de qualité des intrants à acheter. Il faut cependant noter l'existence de certaines initiatives de renforcement du contrôle qualité au niveau de certaines provinces qui ont été pourvues de MINILAB et où du personnel a été formé à leur utilisation pour contrôler la qualité de quelques produits.

#### **4.2.8 Analyse des FFOM**

- **Forces**
  - Le SNAME est opérationnel sur 15 CDR ;
  - Existence d'une réglementation pharmaceutique ;
  - L'existence des fiches technique de PNAM pour la formation des prestataires à tous les niveaux ;
  - Existence d'un instrument de quantification des médicaments ;
  - Exemption effective de taxes douanières sur certains produits antipaludiques du secteur public ;
  - Existence d'un Centre National de Pharmacovigilance ;

#### ▫ Faiblesses

- Ruptures fréquentes des stocks d'ACT et TDR dans les formations sanitaires ;
- Pluralité des circuits d'approvisionnement au niveau du pays et faible coordination des sous systèmes d'approvisionnement des produits antipaludiques ;
- Faible capacité du SNAME à approvisionner toutes les FOSA en médicaments essentiels et à suivre la disponibilité et la qualité des médicaments en circulation dans le pays et faible implication des partenaires dans le SNAME ;
- Absence d'un système d'information et logistique opérationnel ;
- Faible vulgarisation de la politique et des directives standards dans le secteur privé ;
- Faible capacité de stockage au niveau des structures de santé ;
- Faible collaboration entre l'autorité nationale de régulation, le Centre National de Pharmacovigilance, le SNAME, l'IRNB et le PNLP,

#### **4.2.9 Conclusions et Recommandations**

Conformément aux recommandations de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé, la réforme du secteur du médicament devient une urgence afin de rendre disponible au niveau du pays des médicaments essentiels de qualité et de mettre en place un système de régulation fonctionnel. Ceci devrait passer d'abord par une meilleure appropriation du SNAME par les différents acteurs du médicament et un renforcement du leadership du Gouvernement sur l'ensemble du secteur. Les recommandations suivantes devraient permettre d'arriver à ces résultats.

- Renforcer et harmoniser les systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments à travers un renforcement du fonctionnement du SNAME (moyens matériels, logistiques et renforcement de capacité) ;
- Développer un Plan annuel de gestion des achats et de stock (GAS) pour tous les médicaments y compris les antipaludiques ;
- Associer le PNLP au processus d'acquisition des médicaments et des intrants de lutte contre le paludisme, le doter d'un logiciel d'estimation et quantification des besoins ou recourir à l'outil proposé par l'OMS ;
- Mobiliser les ressources nécessaires pour vulgariser la politique et directives standards à tous les niveaux y compris le secteur privé ;
- Mettre en place une politique de Contrôle Qualité des produits pharmaceutiques
- Rendre l'Inspection Pharmaceutique opérationnelle pour lui permettre de faire appliquer la réglementation en matière pharmaceutique
- Proposer un projet de Recherche Opérationnel pour tester un système innovant d'alerte et de suivi des stocks tel que « SMS for life » pour éviter les ruptures de stock ;
- Renforcer les capacités de stockage de certaines structures intermédiaires et périphériques ;
- Mettre en œuvre le système d'information logistique ;
- Former les prestataires en gestion des produits pharmaceutiques.

**GESTION APPROVISIONNEMENT ET STOCK  
PRIORITES A AMELIORER**

- 1 Renforcer et/ou mettre en place des systèmes de quantification des intrants et de suivi des approvisionnements au niveau national et provincial ;
- 2 Renforcer les capacités des agents responsables GAS à tous les niveaux notamment des CDR et tester un système (ex SMS for life) pour une meilleure gestion des stocks au niveau des sites communautaires et formations sanitaires ;
- 3 Renforcer les capacités des structures d'approvisionnement au niveau des provinces afin d'améliorer la disponibilité des intrants ;
- 4 Renforcer le cadre de collaboration entre le PNLP et les autres acteurs du médicament afin d'éviter le chevauchement des activités, de garantir la disponibilité permanente des intrants de bonne qualité et d'assurer un suivi permanent de l'efficacité et de l'innocuité des médicaments antipaludiques ;

## 4.3 LUTTE CONTRE LES VECTEURS DU PALUDISME

### 4.3.1 Introduction

Parmi les stratégies de prévention définies par OMS, la lutte anti vectorielle demeure une composante majeure pour réduire la transmission. Elle regroupe l'ensemble des méthodes de prévention de l'infection à travers la protection contre les vecteurs, la réduction de la densité et de la longévité des vecteurs et la réduction ou suppression des gîtes larvaires. En RDC, 5 espèces au moins sont incriminées dans la transmission du paludisme : *Anopheles gambiae sl*, *Anopheles funestus*, *Anopheles mouchetti*, *Anopheles nili*, *Anopheles paludis*. Ces espèces sont différemment distribuées et leur comportement trophique est variable d'un endroit à l'autre. En général, toutes ces espèces sont endo-anthropophiles. Mais, à défaut de l'homme, elles peuvent se nourrir sur des animaux divers, notamment les mammifères et les reptiles. *Anophèle gambiae sl* est le principal vecteur en RDC.

### 4.3.2 Politique et directives

#### ▪ La Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'action (MILD)

La moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée pré-qualifiée par l'Organisation Mondiale de la Santé a été recommandée en RDC pour la prévention du paludisme. Différentes approches ont été utilisées pour accroître la possession et l'utilisation des MILDs au niveau du pays:

- Les distributions de routine gratuites à travers les CPN pour les femmes enceintes et les CPS pour les enfants de moins de 12 mois qui ont complété leur calendrier vaccinal.
- Les campagnes de distribution de masse gratuite ;
- Le marketing social avec une vente libre des MILD dans le secteur commercial privé.

#### ▪ La pulvérisation intra-domiciliaire (PID)

Le PNLN a édicté les normes pour que la PID contribue à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme par la réduction de la transmission en respectant les normes suivantes :

- Etre efficace avec un impact significatif sur la transmission ;
- Etre adapté aux situations épidémiologiques locales ;
- Prendre en compte les habitudes des vecteurs locaux ;
- Etre abordable, rentable et viable ;
- Etre acceptable et compatibles avec les coutumes, les attitudes et les croyances locales ;
- Etre facile à mettre en œuvre avec l'infrastructure disponible ;
- Etre sans danger pour les usagers ;
- Préserver l'environnement.

Bien que très performante en termes de capacité à réduire les densités anophéliennes dans une agglomération, cette stratégie sur le plan national, est butée à des problèmes majeurs qui empêchent le programme de l'étendre à l'échelle nationale. Il s'agit notamment de :

- l'insuffisance d'entomologistes formés au programme ;
- l'insuffisance de fonds engagés pour financer cette intervention sur plusieurs années.

#### ▪ La lutte anti-larvaire : Cette activité est axée sur la promotion de l'assainissement intra et peridomiciliaire à travers la sensibilisation des populations et l'IEC/CCC.

### 4.3.3 Résultats et productions des prestations de service

#### ▫ Vecteurs

- **Densité des vecteurs** : Les densités relatives des anophèles vecteurs du paludisme sont variables d'un site à l'autre et d'une période à l'autre. Elles restent insuffisamment documentées par des études récentes.
- **Taux d'inoculation entomologique** : Les informations sur les taux d'inoculation entomologique ont besoin d'être mises à jour. Les dernières publications qui remontent aux années des indépendances (1960) indiquent que ce taux était très variable d'un lieu géographique à l'autre et d'une période à l'autre. Il est généralement faible dans les villes (inférieur à une piqûre infectante par homme par nuit) et très élevé dans les agglomérations suburbaines (jusqu'à 6 ou plus de piqûres infectantes par homme et par nuit).
- **Taux de sporozoïtes** : Selon les mêmes études, le Taux de sporozoïtes varie de 0 à 2 ou 3% dans les villes non assainies à plus 10% dans les agglomérations suburbaines. Ce paramètre est également lié à l'abondance des moustiques et à leur activité trophique.
- **Sensibilité des vecteurs aux insecticides** : Les données récentes sur la sensibilité des anophèles aux insecticides montrent un spectre inquiétant : ils tendent à devenir inefficaces vis-à-vis de *Anopheles gambiae sl.*

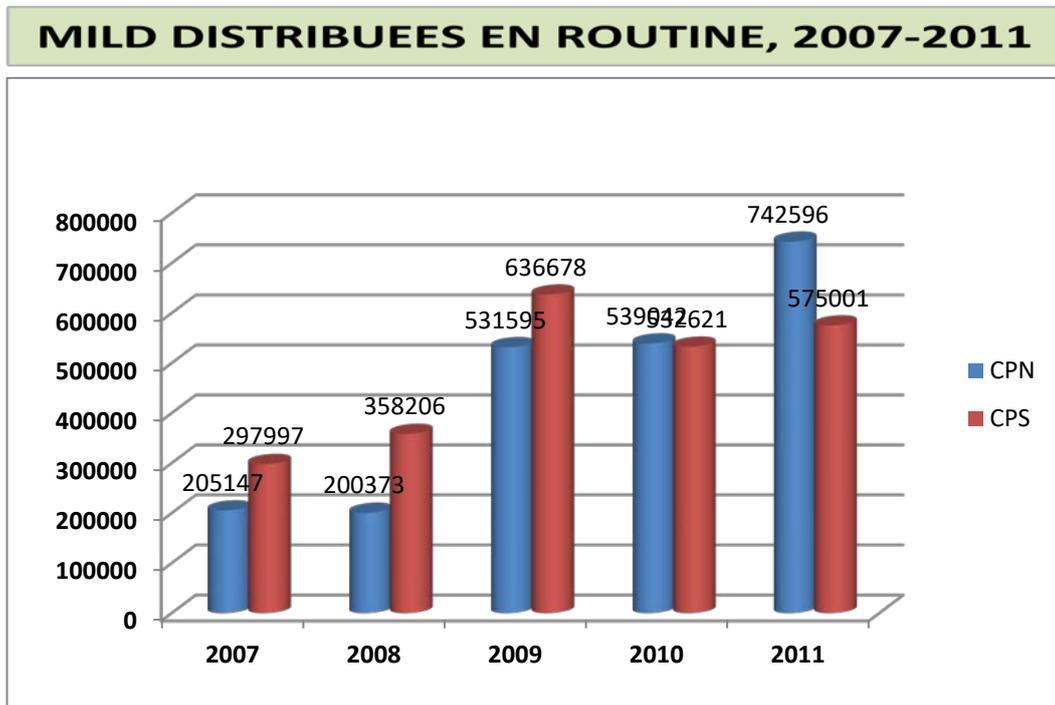
Afin de mieux documenter les comportements des vecteurs et autres données indispensables à la mise en œuvre d'une lutte anti vectorielle efficace en RDC, il devient urgent de mettre à jour la cartographie des vecteurs incluant la densité vectorielle, le comportement des vecteurs, le taux d'agressivité, l'infectivité et la bio-écologie.

#### ▫ Moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée (MILD)

L'objectif lié aux MILD dans le plan stratégique 2007-2011 est d'assurer qu'au moins 80 % des personnes à risque du paludisme dorment sous moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée. Conformément aux nouvelles directives mondiales sur la distribution de la MILD, la RDC a opté pour le passage à un accès universel avec une MILD pour 2 personnes à travers les trois stratégies retenues dans le plan stratégique que sont: (1) La distribution de routine au cours des consultations prénatales et CSP ; (2) les campagnes de distribution de masse avec l'appui des partenaires au développement, les réseaux communautaires et la société civile et (2) le marketing social avec l'implication du secteur privé.

- **Routine** : Les CPN pour la femme enceinte et les CPS pour les enfants de moins de un an ayant complété le calendrier vaccinal sont les occasions privilégiées de distribution gratuite des MILD et de maintien des couvertures élevées en MILD dans la communauté .Ci-dessous, l'évolution de la quantité de MILD distribuée par année.

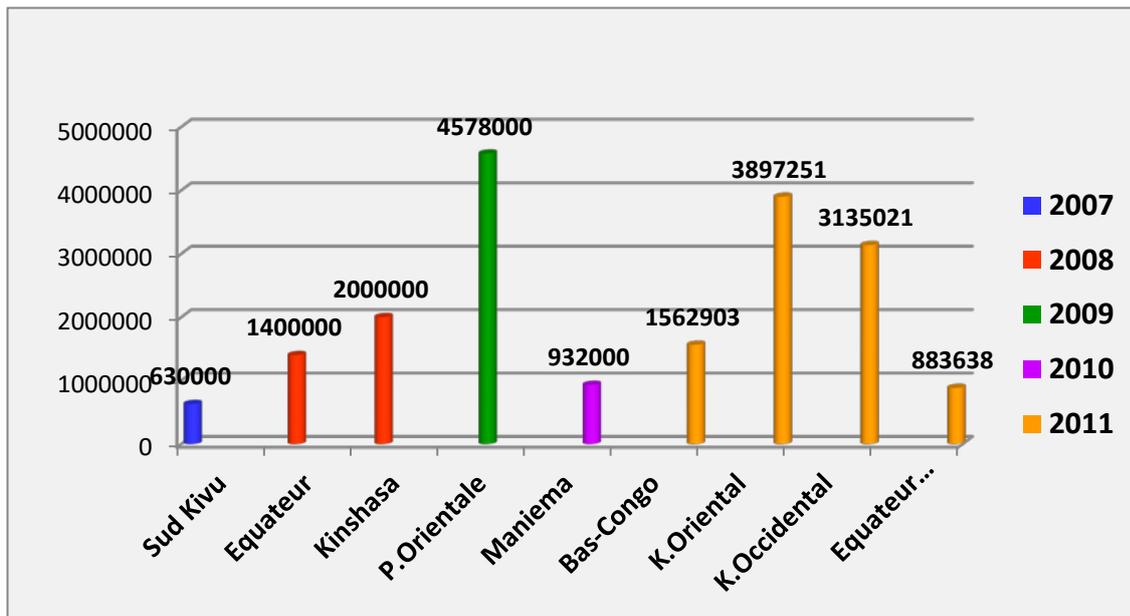
Figure 8 : MILD distribuées en routine de 2007 à 2011.



- **Campagne de distribution de masse** : Le nombre de moustiquaires distribuées à travers cette stratégie varie d'une année à l'autre et a connu une importante augmentation entre 2007 et 2009 passant de 1 793 337 MILD à 5 653 162 MILD. En 2010 ce nombre a largement diminué pour atteindre 2 275 207 avant de repasser à 10 796 410 MILD en 2011.

Il faut noter que devant l'étendue du territoire et les contraintes logistiques, ces campagnes de distributions de masse se font en fonction des disponibilités et ne couvrent annuellement que quelques provinces. Ainsi, alors que la dernière distribution de masse à Kinshasa remonte en 2008, certaines provinces ne sont pas encore couvertes jusqu'à présent. Ceci a comme conséquence la non atteinte de la couverture universelle au niveau du pays tel que stipulé dans le plan stratégique.

**Figure 9 : MILD distribuées lors de campagnes de masses**



Il devient alors important pour le pays d'améliorer cette stratégie à travers une forte décentralisation et une vraie responsabilisation des provinces dans la planification, l'acquisition et la distribution des moustiquaires. L'amélioration de cette stratégie devrait aller dans le sens de réduire la durée des distributions pour une couverture totale du pays à maximum deux ans afin de tenir compte de la durée réelle de vie des moustiquaires qui est de trois ans selon de nombreuses observations dans d'autres pays.

Une fois que cette stratégie est améliorée, un autre défi est d'arriver à la couverture universelle d'une moustiquaire pour deux personnes. Jusqu'à présent, les moustiquaires distribuées à Kinshasa (2008), au niveau de la province orientale ou à Maniema (2010) ne sont basées que sur une couverture de 2 ou 3 MILD par ménage ce qui est encore loin de la couverture universelle.

**Tableau 7 : Taux de Possession et d'utilisation des MILDS**

| Indicateurs  | MICS 1 | MICS 2 |
|--|--------|--------|
| Ménage avec au moins 1 MILD  | ND     | 51 %   |
| Enfant de moins de 5 ans ayant dormi sous la MILD la nuit précédente l'enquête | 0,7%   | 38 %   |
| Femme enceinte ayant dormi sous la MILD la nuit précédente l'enquête           | ND     | 43%    |

▫ **Pulvérisation intra domiciliaire (PID)**

Le plan stratégique 2007 – 2011 se fixait comme objectif de couvrir au moins 80 % des maisons dans les zones ciblées en pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide rémanent. Cette pulvérisation intra domiciliaire (PID) s'applique actuellement dans la province du Katanga avec l'engagement des entreprises minières à couvrir les frais inhérents à ces opérations. Initialement prévue dans 4 zones de santé, elle ne s'applique présentement (2011) que dans la zone la ZS de Fungurume où elle ne couvre que 11 Aires de Santé sur les 18 que compte la Zone de Santé, soit une population couverte de 136.738 sur 199.801 habitants à couvrir. Il paraît donc nécessaire de passer à la couverture universelle au niveau des zones ciblées et de capitaliser au maximum les expériences des entreprises minières.

▫ **Gestion intégrée de la lutte anti vectorielle**

La lutte contre les vecteurs en RDC s'articule autour des interventions ci-après : la PID, la lutte anti larvaire et la promotion de la Moustique Imprégnée d'insecticide qui reste une stratégie principale stratégie mise en œuvre en RDC. La PID est aussi une méthode de lutte anti vectorielle très couteuse qui nécessite un équipement adéquat, un personnel bien entraîné et des compétences entomologiques et chimiques de qualité. Elle est peu développée dans le pays et gagnerait à être étendue au niveau de toutes les zones à potentiel épidémique. Ceci devrait nécessiter au préalable : (1) une meilleure définition de ces zones sur la base d'identification de seuil épidémique par zone de santé ; (2) une cartographie vectorielle à jour avec une meilleure définition du comportement des vecteurs ; (3) une meilleure définition du rapport coût efficacité en RDC.

### 4.3.4 Analyse FFOM

▫ **Forces**

- Mise à l'échelle depuis 2008 de la promotion de l'utilisation des MILD ;
- Adhésion de la population à la mise en œuvre de la campagne de masse de distribution des MILD ;
- Mise en œuvre de la PID dans une ZS soutenue par la société minière « Tenke Fungurume Mining » de la province du Katanga depuis 2008.

▫ **Faiblesses**

- Rupture fréquente de stock des MILD de Routine au niveau des ZS appuyées ;
- Absence de distribution des MILD de Routine au niveau des structures sans appui et au niveau du secteur privé;
- Détaxation non systématique pour les MILD ;

- Couverture universelle en MILD non encore atteinte ;
  - Insuffisance des capacités techniques au niveau du programme
  - Insuffisance de collaboration intersectorielle dans le cadre de la lutte anti vectorielle ;
  - Absence des données entomologiques pour le suivi des indicateurs afin d’orienter la lutte anti vectorielle ;
  - Absence de profil entomologique à jour ;
  - Absence des directives techniques sur la Pulvérisation Intra domiciliaire;
  - Faible financement de la lutte anti vectorielle.
- **Opportunités**
- Existence des laboratoires d’entomologies en rapport avec la lutte contre le paludisme (INRB et Université de Kinshasa) ;
  - Engagement de la communauté internationale à financer les activités de lutte contre le paludisme ;
  - Engagement financier et technique des partenaires en RDC.
- **Menaces**
- Apparition de la résistance des anophèles vecteurs aux insecticides en usage des MILD.
  - Coûts élevés des intrants pour la pérennisation de l’intervention ;
  - Retard de décaissement des fonds par les partenaires entraînant souvent le démarrage tardif ou l’arrêt des activités.

#### **4.3.5 Conclusions et Recommandations**

L’objectif de d’atteindre la couverture universelle d’une moustiquaire pour deux personnes avec une couverture de 80% de la population reste encore à atteindre. Il demeure important pour le pays d’améliorer la stratégie de campagne de masse allant dans le sens de réduire la durée à deux ans maximum. Par ailleurs, la PID qui reste peu développée dans le pays gagnerait à être étendue au niveau de toutes les zones à potentiel épidémique. Ceci devrait nécessiter au préalable : (1) une meilleure définition de ces zones sur la base d’identification de seuil épidémique par zone de santé ; (2) une cartographie vectorielle à jour avec une meilleure définition du comportement des vecteurs ; (3) une meilleure définition du rapport coût efficacité en RDC. Enfin d’améliorer l’impact de la lutte anti vectorielle en RDC, il est important de :

- Renforcer le plaidoyer auprès de l’état pour rendre disponible les MILD dans les zones sans appui ;
- Réaliser une distribution de masse des MILD à l’échelle nationale sur une période de 2 ans maximum afin de maintenir une couverture universelle au niveau du pays à tout moment;
- Publier un arrêté pour la détaxation systématique des MILD ;
- Renforcer le système de suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides ;
- Mettre en place une politique d’élimination des MILD usées ;

- Elaborer le profil entomologique du pays et intégrer la lutte contre le paludisme dans le plan d'action nationale ;
- Elaborer la politique et les normes sur la PID en RDC ;
- Assurer le plaidoyer auprès de l'état, des bailleurs de fonds/partenaires pour étendre et pérenniser l'activité de PID au niveau des zones identifiées.

**LUTTE CONTRE LES VECTEURS DU PALUDISME:  
PRIORITES A AMELIORER**

1. Mettre à jour la cartographie des vecteurs (incluant la densité vectorielle, le comportement des vecteurs, le taux d'agressivité, l'infectivité, la bio-écologie) ;
2. Réaliser des distributions de masse des MILD à l'échelle nationale sur une période de 2 ans maximum afin de maintenir une couverture universelle au niveau du pays à tout moment;
3. Mettre à échelle la PID dans les provinces du Sud Kivu, et les hauts plateaux de l'Est du Katanga et mettre en place/renforcer le système de suivi régulier de la sensibilité des vecteurs aux insecticides utilisés et le comportement des vecteurs;
4. Renforcer le cadre de collaboration de la lutte anti vectorielle et les capacités des agents en matière de lutte anti vectorielle et en surveillance des vecteurs surtout au niveau provincial.

## 4.4 PRISE EN CHARGE DES CAS

### 4.4.1 Introduction

La République Démocratique du Congo (RDC) est en deuxième rang sur les six pays qui contribuent pour 60% des décès rapportés dans le monde en 2010 (Rapport Mondial Paludisme OMS 2011). Et parmi ces décès, les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans restent les groupes les plus vulnérables. Pour faire face à ce fléau, le pays a organisé une réponse axée sur la prise en charge correcte et rapide des cas, la prévention et la gestion des épidémies. La prise en charge correcte demeure donc l'élément fondamental et indispensable de la lutte contre le paludisme. Elle comprend le diagnostic clinique précoce avec une confirmation biologique et un traitement rapide, efficace et sûr au moyen d'antipaludiques efficaces.

### 4.4.2 Politique et directives

En 2001, devant le nombre croissant des cas de chloroquino-résistance signalés sur l'ensemble du territoire, les conclusions du forum national ont recommandé une nouvelle politique de prise en charge des cas simples de paludisme. C'est ainsi que le Ministère de la Santé a décidé de remplacer la chloroquine par l'association SP comme médicament de 1<sup>ère</sup> ligne pour une période de transition de 2 ans, période au cours de laquelle devraient être évaluées les alternatives potentielles à la SP.

Les résultats de ces évaluations ont permis à la RDC d'adopter au cours du 2<sup>ème</sup> forum tenu en 2005, la Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA), Artésunate plus amodiaquine (AS-AQ) 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 étant réservée au traitement préventif intermittent chez la femme enceinte. En 2010, les guides techniques de prise en charge du paludisme furent développés et une 2<sup>ème</sup> CTA (Artéméther-Luméfantrine, (AL)) fut retenue essentiellement pour le secteur privé.

L'artésunate suppositoire est alors recommandé pour le traitement de pré-référence en cas de paludisme grave au niveau des sites communautaires (SSC) et des centres de santé. Malheureusement cette molécule n'a jamais été disponible au niveau des formations médicales. Et, c'est au cours de la dernière mise à jour des politiques, normes et directives en Avril 2012 que la confirmation biologique au moyen des tests de diagnostics rapides ou microscopie devient une exigence à tous les niveaux y compris la communauté et l'utilisation de l'Artésunate injectable retenue comme deuxième moyen de traitement des cas graves avec la quinine.

Malgré ces nouvelles politiques et directives, il est important de noter l'existence d'une diversité d'antipaludiques dans le pays et une circulation importante d'antipaludiques de mauvaise qualité témoignant d'un faible système d'assurance qualité des médicaments et TDRs.

#### ▫ Diagnostic

Le principe de base de la prise en charge des cas du paludisme repose sur un diagnostic biologique et un traitement précoce, correct avec des médicaments efficaces tant au niveau des formations sanitaires qu'au niveau de la communauté. Pour y parvenir, un protocole standard de diagnostic clinique et parasitologique et un algorithme de traitement sont définis et mis à la disposition du personnel de santé dans toutes les formations sanitaires et vulgarisés au niveau communautaire.

▫ **Paludisme simple**

La présomption de paludisme est faite sur base de fièvre ou histoire de fièvre évoluant depuis 24 heures et accompagnée ou non de maux de tête, sensation de froid, courbatures, tremblements, myalgies, fatigue, frissons, transpiration, nausée sans signes de gravité. Cette présomption doit être confirmée par un diagnostic biologique (Test de Diagnostic Rapide « TDR » ou par Microscopie).

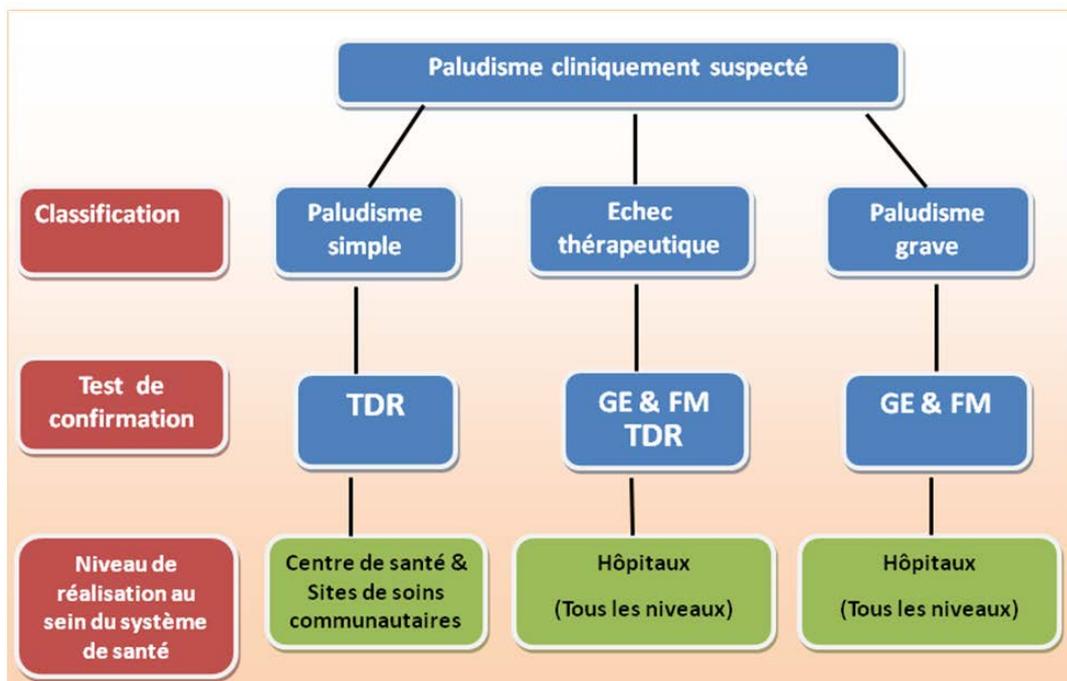
▫ **Echec thérapeutique**

L'échec thérapeutique est considéré en cas de persistance de la fièvre au-delà de 72 heures sans association des signes d'autres infections, après l'administration correcte des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA). La confirmation de l'échec thérapeutique se fait par une goutte épaisse positive.

▫ **Paludisme grave:**

Le diagnostic de paludisme grave est posé devant la présence d'un ou de plusieurs signes de gravité et confirmation microscopique par une Goutte Epaisse positive. Les signes de gravité : fatigue extrême, antécédents de convulsions ou convulsions actuelles, élimination d'urines en petite quantité et de couleur café ou coca-cola, troubles de comportement (agitation, logorrhée, la confusion, mutisme, agressivité, euphorie...), perte de conscience ou le coma, jaunisse et/ou la pâleur, extrémités froides, vomissements à répétition.

**Figure 10 : Confirmation biologique du paludisme selon le niveau de prestation de services**



GE : Goutte épaisse ; TDR : Test de diagnostic rapide ; FM : Frottis sanguin Mince

## ▫ **Traitement des cas de paludisme**

### ▫ **Paludisme simple**

Le pays a opté pour les CTA suivants : AS-AQ et AL comme médicaments de 1<sup>ère</sup> ligne pour le traitement du paludisme simple. Dans le secteur public (SSC et CS) : AS-AQ ou AL en cas de contre-indication à l'une des composantes de l'AS-AQ ou de rupture de stock ; dans le secteur privé : l'une ou l'autre des 2 CTA.

Il est cependant important de noter que selon les recommandations de l'OMS, le choix des médicaments de première ligne et de 2<sup>ème</sup> ligne doit être uniforme au niveau du pays aussi bien au niveau du public qu'au niveau du privé. Le médicament de deuxième intention devrait être utilisé par le secteur privé selon les mêmes indications que le secteur public.

### ▫ **Echec thérapeutique**

Jusqu'en 2010, la prise en charge de l'échec thérapeutique avec les CTA chez les personnes âgées de plus de 2 mois se faisait avec la quinine. En 2010, à la quinine per os a été associée à la Clindamycine chlorhydrate (excepté chez les enfants de moins de 1 mois). Cette option a été confirmée au cours du forum national d'avril 2012.

### ▫ **Paludisme grave**

Jusqu'en 2010, la prise en charge du paludisme grave se faisait avec la quinine en perfusion dans la solution glucosée à 5-10%. En avril 2012, lors du consensus national, la RDC a opté pour l'artésunate en intraveineuse dans le traitement du paludisme grave chez l'enfant et chez l'adulte. Pendant une période transitoire de 3 ans, la quinine et l'artésunate injectable seront utilisés pour le traitement du paludisme grave.

Le traitement des cas graves se fait au niveau des CSR et Hôpitaux. Les centres de santé et sites de soins communautaires sont des structures non habilitées à prendre en charge les cas de paludisme grave et doivent impérativement référer à l'échelon supérieur avec un plateau technique adéquat (centre de santé de référence et hôpitaux) et cela après l'application du traitement de pré-référence avec l'artésunate suppositoire. Cependant, il est à noter que jusqu'à ce jour, cette molécule n'est pas encore disponible dans toutes les zones de santé.

Les patients mis sous perfusion de quinine reçoivent en traitement de relais la quinine per os afin de compléter les 7 jours de traitement associée à la Clindamycine chlorhydrate (excepté chez les enfants de moins de 1 mois). Ce relais de traitement peut aussi se faire avec une CTA (AS-AQ ou AL) aux doses recommandées pendant 3 jours. Cependant, la Clindamycine chlorhydrate n'est pas encore disponible au niveau des formations et elle est souvent remplacée par d'autres antibiotiques.

### ▫ **Traitement des cas de paludisme chez la femme enceinte**

La femme enceinte fébrile doit être considérée comme une urgence et un cas spécifique. Sa prise en charge doit se faire au niveau d'un Centre de Santé disposant d'une Maternité, d'un Centre de Santé de Référence ou d'un Hôpital Général de Référence. Il faut vérifier l'existence des contractions utérines et donner si nécessaire un tocolytique (salbutamol, papavérine, buscopam ou diazépam). En fonction du stade évolutif de la grossesse, la prise en charge se fait comme suit :

- 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestres de la grossesse :
  - Quinine comprimé : 3 X 10 mg/Kg par jour pendant 7 jours associée à la Clindamycine à la dose de 2 X 10 mg /Kg/jour pendant 7 jours ;
- 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestres de la grossesse :
  - l'Artésunate + Amodiaquine en prise journalière unique pendant 3 jours.

#### 4.4.3 Organisation des services de prise en charge des cas

La prise en charge des cas de paludisme se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

- **Le niveau central** composé des hôpitaux et cliniques universitaires constituent les centres de référence de la prise en charge des cas.
- **Le niveau intermédiaire** qui compte 11 Inspections Provinciales de la Santé, 65 Districts Sanitaires et les Hôpitaux provinciaux assurent un rôle d'encadrement technique, de suivi et de traduction des directives, politiques et stratégies, sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre au niveau des Zones de Santé;
- **Le niveau périphérique** qui comprend 515 ZS avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8504 aires de santé (AS) et 8266 disposent d'un Centre de Santé. Ce niveau est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire. La mission du Centre de Santé (CS) est d'offrir à sa population de responsabilité les soins de santé qui relèvent du Paquet Minimum d'Activités (PMA), tandis que celle de l'Hôpital Général de Référence du niveau primaire est d'offrir les soins qui relèvent du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) et d'apporter un appui au développement des PMA de qualité dans les Centres de Santé ainsi que la communauté. La prise en charge du paludisme dans la communauté se fait dans la cadre de la Prise en Charge Intégrée des maladies de l'enfant (PCIME-C) au niveau des villages éloignés constituant les sites de soins communautaires (SSC).

En effet, la plupart des cas du paludisme surtout chez les enfants de moins de 5 ans sont gérés au niveau de la communauté notamment par l'automédication et les pratiques traditionnelles. Plusieurs expériences positives ont été menées par rapport aux sites de soins communautaires mais le gap en termes de couverture géographique est encore loin d'être comblé. Aucun plan clair de mise en œuvre et d'extension de ces sites n'est disponible à ce jour.

En Septembre 2010, la RDC comptait plus de 1000 SSC avec 2073 relais formés et actifs, supervisés par 796 infirmier titulaires (IT) des aires de santé dans 94 zones de santé réparties dans 10 provinces. Seule la province du Nord Kivu ne disposait des SSC (PCIME-C, MCHIP/USAID).

#### 4.4.4 Ressources humaines, formation et développement des capacités

Le PNLP évolue dans un système à 3 niveaux:

- **le niveau central**, structure d'élaboration des normes et stratégies est composé d'une Direction et de 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 techniquement nt 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 (Hôpitaux Généraux de Référence, Centre de Santé, Sites des Soins Communautaires).

En e qui concerne les formations, elles se focalisent sur cinq principaux domaines en rapport avec la prise en charge du paludisme :

- Formation sur la prévention et la prise en charge du paludisme : Médecins et infirmiers titulaires des formations sanitaires (CS, CSR et HGR) ;
- Formation sur le diagnostic biologique du paludisme : Laborantins et microscopistes des formations sanitaires ;
- Formation sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (PCIME-C): Relais des sites de soins communautaires et les infirmiers titulaires comme encadreurs ;
- Formation sur la promotion des pratiques clés de prise en charge du paludisme et utilisation des cartes conseils paludisme : Relais communautaires promotionnels ;
- Formation en paludologie : Cadres universitaires et gestionnaires de programme

Des équipes de formateurs sont disponibles au niveau national et intermédiaire et des consultants sont sollicités en cas de besoin dans des domaines spécifiques.

Le renforcement des capacités par des formations /recyclages et les supervisions formatives s'adressent à l'équipe cadre des zones de santé, aux prestataires des soins, aux laborantins, aux microscopistes et aux gestionnaires des pharmacies des hôpitaux, centres de santé de référence, centres de santé et aux relais communautaires des sites des soins communautaires.

#### 4.4.5 Planification annuelle

La planification annuelle des activités de prise en charge du paludisme s'inspire du plan stratégique 2009-2013. Un plan de travail est organisé chaque année par le PNILP qui prend en compte toutes les interventions, les besoins et les ressources des partenaires techniques et financiers. La planification des activités de formations/supervisions est décentralisée. Elle va du niveau central vers

le niveau intermédiaire et du niveau intermédiaire vers le niveau périphérique même si elle n'est pas encore effective.

#### 4.4.6 Objectifs et Indicateurs de performance

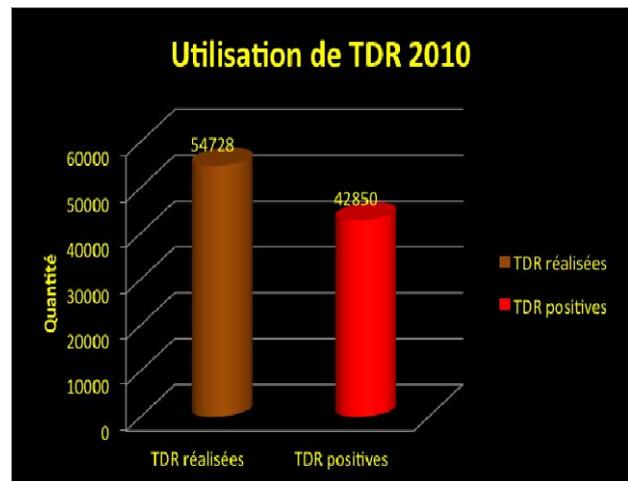
L'objectif de la PEC est d'assurer la prise en charge correcte d'au moins 80 % des cas suspects de paludisme par un diagnostic correct (TDR et microscopie optique) à tous les échelons des formations sanitaires y compris la communauté.

Depuis 2010, la RDC a adopté les TDR dans le diagnostic biologique du paludisme simple tant au niveau des formations sanitaires que des sites des soins communautaires. C'est le résultat positif du test rapide qui conditionnera la prise en charge du paludisme simple par la combinaison AS+AQ. La microscopie sera réservée aux échecs thérapeutiques et aux cas de paludisme grave. Les TDR seront progressivement introduits dans les 515 zones de santé avec l'appui des partenaires techniques et financiers.

#### 4.4.7 Résultats des prestations de services

##### ▫ Diagnostic

*Figure 11 : Examens microscopiques réalisés entre 2007 - 2010* *Figure 12 : Utilisation des TDRs en 2010*



Les Gouttes épaisses réalisées annuellement de 2008 à 2010 ont connu une évolution progressive allant de plus de 1 200 000 examens réalisés à plus de 2 200 000 examens sur 9 252 959 cas de fièvre de reçus en 2010 au niveau des formations sanitaires. Ce nombre de cas de fièvre a augmenté annuellement passant de 3 720 520 cas de fièvre en 2007 à 9 922 686 cas de fièvre en 2011. Cette augmentation s'expliquerait d'une part par les faibles niveaux de couverture des interventions de lutte contre le paludisme et d'autre part par l'amélioration du taux de complétude des rapports d'activités des zones de santé appuyées par les partenaires.

Une étude pilote conduite par L'Ecole de Santé Publique (ESP) de Kinshasa sur financement Fonds Mondial en 2008-2009 dans la Zs de Kimpese (Bas-Congo) a démontré qu'il était possible d'utiliser correctement le TDR au niveau des SSC pour confirmer le diagnostic et rationaliser l'utilisation des CTA.

En 2012, Projet de Sante Intégré (PROSANI/MSH) a introduit avec succès les TDR dans 114 SSC de 15 zones de sante des provinces du Sud-Kivu et Kasai occidental. A cet effet 228 relais des SSC et leurs superviseurs directes, les infirmiers titulaires des iles de santé ont été formés.

En 2010, plus de 78% des cas de paludisme ont été confirmés par le TDR dans les 119 ZS appuyées par le FM. Il faut noter dans les autres districts non appuyés par les partenaires, la confirmation des TDR est presque nulle.

▫ **Traitement**

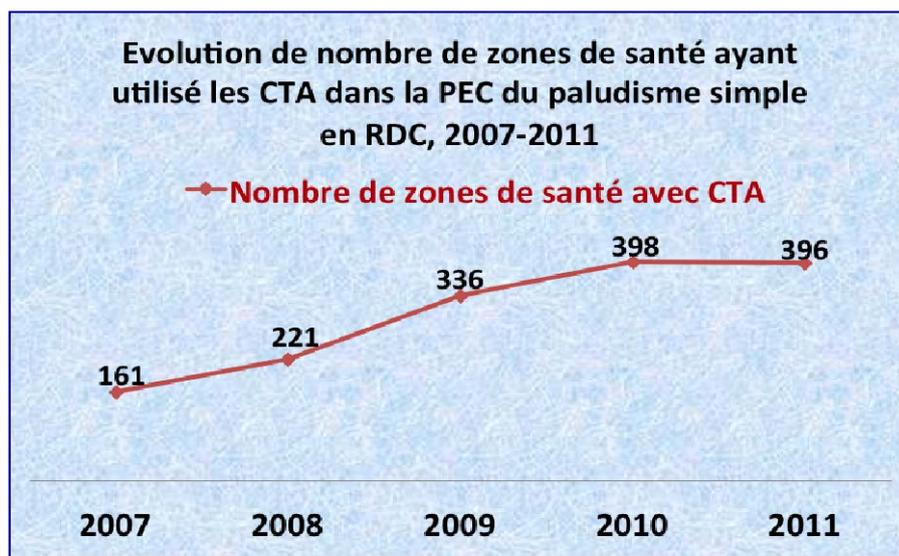
L'objectif du traitement est d'assurer le traitement rapide et efficace des personnes atteintes du paludisme d'au moins 80 % à tous les échelons des formations sanitaires y compris la communauté conformément aux directives nationales dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes. Ce traitement est déterminé selon la politique décrite plus haut. Il est à rappeler que le secteur privé n'est pas encore impliqué dans l'approvisionnement en ACT alors qu'il couvre une population assez importante ce qui conduit souvent à un traitement non conforme à la politique. La figure 13 montre quelques antipaludiques en circulation dans le pays.

**Figure 13 : Antipaludiques vendus en RDC**



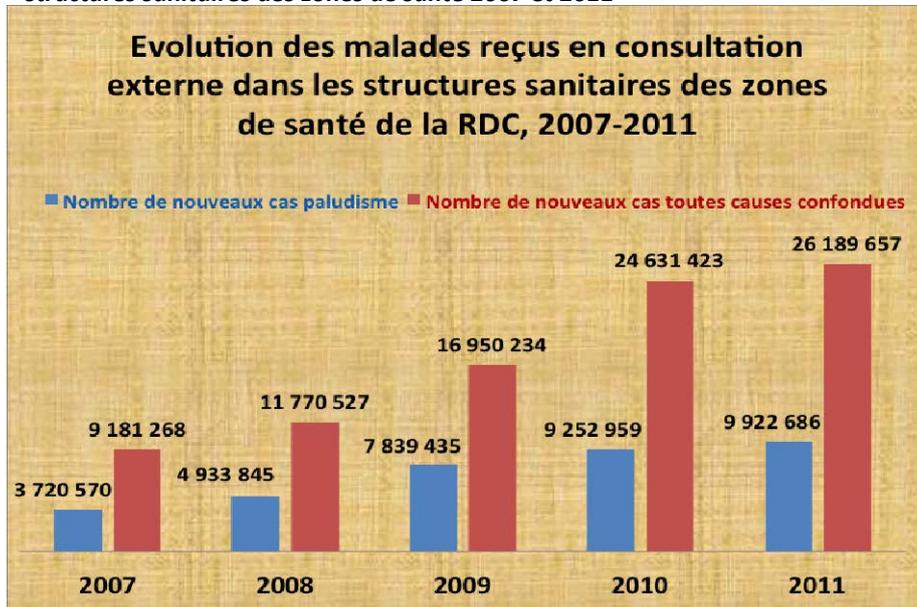
Le nombre de CS utilisant les ACT est en nette croissance depuis 2007.

**Figure 14 : Evolution du nombre de CS utilisant les ACT entre 2007 et 2011**

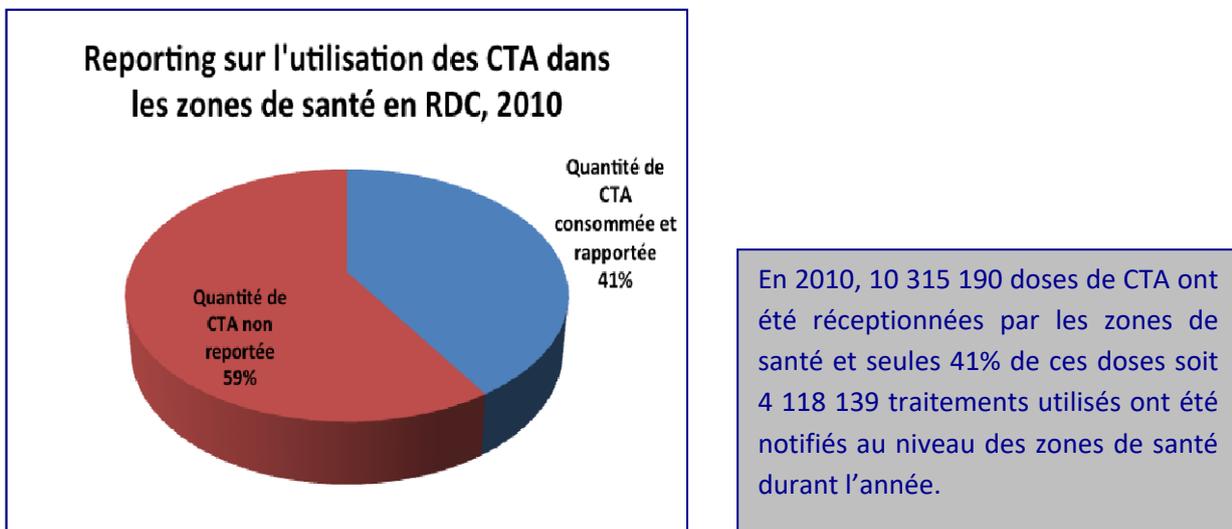


La figure 15 illustre la croissance du nombre des malades reçus en consultation externe dans les ZS et l'évolution subséquente des cas du paludisme.

**Figure 15 : Evolution des Malades reçus en consultation externe dans les structures sanitaires des zones de santé 2007 et 2011**



**Figure 16 : Utilisation des CTA en RDC en 2010**



De manière globale, en RDC, l'enquête à indicateurs multiples (MICS) 2010 a révélé que 27% des enfants de moins de 5 ans ont eu la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête. Parmi ces enfants, 39 % ont reçu des antipaludiques et seulement 23,8% d'entre eux ont reçu un traitement antipaludique endéans 24 heures suivant l'apparition de la fièvre. Des 39% des enfants mis sous antipaludiques pour paludisme simple, les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) représentent seulement 2,7% (y compris 1,1% dans les sites des soins communautaires) contre 24,8% pour la quinine, 8% pour l'Amodiaquine, 3,1% pour la chloroquine, 2,5% pour la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP), et 2% pour les autres antipaludiques.

## ▫ **Pharmacovigilance**

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique 2009-2013, il était prévu la notification des cas d'effets indésirables liés aux antipaludiques à travers le système national de pharmacovigilance. Par rapport à cette stratégie, depuis la création du Centre National de Pharmacovigilance en Juillet 2009, une collaboration entre celui-ci et le PNLP s'est établie et a permis le suivi des effets indésirables des ACT et autres antipaludiques utilisés dans 13 sites à Kinshasa. Les activités suivantes ont ainsi été prévues et réalisées:

- Conception et rédaction des outils de formation, de sensibilisation et de récolte des données de Pharmacovigilance;
- Validation de ces outils par les experts, de l'Université de Kinshasa, du PNLP, de l'OMS et de la Direction de la Pharmacie et du Médicament ;
- Formation de Points Focaux de Pharmacovigilance dans 13 sites sentinelles à KINSHASA ;
- Séances de sensibilisation dans les structures de santé concernées ;
- Visites de supervision et de récolte des fiches de notification ;
- Analyse des notifications et envoi au Centre international de Pharmacovigilance (Uppsala Monitoring Centre) ;
- Création des centres Provinciaux de Pharmacovigilance et donc l'extension des activités en province a été prévue et sera exécutée grâce au Round 10 Fonds Mondial.

Au total, 74 notifications sur les antipaludiques ont été récoltées, analysées et introduites dans la base des données internationale (Uppsala Monitoring Centre). Les activités continuent et devront s'amplifier avec la création des Centres Provinciaux de Pharmacovigilance prévue dans le cadre du Round 10 Paludisme du Fonds Mondial.

### **4.4.8 Analyse FFOM**

#### **Forces**

- Existence de la politique et guides techniques de prise en charge du paludisme ;
- Existence des cadres formés en paludologie et en prise en charge de paludisme ;
  - 71 cadres formés en paludologie,
  - 33 cadres formateurs centraux,
  - 208 formateurs provinciaux,
  - 595 membres des équipes cadres des Zones de Santé,
  - 4871 prestataires des soins (HGR, CS) formés à la prise en charge du paludisme,
  - 9520 relais communautaires promotionnels sur les pratiques clés du paludisme,
  - 2073 relais des sites des soins communautaires formés en PCIME C.

## Faiblesses

- Application insuffisante des directives et politique nationale de prise en charge du paludisme à tous les niveaux tant du secteur public que privé ;
- Faible rapportage sur la consommation des CTA et TDR dans les zones de santé ;
- Faible confirmation des cas ;
- Faible couverture des sites des soins communautaires ;
- Faible accessibilité des populations aux services de PEC du fait du coût élevé à l'accès aux soins ;
- Absence d'un groupe thématique PEC ;
- Persistance des molécules de monothérapie sur le marché et autres médicaments non autorisés;
- Système de pharmacovigilance encore en cours d'implantation;
- Faiblesse du système de contrôle de qualité du diagnostic ;

## Opportunités

- Disponibilité des financements et d'appui techniques des partenaires ;
- Mise à l'échelle progressive des sites de soins communautaires;
- Mise en place d'un Centre National de Pharmacovigilance (CNPV) ;
- Processus de création des centres provinciaux de Pharmacovigilance.

## Menaces

- Dépendance aux partenaires avec risque d'un faible alignement ;
- Multiplicité des antipaludiques non recommandés sur le marché.

### **4.4.9 Conclusions et Recommandations**

La prise en charge du paludisme en RDC a connu des progrès significatifs. Mais les résultats ne sont pas encore satisfaisants en termes de couverture, de promptitude de diagnostic et d'adéquation du traitement. Les indicateurs sur la prise en charge des cas de paludisme sont restés très en dessous des cibles à cause des insuffisances de planification, de mise en œuvre et de suivi. Les médicaments ne sont pas toujours disponibles dans les formations sanitaires et surtout au niveau des zones non appuyées. Les efforts doivent être fournis pour continuer à renforcer les capacités des prestataires des soins et rendre disponibles les TDR et les médicaments recommandés par la politique nationale de lutte contre le paludisme tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Il faudra par ailleurs améliorer le système d'approvisionnement et de gestion de stock des formations sanitaires pour limiter au maximum les ruptures fréquentes des intrants antipaludiques. Etant donné que la majorité des cas et décès dus au paludisme particulièrement chez les enfants de moins de 5 ans surviennent dans les communautés n'ayant pas un accès géographique facile aux structures de soins, l'extension des sites de soins communautaires constituerait une alternative indispensable. La mise en œuvre des recommandations suivantes s'avèrent alors nécessaires pour améliorer la qualité de la PEC et l'accessibilité aux soins :

- Vulgariser et harmoniser la nouvelle politique et des directives de prise en charge du paludisme à tous les échelons du système sanitaire y compris le niveau communautaire et le secteur privé et assurer le respect de la politique de prise en charge à travers une large concertation entre le PNLP, les partenaires, le secteur privé et tous les autres acteurs de mise en œuvre;

- Mettre à l'échelle les TDR et rendre effectif la confirmation biologique de tous les cas de paludisme avant traitement (TDR et microscopie) ;
- Poursuivre les efforts de renforcement de capacité des prestataires des soins en prévention et prise en charge des cas dans les 515 zones de santé tant dans le secteur public que privé (quantité et qualité) ;
- Introduire la nouvelle politique de prise en charge du paludisme dans le cursus de l'enseignement médical ;
- Elaborer un plan d'extension des sites des soins communautaires et rendre effectif la PEC communautaire ;
- Renforcer le rapportage des données des formations sanitaires en quantité et en qualité à travers le renforcement du système national d'information sanitaire et à travers la mise en place d'un système de contrôle qualité fonctionnel ;
- Etendre les activités de Pharmacovigilance dans toutes les provinces notamment à travers la création des Centres Provinciaux de Pharmacovigilance ;
- Créer un groupe thématique PEC ;
- Encourager la recherche opérationnelle et l'utilisation de leurs résultats par le programme ;
- Etablir et maintenir une collaboration concrète avec tous les acteurs pour assurer le contrôle de la circulation des médicaments anti paludiques dans le pays.

**DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE  
PRIORITES A AMELIORER**

- 1 Vulgariser et harmoniser la nouvelle politique et des directives de prise en charge du paludisme à tous les échelons du système sanitaire y compris le niveau communautaire et le secteur privé et assurer le respect de la politique de prise en charge à travers une large concertation entre le PNLP, les partenaires, le secteur privé et tous les autres acteurs de mise en œuvre;
- 2 Faire passer à l'échelle l'utilisation des TDR et rendre effectif la confirmation biologique de tous les cas de paludisme avant traitement (TDR et microscopie) ;
- 3 Poursuivre les efforts de renforcement de capacité des prestataires des soins en prévention et prise en charge des cas dans les 515 zones de santé tant dans le secteur public que privé (quantité et qualité) ;
- 4 Elaborer un plan d'extension des sites des soins communautaires et rendre effectif la PEC communautaire ;
- 5 Etablir et maintenir une collaboration factuelle avec tous les acteurs pour assurer le contrôle qualité des anti paludiques et mettre sur pied un groupe thématique sur la PEC.
- 6 En collaboration avec la coordination PCIME-C, Elaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement et/ou de passage à échelle des activités de prise en charge du paludisme dans les sites de soins communautaires afin d'accroître la proportion d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre bénéficiant promptement des moyens diagnostics et des traitements efficaces dans la communauté.

## **4.5 PLAIDOYER, CCC, IEC ET MOBILISATION SOCIALE**

### **4.5.1 INTRODUCTION**

En RD Congo la Communication en tant que axe de soutien aux stratégies de lutte contre le paludisme a été pendant longtemps négligée, voire oubliée, avec comme conséquence la difficulté de quantifier et de chiffrer ses effets. Par ailleurs, les activités de communication ont été effectuées de manière ponctuelle grâce seulement à l'appui des partenaires. Elles appuient et accompagnent ainsi toutes les activités de lutte antipaludique.

### **4.5.2 OBJECTIF DE LA STRATEGIE**

Comme appui aux activités du PNLP, la communication a pour objectif d'augmenter à au moins 80 % la proportion des personnes à risque du paludisme dormant sous MILD à travers le pays ainsi que de porter à au moins 90 % au niveau national la proportion de personnes ayant été informées sur la MILD, sur le TPI et sur l'utilisation des médicaments adoptés par la politique nationale de lutte contre le paludisme en RDC.

### **4.5.3 APPROCHES OPERATIONNELLES ET PERFORMANCES**

#### **Cibles**

Le plaidoyer vise, grâce à la sensibilisation de différents leaders, à élever la lutte contre le paludisme au rang des priorités des plans nationaux du secteur de la Santé et du Développement et à obtenir un engagement politique de haut niveau. Lequel se matérialise par la souscription du pays aux différentes déclarations (d'Abuja, Assemblée des NU, etc.), la mise en place du PNLP, le parrainage des grands événements par les plus hautes autorités du pays, l'instauration des journées dédiées à la lutte contre le paludisme (JALP, JMP), etc.

Quant à la Communication pour le changement des Comportements, elle vise à informer la population sur les facteurs de risque du paludisme et à la sensibiliser ou l'éduquer sur la manière de contrecarrer ses effets grâce à l'adoption des comportements favorables à la santé. Elle se mesure en procédant à des enquêtes sur les connaissances, les attitudes, les comportements et les pratiques actuels à partir de ceux du passé en rapport avec le paludisme ainsi que les interventions de lutte contre cette endémie. D'où, la nécessité d'identifier les messages clés de lutte contre le paludisme, d'élaborer et de diffuser des supports d'information, d'éducation et de communication à travers les médias appropriés et mettre plus l'accent sur la Communication interpersonnelle (CIP).

La mobilisation sociale vise à sensibiliser tous les ménages, c'est-à-dire la majeure partie de la population sur les mesures préventives de lutte antipaludique. De ce fait, elle constitue un atout dans la lutte contre le paludisme. Ce sont les relais communautaires (RECO), les agents de santé communautaire, les leaders traditionnels, les chefs de confessions religieuses, les autorités politico-administratives qui en sont les entités mobilisatrices.

## Résultats

### ▫ Plaidoyer

#### ✓ En 2000

- Engagement politique matérialisé par la participation de l'Ambassadeur de la RDC au sommet d'Abuja ;
- Détaxation des intrants de lutte antipaludique;
- Fabrication locale des MILD par l'usine UTEXAFRICA.

#### ✓ En 2001

- Affectation par les bourgmestres des communes de Kinshasa d'une partie des recettes générées par leurs entités administratives à l'assainissement du milieu ;
- Intégration du paquet minimum d'activité (PMA) de lutte contre le paludisme par le secteur privé lors de la commémoration de la Journée Africaine de Lutte contre le paludisme (JALP).

#### ✓ En 2002

- Adhésion à l'Initiative « Faire Reculer le Paludisme» (FPR).

#### En 2003

- Réhabilitation des bâtiments de travail du PNLP par des partenaires ;
- Création du Parlement des enfants qui avait entre autres missions la lutte contre le paludisme

#### ✓ En 2005

- Détaxation des MILD et exonération des intrants antipaludiques.

#### ✓ En 2006

- Engagement du Chef de l'Etat qui parle désormais du paludisme dans ses discours au pays et à l'ONU en le faisant passer pour une des priorités nationales du secteur de la Santé Publique.
- Mobilisation auprès des partenaires pour l'obtention des fonds des campagnes de distribution de masse des MILD;
- Mobilisation auprès des responsables religieux (Bundu Dia Kongo ou BDK au Bas Congo, l'église des noirs dans le District du Tanganyika, les hédonistes au Nord Kivu, les adeptes du Kitawala, les postolo au Katanga, en Equateur...) pour l'utilisation des MILD par ces groupes réfractaires aux interventions de santé.

#### ✓ En 2010

- Implication dans la lutte des importateurs, fabricants et grossistes du secteur pharmaceutique privé et leur invitation au respect de la politique nationale en matière de lutte contre le paludisme (suppression de la monothérapie,...).
- Implication et engagement des parlementaires dans la lutte contre le paludisme et création du RESPAL (Réseau des Parlementaires Congolais contre le paludisme) pour l'augmentation du budget alloué à la santé qui répond aux besoins de la population ainsi que la sensibilisation de leurs communautés de base respectives à adopter des comportements sans paludisme.

▫ **Communication pour le changement de comportement**

- **En 1999**
  - sensibilisation de vingt-neuf hôpitaux sélectionnés ainsi que la population habitant leurs environs dans la prise en charge (PEC) des cas graves de paludisme en provinces du Bandundu et du Bas Congo par des messages appropriés conçus, élaborés et pré testés pour le lancement de la campagne de l'utilisation des MILD à Kinkole ;
  - Etude CAP (Comportement, Attitude et Pratique) sur la promotion de l'utilisation des MILD dans les zones de santé de Kinkole-Maluku et Kindele à Kinshasa la capitale;
  - Elaboration des messages en rapport avec l'utilisation de la MII (ancienne appellation de la MILD) et la prise en charge du paludisme simple ;
  - Diffusion des spots et émissions radiotélévisées axées sur la lutte contre le paludisme.
  - Depuis 2006, l'appui à la micro planification et à la supervision de la communication en appui aux campagnes de distribution des MILD dans toutes les provinces du pays.
- **En 2000**
  - Organisation d'une étude CAP en rapport avec l'utilisation de la MILD ;
  - Elaboration des premiers messages et de la première boîte à images à l'issue de ladite étude ;
  - Première formation des cadres du PNLP sur la technique d'imprégnation des MILD, le marketing social et les techniques de communication.
- **En 2002**
  - Conception et élaboration des affiches sur la sulfadoxine pyriméthamine (SP) ;
  - Conception et utilisation de la première boîte à images dans les ZS revitalisées par l'UNICEF.
- **En 2005**
  - Actualisation des outils de communications (affiches, boîtes à images, guides techniques,...) portant sur la prise en charge du paludisme simple avec la combinaison artesunate + amodiaquine en cob lister ;
  - Vulgarisation de la nouvelle politique en matière de lutte contre le paludisme adoptée en 2005 ; cette vulgarisation se fait par l'organisation des jeux de rôle, sketch, théâtre ... comme moyens de communication ;
  - Sensibilisation jusqu'à ce jour du secteur privé, des responsables des églises et des leaders d'opinion sur le paludisme.
- **En 2006**
  - Appui à la microplanification et à la supervision de la communication en appui aux campagnes de distributions des MILD dans toutes les provinces.
- **En 2007**
  - Elaboration par le PNLP avec le Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel (EPSP) du projet dénommé « *Ecoliers contre le Paludisme* » qui devrait être mis en œuvre en 2011. Ce projet vise la sensibilisation des écoliers et de leurs proches contre le paludisme ;
  - Enseignement des leçons modèles sur la politique nationale de lutte contre le Paludisme dans les écoles primaires sélectionnées des communes de Matete et de Limete ;
  - Production et distribution des matériels et outils de communication (affiches, affichettes, notices, banderoles, autocollants, képis, T-shirt) dans les communautés et les structures des soins.

- **En 2009**
  - Formation des formateurs en cascade des Communicateurs pour la campagne de distribution des MILD;
  - Organisation de la campagne de lutte contre les rumeurs sur la toxicité supposée des MILD lors de la campagne de distribution effectuée à Kinshasa.
- **En 2010**
  - Actualisation des outils de communications (affiches, boîtes à images, guides techniques,...) portant sur la prise en charge du paludisme ;
  - Vulgarisation de la nouvelle politique en matière de lutte contre le paludisme adoptée en 2010 ;
  - Actualisation des spots sur le PMA du Paludisme;
  - Elaboration du plan de communication 2011-2015 du plan stratégique du PNLN aligné au PNDS ;
  - Production des outils de communication (affiches, banderoles, panneaux routiers...) pour la campagne de masse de distribution des MILD en cours dans le Bas Congo ;
  - Production et pré test des spots, boîte à images, affiches, cartes-conseils sur le PMA du Paludisme en 2010 ;
  - Production des matériels éducatifs suivants : un jeu de 8 cartes conseils; un aide mémoire de l'agent de santé pour la prescription de l'Artesunate+Amodiaquine;
  - Appui à l'élaboration des directives pour la planification et la mise en œuvre des activités de communication en faveur de la campagne de masse de distribution des MILD.

▫ **Mobilisation sociale**

- **De 2000 à 2001** : Célébration de la Journée Locale de lutte contre le Paludisme(JLP) ;
- **De 2001 à 2007** : Célébration de la journée Africaine de Lutte contre le Paludisme (JALP) ;
- **De 2008 à nos jours** : Célébration de la Journée mondiale du Paludisme (JMP).
- **En 2003**, Visite des RECO dans les ménages pour le suivi de l'utilisation effective et systématique des MILD;
- **En 2004** : Formation des RECO en marketing social et en techniques d'imprégnation des MILD ; RECO désignés sous l'appellation des « Agents marketeurs imprégnateurs » (A.M.I) ;
- **De 2005 à nos jours**
  - Implication des autorités politico - administratives dans la lutte contre le paludisme
  - Implication de la communauté dans la prise en charge des cas de paludisme (création des sites de soins communautaires)
- **En 2006**
  - Couverture médiatique lors des cérémonies de lancement officiel de la campagne de distribution des MILD est assurée depuis ;
  - Participation des RECO dans la sensibilisation pendant les campagnes de distribution de masse des MILD ;
  - Participation à la célébration de la Journée de la Communauté des Pays de l'Afrique australe (SADC) de lutte contre le paludisme.
- **En 2009**
  - Création et tenue de la ligne verte pour les appels téléphoniques gratuits en rapport avec la campagne de distribution des MILD en province Orientale et dans le Maniema ;
  - Négociation, par l'UNICEF, avec les cinq grandes confessions religieuses de la RDC, notamment l'Eglise Catholique, l'Eglise Protestante au Congo, l'Eglise Kimbanguiste, la Communauté Islamique au Congo et les Eglises de réveil au Congo pour leur implication dans le processus des campagnes de distribution des MILD.

#### ▫ **Marketing social**

- En 2004 : Formation des RECO en technique de CIP et en marketing social pour la promotion de la MILD.
- En 2009 :
  - Production des spots sur l'utilisation des MILD, le TPI et la PEC du Paludisme simple ;
  - Campagne de sensibilisation sur les méthodes de lutte contre le paludisme orchestrée par l'ONG Evangile sans frontières pour la libération intégrale (ESFLI) dans des grandes églises et lors de grandes rencontres sportives à Kinshasa et à Lubumbashi ;
  - Animation des émissions radiodiffusées sur la politique nationale de lutte contre le Paludisme.

#### **Renforcement des capacités**

- Formation de Parlementaires, Responsables religieux, Professionnels des médias sur les stratégies de la politique nationale de lutte contre le paludisme ;
- Formation des Professionnels de Santé;
- Formation des RECO sur la prévention et la PEC du paludisme et en CCC ;
- Formation de sept cadres du PNLP à l'Institut Régional de Santé Publique (OMS/ AFRO) à Ouidah ;
- Formation des cadres du PNLP en élaboration des outils et supports éducatifs et de communication ainsi qu'en pré test ;
- Formation des cadres provinciaux de santé sur l'élaboration de plans de communication dans les provinces du Sud Kivu et du Katanga ;
- Formation du personnel du PNLP sur les campagnes MILD.

#### **4.5.4 STRUCTURES DE MISE EN ŒUVRE**

Une Division chargée de l'Information, de l'Education et de la Mobilisation sociale, bref de la Communication existe au sein du PNLP. Elle est dirigée par un Chef de division qui est secondé par des chefs de services et de sections au niveau central et au niveau intermédiaire (province et district), il ya des chargé de la mobilisation et l'animateur communautaire au niveau de la zone de la santé (ZS). Un groupe de travail appelé Task Force regroupant tous les partenaires « FRP » existe depuis 2007. Il traite de toutes les questions relatives à la lutte contre le paludisme, voire celles traitant de communication.

Les directives en matière de communication sur le paludisme sont disponibles et le PNLP travaille en partenariat avec le Programme National de Communication pour la Promotion de la Santé (PNCPS) et les autres partenaires d'appui pour la Communication notamment SANRU, BM, ASF/PSI, C-CHANGE, AED-Netmark, OMS, UNICEF, BASICS, PNUD/FM...

## 4.5.5 ANALYSE FFOM

### Forces

- Elargissement du partenariat pour Communication et la Mobilisation communautaire ;
- Production de divers matériels éducatifs et promotionnels avec l'appui de différents partenaires dont l'OMS, l'UNICEF, USAID, DFID, Fonds Mondial avec l'appui technique de BASICS, PSI/ASF, C-CHANGE, SANRU... ;
- Collaboration avec tous les partenaires de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » (FRP) ;
- Capacité du PNLN à concevoir et à pré tester les outils de communication, à organiser les JALP et les JMP à la fois à Kinshasa et en provinces, à sensibiliser les autorités politico-administratives, les leaders des confessions religieuses, les professionnels des médias... sur le CCC ;
- Existence d'un plan national stratégique de Communication aligné au PNDS ;
- Existence des RECO impliqués dans la mobilisation communautaire ;
- Collaboration du PNLN avec les médias ;
- Existence des messages clés destinés à des cibles segmentées sur le paludisme ;
- Disponibilité des cadres formés en CCC au niveau du PNLN central et provincial ;
- Connaissance moyenne de la population sur le paludisme et sur la MILD.

### Faiblesses

#### ▫ Au niveau central

- Insuffisance de coordination et de leadership des activités de communication ;
- Pas d'études CAP au niveau national pour mesurer l'impact de IEC/CCC
- Faible plaidoyer pour amener le gouvernement à inscrire la lutte antipaludique dans les lignes budgétaires de la santé ;
- Non pérennité des activités de communication
- Absence du module de formation des enseignants au niveau de l'EPSP dans le cadre de lutte antipaludique ;
- Faible financement des activités de communication par rapport aux besoins réels du pays ;
- Absence des outils et supports de communication dans les CS et les AS à travers le pays ;
- Manque d'équipements adéquats à l'ère de nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC): appareils photographiques, caméras, dictaphones, magnétos, téléviseur, vidéoprojecteur, table de montage...
- Non validation des documents de travail produits en appui à la communication ;
- Non prise en compte du profil robot défini dans le job description de la Division IMS du PNLN lors du recrutement ou des affectations des agents ;
- Absence de concertation entre le PNLN et les partenaires lors de l'affectation des budgets de la Communication et de la production des supports et outils éducatifs.

#### Au niveau intermédiaire et périphérique

- Faible implication de la communauté aux activités de lutte contre le paludisme ;
- Absence des supports et outils éducatifs de communication au niveau BCZS, CS et HGR ;
- Absence des RECO formés dans certaines ZS et AS

## Opportunités

- Implication des partenaires dans la lutte contre le paludisme ;
- Existence des partenaires ayant en charge la communication en appui à la lutte antipaludique dans leurs programmes (SANRU, C-CHANGE, PROSANI, UNICEF, ASF/PSI, OMS, ESFLI);
- Prise en compte de la lutte antipaludique dans l’atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), dans le document des stratégies de croissance et de réduction de la pauvreté (DSCR) et le plan national de développement de santé (PNDS) ;
- Existence d’un cadre multisectoriel de concertation avec les partenaires engagés dans la lutte contre le paludisme ;
- Développement du partenariat public-privé dans la lutte contre le paludisme (cas de l’entreprise CFAO/Toyota dans la distribution de la MILD à tout son personnel avec l’appui du PNLP pour la sensibilisation) ;
- Adhésion des différentes communautés congolaises aux interventions actuelles de lutte antipaludique, notamment l’acceptation et l’utilisation de la MILD.

## Menaces

- Existence des poches d’insécurité et des groupes réfractaires à l’utilisation de la MILD à travers le pays ;
- Ignorance et faible degré de perception du risque de paludisme par la population ;
- Forte dépendance financière des partenaires.

### 4.5.6 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La communication étant une activité transversale, elle a accompagné faiblement le processus de la mise en œuvre de lutte antipaludique dans le pays au cours de la décennie écoulée. Les réalisations du PNLP dans les domaines de la prise en charge, du plaidoyer auprès des autorités tant politiques, coutumières que religieuses ainsi que des partenaires, de la prise de conscience collective vis-à-vis de cette maladie endémique, les succès et les échecs enregistrés ont connu de petites avancées grâce à la prise en compte de la Communication. Cependant, beaucoup reste à faire compte tenu de différents éléments relevés ci-dessus, notamment les faiblesses.

Cela étant, les recommandations suivantes doivent être prises en compte :

#### Au niveau du PNLP

- Rendre les activités de communication permanentes
- Trouver des mécanismes concrets de motivation des RECO pour l’efficacité de la charge qui leur incombe.
- Faire valider les documents de travail produits en appui à la communication avec l’aide des partenaires;
- Produire des supports éducatifs adaptés aux différentes catégories sociales et en quantité suffisante pour leur distribution dans les BCZS, CS, HGR...;
- Tenir compte du profil robot défini dans le job description de la Division IMS lors du recrutement ou des affectations des agents ;

- Développer de nouvelles stratégies en vue d'impliquer les OAC ainsi que toute la communauté à participer activement et efficacement dans les activités de lutte contre le paludisme ;
- Intégrer la cible "Prestataires des soins" pour l'acceptabilité de l'ASAQ ;
- Intensifier la formation des RECO, des leaders d'opinion, des chefs de confessions religieuses, des gradés d'élite au sein de l'Armée...
- Organiser une étude CAP pour permettre d'évaluer l'impact de la Communication dans ou des interventions de la lutte contre le paludisme dans les 11 provinces du pays.

#### **Au Ministère de la Santé**

- Allouer au PNLP des ressources financières suffisantes pour qu'il organise des activités de communication par rapport aux besoins réels et à la dimension du pays en vue de produire un impact conséquent;
- Doter le PNLP d'un équipement adéquat à l'ère de nouvelles technologies de l'information et de la communication : appareils photographiques, caméras, dictaphones, magnétos, téléviseur, vidéoprojecteur, table de montage... au regard des défis communicationnels de notre temps ;
- Améliorer les conditions de travail de ses fonctionnaires en général et, d'une manière particulière, celles de cadres et agents du PNLP;
- S'impliquer à tous les niveaux dans les activités de lutte contre le paludisme.
- Mener un plaidoyer assidu pour amener les autorités à prendre en compte les charges de la lutte antipaludique devant apparaître dans les lignes budgétaires ;
- Initier un plaidoyer visant la détaxation et la suppression des droits de douane à l'importation de tous les intrants de lutte antipaludique;
- Finaliser le processus de validation de la directive sur l'utilisation de l'Artemether-Lumefantrine ;
- Reconnaître aux communicateurs en santé le statut des professionnels de santé et les traiter conséquemment au lieu de les confondre aux administratifs ordinaires et aux animateurs communautaires le statut de cadre de l'équipe cadre de la ZS;
- Collaborer avec le Ministère de l'EPSP pour insérer le module d'enseignement sur le paludisme dans le programme du niveau primaire, secondaire et professionnel ;
- Collaborer avec le Ministère de la Communication et des Médias en vue de vulgariser davantage la politique nationale de lutte contre le paludisme et de sensibiliser toute la population à l'adoption de bonnes pratiques.

#### **4.5.7 ACTIONS PRIORITAIRES**

- Mettre à jour les outils et supports éducatifs de communication et les déployer dans les CS et les AS à travers le pays ;
- Former les RECO à l'échelle nationale, même dans les zones de santé difficiles d'accès ;
- Renforcer l'implication de la communauté dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme;
- Augmenter le budget alloué à la lutte contre le Paludisme en général et à la communication en particulier ;
- Renforcer la coordination pour les activités de communication, des interventions à base communautaire...
- Renforcer la participation communautaire ;

- Impliquer les enseignants, les leaders d'opinion, les chefs religieux et l'administration au niveau local et national ;
- Impliquer la participation de la communauté scolaire dans la lutte contre le paludisme ;
- Promouvoir la recherche par des enquêtes et la collecte des données sur terrain.

**IEC/CCC:  
PRIORITES A AMELIORER**

- 1 Renforcer les capacités de coordination du PNLP à travers l'amélioration du cadre de coordination et de l'augmentation du budget alloué à la communication ;
- 2 Améliorer le taux d'utilisation des ressources disponibles et faire appel aux expertises hors PNLP pour le renforcement de capacité des agents en IEC/Communication ;
- 3 Rendre disponible les outils de communication au niveau des FOSA et renforcer les activités de sensibilisation de manière permanente ;
- 4 Impliquer davantage le secteur privé dans les activités d'IEC.

## **4.6 PREPARATION ET RIPOSTE AUX EPIDEMIES DE PALUDISME**

### **4.6.1 Introduction**

Du point de vu épidémiologique, la RDC est subdivisée en régions endémiques et en régions à potentiel épidémique (Régions de l'Est de la RDC) et a adopté la stratégie régionale de l'OMS pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte. La mise en œuvre de cette stratégie suit son cours et produit déjà des données hebdomadaires de morbidité et de mortalité des maladies à potentiel épidémique y compris le paludisme. Il faut noter que très souvent les épidémies de paludisme coïncident avec des périodes de famine, de crise économique, de conflits armés ou de troubles sociaux et surviennent sur des populations appauvries, déplacées, affaiblies physiquement, non immunes ou atteintes d'autres maladies dans un contexte de faible couverture sanitaire. Situations qu'a connues le pays en 1996 et 2002 lors des graves crises socio politiques.

### **4.6.2 Politiques et directives**

La préparation et la riposte aux épidémies de paludisme est marquée en RDC par la quasi absence de politique clairement définie et de guides de surveillance épidémiologique, de préparation et de riposte aussi bien au niveau central qu'au niveau provincial et zonal.

### **4.6.3 Organisation**

Au sein du PNLP, le système de surveillance du paludisme est sous la responsabilité de la division de lutte contre les maladies. Le service de la surveillance épidémiologique qui dépend de cette division est chargé de ce volet. Plusieurs acteurs (INRB, UNIKIN, ESP), interviennent dans cette surveillance épidémiologique caractérisée par l'absence de définition de seuil épidémiologique. On note cependant l'existence d'un système de surveillance hebdomadaire des cas de paludisme et de comités multidisciplinaires de préparation et de riposte aux épidémies et aux urgences au niveau national, provincial et zones de santé qui constituent en ce moment les forces majeures de la surveillance et réponse aux épidémies.

### **4.6.4 Cycle des épidémies de paludisme**

Le cycle des épidémies du paludisme est très faiblement documenté en RDC. Elles surviennent de manière sporadique et le plus souvent au niveau des zones de santés situés dans les régions des hautes montagnes.

### **4.6.5 Le paludisme en situation d'urgence.**

La prise en charge des épidémies en situation d'urgence est surtout planifiée et organisée par les partenaires en collaboration avec les provinces concernées. Le PNLP est très peu impliqué mais les données sont partagées avec le Ministère de la Santé.

### **4.6.6 Stratification du risque et de la transmission du paludisme.**

Il faut retenir que la stratification épidémiologique du paludisme en RDC est très ancienne remontant aux années des indépendances, peu précise et nécessite une mise à jour. A ce jour, on décrit toujours les trois faciès épidémiologiques que sont :

- **Les faciès équatorial** (forêts et savanes post forestières) où la transmission anophélienne est intense et permanente, pouvant atteindre 1000 piqûres infectées par personne et par an permettant 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** (les savanes humides) où la transmission est à recrudescence saisonnière longue durant la saison des pluies (5 à 8 mois) avec en moyenne 60 à 400 piqûres infectées par personne et par an. Au niveau de ces zones, 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.
- **Le faciès montagnard** (zones entre 1000 et 1500 mètres d'altitude où 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 dans toutes les tranches d'âge de la population. Au niveau de ces zones, le paludisme s'exprime sous forme de recrudescences aiguës annuelles exposant ainsi à des cycles d'épidémies peu documentés.

#### 4.6.7 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. 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 entre 2,8 et 620,5 piqûres/personne/an à Kinshasa et l'indice sporozoïtique va jusqu'à 7.2% en milieu urbain.

#### 4.6.8 Objectifs et indicateurs de performance

L'objectif de la surveillance épidémiologique est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme par la mise sur pied d'un système d'alerte précoce et de gestion des épidémies de paludisme à travers :

- La Détection précoce des épisodes épidémiques pour une riposte rapide ;
- La Maitrise d'au moins 80 % des épidémies dues au paludisme conformément aux directives nationales d'ici 2015 ;
- Le Contrôle de 100% des épidémies détectées dans les deux semaines qui suivent leur détection ;
- L'Évaluation des mesures préventives de lutte contre le paludisme ;
- Le Suivi des tendances du paludisme.

#### 4.6.9 Résultats des prestations de services

Les résultats obtenus entre 2000 et 2010 ne sont pas très encourageants. Il a été noté une importante augmentation de la morbidité et de la mortalité palustres dans les ZS endémiques. Les flambées des cas d'épidémie n'ont pas reçu les ripostes appropriées. La notification des cas et l'absence d'indicateurs clairement définis pour la détection des épidémies restent encore des

faiblesses au niveau du programme et expliquent en grande partie la faible documentation des cycles d'épidémies au niveau du pays les dix dernières années.

- **Prévision des épidémies de paludisme**

La prévision des épidémies s'appuie sur deux éléments : le suivi des facteurs de risque et la collecte des données d'incidence. La diversité de l'environnement rend la RDC susceptible aux épidémies de Paludisme. La variabilité du climat en association avec les différences d'altitude et les autres facteurs tels que la densité de population, la migration, l'utilisation incontrôlée des terres, la gestion de l'eau notamment, le développement des étangs de poisson, l'irrigation des champs et la canalisation des cours d'eau ainsi que les mouvements transfrontalières des populations et des vecteurs favorisent l'émergence d'épidémies. C'est ainsi que quatre provinces sont considérées comme étant à risque épidémique avec des variabilités internes. Ces quatre provinces à risque épidémique comportent soixante trois zones de santé avec une population de plus de 20 millions d'habitants.

- **Préparation et planification aux épidémies de paludisme.**

Les comités locaux pour la lutte contre les épidémies sont déjà installés dans le cadre global de la lutte contre les épidémies. Cependant au niveau des zones à risque épidémique, ces comités ne sont pas orientés et entraînés à la lutte contre les épidémies du paludisme.

- **Alerte précoce et surveillance des épidémies.**

La détection précoce des épidémies de paludisme basée sur les données de morbidité dans les formations sanitaires ne donne pas une marge de temps suffisante pour la mise en œuvre de la riposte appropriée ; une mise en place d'un système d'alerte précoce est nécessaire. Il devra être basé sur la surveillance des facteurs de risque et de vulnérabilité de la transmission du paludisme et sur les analyses rétrospectives des données épidémiologiques, entomologiques, environnementales, climatologiques, géographiques en collaboration avec l'appui des institutions de recherches et de formation. Une collaboration entre le secteur de la santé et les autres secteurs (météorologie, environnement, agriculture, institut national de géographie, etc.) doit être aussi établie pour renforcer le système d'alerte précoce.

- **Intervention rapide face aux épidémies de paludisme.**

Un accent particulier est mis sur les activités de routine de lutte contre le paludisme dans les zones à risque d'épidémies de paludisme : moustiquaires imprégnées, traitement présomptif intermittent chez les femmes enceintes (TPI), assainissement du milieu, mobilisation sociale, PEC, etc. Cependant, il faut noter l'absence de pré-positionnement des ces intrants nécessaires à la riposte au niveau des zones à potentiel épidémique.

- **Systèmes nationaux de lutte contre le paludisme en cas d'épidémie ou de situation d'urgence.**

En RDC le comité de lutte contre les épidémies existe à tous les niveaux ,les comités locaux pour la lutte contre les épidémies sont déjà installés dans le cadre global de la lutte contre les épidémies, mais ne sont pas orientés et entraînés à la lutte contre les épidémies de paludisme et en collaboration avec l'équipe du DLM et bureau central de la Zone de Santé, l'état de préparation à la riposte aux épidémies du paludisme et autres problèmes en rapport avec la situation épidémiologique .

- **Plaidoyer, IEC/CCC et participation communautaire.**

Il n'existe malheureusement pas une approche spécifique de l'IEC/CCC pour appuyer la prévention et la riposte aux épidémies de paludisme. Les activités sont menées en cas d'épidémie et consistent en une brève formation des acteurs de terrain et des relais communautaires les changements de comportement à adopter et sur les méthodes de prévention.

#### **4.6.10 Analyse des forces, faiblesses**

##### **Forces**

- Existence de la division de surveillance épidémiologique du paludisme au sein du PNLP ;
- Existence d'un guide national de surveillance Intégré des maladies à potentiel épidémique dont la surveillance du paludisme ;
- Intégration du paludisme dans la surveillance hebdomadaire intégrée des maladies ;
- Existence d'une comite nationale de lutte contre les épidémies.

##### **Faiblesses**

- Absence de cartographie actualisée des zones à potentiel épidémiques ;
- Absence de définition des seuils épidémiques au niveau des ZS ;
- Absence de formation sur la détection et la riposte ;
- Faible capacité d'analyse et d'utilisation des données des centres de santé ;
- Faible système de documentation des épidémies ;
- Faible implication des communautés et des autorités dans la détection des épidémies ;
- Absence de collaboration du PNLP avec le service de météorologie et le Ministère de l'environnement ;
- Absence de stocks de sécurité en pré-positionnement dans les zones a potentiel épidémiques
- Faible appui financier et technique pour les activités de la surveillance épidémiologique.

##### **Opportunités**

- Existence d'une base de données informatisée jusqu'au niveau de zone de santé ;
- Présence des partenaires sur le terrain.

##### **Menaces**

- Des variations climatologiques de plus en plus importantes ;
- Résistance croissante du parasite et du vecteur aux insecticides ;
- Insécurité à l'est du pays entraînant des déplacements massifs de population.

#### **4.6.11 Conclusions et Recommandations**

Malgré l'existence de comités multidisciplinaires de préparation et de riposte aux épidémies et la surveillance hebdomadaire des cas de paludisme, le système d'alerte et de riposte aux épidémies restent encore faible du fait de la non maîtrise du seuil épidémiologique, de la faible capacité des agents à analyser les données et à faire face aux épidémies, du faible niveau de collaboration avec les services météorologiques et du faible niveau de financement des activités de la surveillance. Plusieurs recommandations ont été ainsi formulées et devraient permettre d'améliorer de volet très important pour la lutte contre le paludisme en RDC surtout au niveau des zones à potentiel épidémique. Il s'agit essentiellement de :

- Réaliser une cartographie des ZS à potentiels épidémiques et d'établir des seuils d'alerte par ZS ;
- Renforcer la collaboration du PNLP avec le service de météorologie et le Ministère de l'environnement ;
- Impliquer les communautés et les autorités dans la détection des épidémies ;
- Renforcer les capacités d'analyse et d'utilisation des données dans les FOSA ;
- Pré-positionner des stocks de sécurité dans les zones à potentiel épidémiques ;
- Actualiser la cartographie des zones à potentiel épidémiques ;
- Assurer des stocks de sécurité en quantité suffisante ;
- Finaliser le document de politique de gestion des épidémies

**PREPARATION ET RIPOSTE AUX EPIDEMIES  
PRIORITES A AMELIORER**

1. Déterminer les seuils d'alerte au niveau des différentes localités du pays;
2. Améliorer la collaboration entre le PNLP lala Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM ou 4<sup>ème</sup>Direction) pour l'analyse et l'utilisation des données déjà disponibles;
3. Actualiser la cartographie des zones à potentiel épidémique ;
4. Mettre à jour les documents normatifs de préparation et de riposte aux épidémies ;
5. Renforcer les capacités de l'équipe du PNLP et des équipes cadre des ZS de santé sur la surveillance épidémiologique y compris la gestion des épidémies et des urgences pour un appui technique efficace aux FOSA.

## 4.7 SURVEILLANCE, SUIVI EVALUATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE

### 4.7.1 Politique, directives, coordination

Le plan stratégique du programme de la lutte contre le paludisme en RDC vise à garantir les résultats des activités de surveillance et l'évaluation dans le cadre de leur plan stratégique national. La politique nationale de lutte contre le paludisme adoptée en 2005 recommande, outre le système de routine, la mise en place de sites sentinelles pour pouvoir accélérer la mise en œuvre de l'initiative « FRP ». La surveillance par sites sentinelles devient donc un système complémentaire qui permet la collecte des indicateurs non couverts par la surveillance de routine. En matière de recherche opérationnelle l'accent est mis sur le renforcement des capacités locales en matière de recherche et la promotion d'évaluations régulières de la situation du paludisme dans le pays portant notamment sur les déterminants écologiques, sociaux et économiques de la maladie.

### 4.7.2 Ressources humaines, formation et renforcement de capacité

Tableau 8 : Ressources Humaines

| Division                     | Effectif du personnel | Formation de base   | Formation en cours d'emploi  |
|------------------------------|-----------------------|---|--|
| Surveillance Epidémiologique | 3                     | - Médecin, spécialiste en santé publique, DES Economie et Développement<br><br>- Médecin<br><br>- Infirmière A1 | - Paludologie (2010), Surveillance épidémiologique, S&E (Moscou 2011), Management des SSP (2004)<br><br>- Paludologie (2011)                 |
| Suivi et Evaluation          | 2                     | - Médecin, Spécialiste en Santé Publique<br><br>- Tech. Assainissement  | - Suivi et Evaluation(Ouagadougou, 2011), Surveillance épidémiologique (2012), Management des SSP (2004)<br><br>- Gestion des données (2010) |
| Recherche Opérationnelle     | 1                     | - Biologiste médical, spécialiste en santé publique   | - Politique et gestion d'un programme des soins de santé (Séoul, 2011)   |

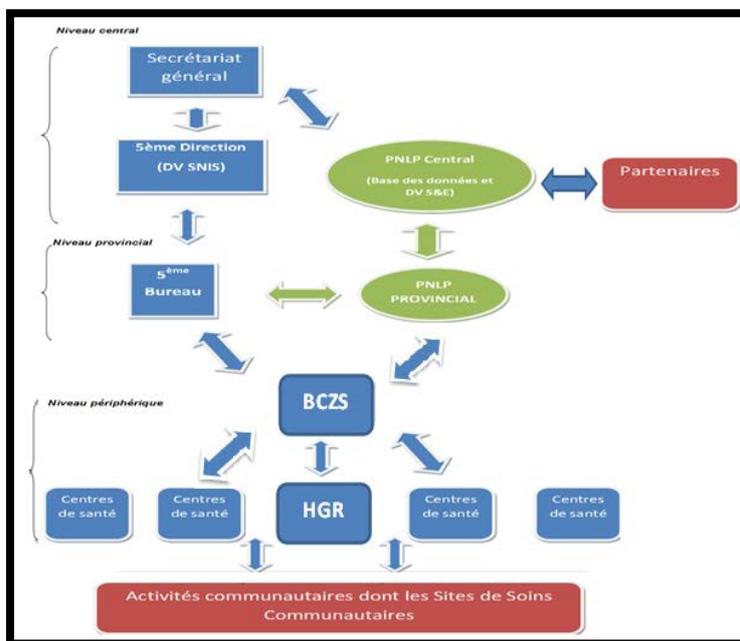
### 4.7.3 Système d'information de routine

Le PNLP a trois niveaux de collecte et d'exploitation des données :

- **Le niveau périphérique** où l'ECZ compile les rapports provenant des centres de santé et des hôpitaux généraux de référence. Il centralise les données collectées dans le logiciel GESIS qui est une base en Access. Il analyse, interprète et valide les données lors de la réunion de monitoring en présence de tous les infirmiers titulaires et un feed-back leur est donné immédiatement. L'ECZ transmet les données validées au bureau de l'inspection provincial.

- **Le niveau provincial** où l'exploitation des données sur le paludisme se fait par les « data manager » des équipes provinciales paludisme à partir des formulaires SNIS en provenance des zones de santé. Elles sont alors compilées, analysées et validées à ce niveau. Les incohérences sont détectées lors de la saisie des données dans la base qui marque en rouge les chiffres incohérents. Dans ce cas-là, le data manager inter agit directement avec la zone de santé concernée. Le rapport est validé par le Chef de Service Provincial avant d'être transmis au niveau national
- **Le niveau central** : Après validation des données par le data manager provincial, les données sont transmises au niveau du PNLP directement au gestionnaire des données avec copie au chef de division suivi & évaluation et au Médecin Directeur du PNLP. Le gestionnaire du PNLP vérifie la cohérence des données et valide avant de saisir les données dans la base. Les données sont exploitées au niveau de la division de Suivi & Evaluation qui élabore les différents rapports.

**Figure 17 : Circuit de transmission des données du PNLP**



Le PNLP utilise présentement une base des données en Excel qui lui permet de faire la saisie et l'analyse des données selon les indicateurs clés de suivi. Des visites de suivi des activités et des supervisions permettent parfois de vérifier et de compléter les données transmises par le niveau inférieur. Ces descentes sur terrain se font à un rythme trimestriel du niveau central vers le niveau provincial et du niveau provincial sur le niveau périphérique. Il faut cependant noter que ce système est peu fonctionnel du fait de l'insuffisance des moyens de

supervision à tous les niveaux, des outils de collecte et de transmission des données au niveau opérationnel, de la faible capacité d'analyse des données des agents du niveau périphérique et la faible utilisation des données au niveau intermédiaire et périphérique.

#### 4.7.4 Système de surveillance sentinelle

Le système de surveillance sentinelle permet de fournir des données qui renseignent sur les tendances de certains indicateurs à partir d'informations complémentaires spécifiques qui ne sont pas recueillies par le système de routine. Celles-ci sont recueillies au niveau des 11 sites sentinelles fonctionnelles sur les 30 prévues. Ces sites devraient couvrir les aspects épidémiologiques, parasitologiques, entomologiques et pharmacologiques. Les 11 sites sentinelles opérationnels sont :

1. Kimpese (Bas congo)
2. Vanga (Bandundu)
3. Bolenge (Equateur)
4. Ruthuru (Nord kivu)

5. Kalima (Maniema)
6. Mwene Ditu (Kasai oriental)
7. Katana (Sud kivu)
8. Kapolowe (Katanga)
9. Kabondo (Province orientale)
10. Mikalayi (Kasai occidental)
11. Kingasani (Kinshasa)

Les autres sites prévus et qui ne sont pas encore fonctionnels sont :

- ✓ Province de l'Equateur : Bolenge, Karawa, Tandala et Bikoro
- ✓ Province orientale : Kabondo Bunia, Wamba et Waniarukula
- ✓ Province de Maniema : Kalima et Kasongo
- ✓ Province du Sud Kivu : Katana et Uvira
- ✓ Province du Katanga : Kapolowe, Manika, Kalemie et Sandoa
- ✓ Province du Bas Congo : Kimpese, Kangu et Mbanu Ngungu
- ✓ Ville Province de Kinshasa : Kingasani et Binza Ozone
- ✓ Province du Kasai occidental : Mikalayi et Kamonya
- ✓ Province de Nord Kivu : Rutshuru et Musienene
- ✓ Province du Bandundu : Vanga, Idiofa et Bandundu
- ✓ Province du Kasai oriental : Mwene Ditu et Dikundu-Tshumbe

#### **4.7.5 Plan de suivi et d'évaluation**

Le PNLP dispose d'un plan de Suivi et Evaluation spécifique aligné sur le plan stratégique national de lutte contre le paludisme pour la période de 2009-2013. Ce plan de Suivi et Evaluation est en train d'être révisé pour s'aligner au plan stratégique national 2011-2015 qui lui-même sera aligné au plan national de développement sanitaire (PNDS) après révision.

#### **4.7.6 Cadre de collaboration avec les institutions de recherche**

La recherche liée au contrôle du paludisme est placée sous la responsabilité d'un groupe thématique de la TASK FORCE de l'initiative « FRP ». Cependant, le mécanisme de coordination de ce groupe thématique rest encore peu fonctionnel.

#### **4.7.7 Enquêtes sur le paludisme**

Les principaux thèmes de recherche sur le paludisme sont définis au cours de l'analyse de la situation de chaque stratégie lors de l'élaboration du plan stratégique. Ces enquêtes permettent au PNLP d'avoir une vision sur les interventions et les orientations pointues en identifiant des solutions aux problèmes qui se posent dans la pratique. Cependant peu de recherches ont été menées du fait du faible niveau de financement et du faible cadre de collaboration avec les instituts de recherche.

#### **4.7.8 Rapports sur le paludisme**

Les rapports sur le paludisme sont élaborés à plusieurs niveaux de la pyramide sanitaire. Les rapports élaborés au niveau des CS et de l'HGR sont envoyés au BCZS où l'ECZS compile tous les rapports et organise une réunion de validation des données. Et puis l'ECZS envoie le rapport au

niveau provincial où l'on compile les rapports venant de toutes les zones de santé. Après validation, le rapport est envoyé au niveau national. Le PNLP central compile à son tour les rapports venant de toutes les provinces et élabore le rapport du programme qui sera partagé avec tous les partenaires.

#### 4.7.9 Système informatique et base de données sur le paludisme

Les données sur le paludisme sont produites au niveau opérationnel où elles sont archivées sous format dur, au niveau provincial ces données sont saisies dans une base en excel et elles sont envoyées au niveau national par internet. A ce niveau elles sont aussi compilées dans une base en excel. L'archivage est électronique dans plusieurs machines de la Division de Suivi et évaluation.

#### 4.7.10 Progrès vers l'atteinte des objectifs

*Tableau 9: Evolution des Indicateurs et Cibles du Programme*

| N° | Indicateurs  | 2001 | 2007    | 2010  |
|----|--|------|---------|-------|
| 1  | Ménages avec au moins une MILD   | ND   | 9,2%    | 50,9% |
| 2  | Femmes enceintes dormant sous MILD   | ND   | 7,1%    | 42,6% |
| 3  | Enfants de moins de 5 ans dormant sous MILD                                    | 0,7% | 5,8%    | 38,1% |
| 4  | TPI par rapport aux femmes enceintes dans la communauté                        | ND   | 5,1%    | 20,8% |
| 5  | Proportion d'enfants de moins de 5 ans traités correctement selon la politique | ND   | 5,8%(*) | 2,7%  |
| 6  | Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre                             | 41%  | 31%     | 27%   |

On note une tendance à l'amélioration des indicateurs entre 2007 et 2010 excepté l'indicateur en rapport avec le traitement correct du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans. Cependant les objectifs de couverture universelle restent encore à atteindre.

**Tableau 10 : Évaluation du plan de recherche 2007 – 2011**

| Domaine de recherche                                     | Nombre d'études réalisées | Nombre d'études prévues | Taux réalisation |
|--|---------------------------|-------------------------|------------------|
| Recherche sur la connaissance du paludisme               | 0                         | 3                       | 0%               |
| Recherche sur la prise en charge du paludisme            | 2                         | 6                       | 33%              |
| Recherche sur la prévention du paludisme                 | 3                         | 6                       | 50%              |
| Etudes sur les aspects sociaux économiques du paludisme. | 0                         | 2                       | 0%               |
| Recherche sur les phytomédicaments antipaludiques        | 0                         | 6                       | 0%               |
| <b>Total</b>   | <b>5</b>                  | <b>23</b>               | <b>22%</b>       |

Le nombre d'études réalisées reste faible avec 5 études sur 23 prévues soit 22% de taux de réalisation. Ceci est dû à beaucoup d'aléas entre autres la disponibilité des ressources financières, la requalification du plan stratégique 2007-2011 en plan stratégique 2009-2013 pour l'adapter à certaines exigences de lutte.

Durant la période 2000 – 2005, la plupart des études ont porté sur l'efficacité thérapeutique des antipaludiques et la lutte contre le vecteur grâce à l'appui financier et technique du CDC Atlanta et de l'OMS en collaboration avec l'INRB, l'Ecole de Santé Publique(ESP) et l'Université de Kinshasa (faculté de médecine). Un cadre de collaboration a été mis en place et dénommé « Projet CDC Malaria ». Il fut placé sous la tutelle de l'ESP de l'UNIKIN et a pu conduire plusieurs études pour le PNL.

**Tableau 11 : Etudes sur le paludisme réalisées dans le cadre du « Projet CDC Malaria »**

| N° | Sujets de Recherche  | Période        |
|----|--|----------------|
| 1  | Etude de la prévalence du paludisme chez les enfants dans les écoles et la communauté dans les ZS de Biyela, Kikimi et Kingasani à Kinshasa                |                |
| 2  | Enquêtes entomologiques à Kingasani, Kikimi et Biyela  |                |
| 3  | Etude CAP de la population de Kinshasa (Kingasani et Bandalungwa) en rapport avec le paludisme.  |                |
| 4  | Etude de la prévalence du paludisme et de l'anémie chez les enfants dans les écoles et la communauté dans les ZS de Biyela, Kikimi et Kingasani à Kinshasa |                |
| 5  | Cartographie des structures dans les ZS de Biyela, Kikimi et Kingasani par le système GPS.   |                |
| 6  | Etude de la prévalence de la malaria et de l'anémie chez les enfants dans la communauté à Goma et Kisangani.   | Aout 2001      |
| 7  | Cartographie du paludisme par le système GPS dans les ZS de Biyela, Kikimi et Kingasani par le système GPS   | 2003           |
| 8  | Etude de la prévalence de la malaria et de l'anémie chez les enfants dans les écoles et la communauté Kimpese  |                |
| 9  | Recensement de la population des ZS de Biyela, Kikimi et Kingasani.  |                |
| 10 | Etude de la prévalence du paludisme pendant la grossesse à Kikimi et Kimpese   | Avril-Mai 2002 |
| 11 | Etude de la prévalence de la malaria et de l'anémie chez les enfants dans les écoles et la communauté à Nkamba   | Juin 2002      |
| 12 | Enquêtes entomologiques à Kimpese et Lukala  |                |
| 13 | Etude de la mortalité et de la morbidité du paludisme dans la ZS de Kikimi (26.242 ménages)  |                |
| 14 | Etude sur la rémanence de MII  |                |
| 15 | Etude de la qualité et quantité des CPN à Kinshasa et Bolenge  |                |
| 16 | Etude de la qualité et du rôle de la microscopie du paludisme à Kinshasa et à Kimpese.   | 2003           |

#### 4.7.11 Analyse des forces et faiblesses

##### Forces

- Existence d'un plan de suivi et évaluation 2009-2013 ;
- Processus en cours pour l'intégration des indicateurs de lutte contre le paludisme dans le SNIS réduisant le nombre des formulaires au niveau opérationnel ;
- Formation des personnels de suivi et évaluation du PNLP en RDQA (contrôle de qualité des données) ;
- Démarrage du processus de mise à jour du plan de suivi et évaluation pour alignement sur le plan de suivi et évaluation du PNDS.

##### Faiblesses

- Stratification épidémiologique du paludisme très ancienne
- Insuffisance des outils de collecte et de transmission des données au niveau des zones de santé ;
- Absence d'un guide de surveillance sentinelle du paludisme ;

- Faible proportion des zones de santé avec sites sentinelles réellement fonctionnels : 11/30 prévue ;
- Insuffisance de moyens de supervision de la collecte des données à tous les niveaux ;
- Faible implication des laboratoires dans le système de surveillance ;
- Audit des données non réalisées au niveau des zones de santé ;
- Base de données sur le Paludisme (GMP) non encore fonctionnelle ;
- Cadre de coordination des acteurs et de partage de données avec les partenaires peu opérationnel ;
- Faible niveau de réalisation des études (5/23, soit 22%) prévues par le plan quinquennal de recherche PNLP 2007 – 2011 ;
- Non intégration des systèmes de suivi au niveau communautaires (RECO et Sites de soins communautaires) dans le SNIS.

### **Opportunités**

- Renforcement du système de Surveillance, Suivi et Evaluation avec le Round 8 Paludisme ;
- Mise en place d'une inter connexion des provinces avec le Secrétariat Général à la Santé ;
- Renforcement du SNIS dans les 396 autres zones de santé ;
- Intérêt des partenaires à la recherche.

### **Menaces**

- Réduction des financements extérieurs ;
- Retard de décaissement des fonds ;
- Insécurité dans certaines provinces empêchant une bonne réalisation des activités.

## **4.7.12 Conclusions et Recommandations**

Le système de surveillance, suivi et évaluation du paludisme reste à être renforcé tant du point de vue de renforcement de capacité que du point de vue de l'intégration parfaite au niveau du SNIS. La base de données GMP qui devrait renseigner le système national sur les indicateurs spécifiques au paludisme devrait être aussi renforcé afin de garantir un meilleur suivi de des résultats du programme. Les recommandations suivantes devraient contribuer à améliorer ce système et à élargir le cadre de collaboration et partage des informations avec tous les partenaires :

- Renforcer la capacité des acteurs dans le domaine de la surveillance épidémiologique, du suivi et évaluation et de la recherche opérationnelle ;
- Améliorer la qualité et la promptitude des données épidémiologiques hebdomadaires et mensuelles ainsi que celles se rapportant aux interventions de lutte antipaludique ;
- Améliorer la gestion et l'utilisation des données épidémiologiques hebdomadaires et mensuelles ainsi que celles se rapportant aux interventions de lutte antipaludique ;
- Renforcer le partage systématique des informations du paludisme ;
- Mettre à jour régulièrement le profil épidémiologique du pays à travers la collecte et l'analyse régulière des données de routine sur la morbidité palustre;

- Mettre à jour la stratification épidémiologique basée sur la prévalence du paludisme au niveau des zones de santé par la réalisation d'une enquête MIS ou une EDS couplée à un test parasitologique pour la recherche du paludisme.
- Finaliser l'alignement du plan de suivi et évaluation au plan de suivi et évaluation du PNDS ;
- Programmer et exécuter en collaboration avec le B5 des audits réguliers des données (semestriels) au niveau des zones de santé ;
- Accélérer la mise en place et la fonctionnalité du logiciel GMP ;
- Renforcer le cadre de coordination des acteurs et des partenaires impliqués dans la surveillance épidémiologique, du suivi et évaluation et de la recherche opérationnelle ;
- Formaliser et renforcer les cadres de coordination et d'échange des travaux de recherche sur le paludisme ;
- Définir la procédure pour le circuit des études sur le paludisme, partant de l'adoption du protocole, du suivi des études, jusqu'à la validation des résultats en passant par l'approbation du comité d'éthique.

**SURVEILLANCE, SUIVI EVALUATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE:  
PRIORITES A AMELIORER**

- 1 Renforcer le cadre de collaboration entre le PNLP et les institutions de recherche pour une meilleure planification des études et un meilleur partage des résultats ;
- 2 Réaliser d'une enquête MIS ou une EDS couplée au test parasitologique pour la recherche du paludisme en vue de mettre à jour le profil épidémiologique du paludisme ;
- 3 Améliorer le système de collecte et de rapportage des données à travers le renforcement de la supervision et le renforcement du système de contrôle qualité (développement de Plan de contrôle et de validation des données à tous les niveaux) ;
- 4 Renforcer les capacités du personnel dans l'analyse et l'utilisation des données.

## **4.8 LA PREVENTION DU PALUDISME ET DU TRAITEMENT DURANT LA GROSSESSE**

### **4.8.1 INTRODUCTION**

La femme enceinte constitue un groupe cible dans la stratégie de lutte contre le paludisme. En effet pendant la grossesse, elle connaît une baisse d'immunité et une infestation placentaire qui sont souvent responsables de l'anémie maternelle, du faible poids de l'enfant à la naissance, de l'augmentation de la mortalité néo-natale, de l'avortement ou de décès de la mère en particulier chez les primigestes.

En RDC, la santé de la mère et de l'enfant est caractérisée par une augmentation du taux de mortalité maternelle qui est passé d'une moyenne nationale de 870 en 1995 à 1837 pour 100.000 naissance vivante en 1998 (ELS 1992), la mortalité infanto-juvénile est de 213 pour 1000 naissance vivante (MICS2 ,2001).

C'est depuis 1999 que la RDC a mis en place la stratégie de traitement présomptif intermittent (TPI) avec la chloroquine qui était donnée à la femme enceinte. En 2001, le pays a adopté la sulfadoxine pyriméthamine (SP) pour sa politique en matière de prise en charge des cas simples et de la prévention du paludisme pendant la grossesse. Et en 2005, lorsque les résistances du *Plasmodium* à la SP ont été documentées, la SP n'a été réservée que pour le TPI.

#### **4.8.2 POLITIQUE, NORMES ET DIRECTIVES**

La femme enceinte constitue un groupe privilégié à risque. En effet deux constats sont à retenir :

- Les épisodes du paludisme sont plus fréquents chez la femme enceinte.
- La gravité du paludisme est exacerbée pendant la grossesse.

Ainsi pour protéger la femme enceinte, le PNLN préconise :

- Application correcte du TPI à chaque femme enceinte admise à la CPN à la 16<sup>è</sup> et 28<sup>è</sup> semaine.
- Livraison d'une MILD à chaque femme enceinte au cours de la première consultation prénatale.
- Diagnostic précoce, traitement rapide et correct de tout accès palustre chez les Femmes enceintes.
- La référence de toute femme enceinte avec paludisme reçue au centre de santé.

#### **Prévention du paludisme pendant la grossesse**

La politique, les normes et directives du PNLN précisent que toutes les femmes enceintes doivent recevoir le TPI et une MILD concomitamment pendant la CPN.

Avant 2001, le TPI se faisait avec la chloroquine chez la femme enceinte en deux doses à la 16<sup>ème</sup> et 28<sup>ème</sup> semaine de grossesse. Les études d'efficacité thérapeutique ayant démontré une forte résistance du *P. falciparum* à ce médicament, la RDC a changé de politique en adoptant la Sulfadoxine pyriméthamine (SP) pour le TPI.

Le TPI consiste en l'administration de 2 doses de la SP (500mg/25mg) à la femme enceinte séronégative dès l'apparition des mouvements actifs du fœtus au deuxième et troisième trimestre de la grossesse, pour prévenir les conséquences du paludisme et la protéger contre les risques d'une infection asymptomatique fréquente en zone de transmission stable. Les doses de TPI doivent être espacées d'au moins 4 semaines.

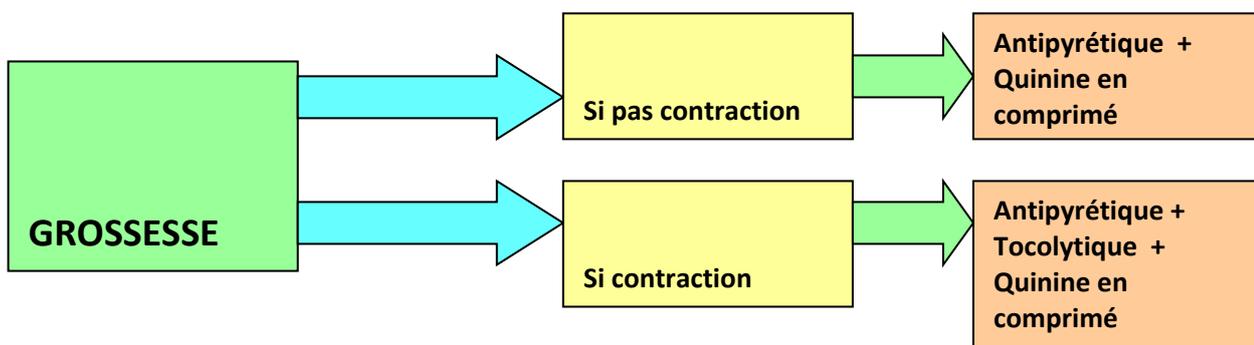
Pour les femmes enceintes séropositives (immunodéprimées) trois doses de TPI sont préconisées pendant la CPN à la 16, 28 et 32<sup>ème</sup> semaine (prise directement observée). En effet, outre la moustiquaire qu'elle reçoit lors de sa première visite de CPN, on doit s'assurer si elle ne prend pas le Cotrimoxazole pour la prévenir des infections opportunistes auquel cas, on donnera la SP à la 32<sup>ème</sup> semaine de la grossesse.

## Traitement du paludisme pendant la grossesse

Les directives nationales du programme national de lutte contre le paludisme stipulent que le paludisme chez la femme enceinte est une urgence, grave et doit faire l'objet d'une prise en charge rapide et correcte :

- ❑ Sa prise en charge doit se faire au niveau d'un Centre de Santé – Maternité, d'un Centre de Santé de Référence ou d'un Hôpital Général de Référence
- ❑ Il faut vérifier l'existence des contractions utérines et donner si nécessaire un tocolytique (Salbutamol, papavérine, Buscopam ou diazépam).
- ❑ Si la femme est à terme, donner l'ACT et la laisser accoucher.

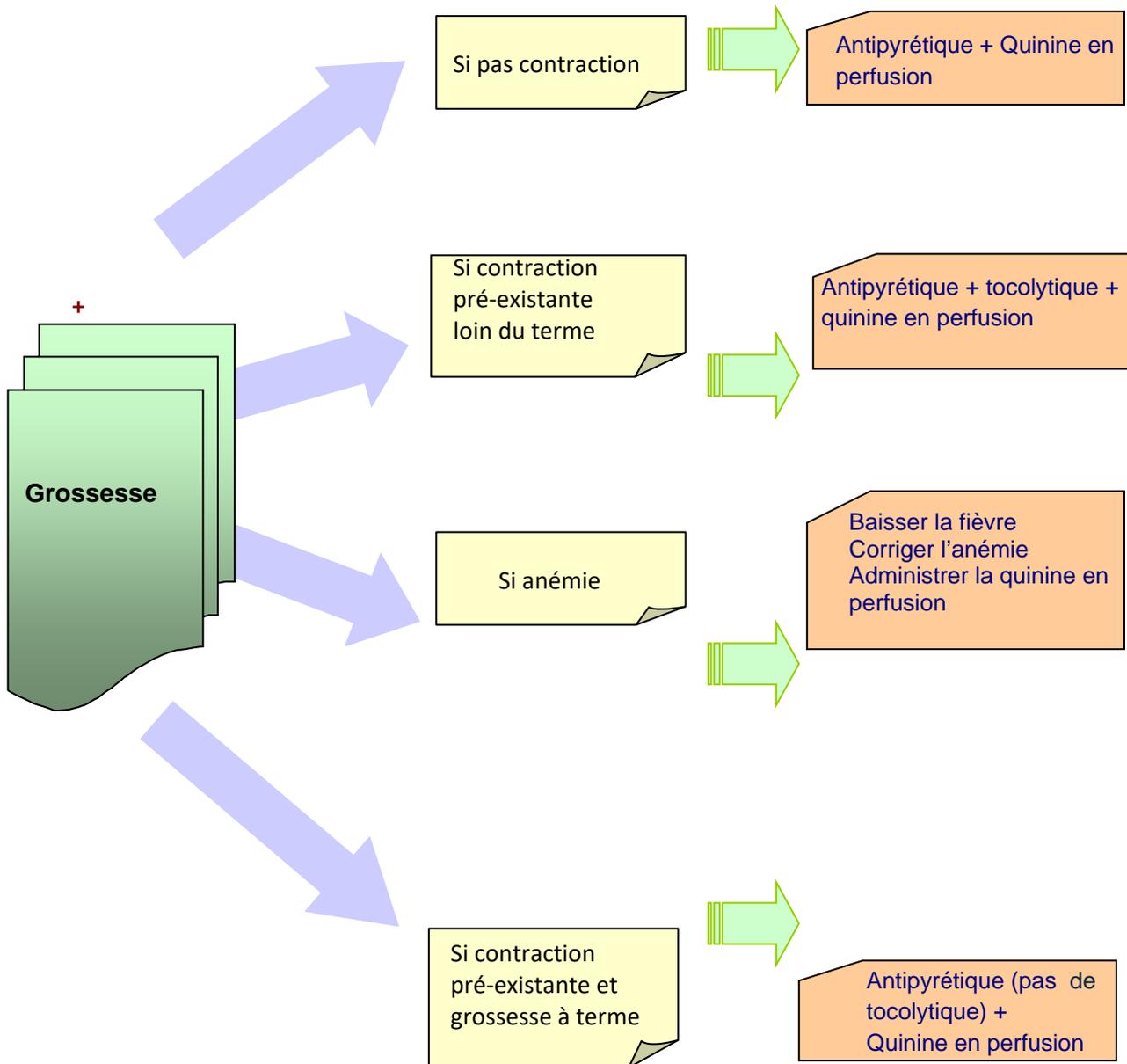
### Paludisme sans signes de gravité (Paludisme simple)



- ⇒ 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestres de la grossesse :  
Quinine comprimé : 3 X 10 mg/Kg par jour pendant 7 jours associée à la Clindamycine à la dose de 2 x 10 mg /Kg/jour pendant 7 jours.
- ⇒ 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestres de la grossesse : l'Artésunate + Amodiaquine en prise journalière unique pendant 3 jours.
- ⇒ abaisser la fièvre avec le paracétamol à la dose de 500 mg à 1 g per os.

**N.B. :** La prise de la combinaison Artésunate + Amodiaquine est recommandée après un repas et y ajouter une boisson sucrée ou un jus de fruit sucré. (Jus des mangues, pomme, etc...).

## Paludisme avec signes de gravité



*L'antipyrétique est administré seulement en présence de fièvre.*

### 4.8.3 ORGANISATION DU SYTEME DE PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DU PALUDISME CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Le PNLP est un organe normatif et régulateur. Il coordonne toutes les activités liées au paludisme à travers le pays. Le niveau opérationnel de mise en œuvre de toutes ces activités contenues dans le PCA et PMA c.à.d. l'opérationnalisation du programme se fait de façon intégrée et non verticale.

Le rôle du programme dans la couverture des femmes enceintes en TPI selon son objectif consiste à :

- la dissémination du protocole TPI national ;
- la formation des agents de santé prénatale en CPN ;
- l'approvisionnement de médicaments nécessaires pour le TPI dans des zones de santé ;
- la sensibilisation à travers les relais communautaires.

L'information pour le TPI et la MILD est collectée dans les registres CPN dans lesquels les données sur le nombre de femmes enceintes qui ont bénéficiés la MILD et le nombre des doses de SP reçues (première ou deuxième) sont enregistrées. Ces données remontent jusqu'au niveau nationale selon le circuit de l'information sanitaire du pays.

Comme nous l'avons signalé ci-haut, la prise en charge du paludisme pendant la grossesse se fait rapidement au niveau de Centre de santé/Maternité, Hôpital général de référence ou au niveau tertiaire.

Le PNLP travaille en collaboration avec le PNSR au sein du groupe de travail SMNE. Ainsi la CPN Recentrée comprend le paquet d'intervention de la femme pendant la grossesse c.à.d. le TPI avec la SP et la MILD à donner automatiquement. Le PNLP et le PNSR ont un plan conjoint pour la mise en œuvre des différentes activités dont une grande partie a été financée par le Fonds Mondial Round 8 dans sa première phase, notamment :

- l'élaboration de la carte et de la fiche de CPN
- la formation des prestataires œuvrant dans les maternités
- l'approvisionnement des structures en Cahier registre pour la notification des femmes qui viennent en CPN et reçoivent des différentes interventions.

Les supervisions et les missions de suivi conjointes sont menées sur terrain.

#### **4.8.4 INDICATEURS ET CIBLES ANNUELLES**

La **proportion** des femmes enceintes représente 4% de la population générale.

Les valeurs cibles annuelles, à moyen terme et long terme du Plan stratégique 2007-2011 sont :

- Valeur de base : 21% (2010)
- Valeur cible annuelle : 20% (2010)
- A moyen terme : 50% (2013)
- A long terme : couvrir 80% des femmes enceintes (2015)

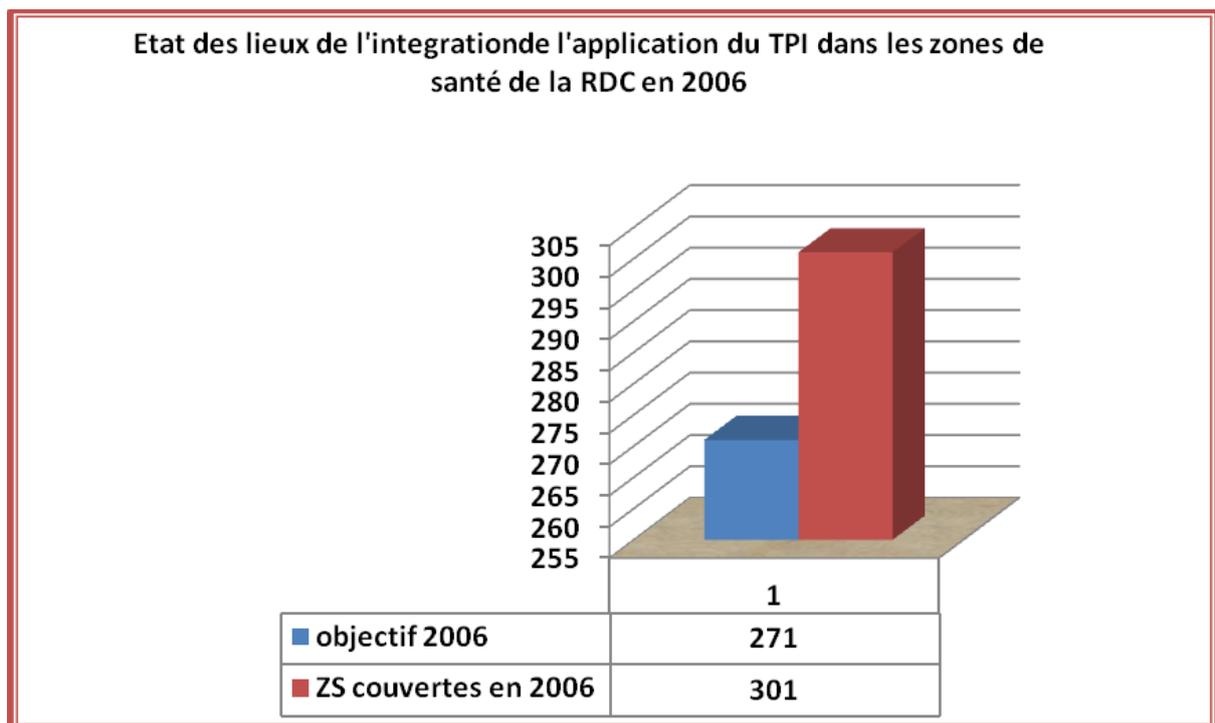
#### **4.8.5 PERFORMANCE DU SYTEME DE PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DU PALUDISME CHEZ LA FEMME**

- **Prévention du paludisme pendant la grossesse**
  - **Plan stratégique 2002-2006**

Le Plan stratégique 2002-2006 avait comme objectif de couvrir au moins 60 % des femmes enceintes en TPI.

Le Rapport Annuel du PNLP 2006 donne les évolutions ci-dessous relatives au nombre de zones de santé et des femmes enceintes couvertes par le TPI.

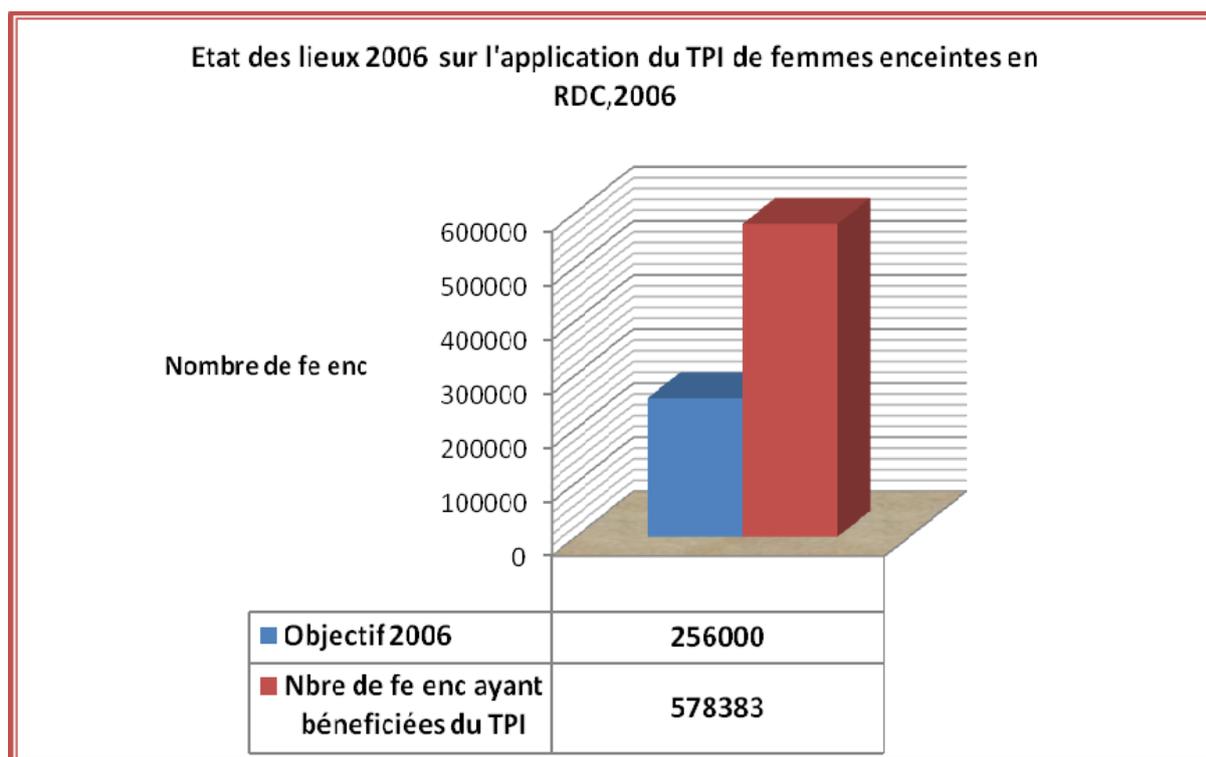
**Figure 18 : Etat des lieux de l'Intégration de l'application du TPI dans les ZS de la RDC**



Les résultats font état de 301 zones de santé couvertes sur les 271 prévues soit une performance de 111 %.

**NB :** Le nombre de zones de santé est passé de 306 à 515 après le nouveau découpage. Ce changement du dénominateur n'a certainement pas été pris en compte dans le calcul de ce pourcentage.

**Figure 19 : Nombre de femmes enceintes couvertes par l'application du TPI**



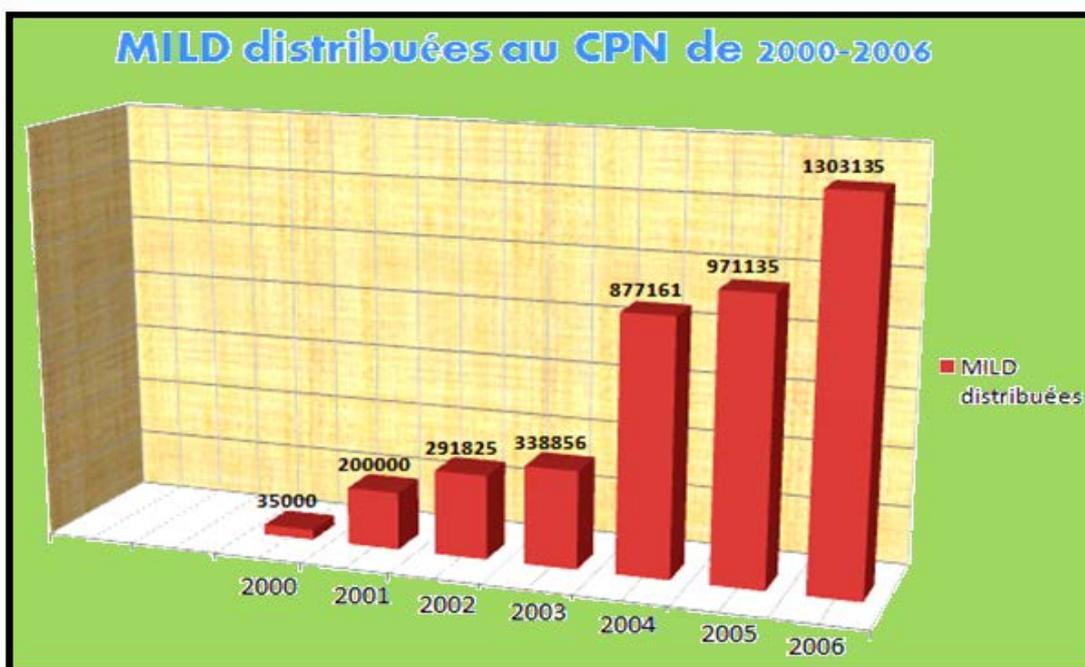
Pour l'année 2006, 256.000 femmes enceintes étaient attendues pour le TPI. Selon les résultats obtenus, 578 383 femmes enceintes ont bénéficié du TPI soit une performance de 226 %.

**NB :** Ce pourcentage s'expliquerait par la sommation de TPI1 et TPI2 qui a augmenté le nombre des femmes enceintes ayant bénéficié le TPI par rapport au dénominateur.

- **L'autre objectif du Plan stratégique 2002-2006 était de couvrir au moins 60 % des femmes enceintes bénéficiant de la MILD.**

Le nombre des MII distribué de 2000 à 2006 est de de 1 303 135 chez la femme enceinte (base des données PNLP).

Figure 20 : MILD distribuées au CPN de 2000 à 2006



- **Plan stratégique 2007-2011**

Le plan stratégique 2007-2011 du PNLP a été révisé deux ans après en plan stratégique 2009-2013 qui a pour but d'assurer qu'au moins 80 % des femmes enceintes bénéficient du TPI, des MILD et d'une prise en charge précoce et correcte selon la politique et les directives.

Le PNLP et PNSR ont élaboré un plan conjoint pour coordonner leurs activités en termes de formation, de monitoring, d'évaluation et d'IEC et un plan de plaidoyer auprès de partenaires pour le financement de ce plan.

- **Le Plan stratégique 2007-2011 avait comme objectif de couvrir au moins 80 % des femmes enceintes en TPI.**

Le tableau 12 indique que 422 zones de santé de la RDC sur 515, soit 83 % ont appliqué le traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes (Rapport annuel PNLP 2011). Cependant, dans toutes les zones d'appui la SP est gratuite tandis qu'elle est payante dans les structures sanitaires de ZS non appuyées et du secteur privé.

**Tableau 12 : Intégration des TPI dans les zones de santé par province en 2011**

| <b>N°</b> | <b>Province</b>  | <b>Nbre de ZS fonctionnelles par province en RDC</b> | <b>Nbre ZS ayant intégré le TPI</b> | <b>Pourcentage d'intégration du TPI</b> |
|-----------|------------------|--|-------------------------------------|---|
| 1         | BAS CONGO        | 31   | 31                                  | 100%                                    |
| 2         | BANDUNDU         | 52   | 41                                  | 79%                                     |
| 3         | EQUATEUR         | 69   | 47                                  | 68%                                     |
| 4         | KATANGA          | 67   | 44                                  | 66%                                     |
| 5         | KASAI OCCIDENTAL | 44   | 43                                  | 98%                                     |
| 6         | KASAI ORIENTAL   | 51   | 35                                  | 69%                                     |
| 7         | KINSHASA         | 35   | 34                                  | 97%                                     |
| 8         | MANIEMA          | 18   | 17                                  | 94%                                     |
| 9         | NORD KIVU        | 24   | 23                                  | 96%                                     |
| 10        | ORIENTALE        | 83   | 73                                  | 88%                                     |
| 11        | SUD KIVU         | 34   | 34                                  | 100%                                    |
|           | TOTAL            | 508  | 422                                 | 83%                                     |

D'autre part, selon le même rapport la proportion de femmes enceintes ayant bénéficié du TPI par rapport aux femmes enceintes attendues dans la communauté est passée de 18,3% en 2007 à 46,0% en 2011 comme le montre la figure 22.

Figure 21 : Femmes enceintes ayant bénéficié du TPI en RDC, 2007-2011

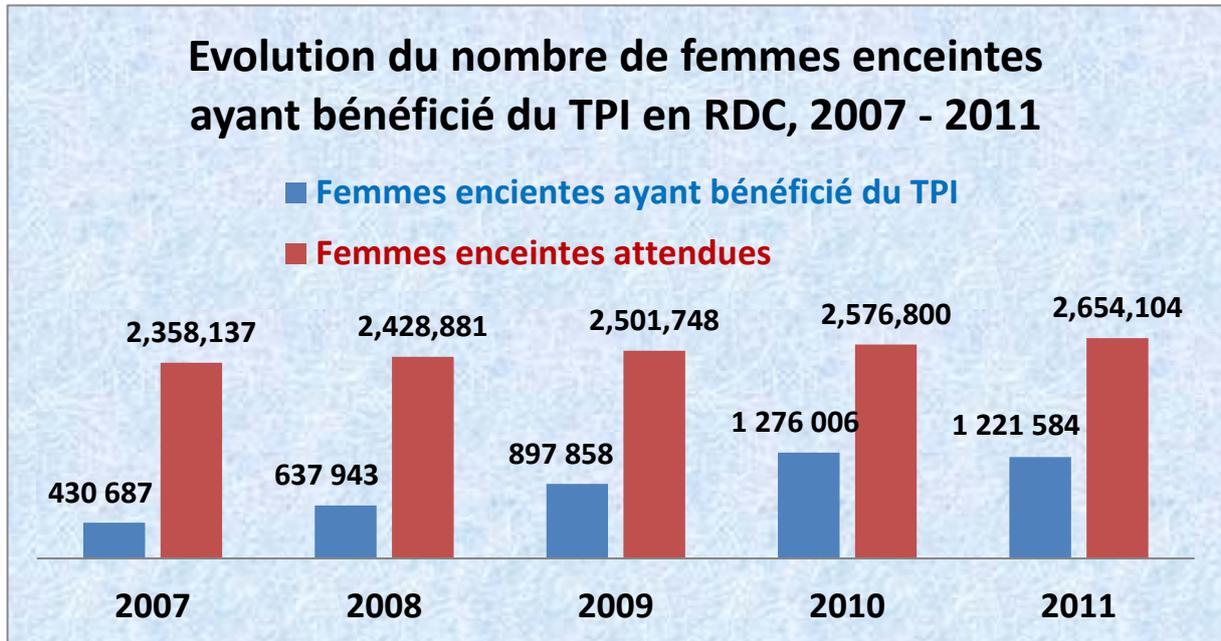
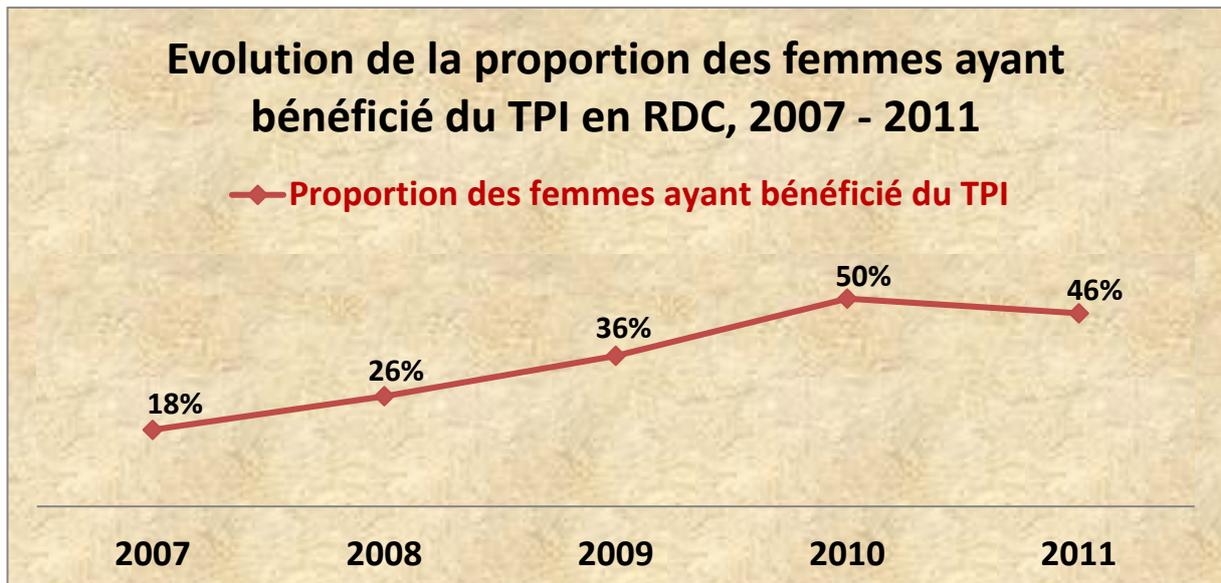


Figure 22 : Evolution de la proportion de femmes enceintes ayant bénéficié du TPI en RDC, 2007-2011.



Les résultats de l'enquête MICS-RDC 2010 réalisée dans les structures, sur les médicaments que les femmes enceintes avaient reçus durant leur dernière grossesse au cours des deux ans qui ont précédé ont montré que 58% ont reçu un médicament pour prévenir le paludisme, 39% ont reçu le

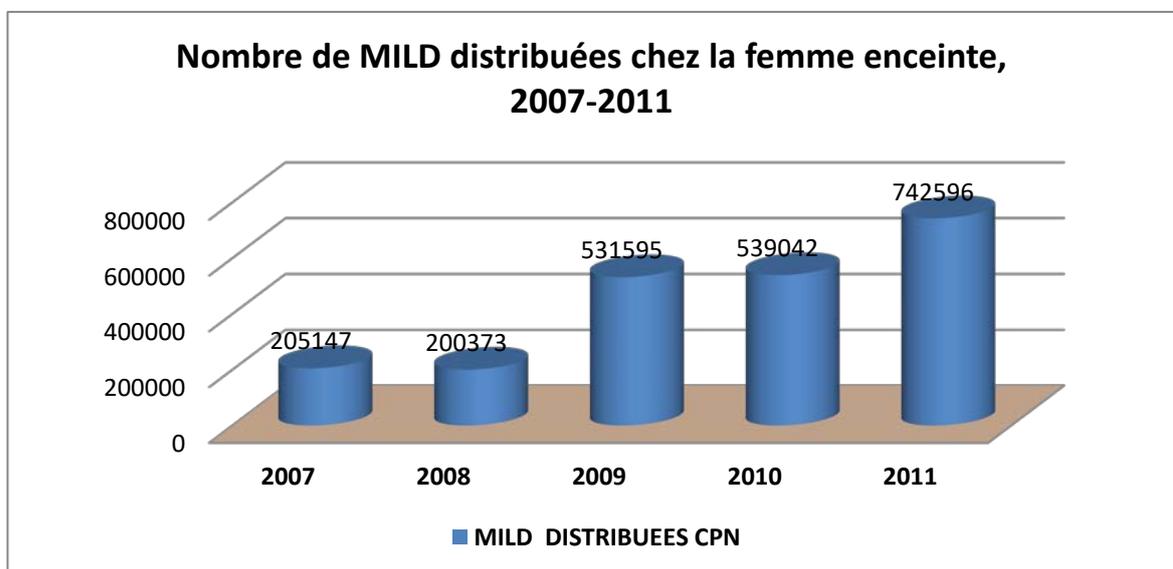
SP/Fansidar au moins une fois et 21% soit une femme sur cinq, ont reçu au moins deux doses de SP/Fansidar durant la grossesse. La même enquête a révélé le taux d'utilisation de CPN de 87% et celui de TPI de 21% de femmes qui ont reçu au moins deux doses de SP durant la grossesse seulement.

Par contre, l'Enquête Démographique et Sanitaire (EDS, 2007), a montré que le taux d'utilisation de CPN était à 85% mais celui du TPI à 7% seulement. Cette dernière s'est déroulée dans la communauté.

- **Le Plan stratégique 2007-2011 avait aussi comme objectif de couvrir au moins 80 % des femmes enceintes en MILD.**

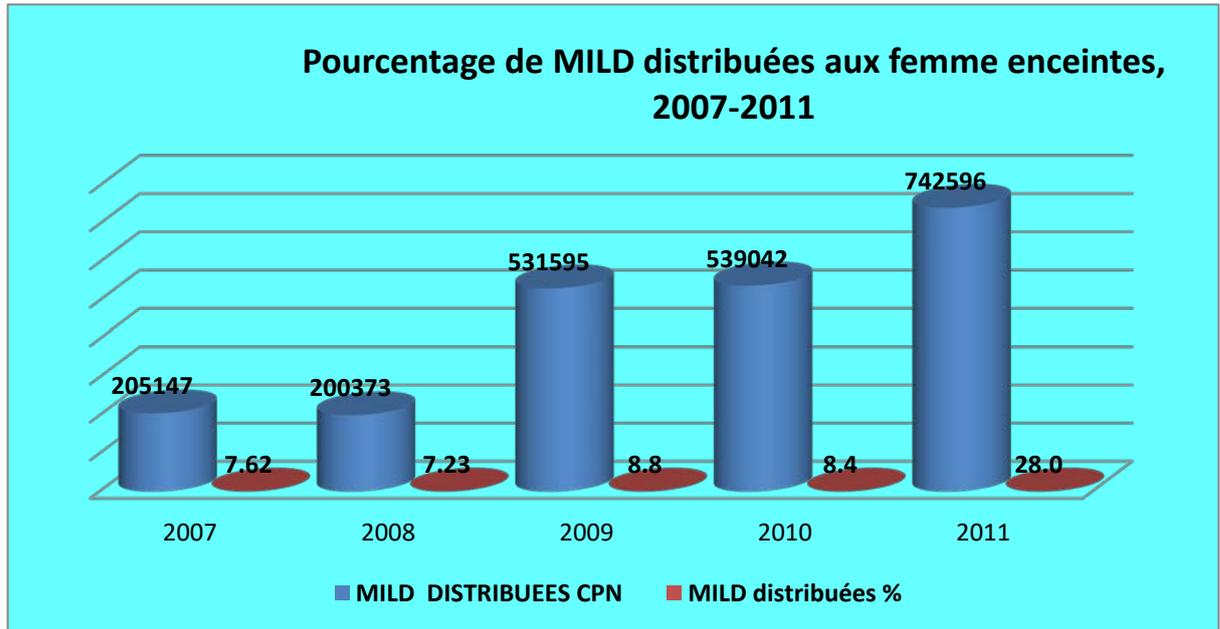
La figure 23 montre l'évolution de la distribution des MILD en routine chez la femme enceinte avec au fur et à mesure l'intervention des partenaires.

**Figure 23 : MILD distribuées en CPN**



La figure 24 indique que la proportion des femmes qui ont reçu les moustiquaires pendant la CPN est passée de 8% en 2007 à 28% en 2011.

**Figure 24 : Pourcentage de MILD distribuées en CPN**



Selon le Rapport annuel du PNLP en 2011, de 422 zones de santé où l'intervention de TPI est mise en œuvre, 361 zones ont connu la promotion de MILD.

Cependant, le rapport de l'enquête MICS réalisé en 2010 dans les ménages montre que la proportion des femmes enceintes qui utilisent les MILD est de 43% en milieu urbain et de 42% en milieu rural.

#### **4.8.6 ANALYSES DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES**

##### **Forces**

- Gratuité du TPI et MILD à travers la CPN pour les ZS appuyées ;
- Personnel formé en TPI dans les structures sanitaires et en CPN dans les ZS appuyées;
- Existence du plan conjoint PNLP et PNSR;
- Régularité des réunions de la Task force SMNE

##### **Faiblesses**

- Arrivée tardive des femmes enceintes à la CPN1 ;
- Approvisionnement irrégulier en SP;
- Pas de MILD dans les zones sans appui et structures privées pour la routine ;
- Faible rapportage de l'indicateur du TPI par les prestataires dans le registre de CPN;
- La faible couverture en TPI
- L'approvisionnement en Sulfadoxine Pyriméthamine qui fait partie du paquet de CPN est payant dans les ZS non appuyées et dans les structures privées;
- Les agents en charge des consultations prénatales sont insuffisamment formés en TPI dans les ZS non appuyées;
- Plan conjoint PNLP-PNSR mis en œuvre partiellement ;
- Traitement des cas de paludisme par les médicaments à base de plante non recommandés par la politique.

### **Opportunités**

- La lutte contre le paludisme est considérée comme une priorité pour les objectifs du millénaire pour le développement (DSCR);
- Disponibilité progressive des financements et d'appui techniques des partenaires ;
- Augmentation de taux de CPN ;
- Renforcement du partenariat avec le PNSR.

### **Menaces**

- Retard dans le décaissement des fonds par les partenaires d'appui et bailleurs de fonds impliquant le démarrage tardif sur terrain des programmes intégrant les interventions de lutte contre le paludisme ;
- Faible budget alloué à la lutte par le gouvernement.

## **4.8.7 CONCLUSION**

Le Traitement Préventif Intermittent est une stratégie pour lutter contre les conséquences du paludisme pendant la grossesse. En dépit d'un taux élevé d'utilisation des services CPN (87 %, MICS-RDC 2010 et 85%, EDS 2007), il persiste un faible taux de couverture du TPI (21 %, MICS-RDC 2010 et 7%, EDS 2007). La couverture en MILD reste tout aussi faible chez la femme enceinte. En outre, l'approvisionnement en Sulfadoxine Pyriméthamine qui fait partie du paquet de CPN est payant dans les ZS non appuyées, les ruptures de stock en SP sont fréquentes, les agents en charge des consultations prénatales sont insuffisamment formés en CPN recentrée. Ceci constitue un écueil pour l'atteinte des objectifs du plan stratégique.

## **4.8.8 RECOMMANDATIONS**

- Mobilisation des fonds pour permettre l'exécution du plan conjoint PNLP –PNSR ;
- Mobilisation des fonds pour rendre disponible la SP dans les zones sans appui ;
- Poursuivre les activités de sensibilisation sur le TPI pour accroître les taux d'utilisation dans les services de soin ;
- Plaidoyer auprès des responsables sanitaires de tous les niveaux et des partenaires pour la formation des agents en charge des consultations prénatales en CPN recentrée et l'approvisionnement régulier en SP à toutes les structures sanitaires tant publiques non appuyées que privées.
- Sensibiliser la communauté et les femmes de fréquenter le service CPN dès 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse ;
- Enquête nationale pour évaluer les facteurs explicatifs du faible taux de TPI et proposer des pistes de solution visant à pallier à ce déficit ;
- Renforcer le système de la récolte des données de qualité au niveau de programme.
- Saisir l'opportunité de campagne réalisé par d'autre programme surtout du tétanos pour accroître la couverture en TPI ;
- Réviser les directives nationales en fonction des nouvelles recommandations de l'OMS sur le calendrier TPI.

#### 4.8.9 ACTIONS PRIORITAIRES

- Mener une enquête nationale pour connaître les facteurs explicatifs du faible taux de TPI et proposer des pistes de solution visant à pallier à ce déficit ;
- Revoir la politique nationale en fonction de nouvelles recommandations de l'OMS sur le calendrier TPI ;
- Renforcer les capacités des prestataires en CPN Recentrée pour améliorer le système de la collecte des données de qualité ;
- Mener un plaidoyer auprès des partenaires de lutte contre le paludisme enfin d'appuyer le plan conjoint PNLN-PNSR.

#### **PREVENTION DU PALUDISME ET TRAITEMENT DURANT LA GROSSESSE PRIORITES A AMELIORER**

- 1 Accélérer le démarrage des activités de prise en charge de la femme enceinte au niveau des zones appuyées et rendre le TPI gratuit dans tout le pays y compris les zones non appuyées en renforçant le plaidoyer au niveau du gouvernement pour le financement des activités des zones non appuyées ;
- 2 En collaboration avec le PNSR, améliorer la qualité de la CPN recentrée pour augmenter la couverture du TPI chez la femme enceinte à travers la formation des agents de santé le renforcement de la supervision;
- 3 Poursuivre les activités de sensibilisation sur le TPI pour accroître le taux d'utilisation dans les formations sanitaires ;
- 4 Assurer la formation des agents en charge des consultations prénatales en CPN recentrée aussi bien dans le secteur public que privé.

# CHAPITRE 5

## CONCLUSIONS, ORIENTATION STRATEGIQUE ET RECOMMANDATIONS

## 5 CONCLUSIONS, ORIENTATION STRATEGIQUE ET RECOMMANDATIONS

### 5.1 Conclusions

La Revue du Programme Paludisme a permis une analyse approfondie du contexte épidémiologique de la maladie en RDC, de la gestion programmatique, de la disponibilité et de l'utilisation des Ressources pour la lutte contre le paludisme. Elle a permis par ailleurs mis en évidence (1) le niveau de performance du programme, (2) les défis auxquels le programme est confronté, (3) la priorité accordée par les partenaires et le gouvernement à la lutte contre le paludisme et (4) l'engagement politique du pays. Cependant, elle relevé (1) un partenariat large, actif et mais peu fonctionnel et une non mise à échelle des principales interventions et une faible contribution financière du gouvernement à la lutte contre le paludisme. Le renforcement du cadre de partenariat pourrait favoriser une bonne mise en œuvre du plan de suivi des recommandations et contribuer à relever les l'orientation stratégique identifiée par cette revue.

### 5.2 Orientation Stratégique

Au décours de cette évaluation, l'orientation stratégique majeure pour le pays demeure l'atteinte de la couverture universelle efficace pour un impact durable sur les cas et décès dus au paludisme.

### 5.3 Recommandations générales

Quinze recommandations ont été retenues comme interventions prioritaires du programme au cours des cinq prochaines années pour un passage à l'échelle effectif et une diminution drastique de la morbidité et la mortalité palustre conformément aux engagements nationaux et internationaux du pays :

1. Mener un audit institutionnel et organisationnel du PNLP à moyen terme (d'ici 6 mois) afin d'améliorer le fonctionnement et le leadership du PNLP ; Ceci devrait passer par des affectations de personnel au programme selon l'organigramme, les profils et les besoins du PNLP et par une réorganisation de l'unité de coordination qui tient compte de ces profils;
2. Organiser en urgence une ou plusieurs activités de « Renforcement de l'Esprit d'Equipe » (Team Building) de l'équipe de coordination du PNLP jusqu'à obtenir une cohésion forte de l'équipe ;
3. Formaliser et renforcer le cadre de partenariat de la lutte contre le paludisme en le dotant de mécanismes de coordination plus fonctionnels ;
4. Formaliser et renforcer le cadre de collaboration entre le PNLP et les institutions de recherche pour une meilleure planification des études et un meilleur partage des résultats ;
5. Renforcer le cadre de collaboration entre le PNLP et les autres acteurs du médicament en impliquant le PNLP dans la commission en charge des médicaments ; ceci devrait participer à garantir la disponibilité permanente des médicaments de bonne qualité et d'assurer un suivi permanent de l'efficacité et des effets secondaires des intrants antipaludiques ;
6. Mettre à jour le profil épidémiologique et entomologique afin de mieux orienter le choix des interventions ;

7. Renforcer et/ou mettre en place les systèmes de quantification des intrants existants et renforcer la formation des agents responsables GAS à tous les niveaux notamment au niveau des CDR ; tester un système (ex SMS for life) pour une meilleure gestion des stocks au niveau des sites communautaires et formations sanitaires ;
8. Harmoniser la politique de prise en charge médicamenteuse entre le public et le privé à travers une large concertation entre le PNLP, les partenaires, le secteur privé et tous les autres acteurs de mise en œuvre et accélérer la formation des prestataires dans toutes les ZS (appuyées ou non appuyées) en renforçant le plaidoyer au niveau du gouvernement pour le financement des activités des zones non appuyées ;
9. Réaliser des distributions de masse des MILD à l'échelle nationale sur une période de 2 ans maximum afin de maintenir une couverture universelle au niveau du pays à tout moment; et mettre à échelle la PID dans les provinces du Sud Kivu, et les hauts plateaux de l'Est du Katanga.
10. Renforcer les capacités des agents en matière de lutte anti vectorielle et en surveillance des vecteurs surtout au niveau provincial.
11. Accélérer le démarrage des activités de prise en charge de la femme enceinte au niveau des zones appuyées et rendre le TPI gratuit au niveau de toutes les autres zones en renforçant le plaidoyer au niveau du gouvernement pour le financement des activités des zones non appuyées ;
12. Renforcer les capacités du PNLP à travers l'amélioration du cadre de coordination et de l'augmentation du budget alloué à la communication ;
13. Améliorer le système de collecte et de rapportage des données à travers le renforcement des capacités des agents dans la collecte, l'analyse et l'utilisation et la dissémination des données ;
14. Renforcer et systématiser le système de contrôle et de validation de la qualité des données
15. Accroître la contribution financière du gouvernement et des entités décentralisées en faveur de la santé, y compris la lutte contre le paludisme et la rendre effective dès 2013 et améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins et services anti paludiques à travers l'évaluation et la mise en place de système de couverture universelle (Suivi et contrôle des coûts de recouvrement, mutuelle de santé, tiers payant etc.).

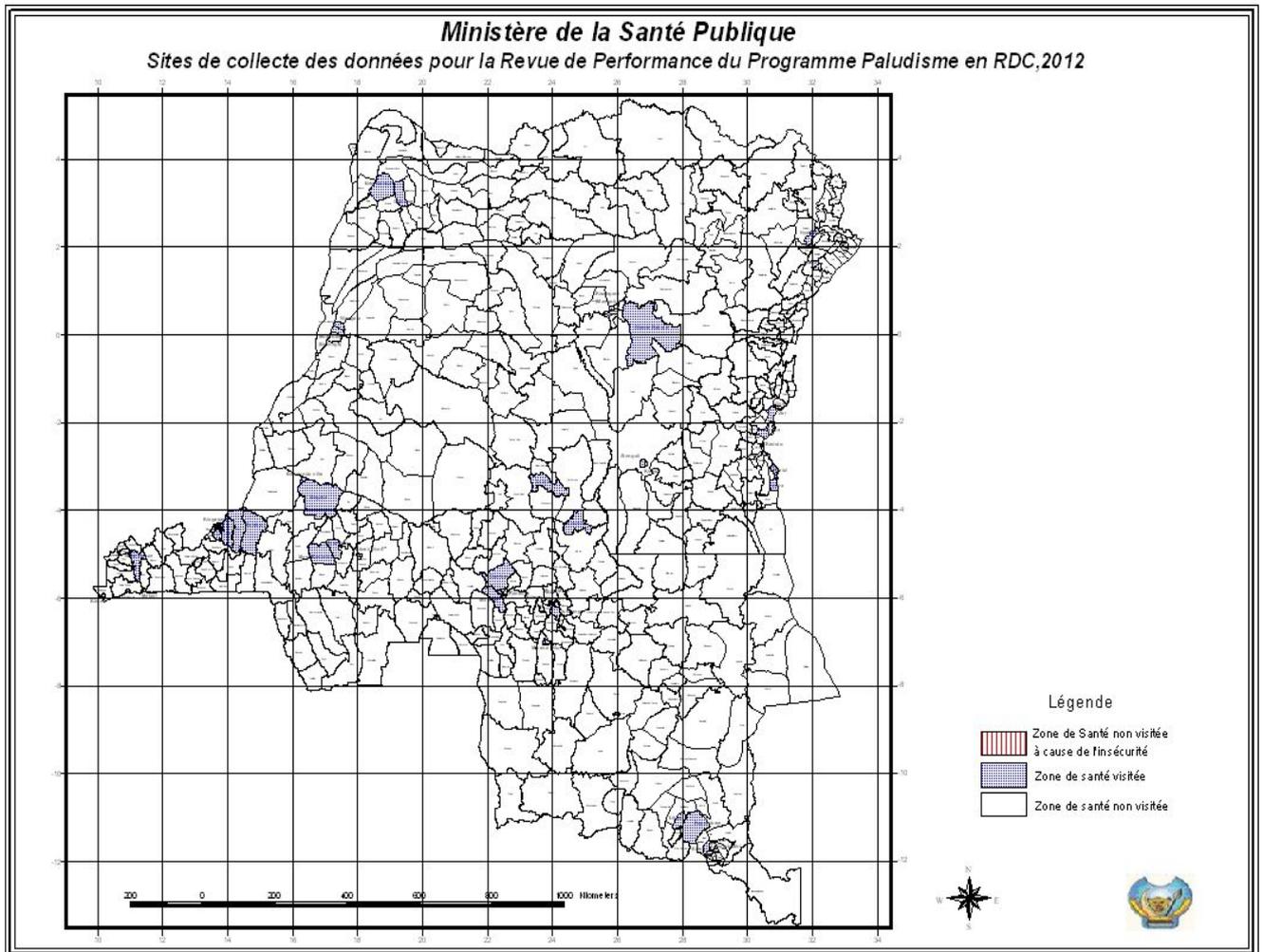
# Annexes

## Annexe 1: Chronogramme de la RPP/RDC

| PHASES   | MARS 2012  |                                 |    |    | AVRIL 2012 |    |    |    | MAI 2012 |    |    |    | JUN 2012 |    |    |    | JUILLET 2012 |    |    |    | AOÛT 2012 |    |    |    | SEPTEMBRE 2012 |    |    |    | OCTOBRE 2012 |    |    |    | NOVEMBRE 2012 |    |    |    | DECEMBRE 2012 |    |    |    |  |
|--|--|---------------------------------|----|----|------------|----|----|----|----------|----|----|----|----------|----|----|----|--------------|----|----|----|-----------|----|----|----|----------------|----|----|----|--------------|----|----|----|---------------|----|----|----|---------------|----|----|----|--|
|  | S1   | S2                              | S3 | S4 | S1         | S2 | S3 | S4 | S1       | S2 | S3 | S4 | S1       | S2 | S3 | S4 | S1           | S2 | S3 | S4 | S1        | S2 | S3 | S4 | S1             | S2 | S3 | S4 | S1           | S2 | S3 | S4 | S1            | S2 | S3 | S4 | S1            | S2 | S3 | S4 |  |
| PHASE 1  | Désignation d'un coordonnateur national                    | ■                               | ■  | ■  | ■          |    |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |              |    |    |    |           |    |    |    |                |    |    |    |              |    |    |    |               |    |    |    |               |    |    |    |  |
|  | Mise en place du secrétariat technique                     |                                 |    |    |            | ■  | ■  | ■  | ■        |    |    |    |          |    |    |    |              |    |    |    |           |    |    |    |                |    |    |    |              |    |    |    |               |    |    |    |               |    |    |    |  |
|  | Recrutement d'un consultant national                       |                                 |    |    |            | ■  |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |              |    |    |    |           |    |    |    |                |    |    |    |              |    |    |    |               |    |    |    |               |    |    |    |  |
|  | Choix des sites de visites et Elaboration du budget        |                                 |    |    |            | ■  | ■  | ■  | ■        |    |    |    |          |    |    |    |              |    |    |    |           |    |    |    |                |    |    |    |              |    |    |    |               |    |    |    |               |    |    |    |  |
|  | Sensibilisation MOH et partenaires                         |                                 |    |    |            | ■  | ■  | ■  | ■        | ■  | ■  | ■  | ■        | ■  | ■  | ■  | ■            | ■  | ■  | ■  | ■         | ■  | ■  | ■  | ■              |    |    |    |              |    |    |    |               |    |    |    |               |    |    |    |  |
|  | Réunions de Task force et d'adoption des TDR et budget     |                                 |    |    |            | ■  | ■  | ■  | ■        | ■  | ■  | ■  |          |    |    |    |              |    |    |    |           |    |    |    |                |    |    |    |              |    |    |    |               |    |    |    |               |    |    |    |  |
|  | Mobilisation des ressources                                |                                 |    |    |            |    |    |    |          |    |    |    |          | ■  | ■  | ■  | ■            | ■  | ■  | ■  | ■         |    |    |    |                |    |    |    |              |    |    |    |               |    |    |    |               |    |    |    |  |
|  | Collecte des données et documents pour la revue thématique |                                 |    |    |            |    |    |    |          | ■  | ■  | ■  | ■        | ■  | ■  | ■  | ■            |    |    |    |           |    |    |    |                |    |    |    |              |    |    |    |               |    |    |    |               |    |    |    |  |
|  | PHASE 2  | Travaux des groupes thématiques |    |    |            |    |    |    |          |    |    |    |          |    | ■  | ■  | ■            | ■  | ■  | ■  | ■         | ■  |    |    |                |    |    |    |              |    |    |    |               |    |    |    |               |    |    |    |  |
| Finalisation des rapports des groupes techniques |  |                                 |    |    |            |    |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |              | ■  | ■  | ■  | ■         | ■  | ■  | ■  | ■              |    |    |    |              |    |    |    |               |    |    |    |               |    |    |    |  |
| Atelier de consensus                             |  |                                 |    |    |            |    |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |              |    |    | ■  |           |    |    |    |                |    |    |    |              |    |    |    |               |    |    |    |               |    |    |    |  |
| PHASE 3  | Actualisation des outils de collecte.                      |                                 |    |    |            |    |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |              |    |    |    |           |    |    | ■  | ■              | ■  | ■  |    |              |    |    |    |               |    |    |    |               |    |    |    |  |
|  | Désignation des évaluateurs nationaux                      |                                 |    |    |            |    |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |              |    |    |    |           |    |    | ■  | ■              | ■  | ■  |    |              |    |    |    |               |    |    |    |               |    |    |    |  |



## Annexe 2 : Cartographie des sites visités par les équipes de la revue externe



### Annexe 3 : Equipe de coordination de la RPP

| N°  | NOMS                               | Fonction                 | INSTITUTIONS      |
|-----|------------------------------------|--------------------------|-------------------|
| 1.  | Prof. Dr. Emile Okitolonda Wemakoy | Coordonnateur RPP        | ESP/UNIKIN        |
| 2.  | Prof. Gauthier Mesia Kahunu        | Consultant National      | CNPV/UNIKIN       |
| 3.  | Dr Amadou Mbaye                    | Consultant international |                   |
| 4.  | Dr Shodu Lomamy                    | Secrétariat technique    | Cabinet MiniSanté |
| 5.  | Dr Jean Angbalu                    | Secrétariat technique    | PNLP/ MiniSanté   |
| 6.  | Dr Lydie Kalindula                 | Secrétariat technique    | PNLP/ MiniSanté   |
| 7.  | Dr Hyacinthe Kaseya                | Secrétariat technique    | PNLP/ MiniSanté   |
| 8.  | Dr Robert Shongo                   | Secrétariat technique    | S.G./ MiniSanté   |
| 9.  | Dr Casimir Manzengo                | Secrétariat technique    | OMS/RDC           |
| 10. | Dr Jean Caurent Mantshumba         | Secrétariat technique    | OMS/RDC           |
| 11. | Mme Clarisse Mbo Modiri            | Secrétariat technique    | PNLP/ MiniSanté   |
| 12. | Mr Patrice Osomba Ndjeka           | Assistant financier      | ESP/UNIKIN        |
| 13. | Mme Charlotte Mavinga              | Personnel d'appoint      | PNLP/ MiniSanté   |
| 14. | Mme Francine Simba                 | Personnel d'appoint      | ESP/UNIKIN        |

## Annexe 4: Liste des institutions visitées

| <b>Groupe1</b><br><i>(Drs. JB Sondji, B Mulenda, J Angbalu, C Paluku)</i>                    | <b>Groupe2</b><br><i>(Drs. MR Jibidar, JC Mantshumba, B Udom, G Mesia)</i>                                 | <b>Groupe3</b><br><i>(Drs. Simon-Pierre Tegang, Lydie Kalindula, Jose NKuni)</i>  |
|--|--|---|
| 1. PNLP (Coordonnateur et PF, GAS,PEC, LAV, SME,IEC et RO)<br>2. MSP                         | 1. Direction d'Etudes et Planification (DEP)<br>2. Direction de la lutte contre les maladies (DLM)         | 1. SECRETAIRE GENERAL<br>2. Direction Des Soins De Santé Primaire (DSSP)/ SNIS.   |
| 3. Direction De la Pharmacie et Médicaments (DPM)<br>4. Ministère de Finance                 | 3.CCM<br>4. Ministère du Budget  | 3. Ministère du Plan<br>4. Ministère de l' Environnement  |
| 5. Ministère de l' Agriculture<br>6. Programme National pour la Promotion de la Santé (PNTS) | 5. Ministère de l' ESURS<br>6. Programme National Des Approvisionnements Des Médicaments Essentiels (PNAM) | 5. Programme National de la Santé (PNSR)<br>6.PCIME (PNIRA, PNLM)   |
| 7. Institut National de Recherches Biomédicales (INRB)<br>8. UNICEF                          | 7.BanqueMondiale (UCOP Et PARSS)<br>8. OMS   | 7. Université de Kinshasa (UNIKIN) :<br>• ESP,<br>• Dpt Médecine Tropicale,<br>• Centre National De Pharmacovigilance<br>8. FNUAP |
| 9.Forum des partenaires<br>10. Unité technique du FM (Gestion /LFA)                          | 9.Compagnies pétrolières<br>10. USAID  | 9. Compagnies minières (SOCIR)<br>10. CAG   |
| 11. KOICA (Mme CHA Eunju)<br>12. Chaîne de Bonheur<br>13. SANOFI                             | 11. TKM (Tenke Fungurume)<br>12. PNUD.   | 11. FED<br>12. MSF  |
| 15. Banque Africaine de Développement<br>15. CARITAS CONGO                                   | 13. NOVARTIS.<br>14. Coopération Japonaise/JICA  | 13. CIELS<br>14. ECC/DOM/SANRU  |
| 16. CRS<br>17. C-CHANGE  | 15. MSH<br>16.PSI/ASF  | 15. MEMISA Belgique<br>16. FARDC  |
|  | 17. IRC<br>18. MUNDICUS MUNDI NAVARA   | 17. Fabricants et importateurs des moustiquaires et produits antipaludiques (FEC)   |
|  | 19. Conseil national des ONG du secteur de la Santé (CNOs)   |   |

## Annexe 5 : Liste des Evalueurs Internes

| N°  | NOMS                    | INSTITUTIONS      |
|-----|-------------------------|-------------------|
| 1.  | Dr Jean Baptiste Sondji |                   |
| 2.  | Prof. Dr. Mumba Ngoyi   | INRB/UNIKIN       |
| 3.  | Dr Luntadila Diazola    | PNLMD             |
| 4.  | Dr Patrick Mvumbi       | ESP/UNIKIN        |
| 5.  | Dr Inzale Kwanzimi      | SANRU             |
| 6.  | Mr Mansiangi Paul       | ESP/UNIKIN        |
| 7.  | Mme Nsimba Fukieno      | ESP/UNIKIN        |
| 8.  | Dr Shodu Lomamy         | Cabinet MiniSanté |
| 9.  | Dr Jérôme Ntangu        | Cabinet MiniSanté |
| 10. | Phn Katele Hodja        | Cabinet MiniSanté |
|     | Dr Mayakasa Bukaka      | Sec. Général      |
| 11. | Dr Robert Shongo        | Sec. Général      |
| 12. | Mr Mbumba Malemba       | Sec. Général      |
| 13. | Mr Mulumba Lufu         | Sec. Général      |
| 14. | Dr Nsele Firmin         | Sec. Général      |
| 15. | Dr Lebuki Emile         | PRONANUT          |
| 16. | Phn Panda Anjelani      | DPM               |
| 17. | Dr Lunzayiladio Blaise  | PNSR              |
| 18. | Dr Malanda Nsimba       | ESP/UNIKIN        |
| 19. | Dr Mantshumba Bikete    | OMS/RDC           |
| 20. | Dr Manzengo Casimir     | OMS/RDC           |

## Annexe 6: Membres des groupes thématiques

| GESTION DU PROGRAMME            |  | GESTION APPROVISIONNEMENT ET STOCK                                  |             | LUTTE CONTRE LES VECTEURS  |                 | PREVENTION DU PALUDISME ET TRAITEMENT DURANT LA GROSSESSE        |                     |
|---------------------------------|--|---|-------------|----------------------------|-----------------|--|---------------------|
| 1. Yvon Bomb                    | <i>PNLP</i>  | 2. Ph Luzolo Thomas   | <i>PNLP</i> | 3. Dr Longoso              | <i>PNLP</i>     | 4. Dr Mashako Patience   | <i>PNLP</i>         |
| 5. Roger Sanga                  | <i>PNLP</i>  | 6. Ph Biyayi Franck   | <i>CAG</i>  | 7. Masosua Kalombo         | <i>PNLP</i>     | 8. Dr Longoso  | <i>PNLP</i>         |
| 9. Roger Imonda                 | <i>PNLP</i>  | 10. Dr Umesumbu Solange   | <i>PNLP</i> | 11. Dr Bobanga Thierry     | <i>UNIKIN</i>   | 12. Dr Kufundu Coco  | <i>SANRU</i>        |
| 13. Samba Moduare               | <i>PNLP</i>  | 14. Bongonda Yolande  | <i>PNLP</i> | 15. Mr Watsenga            | <i>INRB</i>     | 16. Dr Bobanga Thiery  | <i>Fac Médecine</i> |
| 17. Prof. Céléstin Nsibu        | <i>UNIKIN</i>  | <b>PREPARATION ET REPONSE AUX EPIDEMIES ET SITUATIONS D'URGENCE</b> |             | <b>PLAIDOYER, IEC, CCC</b> |                 | 18. Dr Mutondo Papy (PNSR)                                       | <i>PNSR</i>         |
| 19. Prof .Gaston Tona           | <i>UNIKIN</i>  | 20. Dr Lydie Kalindula  | <i>PNLP</i> | 21. Michel Itabu Issa      | <i>PNLP</i>     | <b>SURVEILLANCE, SUIVI EVALUATION ET RECHERCHE OPERATIONNELE</b> |                     |
| 22. S.E Dr.Jean Baptiste Sondji | <i>Ministre Honoraire de la Santé</i>                      | 23. Dr Léopold Lubula   | <i>DLM</i>  | 24. Dr Jeanine Musau       | <i>MSH</i>      | 25. Dr Kalindula Lydie   | <i>PNLP</i>         |
| 26. Dr Jean Angbalu             | <i>PNLP</i>  | 27. Dr Etienne Mpoyi  | <i>OMS</i>  | 28. Kowolite Komo          | <i>PNLP</i>     | 29. Dr Kaseya Ilunga   | <i>PNLP</i>         |
| 30. Dr Benjamin Atwa            | <i>PNLP</i>  | 31. Dr Alain Bokota   | <i>PNLP</i> | 32. André Mobiah           | <i>PNLP</i>     | 33. Dr Gasigwa Didier  | <i>CAG</i>          |
| <b>PRISE EN CHARGE DES CAS</b>  |  |   |             | 34. Dr Ferdinand Ntoya     | <i>C-Change</i> | 35. Muta Marc  | <i>PNLP</i>         |
| 36. Dr Mwema François Xavier    | <i>PNLP</i>  | 37. Dr Mudiandambu Achille  | <i>PNLP</i> | 38. Mireille Lusienne      | <i>C-change</i> | 39. Albert Kutekemeni Kaputu                                     | <i>PNLP</i>         |
| 40. Dr Otshudiema John          | <i>USAID/PMI, PMI DRC Team</i>                             | 41. Mme Mbo Clarisse  | <i>PNLP</i> |                            |                 |  |                     |
| 42. Dr Lukuka Albert            | <i>Laboratoire National de Référence du Paludisme/INRB</i> |   |             |                            |                 |  |                     |
| 43. Dr Ntamabyaliro Nsengi      | <i>UNIKIN, Centre National de Pharmacovigilance</i>        |   |             |                            |                 |  |                     |

## Annexe 7 : Liste des Evalueurs Externes

| N°  | NOMS                                  | INSTITUTIONS                                | PAYS       |
|-----|---------------------------------------|---|------------|
| 1.  | Dr. Mulenda Basimike                  | OMS/IST Libreville                          | GABON      |
| 2.  | Dr. Ntabangana Spès                   | OMS/IST Libreville                          | GABON      |
| 3.  | Dr. Paluku Charles                    | OMS/IST Harare                              | ZIMBABWE   |
| 4.  | Dr. Audry Loic                        | OMS/IST Libreville                          | GABON      |
| 5.  | Dr. Andrea Bosman                     | OMS/Genève                                  | SUISSE     |
| 6.  | Dr. Betty Boi Udom                    | RBM/Genève                                  | SUISSE     |
| 7.  | Dr. Nkuni José                        | RBM/Genève                                  | SUISSE     |
| 8.  | Dr. Simon Pierre Tegang               | FM/Genève                                   | SUISSE     |
| 9.  | Dr. Rabarijaona Henintsoa             | OMS/Madagascar                              | MADAGASCAR |
| 10. | Dr. Marie Reine Jibidar               | UNICEF/WCARO                                | SENEGAL    |
| 11. | Dr. Dorothy K. Fosam Ach.             | PNLP/Cameroun                               | CAMEROUN   |
| 12. | Dr. Josiane Etang                     | OCEAC/Cameroun                              | CAMEROUN   |
| 13. | Dr. Norbert Bidounga                  | OMS/Congo                                   | CONGO      |
| 14. | Dr. Clément Kerah                     | PNLP/Tchad                                  | TCHAD      |
| 15. | Dr. Amadou Mbaye                      | Consultant OMS                              | SENEGAL    |
| 16. | Prof. Dr. Mesia Kahunu Gauthier       | Consultant National<br>CNPV/UNIKIN/Kinshasa | RD CONGO   |
| 17. | Prof. Dr. Okitolonda Wemakoy<br>Emile | Coordonnateur<br>ESP/UNIKIN/Kinshasa        | RD CONGO   |

## Annexe 8 : Bibliographie

### ■ Gestion de programme

1. PNLP, Plan conjoint PNLP-PNSR 2009
2. Rapport annuel PNLP 2011,2010 et 2009
3. PNLP, Plan stratégique 2002-2006
4. Plan stratégique 2007-2011
5. Plan stratégique 2009-2013
6. Enquête MICS 2010
7. EDS 2007
8. Guide technique de la prévention et Prise en charge du paludisme PNLP, 2010
9. Document de normes et directives du PNLP 2007
10. Plan de suivi et évaluation 2009-2013
11. Rapports annuels
12. Rapports mensuels
13. Statut du personnel de carrières
14. Organigramme du PNLP
15. Manuel de procédure NEX DEX
16. Arrêté portant création du PNLP
17. Arrêté portant nomination des membres du PNLP
18. Arrêté portant fonctionnement du PNLP

### ■ Gestion des approvisionnements et Stocks

1. Plan stratégique révisé 2008-2013
2. Guide technique de formation en prévention et prise en charge du paludisme
3. Rapports annuels 2007, 2008,2009, 2010
4. Roll back malaria évaluation des besoins du pays RDC 21 avril 2008
5. Evaluation de la faisabilité de la distribution des ACT dans les pharmacies prive des zones de sante FM/paludisme en RDC

### ■ Préparation et réponse aux épidémies et situations d'urgence

1. Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme 2007-2011 ,2009- 2013
2. Plan National de suivi & évaluation de lutte contre le paludisme
3. Document sur la déclaration de la politique National de lutte contre le paludisme
4. Projet de vulgarisation de la politique National de lutte contre le paludisme.2005
5. Rapport d'Evaluation annuelle de la surveillance épidémiologique(2003)
6. Plan Stratégique National d'Appui du Laboratoire à la Surveillance Intégrée des maladies et de Riposte à Madagascar - 2008-2012 Mai 2008
7. PNLP, FRP : Pharmacovigilance des antipaludiques en RDC, Juin 2007
8. Draft de Plan de surveillance FRP, 2007
9. Draft de guide de lutte contre les épidémies de paludisme, 2010
10. 2009 : Watsenga TN, Manzambi ZM, Nkebolo M, Nsimba B, Mbasani M, Phanzu N, Lubanzadio M Mabela R & Muyembe TJJ. Enquête préliminaire sur la transmission du paludisme dans les localités de Lukala et Kimpese dans le District des Cataractes au Bas-Congo (RDC). Revue Congolaise des Sciences Nucléaires, Vol.23 N°2 – Décembre 2009,
11. 2007 : Wat'senga, TN. Contribution à l'étude du complexe *Anopheles gambiae* dans la Zone de santé de Kikimi à Kinshasa (RDC). Mémoire de DES en Gestion de l'Environnement. Département d'Environnement. Faculté de Sciences. Université de Kinshasa. Juillet 2007.

12. Rapport épidémiologique des maladies sous surveillance en RDC (Maladies à potentiel épidémique) 2005, 2006, 2007, 2008, 2009,2010) .
13. 2004 : Wat'senga T.F., Manzambi Z.E., Tshetu A., Dotson E., Hawley W. &Muyembe T : Distribution des formes moléculaires S et M d'*Anopheles gambiaes. s.* dans la Ville de Kinshasa. 3ème Congrès de Pathologie Infectieuse et Parasitaire. 10-12 Déc. 2004. Kinshasa. RDC.

## ▪ Lutte anti-vectorielle

1. Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC 2007)
2. Enquête post-campagne bas Congo (ESP)
3. Enquête pré et post-campagne sud Kivu (ESP)
4. Enquête à Indicateurs Multiples (MICS2)
5. Enquête à Indicateurs Multiples (MICS4)
6. Enquête à Indicateurs Multiples (MICS10)
7. Guide de formation pour la campagne de distribution des MILD (PNLP)
8. Plan stratégique 2002-2006 (PNLP)
9. Plan stratégique 2007-2011(PNLP)
10. Rapport annuel 1999 (PNLP) Rapport annuel de la SOS Tenke Fungurume 2009
11. Rapport de mission PNLN sur la formation sur la PID de Tenke Fungurume
12. Rapport annuel 2000 (PNLP)
13. Rapport annuel 2003 (PNLP)
14. Rapport annuel 2004 (PNLP)
15. Rapport annuel 2006 (PNLP)
16. Rapport annuel 2007 (PNLP)
17. Rapport annuel 2008 (PNLP)
18. Rapport annuel 2009 (PNLP)
19. Rapport annuel 2010 (PNLP)
20. Rapport final post campagne MILD à Kinshasa
21. 2011 : Watsenga TN, Manzambi ZM, Basilua JP, Mabela R, Punga K, Dotson E, Beach R et Muyembe TF. Evaluation du temps de régénération et de la résistance aux lavages de deux moustiques types de moustiquaires imprégnées d'insecticide a longue durée d'action en République Démocratique du Congo. Janvier 2001.
22. 2009 : Watsenga TN, Manzambi ZM, Nkebolo M, Nsimba B, Mbasani M, Phanzu N, Lubanzadio M Mabela R &Muyembe TJJ. Enquête préliminaire sur la transmission du paludisme dans les localités de Lukala et Kimpese dans le District des Cataractes au Bas-Congo (RDC). Revue Congolaise des Sciences Nucléaires, Vol.23 N°2 – Décembre 2009, pp. 159-164.
23. 2009 : Basilua K, Essassi EL M, Himmi O, SaidGmouth & Watsenga T. Evaluation qualitative des quelques insecticides vendus à Kinshasa et étude du comportement des utilisateurs. Revue Congolaise des Sciences Nucléaires, Vol. 23 N° 2 – Décembre 2009. Pp. 165-180.
24. 2009 : Watsenga F, Manzambi E, Hawley B, Lee A, Dotson E, Beach R et Muyembe JJ. Préférence trophique des formes M et S d'*Anopheles gambiaes. s.* à Kinshasa, RDC (réf. J1PS07). Annales de la Faculté de Médecine. Université de Kinshasa. Volume 2, Suppl. I, Novembre 2009.
25. 2007 : Watsenga, TN. Contribution à l'étude du complexe *Anopheles gambiae* dans la Zone de santé de Kikimi à Kinshasa (RDC). Mémoire de DES en Gestion de l'Environnement. Département d'Environnement. Faculté de Sciences. Université de Kinshasa. Juillet 2007.
26. 2007 : Wat'senga, TN ; Punga, K ; Manzambi, ZM ; Muyembe, TJJ ; Tshetu, kitoto ; Atua, Benjamin ; Lee Ann ; Dotson, E ; Beach, R & Hawley W. *Anopheles gambiaes.s.* et ses formes moléculaires M et S dans la Zone de santé de Kikimi à Kinshasa : identification, distribution et transmission du paludisme. Congo médical. Vol. IV n°13, pp. 1191-1197.
27. 2006 : Wat'senga TN, Manzambi ZM, Swana NA, Nsibu NC, Atua B, Punga K, Muyembe TJJ, Mulumba MP & Tshetu O. L'*Anopheles gambiae* dans la ville de Kinshasa. Vol IV-n°8 : 697-702. Trypanosomiasis en RDC. Doc. ENTOMO/INRB/2004.

28. 2004 : Watsenga T.F., Manzambi Z.E., Tshefu A., Dotson E., Hawley W. &Muyembe T : Distribution des formes moléculaires S et M d'Anopheles gambiaes..s. dans la Ville de Kinshasa. 3ème Congrès de Pathologie Infectieuse et Parasitaire. 10-12 Déc. 2004. Kinshasa. RDC.
29. 2004 : Mulumba MP, Bobanga LT, Ngoy JDD, Wat'senga F & Muyembe TJJ : Faune anophélienne de Kinshasa revisitée. 3ème Congrès de Pathologie infectieuse et Parasitaire. 10-12 Déc. 2004. Kinshasa. RDC.
30. 2003 : T. Lehmann, M. Licht, N. Elissa, B.T.A. Maega, J.M. Chimumbwa, F.T. Watsenga, C.S. Wondji, F. Simard & W.A. Hawley (2003) : Population Structure of Anopheles gambiae in Africa. Journal of Heredity. 94 (2) : 000 – 000 Doi : 10.1093/Hered/Esg024.
31. 2002 : Watsenga TN. & Manzambi Z.E. : Diagnostic entomologique dans les Sous-quartiers Malonda (Eau Verte), Nsanga (Mangenge) et Mule (Ifili) à Kingasani/Kinshasa, RDC. Expertise IRC. Doc. Entoméd/INRB/03/Mai/20.
32. 2001 : Manzambi ZM, Wat'senga TN : The Culicidian fauna And aggressive in Kinsuka Fisher's Village (RDC), 3è International Congress of Vector Ecology, Barcelona, Spain, 16621, September 2001.
33. 2001 : Watsenga TN, Manzambi ZM, Makina N, Nsibu&Muyembe T : La Transmission du Paludisme à l'an 2000 à Kinshasa, République Démocratique du Congo. Doc. Entomo/INRB/07/2001.
34. 2001 : Watsenga T.N.F : Evaluation de la transmission du paludisme à Mokali/Ferbois, Kikimi et Ngampani, quartiers de Kingasani dans la Commune de Kimbanseke à Kinshasa, RDC. Doc., Entomo/INRB/04/2001.
35. 2000 : Makina, Watsenga. Urban Malaria in Kinshasa. Democratic Republic of Congo. CDC. Feb- Sept. 2000.
36. 2000 :Watsenga T.F & Manzambi : Transmission du Paludisme à Kinshasa, In Rapport/INRB. Doc. Entoméd/INRB/8/2000.
37. 1999 : Manzambi ZM, Watsenga TN, Okond'ahoka, : impact et impregnated Betnets on vector control. 12th European Meeting of the Society for Vector Ecology (Sove), Wageningen, The Nertherlands, From 6-12 September 1999.
38. 1999 : Watsenga TN : Contrôle de sensibilité du vecteur du Paludisme vis-à-vis de la deltaméthrine (K-OthrineEc 25). 2è Congrès National de Pathologie et Parasitaire. 01-04 Décembre 1999.
39. 1999 : Watsenga TN, Manzambi ZM : L'impact de la moustiquaire imprégné de deltaméthrine dans la lutte contre le vecteur du Paludisme. 2è Congrès National de Pathologie Infectieuse et Parasitaire, 01-04. Décembre 1999.
40. 1999 : Watsenga TN, Manzambi ZM, Paluku K, Mantshumba, MulumbaMp, Mvumbi L &Muyembe T : La transmission du Paludisme humain à Kinkole et à Mbangu-Mbamu, sept ans après l'arrêt de la
41. distribution des moustiquaires. Travail/INRB. Doc. Entoméd/INRB/9/1999.
42. 1999 : Watsenga TN : Contrôle de sensibilité du vecteur du paludisme vis-à-vis de la deltaméthrine (K-OthrineEc 25). 2è Congrès National de Pathologie et Parasitaire. 01-04 Décembre 1999.
43. 1977 : Watsenga TN, Manzambi ZM, Kankienza Mm, Mulumba PM, Mandiangu M, Karhemere B : La Faune anophélienne dans une agglomération urbaine de Kinshasa (RDC) en 1994-1995. Panorama Medical, Vol. II, N°23.

## ▪ **Prise en Charge des Cas**

1. PNLP, Directives nationales pour le traitement du paludisme. Draft Avril 2012
2. PNLP, Guide technique de formation en prévention et prise en charge du paludisme (HGR), 2010
3. PNLP, Guide technique de formation en prévention et prise en charge du paludisme (CS), 2010
4. PNLP, FRP : Pharmacovigilance des antipaludiques en RDC, Juin 2007
5. PNLP, FRP : contrôle de qualité en RDC, Juin 2007
6. PNLP, Rapport annuel 2010
7. PNLP, FRP RDC Plan stratégique 2009-2013, Kinshasa, 2009
8. PNLP, Rapport de l'atelier sur la présélection des Tests de Diagnostic Rapide en RDC,
9. Kinshasa 2010.
10. Ministère de la santé Publique RDC, Guide de mise en œuvre des sites de soins communautaire. Kinshasa 2007.
11. RBM, Evaluation des besoins du pays-RDC, Avril 2008
12. WHO 2011, Universal acces to malaria diagnostic testing
13. WHO, World Malaria Report 2010, 2011
14. ESP, Rapport préliminaire de l'étude de faisabilité de l'utilisation des CTA et du TDR dans la prise en charge du paludisme dans les sites de soins communautaires / expérience pilote de la RDC, 2009
15. Arjen M Dondorp, et al. Artesunate versus quinine in the treatment of severe falciparum malaria in African children (AQUAMAT): an open-label, randomised trial, Lancet 2010; 376: 1647–57. Correspondence to: Prof N J

White, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University, 420/6 Rajvithi Road, Bangkok 10400, Thailand  
nickw@tropmedres.ac

16. Otshudiema J et al, Feasibility and acceptability of the use of artesunate-amodiaquine and rapid diagnostic test in home based management of malaria: Democratic Republic of Congo's pilot study. 5th MIM, Oral presentation, Scientific Session 17: Late Breakers, Nairobi-Kenya, November, 2009
17. Otshudiema J, Prise en charge du paludisme simple dans la communauté en RDC: Principes et expériences pilotes, Présentation Powerpoint, ESP Module de lutte contre la Maladie, Aout 2009
18. IMaD/INRB/PNLP, Rapport de formation sur le diagnostic biologique du paludisme dans les zones d'intervention USAID/PMI en RDC, septembre 2010
19. PROSANI, Rapports de mission de supervision des formations des prestataires de soins et relais des sites de soins communautaires en prévention et prise en charge du paludisme, au Sud Kivu et Kasai occidental, Mars - Avril 2012.
20. Mouchet J, Carnevale P, Coosemans M, et al, Typologie du paludisme en Afrique. Cahiers Santé 1993b ; 3 : 220-38.
21. Serge Raharison, Documentation of Integrated Community Case Management in Senegal, DRC & Malawi.- KEY FINDINGS – USAID/MCHIP, Washington DC. January 24, 2012 Presentation PPT 10:30AM
22. USAID/MCHIP, PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT : Documentation des meilleures pratiques et des goulots d'étranglement à la mise en œuvre du programme en République Démocratique du Congo. Janvier 2012

#### ▪ IEC/CCC

1. Déclaration d'Abuja.
2. Fédération internationale des Sociétés de la Croix Rouge et du Croissant-Rouge, La bonne formule pour vaincre le paludisme (malaria)/Rapport-2ème édition avec de nouvelles données et études des cas », Genève (sl), 2010, 14 p.
3. Initiative Faire Reculer le Paludisme, Plan Mondial de lutte contre le paludisme.
4. MSP, Déclaration de politique nationale de lutte contre le paludisme, Kinshasa, 2007, 15 p.
5. PNLP, Plan stratégique quinquennal 2009-2013, Kinshasa, 2009.
6. PNLP, Rapport annuel 2001, Kinshasa, 2002.
7. PNLP, Rapport annuel 2002, Kinshasa, 2003.
8. PNLP, Rapport annuel 2003, Kinshasa, 2004.
9. PNLP, Rapport annuel 2004, Kinshasa, 2005.
10. PNLP, Rapport annuel 2005, Kinshasa, 2006.
11. PNLP, Rapport annuel 2006, Kinshasa, 2007.
12. PNLP, Rapport annuel 2007, Kinshasa, 2008.
13. PNLP, Rapport annuel 2008, Kinshasa, 2009.
14. PNLP, Rapport annuel 2009, Kinshasa, 2010.
15. PNLP, Rapport annuel 2010, Kinshasa, 2011.
16. Madagascar/PNLP, Revue du Programme National du Paludisme : Plaidoyer, Information, Education, Communication et Mobilisation Sociale, Antananarivo, 2011, 59 p.
17. RDC, MICS 2010.
18. Publications de l'ESP 2006

#### ▪ Surveillance épidémiologique, Suivi Evaluation et Recherches opérationnelle.

1. Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme 2007-2011, 2009- 2013
2. Plan National de suivi & évaluation de lutte contre le paludisme 2009 – 2013
3. Document sur la déclaration de la politique Nationale de lutte contre le paludisme
4. Rapport épidémiologique des maladies sous surveillance en RDC (Maladies à potentiel épidémique) 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010).
5. Projet de vulgarisation de la politique National de lutte contre le paludisme. 2005
6. Rapport d'Evaluation annuelle de la surveillance épidémiologique (2003)
7. Draft de Plan de surveillance FRP, 2007.
8. Draft de guide de lutte contre les épidémies de paludisme, 2010.
9. Guide sur les Méthodes de surveillance et Déploiement pour les ACT, 2007
10. Etudes Nationale sur l'Etat des enfants et des Mères (MICS2, MICS3) rapport d'analyse 2001, 2010.

11. Guides technique du PNLP pour l'hôpital général de référence
12. Guides technique du PNLP pour le centre de santé
13. Stratégie pour la Réduction de la pauvrette en RDC, janvier 2007.
14. Plan d'action 2011-2015
15. Rapport PNDS
16. Rapport Annuel du Programme National de lutte contre le paludisme, 2007, 2008, 2009,2010
17. PNLP, FRP : Plan de recherche 2007-2011, Juin 2007
18. PNLP, Rapport annuel 2010
19. ESP, Rapport préliminaire de l'étude de faisabilité de l'utilisation des ACT et du TDR dans la prise en charge du paludisme dans les sites de soins communautaires / expérience pilote de la RDC, 2009
20. Collection des abstracts présentés par la RDC à la 5e conférence pan africaine sur la malaria du MIM à Nairobi au Kenya. Du 2 au 6 novembre 2009
21. Arjen M Dondorp, et al. Artesunate versus quinine in the treatment of severe falciparum malaria in African children (AQUAMAT): an open-label, randomised trial, Lancet 2010; 376: 1647–57. Correspondence to: Prof N J White, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University, 420/6 Rajvithi Road, Bangkok 10400, Thailand nickw@tropmedres.ac
22. "Pharmacokinetics and pharmacodynamics of artesunate and dihydroartemisinin following oral treatment in pregnant women with asymptomatic Plasmodium falciparum infections in Kinshasa DRC"., NIH-UNC/ESP, Publication date 28 February 2011 Article URL <http://www.malariajournal.com/content/10/1/49>
23. Otshudiema J at al, Feasibility and acceptability of the use of artesunate-amodiaquine and rapid diagnostic test in home based management of malaria: Democratic Republic of Congo's pilot study. 5th MIM, Oral presentation, Scientific Session 17: Late Breakers, Nairobi-Kenya, November, 2009 [http://www.mimalaria.org/eng/docs/pdfs/events/Late\\_Breakers\\_PAMC.pdf](http://www.mimalaria.org/eng/docs/pdfs/events/Late_Breakers_PAMC.pdf)
24. Varying efficacy of artesunate-amodiaquine and artésunate-sulfadoxine-pyriméthamine for treatment of uncomplicated falciparum malaria in the Democratic republic of Congo: a report of two in vivo studies. Malaria journal 2009,8:192. Article available from: <http://www.malariajournal.com/content/8/1/192>.
25. Efficacy and safety of a fixed-dose oral combination of pyronaridine-artésunate compare with arthemeter-lumefantrine in children and adults with uncomplicated plasmodium falciparum malaria: a randomised non-inferiority trial. Shin Poong, Seoul Corée Medecine for Malaria Venture/ESP janvier 2007 – avril 2008
26. Etude de l'Efficacité de la Sulfadoxine-Pyriméthamine chez les femmes enceintes avec le paludisme à Kisangani, 2 Aout au 15 Octobre 2004. Acteurs : PNLP, ESP, CDC-Atlanta
27. La sensibilité/résistance des Anophèles vecteurs du paludisme aux insecticides en RDC (Août-Novembre 2009 à Bolenge, Kikimi, Katana et Kimpese). Acteurs : INRB, UNIKIN, PNLP, OMS.
28. Etude préliminaire sur la rémanence des moustiquaires imprégnées à la deltaméthrine utilisées en RDC (2008 à Selembao, Kimpese, Bolenge). Acteurs : PNLP, INRB, UNIKIN
29. Evaluation de l'efficacité opérationnelle de test de diagnostic rapide de la malaria Parachek », Février 2007, Kinshasa, Kisangani(PO), Goma (Nord-Kivu), kapolwe(Katanga) Acteurs : PNLP, INRB, ESP, IMT-Anvers.
30. Evaluation de l'efficacité du test rapide de diagnostic du paludisme. «SDBIOLINE Malaria Antigène P.f/Pan» en République Démocratique du Congo » Acteurs : PNLP, INRB,