



## RAPPORT ANNUEL 2012

## TABLE DES MATIERES

ACRONYMES .....	2
TABLES DES FIGURES ET TABLEAUX.....	3
I. INTRODUCTION.....	6
II. RAPPEL DU PLAN STRATEGIQUE 2009 – 2013 .....	7
III. RAPPEL DU DESCRIPTIF DU PLAN D’ACTION 2012 .....	8
IV. RESULTATS OBTENUS EN 2012 .....	9
IV.1. Mise en œuvre du PMA de lutte antipaludique dans les ZS .....	9
IV.2. Offre et utilisation des services par domaine d’interventions.....	13
□ Promotion de l’utilisation des moustiquaires imprégnées d’insecticide à longue durée d’action .....	13
□ Application de la pulvérisation intra domiciliaire d’insecticide à effet rémanent dans les habitations des zones de santé d’intervention.....	20
□ Application du traitement préventif intermittent.....	21
□ Prise en charge des cas du paludisme .....	26
V. SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS.....	33
VI. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES.....	34
VII. PARTENARIAT ET UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES ...	3
VIII. ANALYSE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES.....	11
IX. CONCLUSION.....	19

## ACRONYMES

<b>ACT</b>	: Combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine
<b>BAD</b>	: Banque Africaine de Développement
<b>BCZS</b>	: Bureau Central de la Zone de Santé
<b>BM</b>	: Banque Mondiale
<b>CCC</b>	: Communication pour le Changement de Comportement
<b>CNPV</b>	: Centre National de Pharmacovigilance
<b>CPN</b>	: Consultation Périnatale
<b>CPS</b>	: Consultation Préscolaire
<b>DAF</b>	: Division Administrative et Financière
<b>ECZS</b>	: Equipe Cadre de la Zone de Santé
<b>FM</b>	: Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
<b>FRP</b>	: Initiative Faire Reculer le Paludisme
<b>GE</b>	: Goutte Epaisse
<b>GMP</b>	: Global Malaria Programme
<b>JMP</b>	: Journée Mondiale du Paludisme
<b>MCZ</b>	: Médecin Chef de Zone
<b>MILD</b>	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la santé
<b>PARSS</b>	: Programme d'Appui au Renforcement du Système de Santé
<b>PEC</b>	: Prise En charge des Cas
<b>PMA</b>	: Paquet Minimum d'Activités
<b>PNLP</b>	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
<b>PNUD</b>	: Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PV</b>	: Procès Verbal
<b>RDC</b>	: République Démocratique du Congo
<b>RPP</b>	: Revue des Performances du Programme
<b>SSC</b>	: Sites de Soins Communautaires
<b>SNIS</b>	: Système National d'Information Sanitaire
<b>SA</b>	: Sans Appui
<b>SP</b>	: Sulfadoxine-Pyriméthamine
<b>SSP</b>	: Soins de Santé Primaires
<b>TDR</b>	: Test de Diagnostic Rapide
<b>TPI</b>	: Traitement Préventif Intermittent
<b>UNICEF</b>	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>USD</b>	: United States Dollars
<b>USAID</b>	: United States Agency for International Development
<b>VIH</b>	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>ZS</b>	: Zone de Santé

## **TABLES DES FIGURES ET TABLEAUX**

### **FIGURES**

Figure 1 : Mise en œuvre du paquet minimum d'activités de lutte contre le paludisme en RDC .....	10
Figure 2 : Cartographie des appuis financiers de la lutte contre le paludisme en RDC .....	14
Figure 3 : Mode de distribution des MILD reçues en RDC, 2012 .....	15
Figure 4 : Cartographie du premier cycle de distribution de masse des MILD en RDC, 2008 – 2012 .....	17
Figure 5 : Evolution de la distribution des MILD de routine en RDC de 2007 à 2012 .....	17
Figure 6 : Evolution du nombre des ZS ayant intégré la promotion de l'utilisation des MILD dans les services de routine en RDC, 2007 – 2008 .....	20
Figure 7 : Projection de l'accès universel aux MILD en RDC, 2012 .....	21
Figure 8 : Evolution du nombre des ZS ayant intégré la mise en œuvre du TPI en RDC, 2007 – 2012 .....	24
Figure 9 : Nombre des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI en RDC, 2007 – 2012 .....	24
Figure 10 : Evolution de la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI en RDC, 2007 – 2012 .....	25
Figure 11 : Evolution de la couverture en TPI et de la fréquentation de la CPN, données d'enquête ménage .....	27
Figure 12 : ZS ayant intégré la mise en œuvre de traitement aux CTA en RDC, 2007 – 2012 .....	29
Figure 13 : Evolution de l'offre des CTA dans les ZS, 2007 – 2012 .....	30
Figure 14 : Utilisation et reporting sur les CTA fournis aux ZS en 2012....	32
Figure 15 : Taux de complétudes des rapports mensuels d'activités des ZS en RDC, 2007-2012 .....	34
Figure 16 : Evolution de la fréquence des malades reçus en consultation de 2007 à 2012, RDC .....	37
Figure 17 : Evolution de la morbidité spécifique due au paludisme dans les formations sanitaires, RDC 2007-2012 .....	38
Figure 18 : Morbidité spécifique due au paludisme par province en RDC, 2012 .....	39
Figure 19 : Evolution du nombre des malades hospitalisés dans les structures sanitaires des ZS en RDC, 2007-2012 .....	40
Figure 20 : Evolution de la proportion des malades souffrant du paludisme grave parmi les hospitalisés dans les formations sanitaires de référence en RDC, 2007-2012 .....	41
Figure 21 : Evolution des malades décédés dans les structures sanitaires de référence, RDC 2007-2012 .....	41
Figure 22 : Evolution de la proportion des décès dus au paludisme dans les structures sanitaires de référence, RDC 2007-2012 .....	42
Figure 23 : Evolution de la létalité hospitalière liée au paludisme dans les structures sanitaires de référence en RDC, 2007-2012 .....	8
Figure 24 : Evolution de la létalité hospitalière liée au paludisme par province en RDC, 2012 .....	9
Figure 25 : proportion des dépenses pour la lutte contre le paludisme par bailleur des fonds en 2012 .....	10

Figure 26 : proportion des dépenses par grandes lignes budgétaires en 2012.....	11
Figure 27 : Dépense consacrées à la lutte contre le paludisme en RDC, 2009-2012 .....	12

## **TABLEAUX**

Tableau 1 : Résumé du niveau de performance dans l'atteinte des objectifs du plan 2012 .....	10
Tableau 2 : Mise en œuvre du paquet minimum d'activités de lutte contre le paludisme en RDC .....	11
Tableau 3 : Mise en œuvre du paquet des interventions de lutte contre le paludisme dans les ZS par province .....	13
Tableau 4 : Couverture des provinces en promotion des MILD de routine (CPN et CPS) dans les ZS en 2012 .....	18
Tableau 5 : Couverture des provinces en TPI dans les ZS en 2012 .....	22
Tableau 6 : Couverture des femmes enceintes en TPI par année, 2007-2012 .....	25
Tableau 7 : Couverture des ZS en CTA par province en 2012 .....	28
Tableau 8 : Rapportage des ACT fournis aux ZS en 2012 par province ..	33

## **AVANT PROPOS/REMERCIEMENTS**

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 PNLP de l'année 2011 indique que 9,5 millions des personnes ont fait un accès palustre 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. Face à cette situation le PNLP a élaboré le plan d'action opérationnel 2012 qui avait pour objectif de réduire la morbidité et la mortalité spécifiques dues au paludisme dans la population congolaise.

La mise en œuvre de ce plan opérationnel a été rendue possible grâce aux efforts conjugués du PNLP et des partenaires tant financiers que techniques. Au terme de cette année 2012 nous voulons remercier tout naturellement le Gouvernement de la République à travers le Ministre de la Santé Publique, les partenaires financiers et techniques à savoir le Fonds Mondial, l'USAID, DFID, KOICA, OMS, UNICEF, Banque Mondiale/PARSS..., qui ne cessent d'œuvrer pour que l'élimination du Paludisme en RDC soit une réalité.

Prof. Dr. Joris LOSIMBA LIKWELA, MD, PhD

Directeur National du PNLP

## I. INTRODUCTION

Avec 219 millions d'épisodes et 660 milles décès rapportés en 2010 (Rapport Mondial sur le Paludisme 2012), le paludisme reste l'une des maladies parasitaires les plus répandues et les plus meurtrières dans le monde, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans qui représentent 86% des décès enregistrés. La région africaine de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) compte à elle seule 80% des cas rapportés et 91% des décès dus au paludisme (Rapport Mondial sur le Paludisme 2012).

La République Démocratique du Congo (RDC) et le Nigeria comptent, à eux seuls, pour plus de 40% des décès attribués au paludisme. En ces deux pays africains, associés à l'Inde, comptent également pour plus de 40% de l'ensemble de cas de paludisme rapportés à travers le monde (Rapport Mondial sur le Paludisme 2012). Par ordre d'importance, notre pays occupe le 2ème rang en termes de mortalité palustre dans le monde.

Depuis sa création en 1998, le PNLN coordonne les interventions de lutte contre le Paludisme en RDC en collaboration avec les différents partenaires . Il est coordonné par le Directeur et son adjoint, appuyés par des agents techniques et une équipe administrative.

Des progrès notables ont été enregistrés dans la lutte contre le paludisme au cours de ces dernières années notamment avec la poursuite effective des grands projets d'appui à la lutte antipaludique, en particulier, les activités en rapport avec les campagnes de distribution de masse des MILD et l'approvisionnement des structures sanitaires en combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA), en tests de diagnostic rapide (TDR) et sulfadoxine-pyriméthamine (SP) pour le traitement préventif intermittent des femmes enceintes. C'est ce qui a permis d'améliorer la couverture dans les 3 domaines d'interventions. A cela il faut ajouter le renforcement du partenariat avec les partenaires financiers et techniques qui appuient la lutte antipaludique en RDC, ainsi que le partenariat, au sein du Ministère de la Santé, entre le PNLN et les directions centrales ainsi que les autres programmes spécialisés du Ministère de la Santé Publique.

Le présent rapport annuel présente les progrès réalisés ainsi que les défis majeurs rencontrés dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme. Et ce conformément aux objectifs inscrits dans le plan 2012.

Les résultats obtenus ont été présentés par axe d'intervention, en remontant dans le temps pour une analyse comparative des 5 années précédentes.

## **II. RAPPEL DU PLAN STRATEGIQUE 2009 – 2013**

### **II.1 Objectifs**

#### **Objectif général**

Le but du programme pendant la période du **plan stratégique 2009– 2013** de lutte contre le paludisme est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de la RDC par la réduction du fardeau humain et socio- économique dû au paludisme.

#### **Objectif spécifique**

Réduire de **50%** la morbidité et la mortalité spécifiques dues au paludisme d'ici fin 2013.

### **II.2 Population cible**

Toute personne à risque du paludisme, représentant la population totale du pays.

### **II.3 Résultats attendus**

- au moins **80 %** des personnes à risque du paludisme dorment sous MILD;
- au moins **80 %** des maisons dans les zones de santé d'intervention par la PID d'insecticide rémanent sont couvertes;
- au moins **80 %** des femmes enceintes bénéficient d'un TPI 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 de la pyramide sanitaire ;
- au moins **80 %** des épidémies dues au paludisme sont maîtrisées conformément aux directives nationales ;
- le renforcement des structures de coordination nationale et provinciales du PNLP est assuré ;
- les données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme sont régulièrement fournies.



## **II.4 Stratégies de lutte**

### **❖ Axes stratégiques de base**

- Renforcement des activités de prévention grâce à des méthodes appropriées de protection individuelle et collective : les MILD et tous les autres matériaux susceptibles d'être traités, les PID d'insecticide à effet rémanent, le traitement des gîtes larvaires, l'aménagement de l'habitat et de l'environnement ;
- Application du TPI chez les femmes enceintes ;
- Confirmation de tous les cas de paludisme avec un test biologique (TDR ou microscopie) avant tout traitement
- Amélioration de la prise en charge rapide, correcte et efficace des cas du paludisme à tous les niveaux du système de santé ;
- Renforcement de la gestion des épidémies dues au paludisme.

### **❖ Axes stratégiques de soutien**

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

## **III. RAPPEL DU DESCRIPTIF DU PLAN D'ACTION 2012**

### **III.1 Objectif général**

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité spécifiques dues au paludisme en République Démocratique du Congo.

### **III.2 Objectifs spécifiques**

- Augmenter de 301 à 422 ZS ayant intégré le paquet minimum d'activités (PMA) de lutte antipaludique en RDC d'ici fin Décembre 2012
- Assurer la distribution de masse de 17.133.411 MILD dans les provinces du Katanga, du Nord Kivu, du Sud Kivu, de Bandundu (4 districts sanitaires) et de l'Equateur (5 districts sanitaires). D'ici fin Décembre 2012.
- Assurer une prise en charge adéquate des cas de paludisme et une réponse appropriée aux épidémies
- Renforcer le système d'information sanitaire des activités de lutte contre le Paludisme.

### III.3 Résultats attendus

1. La couverture de lutte antipaludique est accrue par l'intégration du paquet minimum d'activités (PMA) dans 121 ZS supplémentaires.
2. Au moins 22.520.298 moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action sont distribuées au sein de la communauté.
3. Au moins 265 667 maisons dans les zones de santé d'intervention sont couvertes par la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent
4. Le traitement préventif intermittent est appliqué chez 2.405.680 femmes enceintes
5. Le traitement à l'artésunate plus amodiaquine de 14.196.491 cas du paludisme simple est assuré dans les zones de santé d'intervention
6. Au moins 1 épidémie due au paludisme est détectée et maîtrisée conformément aux directives nationales
7. Les données de qualité relatives à la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme dans les 422 zones de santé sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme sont régulièrement collectées et analysées.
- 8.

## IV. RESULTATS OBTENUS EN 2012

Les résultats obtenus en 2012 sont présentés en termes de couverture d'offre et d'utilisation des services par domaine d'intervention.

**Tableau 1 : Résumé du niveau de performance dans l'atteinte des objectifs du plan 2012**

#	Indicateur	Résultats attendus	Résultats obtenus	Niveau performance %
1	Nombre des ZS ayant intégré le PMA de lutte antipaludique	422	344	81,5%
2	Nombre des MILDs distribuées	17.133.411	17.162.943	100%
3	Nombre des maisons couvertes par la PID d'insecticide à effet rémanent	265.667	31.231	12%
4	Nombre des femmes enceintes ayant bénéficiés de TPI	2.405.680	1.197.896	49,7%
5	Nombre des ACTs distribuées	14.196.491	11.693.982	82,3%
6	Nombre d'épidémie due au paludisme détectée et maîtrisée conformément aux directives nationales	1	2	

Globalement les objectifs assignés pour l'année 2012 dans le plan opérationnel sont encourageants car atteints à 60%. Un effort est encore à fournir par rapport à la TPI et PID.

Des objectifs et des indicateurs plus précis devraient être définis pour le volet diagnostique biologique, surveillance épidémiologique et suivi et évaluation/qualité des données.

#### IV.1. Mise en œuvre du PMA de lutte antipaludique dans les ZS

Le paquet Minimum d'Activités se fonde sur le trépied suivant :

- La promotion de l'utilisation de la MILD ;
- L'application du TPI pendant la grossesse ;
- La prise en charge des cas de paludisme simple après confirmation dans les formations sanitaires. Sur ce point l'accent est mis sur l'utilisation de la combinaison Artésunate-Amodiaquine comme médicament de première ligne dans le traitement du paludisme simple, conformément aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé adoptées par la politique nationale. Il convient de relever que la combinaison Artemether + Lumefantrine avait été intégrée comme médicament de 1<sup>ère</sup> ligne dans le secteur public en avril 2012, cependant la mise à l'échelle de cette nouvelle option ne pourra être évaluée que dans les années à venir.

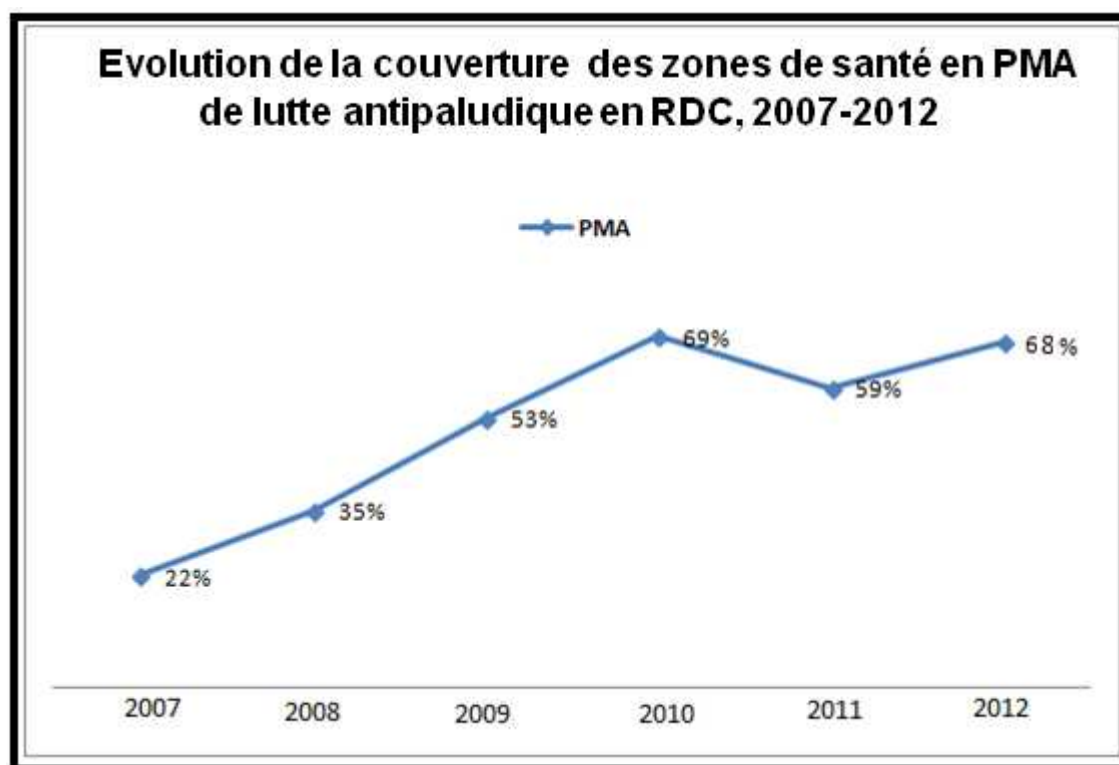
**Tableau 2** : Mise en œuvre du paquet minimum d'activités de lutte contre le paludisme en RDC

N°	Année	Couverture des ZS en PMA		Niveau de performance
		Résultats attendus	Résultats obtenus	
1	2007	376	113	30%
2	2008	376	178	47%
3	2009	376	271	72%
4	2010	376	352	94%
5	2011	422	301	71%
6	2012	422	344	82%

Le plan d'action 2012 du Programme National de Lutte contre le Paludisme avait prévu l'intégration du paquet minimum d'activités de lutte contre le paludisme (PMA) dans 422 zones de santé du pays. Les résultats obtenus à la fin 2012 indiquent que 344 zones sur 422 ont intégré le PMA, soit un niveau de performance de **82%**. Notons cependant que le pays compte 516 zones de santé dont 508 sont fonctionnelles. La couverture atteinte en 2012 représente 68% de la couverture nationale. On note une évolution favorable par rapport à l'année 2011. Toutefois, les efforts doivent être davantage fournis en vue de couvrir urgemment l'ensemble des ZS du pays. Un autre défi à relever est d'arriver à compléter le PMA de lutte contre le paludisme là où il est partiellement mis en œuvre, mais aussi de couvrir toutes les aires de santé d'une zone de santé.

Cette augmentation de la couverture a été réalisée avec l'appui des partenaires, notamment l'intervention du Fonds Mondial dans 100 nouvelles zones de santé, PMI dans 83 ZS ; KOICA dans 5 ZS.

**Figure 1** : Mise en œuvre du paquet minimum d'activités de lutte contre le paludisme en RDC



On note une progression de 2007 à 2010 suivie d'une régression en 2011 puis d'une nouvelle remontée en 2012.

Il est important de préciser que la RDC est officiellement découpée en 516 zones de santé. La fonctionnalité de ces 516 ZS est progressive. Ainsi, le présent rapport donne la situation des 508 ZS fonctionnelles dans le pays couvrant en fait les données de l'ensemble de 516 ZS du pays.

## Couverture des provinces en PMA de lutte antipaludique

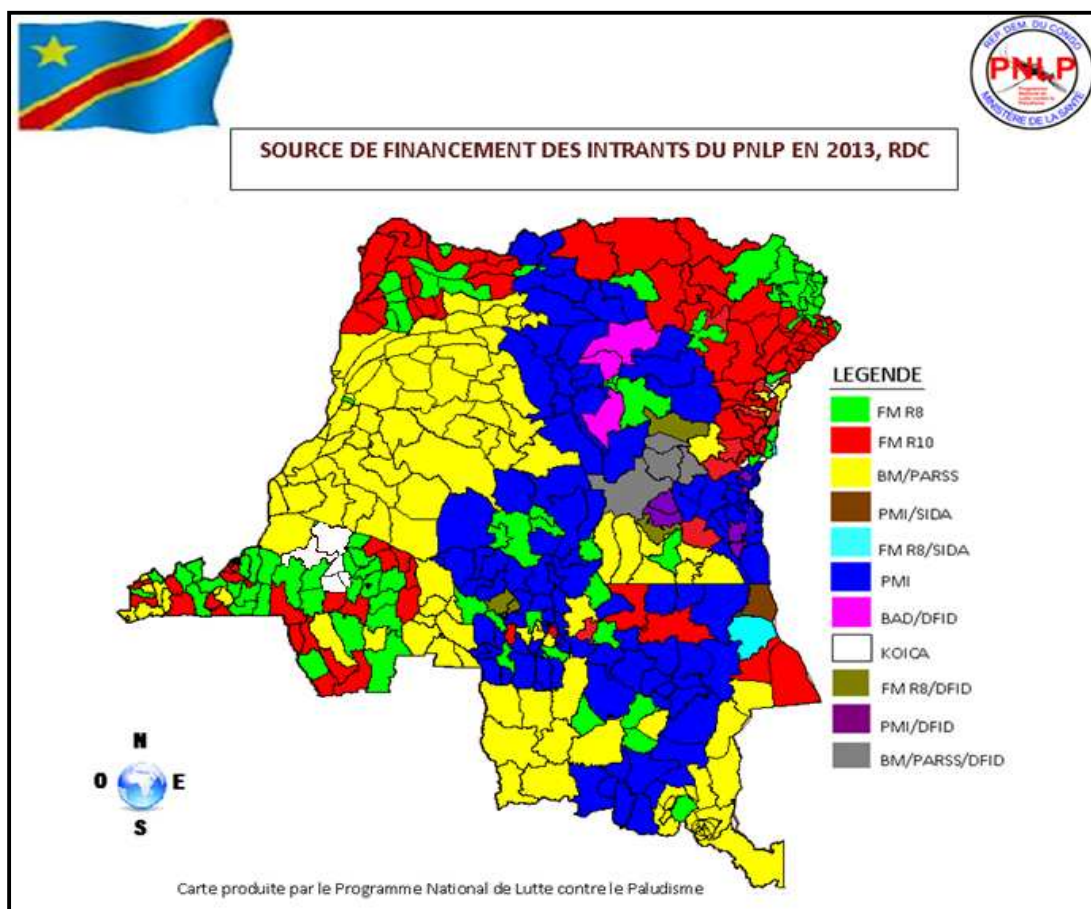
**Tableau 3 :** Mise en œuvre du paquet des interventions de lutte antipaludiques dans les ZS par province

<b>N°</b>	<b>Province</b>	<b>Nb de ZS ayant le PMA complet</b>	<b>Nb de ZS fonctionnelles par province en RDC</b>	<b>Taux de couverture de la province</b>
<b>1</b>	BAS CONGO	23	31	74%
<b>2</b>	BANDUNDU	42	52	81%
<b>3</b>	EQUATEUR	34	69	49%
<b>4</b>	KATANGA	67	67	100%
<b>5</b>	KASAI OCCIDENTAL	27	44	61%
<b>6</b>	KASAI ORIENTAL	36	51	71%
<b>7</b>	KINSHASA	19	35	54%
<b>8</b>	MANIEMA	12	18	67%
<b>9</b>	NORD KIVU	24	24	100%
<b>10</b>	ORIENTALE	27	83	33%
<b>11</b>	SUD KIVU	33	34	97%
	<b>TOTAL</b>	<b>344</b>	<b>508</b>	<b>68%</b>

**\*Bien qu'il existe 516 ZS, le découpage de certaines ZS en province du Nord-Kivu n'est pas terminé expliquant le nombre 508.**

L'analyse du tableau 2 révèle que la mise en œuvre du paquet des interventions de lutte contre le paludisme est totale dans les provinces du Nord Kivu et du Katanga et elle est excellente dans la province du Sud Kivu. Par ailleurs on note que cette intégration est faible dans les provinces de l'Equateur et Orientale. Le reste des provinces dégage une couverture moyenne. Dans l'ensemble de la RDC 68% des ZS ont déjà intégré le PMA de lutte contre le paludisme. Cet état des choses est due principalement à la présence des partenaires.

**Figure 2 :** Cartographie des appuis financiers de la lutte contre le paludisme en RDC, 2012



La figure 2 traduit les efforts du pays dans la mobilisation des ressources financières dans le domaine de la lutte antipaludique. En effet, le Programme National de Lutte contre le Paludisme note avec satisfaction les efforts que fournissent le Gouvernement et les partenaires dans le financement de la lutte contre le paludisme. Ces efforts sont traduits par la mobilisation des ressources financières permettant l'intégration du PMA dans 344 zones de santé du pays. Néanmoins, des goulots d'étranglement persistent, notamment le démarrage tardif et le paquet incomplet de certains projets.

#### **IV.2. Offre et utilisation des services par domaine d'interventions**

##### **❖ Promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action**

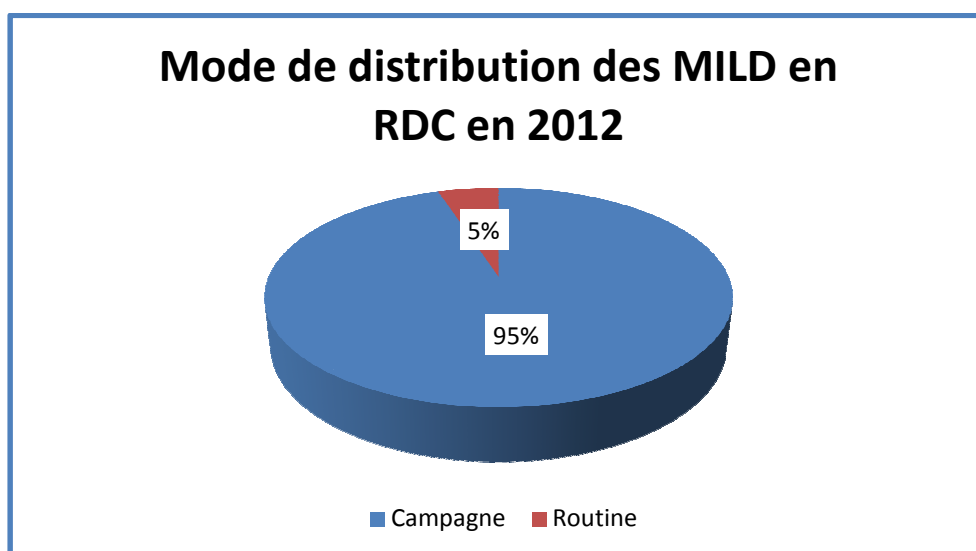
La promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action est une des grandes stratégies recommandées mondialement dans le cadre de la prévention du paludisme.

Différentes approches ont été utilisées en 2012 pour accroître la proportion des personnes dormant sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, à savoir :

- La distribution de routine ciblant les groupes spécifiques, les enfants de moins de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Elle est réalisée au cours des séances des CPN et CPS
- La distribution de masse à travers les campagnes vise la population générale.

En outre, la distribution est soutenue par les activités de communication pour le changement des comportements pour l'utilisation effective des MILD.

**Figure 3** : Mode de distribution des MILD reçues en RDC, 2012



Le principal mode de distribution des MILD demeure la campagne de masse (95%) qui permet à la population de les obtenir gratuitement. Alors que la distribution de masse ainsi rapportée n'a concerné que 5 provinces, il apparaît que ce mode de distribution a apporté la quasi-totalité des MILD distribuées dans le pays en 2012. Le maintien de couverture par une distribution de routine à travers la CPN et la CPS qui aurait dû apporter près de 1/5<sup>e</sup> de MILD pour tout le pays semble largement en deçà des prévisions.



*Photo 1* : Un Relais communautaire en pleine sensibilisation lors de la campagne de distribution de masse à Bandundu ville en mai 2012.

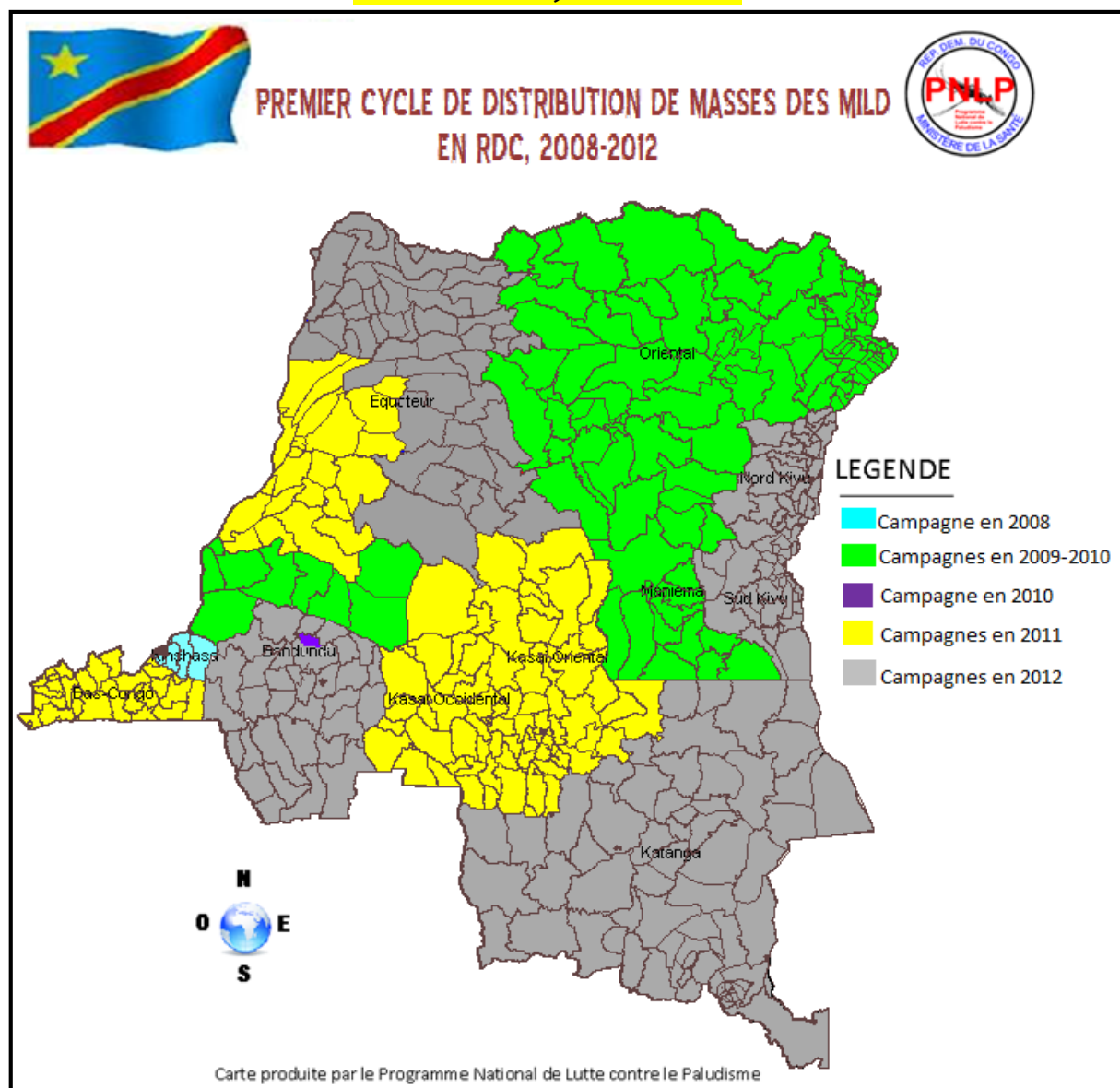


*Photo 2* : Un couple en train de préparer une MILD reçue lors de la campagne de distribution de masse à Bandundu ville en mai 2012 pour l'aération à l'ombre avant fixation.

Il est important de préciser que, c'est en 2012 que la RDC a terminé le cycle de distribution universelle dans toutes les provinces du pays. Ce cycle a pris 4 années. La 1<sup>ère</sup> province à bénéficier de cette approche était la ville province de Kinshasa à la fin 2008, suivi, en 2009-2010, de la province Orientale, du Maniema, des DS du Plateau et du Maindombe dans le Bandundu. En 2011, les provinces qui ont bénéficié de la distribution de masse des MILD étaient les deux Kasai, le Bas Congo et des DS de l'Equateur et de Mbandaka dans la province de l'Equateur. En 2012, le Nord Kivu, le Sud Kivu, le Katanga, 4 DS du Bandundu (Bandundu ville, Kwango, Kwilu et Kikwit) et 5 DS de l'Equateur (Nord Ubangi, Sud Ubangi, Mongala, Tshuapa et Zongo) ont clôturé ce 1<sup>er</sup> cycle de distribution de masse des MILD.

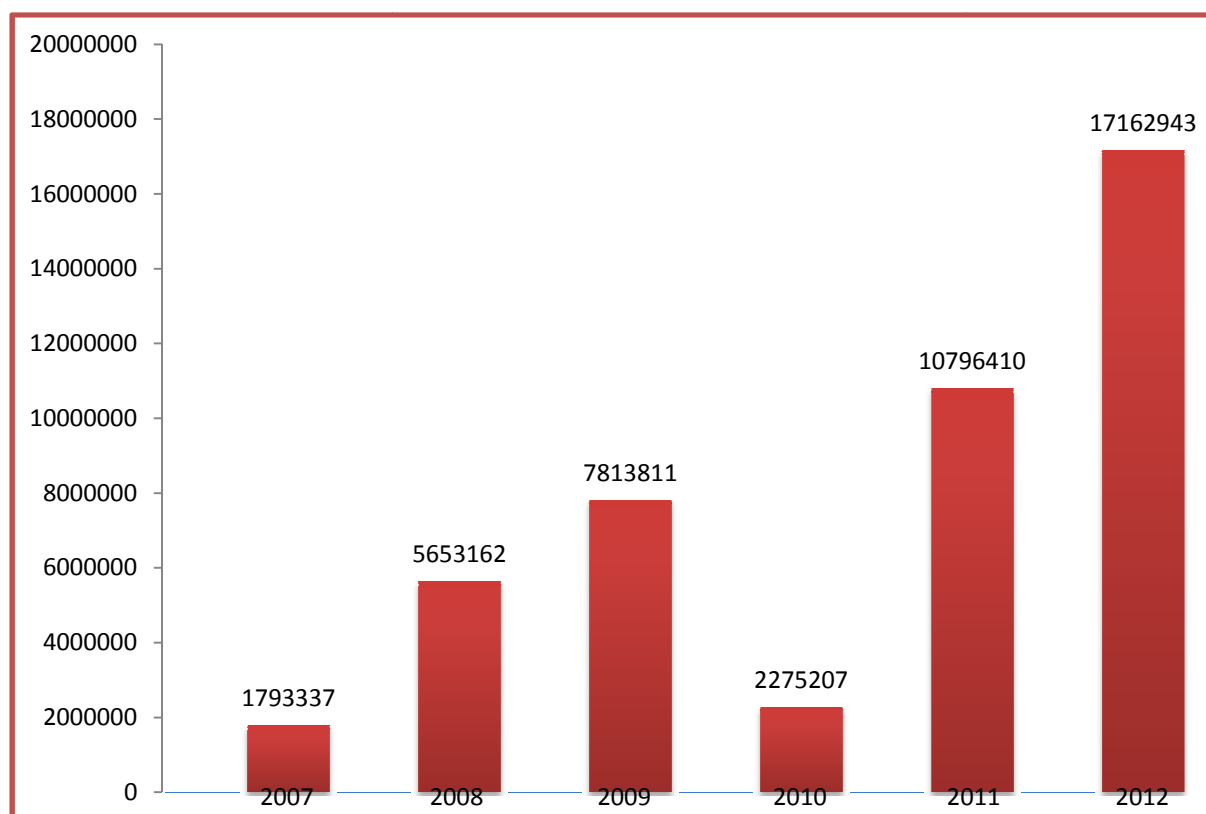


**Figure4: Cartographie du premier cycle de distribution de masse des MILD en RDC, 2008-2012**



Par contre, la distribution de routine n'a pas couvert toutes les ZS du pays. Le tableau 3 présente la couverture des provinces en MILD de routine.

**Figure 5** : Evolution de la distribution des MILDS en routine en RDC de 2007 à 2012



En général, on a noté une évolution croissante du nombre des MILD distribuées en RDC. Le décrochage de 2010 s'explique d'une part par le fait que les MILDS des campagnes de masse distribuées à cheval entre 2009 et 2010 ont été comptabilisées en 2009 et d'autre part, le retard de décaissement du financement Fonds Mondial qui a affecté l'approvisionnement en MILD de routine.

En 2012, 17.162.943 MILD mobilisées à travers le pays sur 22.520.298 prévues, soit un niveau de performance estimé à 76%.

Ces MILD mobilisées en 2012 ont été distribuées à travers :

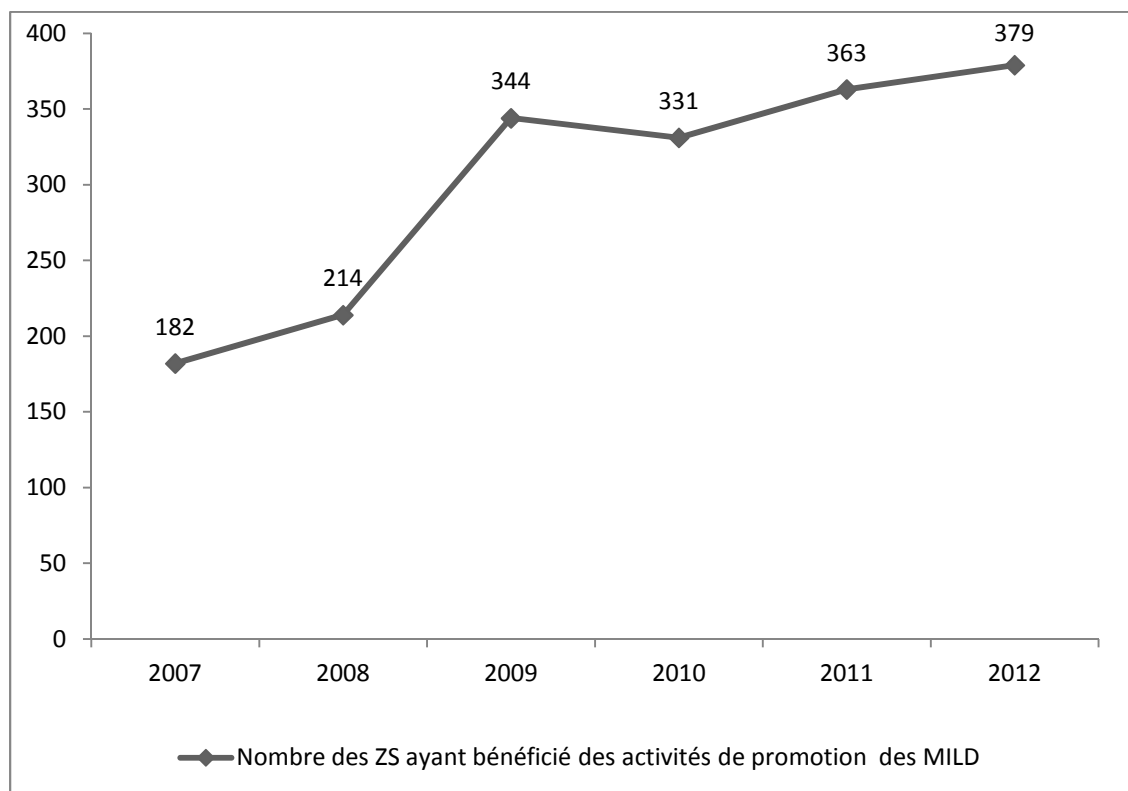
- Routine (CPN et CPS) : 869.745 MILD
- Campagne de distribution de masse : 16.293.198 MILD dont 3.058.031 MILD pour le Nord Kivu, 2.222.085 MILD le Bandundu (4 districts), 5.400.000 MILD pour le Katanga, 3.322.708 MILD pour l'Equateur et 2.290.374 MILD pour le Sud Kivu.

**Tableau 4** : Couverture des provinces en promotion des MILD de routine (CPN et CPS) dans les zones de santé en 2012

N°	Province	ZS avec promotion des MILD de routine	Nombre des ZS fonctionnelles par province en RDC	Pourcentage
1	BAS CONGO	31	31	100%
2	BANDUNDU	44	52	85%
3	EQUATEUR	36	69	52%
4	KATANGA	67	67	100%
5	KASAI OCCIDENTAL	44	44	100%
6	KASAI ORIENTAL	41	51	80%
7	KINSHASA	20	35	57%
8	MANIEMA	12	18	67%
9	NORD KIVU	24	24	100%
10	ORIENTALE	27	83	33%
11	SUD KIVU	33	34	97%
<b>Total</b>		<b>379</b>	<b>508</b>	<b>75%</b>

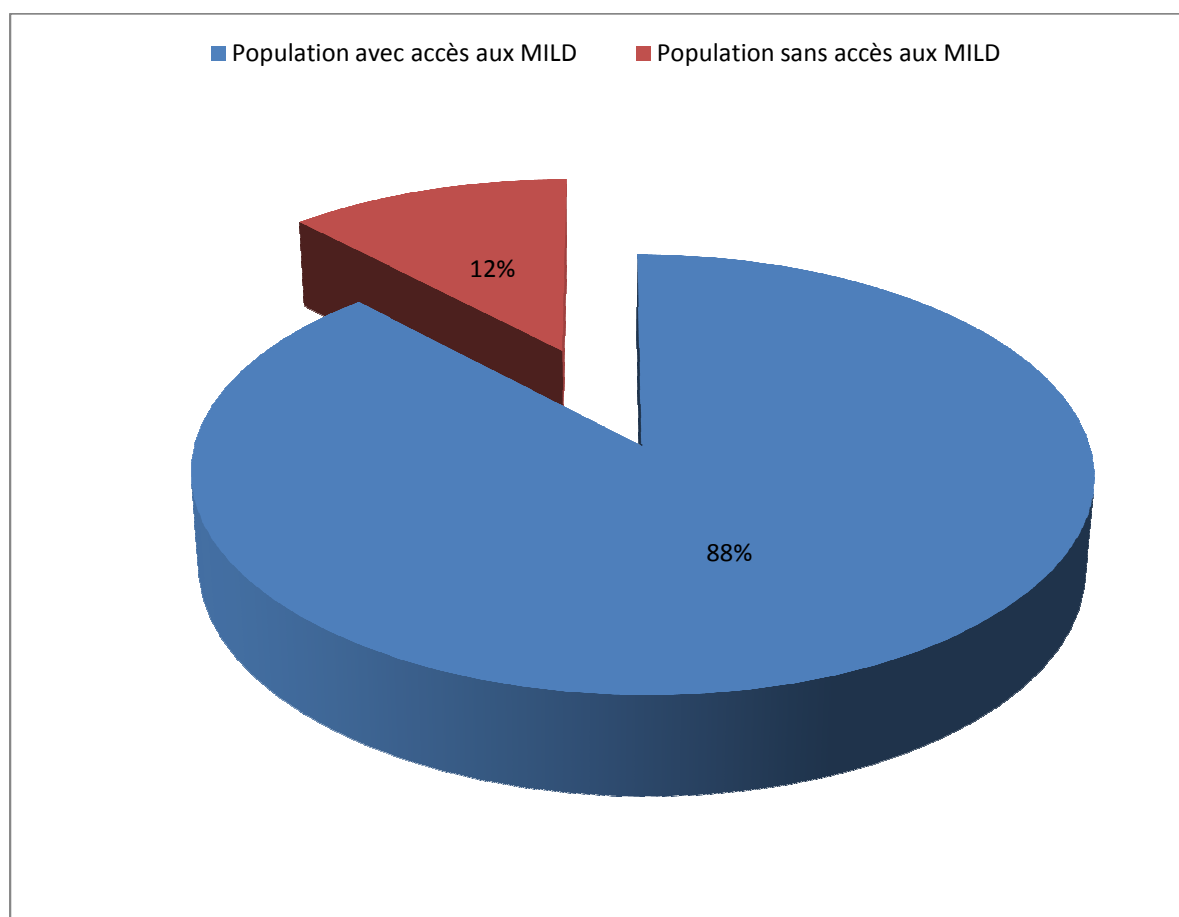
Le tableau 3 montre que la promotion de l'utilisation des MILD a été assurée dans 384 zones de santé du pays, ce qui représente une couverture de 76%. Le Bas-Congo, le Katanga, le Kasai Occidental et le Nord Kivu ont distribué les MILD en routine dans l'ensemble des ZS. On a noté une faible activité de routine dans les provinces de l'Equateur, Kinshasa, Orientale et Maniema. La couverture incomplète de ces provinces est liée au retard encouru pour le démarrage des activités contenues dans le Round 10 des financements du Fonds Mondial d'une part et celles appuyées par BAD d'autre part. en outre, on note quelques ZS non appuyées.

**Figure 6** : Evolution du nombre des ZS ayant intégré la promotion de l'utilisation des MILD dans les services de routine (CPN et CPS) en RDC, 2007-2012



On note dans ce graphique une tendance à la hausse dans le processus de la promotion de l'utilisation des MILD en routine dans les zones de santé Liée à l'amélioration de la couverture des interventions antipaludiques en collaboration avec les partenaires d'appui.

**Figure 7** : projection de l'accès universel aux MILD en RDC, fin 2012



De façon cumulée, on estime à 30.234.560 MILDS distribuées depuis 2010. Celles distribuées antérieurement n'ont pas été prises en compte dans le total cumulé de 2012 au regard de la durée de vie d'une MILD estimée à 3 ans selon les normes de l'OMS.

Les directives de l'OMS visant l'accès universel aux interventions de lutte contre le paludisme recommandent 1 MILD pour 2 personnes. Considérant les totaux cumulés des MILD et la population totale du pays de l'année ayant fait l'objet du rapport, entendu que le taux d'usure des MILD est estimé à 8% la 1<sup>ère</sup> année et 20% la 2<sup>e</sup> année suivant la distribution, il est possible d'estimer à 82% la proportion de la population ayant eu accès aux MILD en fin 2012.

❖ **Application de la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent dans les habitations des zones de santé d'intervention**

La pulvérisation intra domiciliaire s'applique actuellement dans la province du Katanga avec l'appui des entreprises minières. Initialement prévue dans 4

zones de santé, elle ne s'applique que dans une seule d'entre elles, en l'occurrence la ZS de Fungurume.

Notons qu'en 2012, cette activité n'a couvert que 10 aires de santé sur les 18 que compte la zone de santé. Au total, 31.231 maisons ont fait l'objet de la PID sur les 265.667 prévues, soit une performance de 12%. La faible performance observée pour cette stratégie est liée au fait que les sociétés minières œuvrant dans les 3 autres ZS n'avaient pas adhéré à la stratégie, et Tenke a restreint sa sphère d'intervention aux seules aires de santé hébergeant leur champs d'exploitation.

#### ❖ Application du traitement préventif intermittent



*Photo 2 : Une femme enceinte prenant la SP pour le TPI sous observation directe de l'infirmière. CS/Hopital ? ZS ? Province ?*

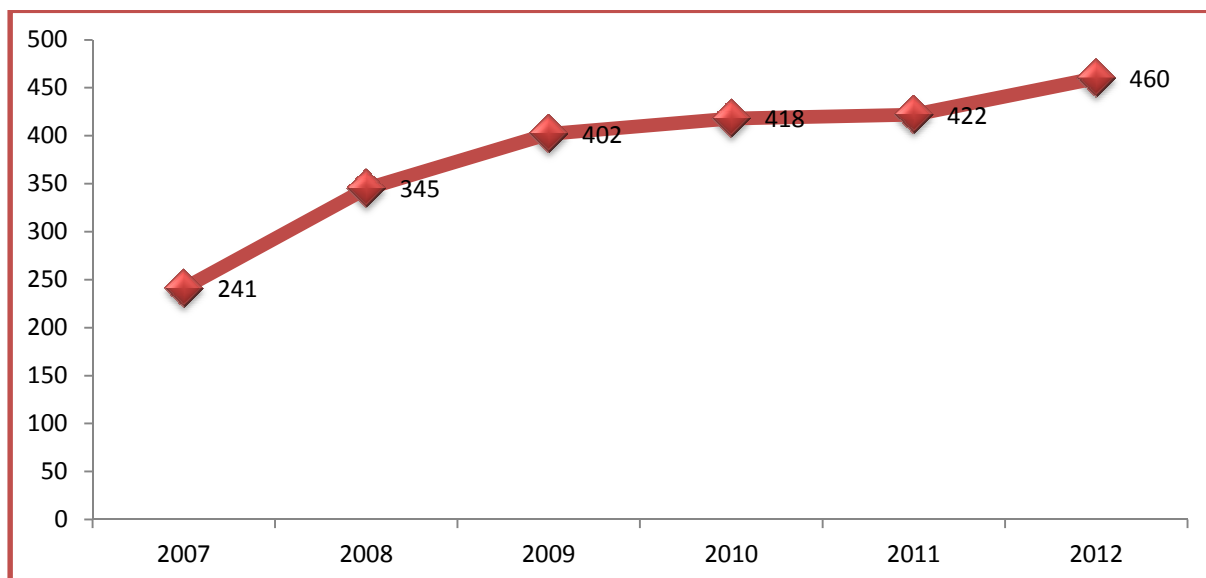
Le Traitement Préventif Intermittent (TPI) consiste en l'administration de 2 doses de SP à la femme enceinte pour prévenir les conséquences du paludisme pendant la grossesse. La SP est administrée aux 16<sup>ème</sup> et 28<sup>ème</sup> semaines de la grossesse pour les femmes enceintes séronégative. Une 3<sup>e</sup> dose est administrée à la 32<sup>e</sup> semaine aux femmes séropositives au VIH.

**Tableau 5:** Couverture des provinces en TPI dans les zones de santé en 2012

N°	Province	ZS intégrant le TPI	Nb des ZS fonctionnelles par province en RDC	Taux de couverture de la province
1	BAS CONGO	31	31	100%
2	BANDUNDU	46	52	88%
3	EQUATEUR	59	69	85,5%
4	KATANGA	67	67	100%
5	KASAI OCCIDENTAL	33	44	75%
6	KASAI ORIENTAL	45	51	88%
7	KINSHASA	35	35	100%
8	MANIEMA	16	18	89%
9	NORD KIVU	24	24	100%
10	ORIENTALE	71	83	85,5%
11	SUD KIVU	33	34	97%
<b>Total</b>		<b>460</b>	<b>508</b>	<b>90,5%</b>

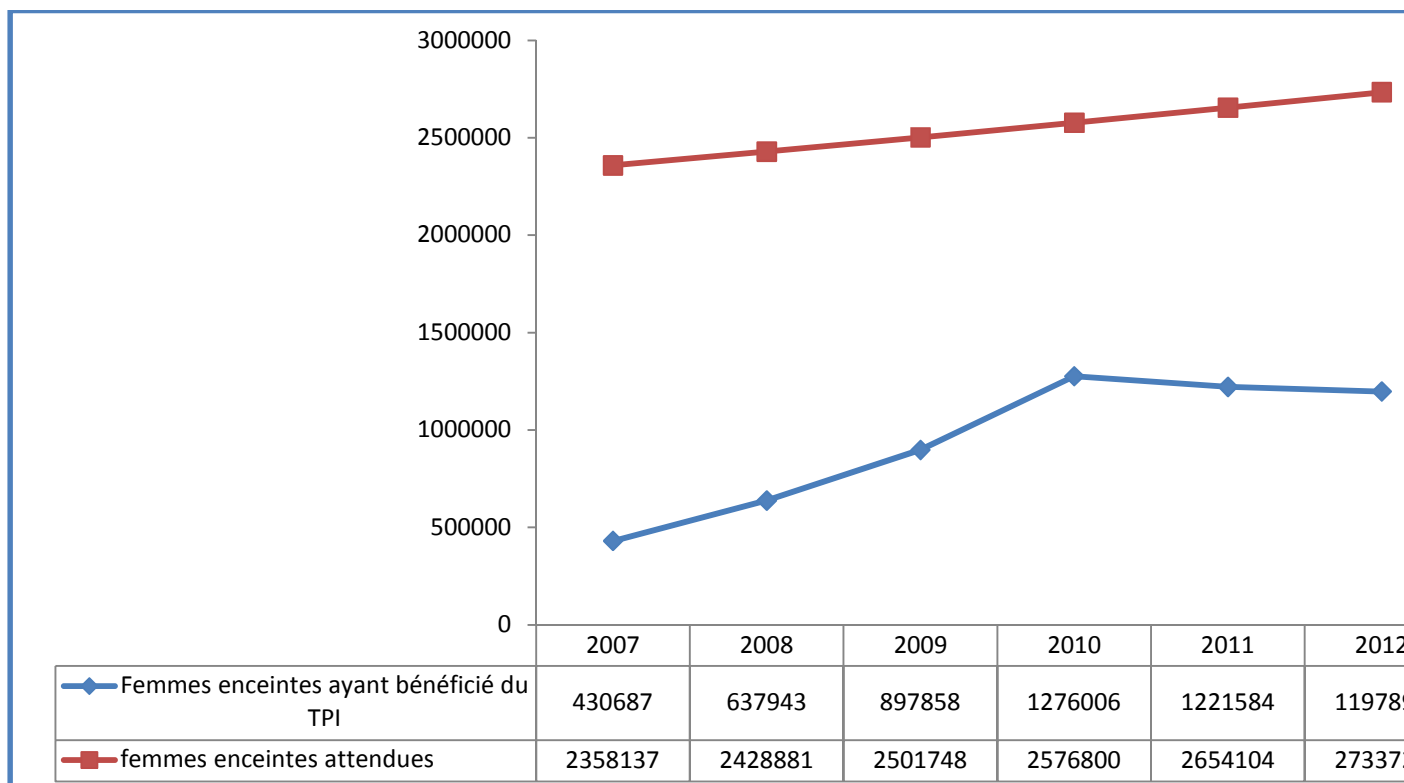
460 zones de santé de la RDC soit 90,5% ont intégré l'application du traitement préventif chez les femmes enceintes. Les efforts doivent encore être fournis par la province du Kasai Occidental qui a moins de 80%.

**Figure 8 :** Evolution du nombre des ZS ayant intégré la mise en œuvre du traitement Préventif Intermittent dans les zones de santé en RDC, 2007-2012.



Le nombre de zones de santé mettant en œuvre le Traitement Préventif Intermittent (TPI) est passé de 241 en 2007 à 460 en 2012.

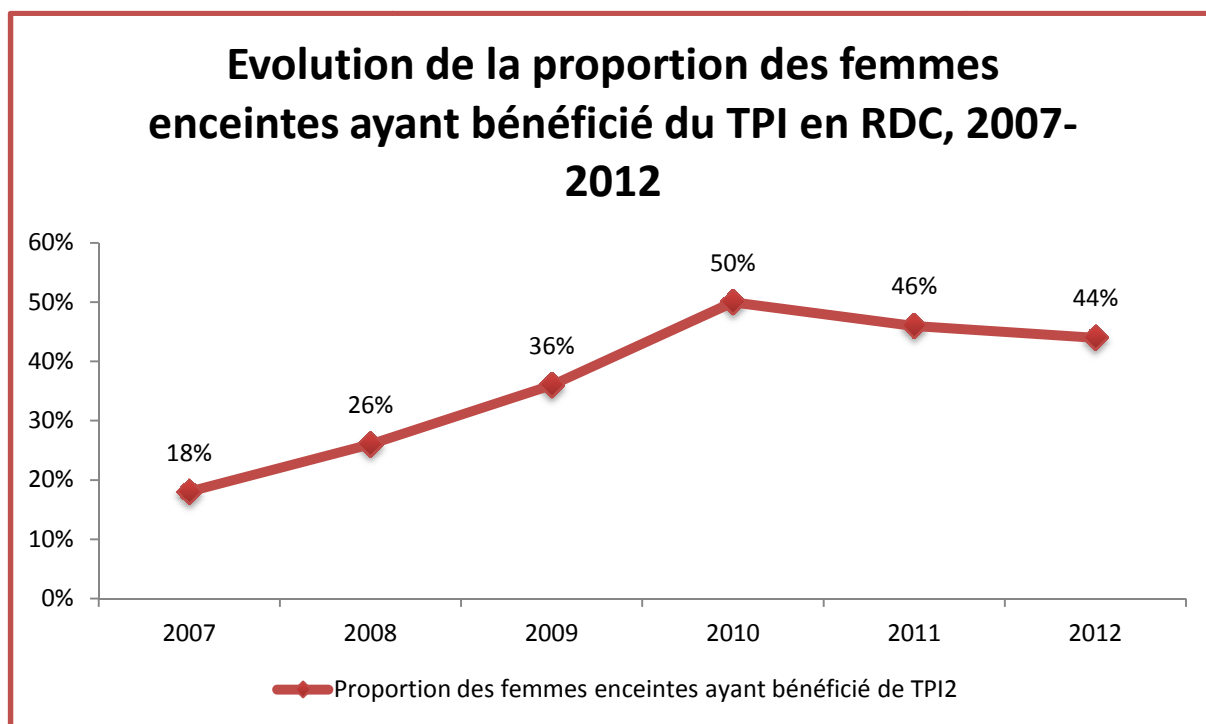
**Figure 9 :** Nombre des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI en RDC, de 2007 à 2012





Le nombre de femmes ayant bénéficié du TPI est passé de 430.687 en 2007 à 1.221.584 en 2011, par contre en 2012 on note une régression à 1.197.896.

**Figure 10 :** Evolution de la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI en RDC, 2007-2012.



La proportion des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI par rapport aux femmes attendues dans la communauté a connu une progression depuis 2007 jusqu'en 2010, puis elle a régressé à partir de 2011.

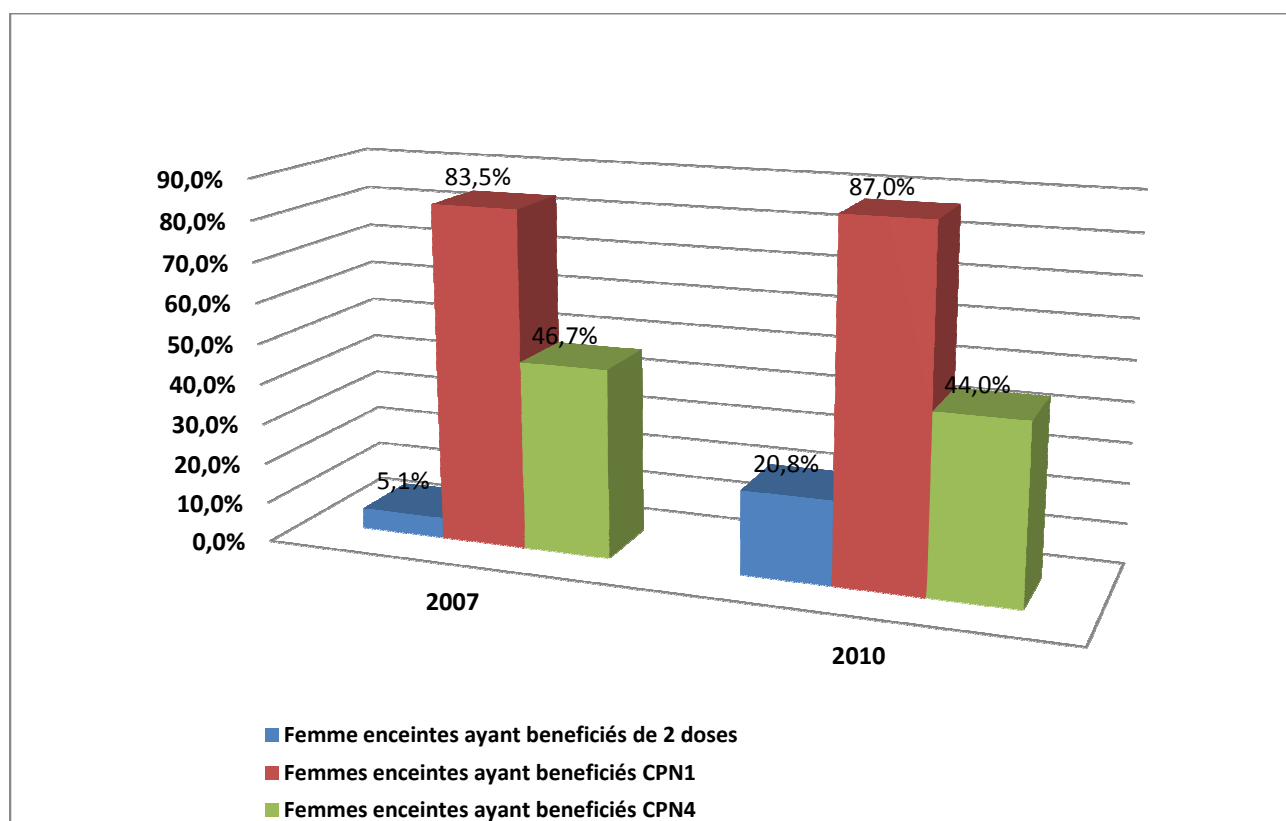
**Tableau 6 :** Couverture des femmes enceintes en TPI par province en 2012.

N°	Province	Femmes enceintes attendues	Femmes ayant bénéficié du TPI	Pourcentage
1	BAS CONGO	115.905	70292	61%
2	BANDUNDU	275.682	107236	39%
3	EQUATEUR	308.320	108474	35%
4	KATANGA	393.117	89832	23%
5	KASAI OCCIDENTAL	257.021	136537	53%
6	KASAI ORIENTAL	326.433	172596	53%
7	KINSHASA	245.468	115303	47%
8	MANIEMA	73.180	40059	55%
9	NORD KIVU	220.886	150587	68%
10	ORIENTALE	338.948	123366	36%
11	SUD KIVU	178.767	83614	47%
<b>Total</b>		<b>2.733.727</b>	<b>1 197 896</b>	<b>44%</b>

Dans son ensemble 44% des femmes enceintes ont bénéficié d'un traitement préventif intermittent en 2012. La province du Nord Kivu a la couverture la plus élevée soit 68% et la province du Katanga a la couverture la plus basse soit 23%. Plusieurs facteurs sont à l'origine de la faible couverture des femmes enceintes en TPI entre autre, la faible disponibilité de SP dans les FOSA, la faible accessibilité aux services (non gratuité des services de CPN et/ou du médicament, des dessous de table), la faible fréquentation et/ou la fréquentation tardive des services de CPN. A cela s'ajoute le faible rapportage de certaines ZS et la faible proportion de prestataires formés en CPN recentrée.

Au niveau communautaire, il apparait que la proportion de femmes enceintes qui reçoivent 2 doses de SP est en progression, mais reste encore très faible. Il importe, certes de continuer à améliorer l'approvisionnement des FOSA en SP, de renforcer les capacités des prestataires en CPN recentrée, mais aussi à renforcer la sensibilisation des femmes enceintes à fréquenter tôt les services de CPN et à respecter le nombre de CPN recommandé pour offrir un cadre optimal de mise en œuvre du TPI.

**Figure 11** : Evolution de la couverture en TPI et de la fréquentation de la CPN, données d'enquêtes ménage.



La proportion des femmes enceintes ayant bénéficié de 2 doses de SP est passé de 5,1% en 2007 à 20,8% en 2010 ; le taux de CPN4 reste faible entre 2007 et 2010

#### ❖ **Prise en charge des cas du paludisme**

La Prise En Charge (PEC) des cas du paludisme est fonction de la forme clinique présentée par le patient :

- **Paludisme simple :**

La RDC a adopté initialement, en 2005, la combinaison AS-AQ comme médicament pour le traitement des formes simples du paludisme. Depuis 2010, le pays a initié l'intégration de la combinaison Arthemeter + Lumefantrine (AL) dans le secteur privé. A l'occasion du forum de consensus organisé en avril 2012, l'option d'utiliser les 2 CTA (AS-AQ et AL) comme médicaments pour le traitement du paludisme simple aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé a été levée.



*Photo 4: PEC au CS : Exécution du TDR par un prestataire de soins dans un CS de Mwene Ditu, province du Kasai Oriental.*



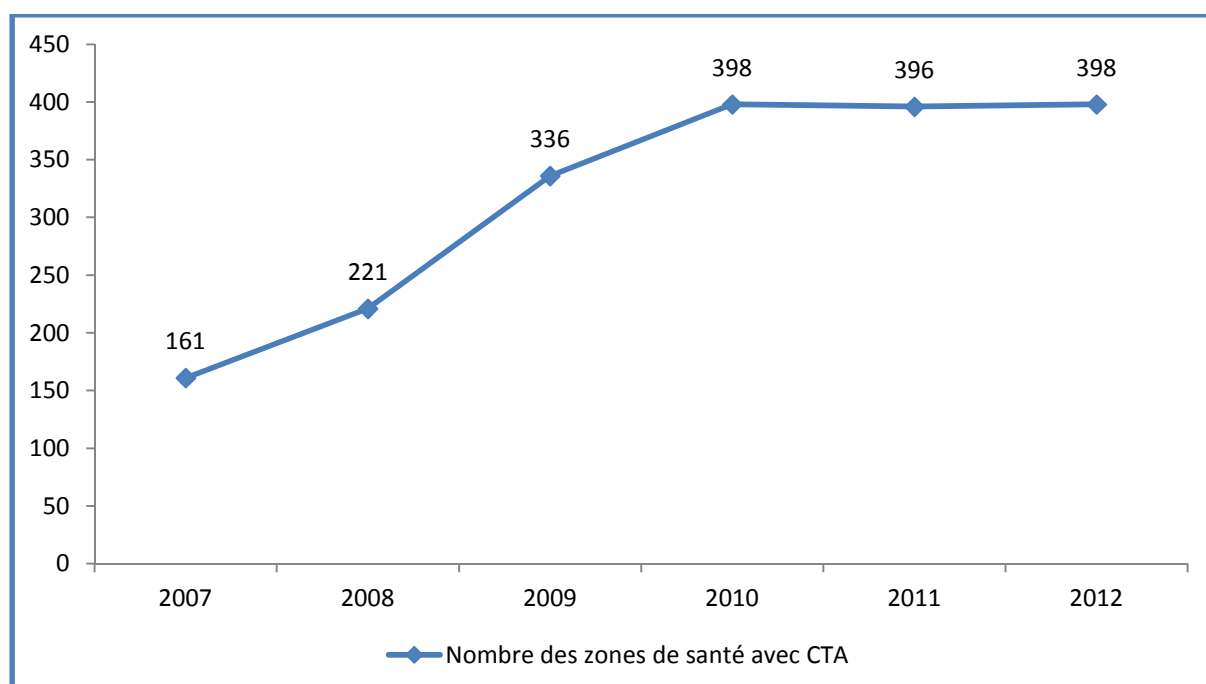
*Photo 5: PEC au SSC : Exécution du TDR par un relais communautaire dans un SSC de Kanda Kanda, province du Kasai Oriental.*

- Echec thérapeutique : Pour le traitement des échecs thérapeutique, il est recommandé d'utiliser la quinine par voie orale ou l'une des CTA.
- Paludisme grave : pour le traitement du paludisme grave, la quinine en perfusion ou l'artesunate par voie intraveineuse sont recommandées au niveau de référence. Un traitement pre-référence avec l'artesunate en suppositoire est recommandé au niveau des CS et des Sites de Soins Communautaires (SSC).

Notons que le diagnostic biologique est désormais obligatoire pour confirmer les cas de paludisme.

La figure 12 présente l'évolution du nombre de ZS utilisant les CTA pour la PEC des cas de paludisme simple. On a noté que 398 zones de santé sur les 508 ZS fonctionnelles que compte notre pays ont appliqué le traitement aux ACT chez les patients souffrant du paludisme simple, soit un niveau de performance de 78% pour l'année 2012. Ce nombre est passé de 161 ZS à 398 ZS entre 2007 et 2010.

**Figure 12 :** ZS ayant intégré la mise en œuvre du traitement aux CTA en RDC, 2007-2012



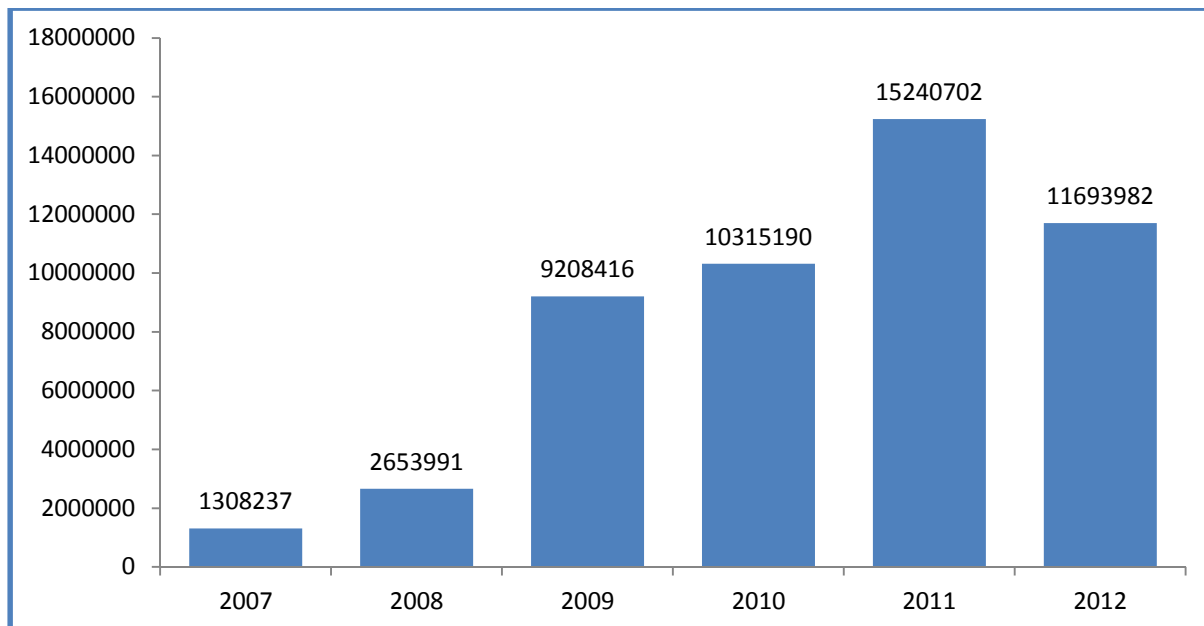
Le tableau 7 montre que 398 zones de santé sur 508, soit 78 % ont mis en œuvre le traitement du paludisme simple aux ACT. Les efforts doivent encore être fournis en mettant prioritairement l'accent sur la province de Kinshasa.

**Tableau 7 :** Couverture des zones de santé en ACT par province en 2012

N°	Province	Nb des ZS avec traitement aux ACT	Nb des ZS fonctionnelles par province en RDC	Taux de couverture de la province
1	BAS CONGO	23	31	74%
2	BANDUNDU	48	52	92%
3	EQUATEUR	54	69	78%
4	KATANGA	67	67	100%
5	KASAI OCCIDENTAL	33	44	75%
6	KASAI ORIENTAL	43	51	84%
7	KINSHASA	22	35	63%
8	MANIEMA	17	18	94%
9	NORD KIVU	24	24	100%
10	ORIENTALE	77	83	93%
11	SUD KIVU	33	34	97%
<b>Total</b>		<b>398</b>	<b>508</b>	<b>78%</b>

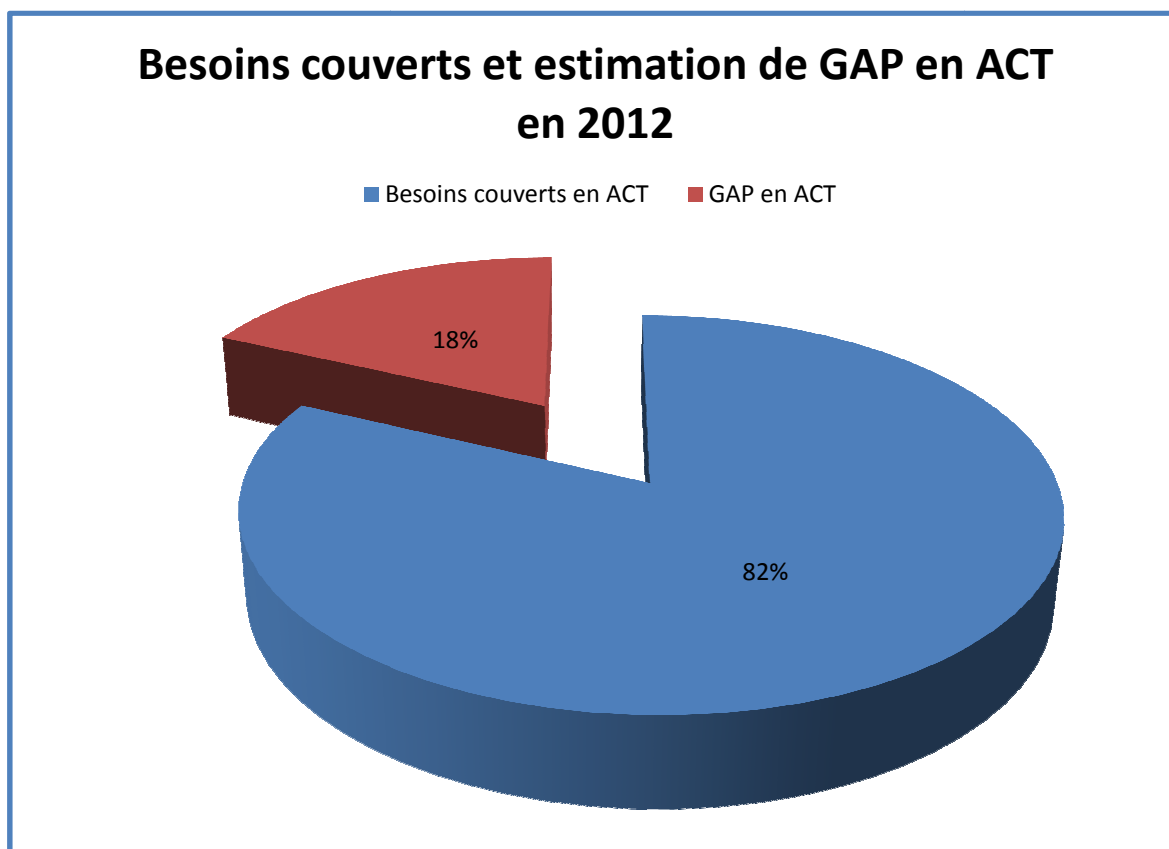
Nous notons une bonne couverture du paquet de prise en charge des cas de paludisme selon les normes actuelles dans la quasi-totalité des provinces. Cette situation est liée au renforcement des capacités des prestataires ainsi les approvisionnements aux CTA. Cependant cette couverture reste faible dans la ville de Kinshasa, essentiellement constituée par des structures privées pour qui l'intégration aux normes reste un challenge.

**Figure 13** : Evolution de l'offre des ACT dans les ZS en ACT, 2007-2012



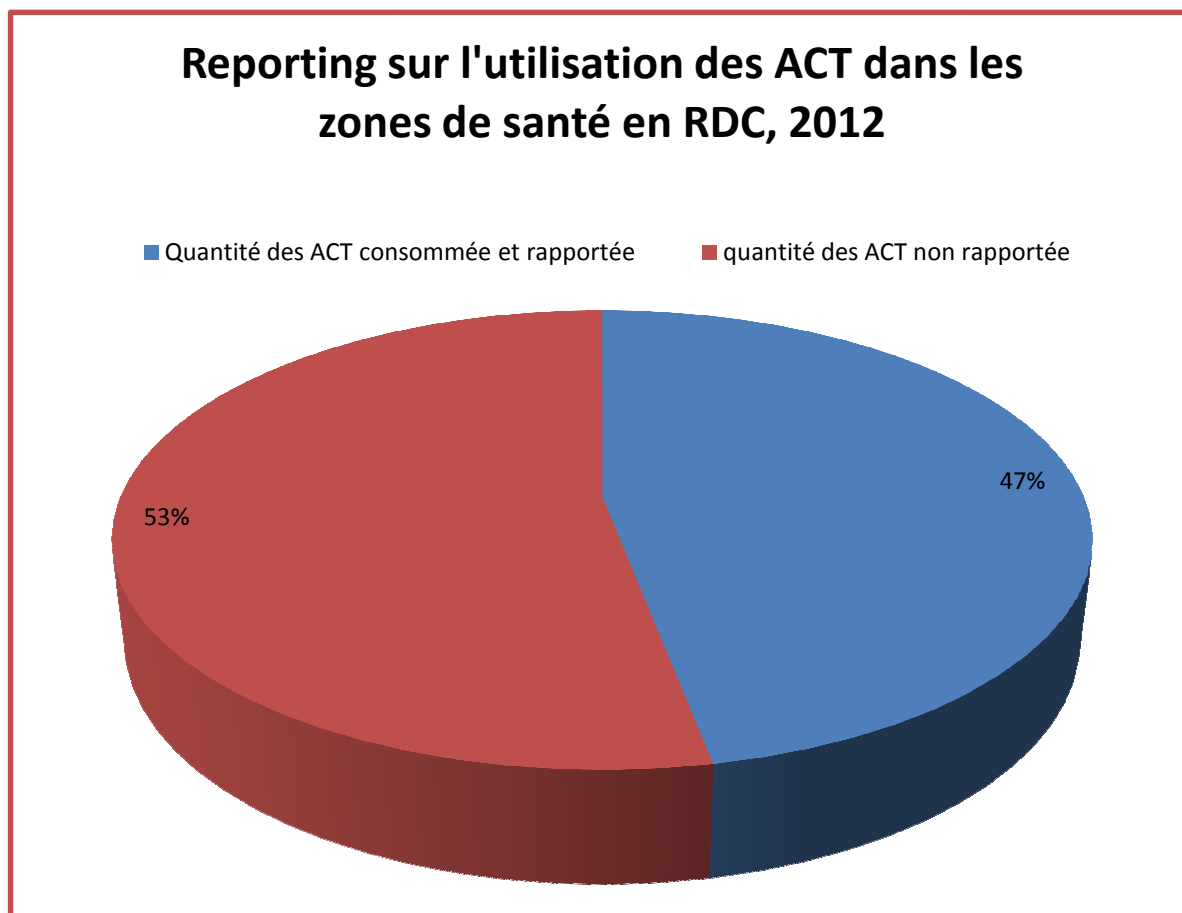
Nous notons une augmentation progressive de nombre de cures des ACT entre 2007 et 2011 passant de 1.308.237 à 15.240.702 cures, mais en 2012 il ya une régression à 11.693.982 cures.

**Figure 15 : Analyse programmatique des besoins en ACT pour 2012**



En 2012 les besoins totaux du pays en ACT ont été estimés à 14.196.491 doses dont 11.693.982 ont été fournies et réceptionnées par les zones de santé durant l'année, représentant ainsi 82 % de besoins estimés. Toutefois, le programme ne dispose d'aucune donnée sur le secteur privé.

**Figure 14** : Utilisation et reporting sur les ACT fournies aux ZS en 2012



En 2012, sur les 11.693.982 de doses ont été fournies et réceptionnées par les zones de santé, seules 5.523.774 de doses ont fait l'objet de reporting de la part des zones de santé durant l'année, représentant un niveau de performance de 47%. On note une amélioration par rapport à l'année 2011 au cours de laquelle le niveau de performance était 33%.



**Tableau 8 : Rapportage des ACT fournis aux ZS en 2012 par province**

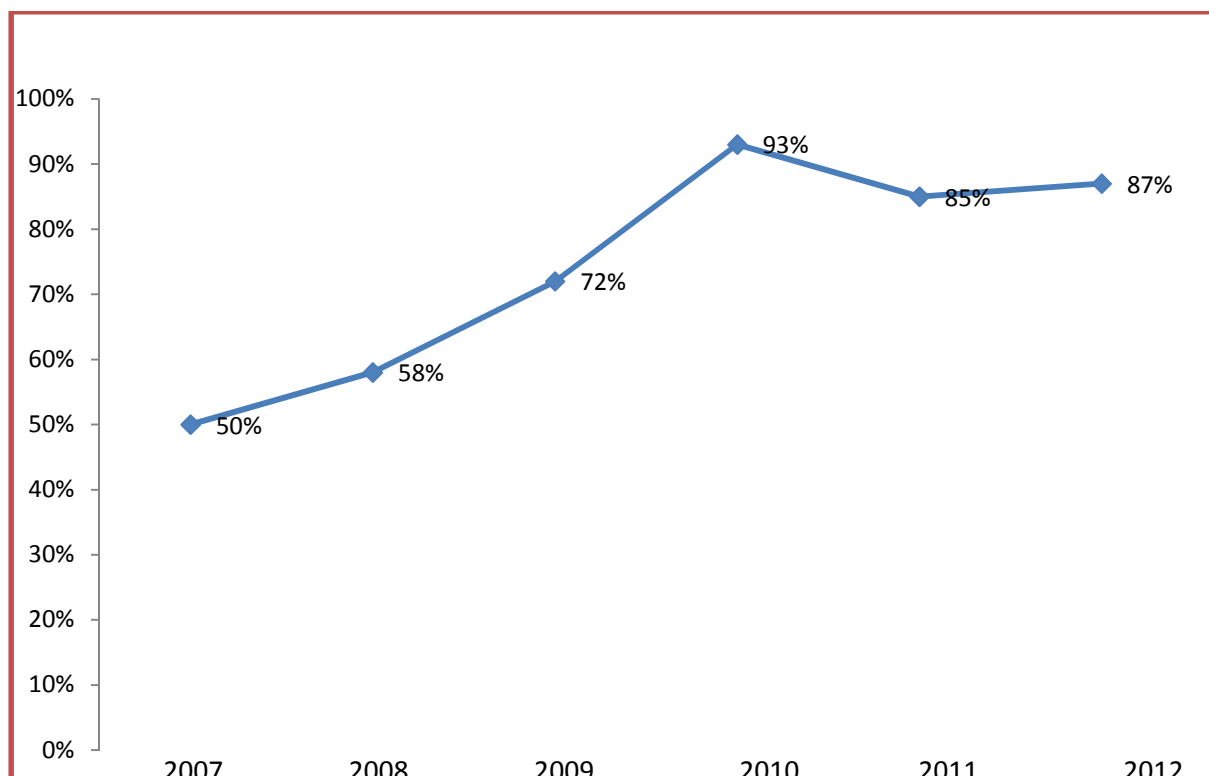
N°	Province	Quantité des doses reçues	des d'ACT	Quantité des doses d'ACT utilisées et reportées	Taux de reporting
1	Bas Congo	562.324		208.461	37%
2	Bandundu	1.647.202		431.350	26%
3	Equateur	1.380.723		564.445	41%
4	Katanga	604.600		312.798	52%
5	Kinshasa	2.613.125		634.963	24%
6	Kasai Occidental	924.064		448.519	49%
7	Kasai Oriental	827.485		408.099	49%
8	Maniema	627.958		385.027	61%
9	Nord Kivu	4747		606.927	NA
10	Orientale	1.791.242		1.034.738	58%
11	Sud Kivu	710.512		488.447	69%
<b>Total</b>		<b>11.693.982</b>		<b>5.523.774</b>	<b>47%</b>

Le rapportage de la consommation des ACT est faible à travers toutes les provinces du pays. La province du Nord Kivu devrait avoir un solde important des ACT, ce qui s'expliquerait le fait que la province ait reçu très peu des doses en 2012 et qu'elle en ait consommé plus. Mais le solde n'est malheureusement pas connu.

## V. SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS

Le suivi de la mise en œuvre des interventions de lutte antipaludique se base sur le système national d'information sanitaire, ce système consiste en une collecte régulière et analyse des données provenant des structures sanitaires. La transmission se fait selon le circuit national défini dans le SNIS.

**Figure 15** : Taux de complétude des rapports mensuels d'activités des zones de santé en RDC, 2007-2012

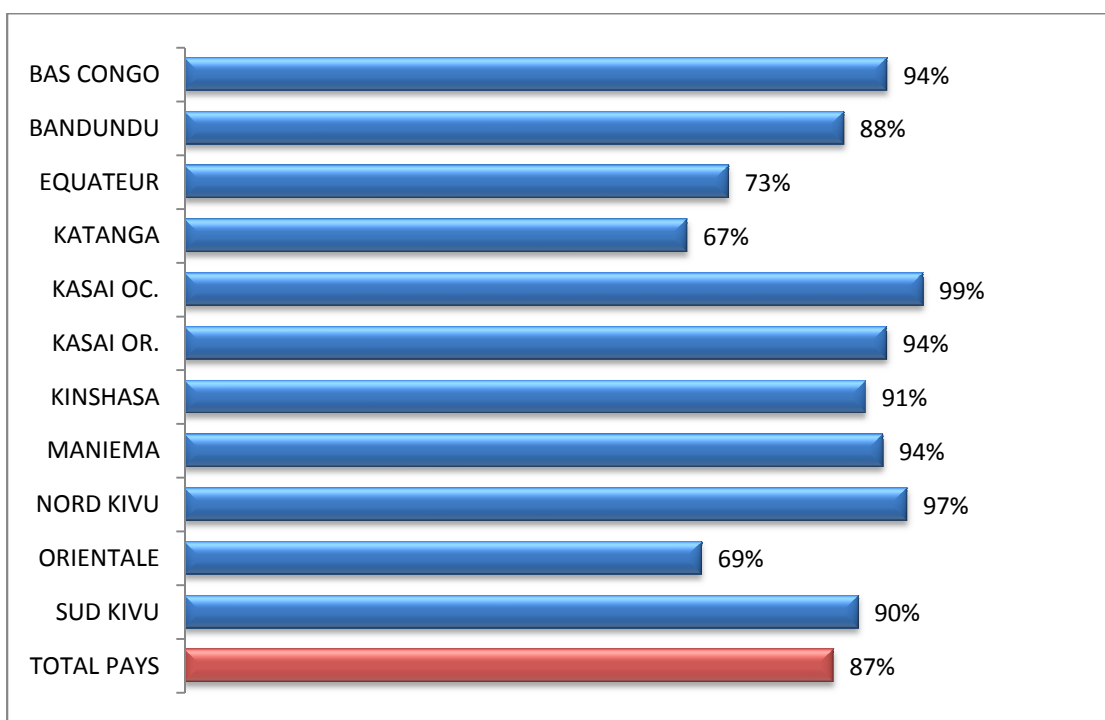


Le graphique ci-dessus présenté montre que le taux de complétude des rapports mensuels des ZS est passé de de 50% à 93% entre 2007 et 2010, puis a connu une baisse jusqu'à 85% en 2011 pour remonter à 87% en 2012. Au vu de ce résultat nous pouvons affirmer que le taux de complétude s'améliore d'année en année et a dépassé la norme nationale à partir de 2010 (la norme nationale est de 80%).

Cette situation est liée à l'amélioration de la couverture et au renforcement des capacités des zones de santé avec l'appui des partenaires.

Des efforts restent à faire pour améliorer la promptitude et la qualité des données.

**Figure 18** : Taux de complétude des rapports mensuels des zones de santé par province en 2012.



Dans son ensemble le taux de complétude des rapports mensuels d'activités des ZS dépasse la norme nationale qui est de 80%. Néanmoins les provinces de l'Equateur, du Katanga et Orientale devront faire un effort car leurs taux de complétude sont en dessous de 80%. Ces trois provinces sont les plus vastes du pays avec des ZS d'accès difficile.

## VI. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES

Le paludisme fait l'objet d'un rapportage via deux approches :

- La surveillance hebdomadaire : le paludisme est une maladie à potentiel épidémique. Ici sont rapportées de façon hebdomadaire les données sur la morbidité et la mortalité des maladies à potentiel épidémique dans le but de garantir une détection précoce de toute flambée épidémique afin de faire une riposte prompte si nécessaire.

Elle se fait à travers la direction de la lutte contre la maladie 4<sup>ème</sup> Direction.

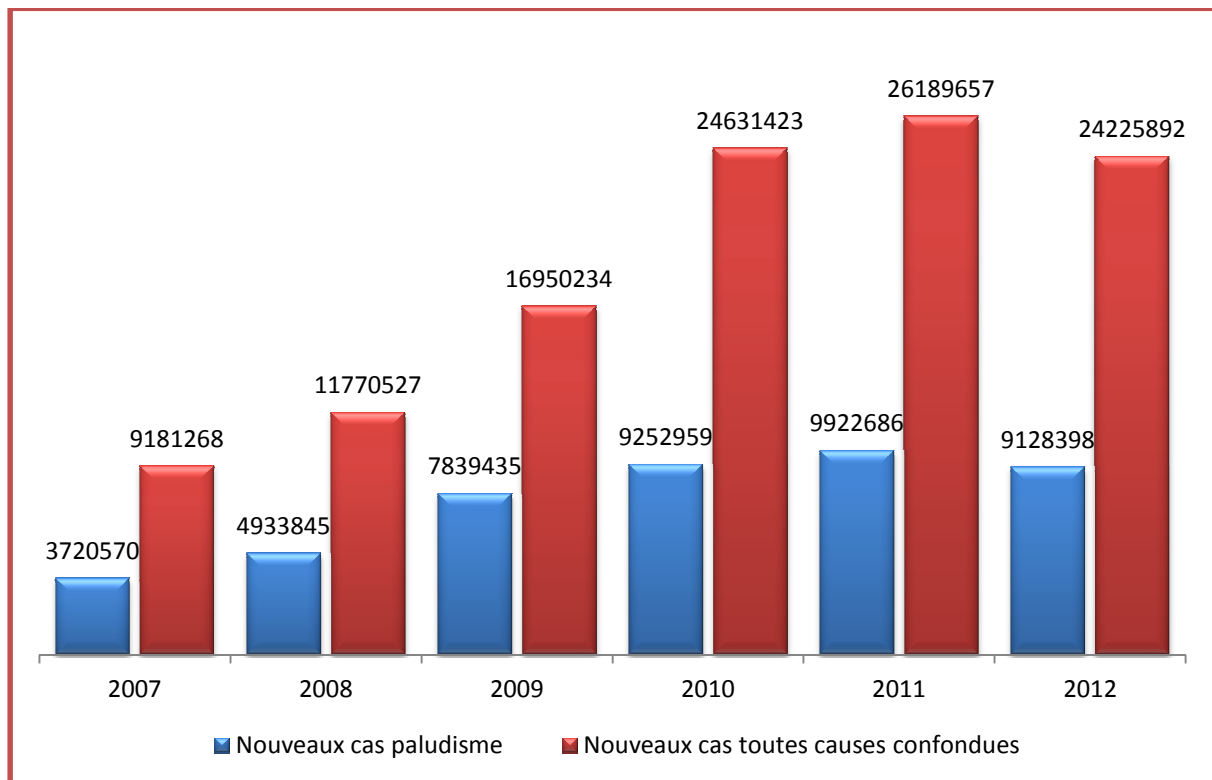
- La surveillance mensuelle : les données proviennent de l'ensemble de structures sanitaires des zones de santé. Outre la morbidité et la mortalité, cette surveillance permet de suivre les progrès réalisées dans la mise en œuvre de l'initiative FRP afin d'alimenter le processus décisionnel et la mobilisation des ressources. Elle se fait à travers le Système National d'Information Sanitaire (SNIS).

A côté de ces deux approches de rapportage qui concernent l'ensemble des FOSA intégrées au système de santé à travers le pays, il existe un réseau de sites sentinelles permettant de recueillir des données complémentaires nécessaire à l'adaptation des stratégies de lutte au niveau pays.

### **VI.1. Fréquence des cas et décès attribués au paludisme dans les services de santé.**

Dans ce rapport nous présentons seulement les données issues de la surveillance mensuelle de la maladie et le suivi des progrès réalisés dans la mise en œuvre de l'initiative FRP en RDC.

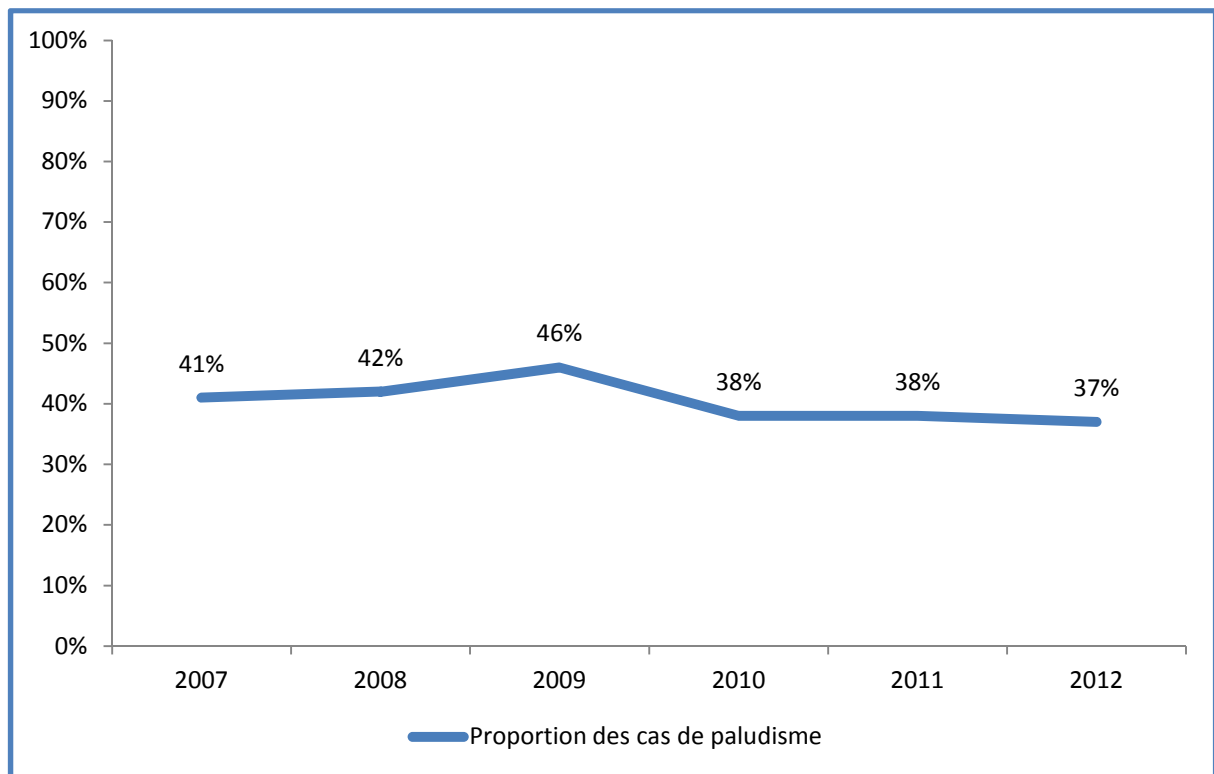
**Figure 16 :** Evolution de la fréquence des malades reçus en consultation de 2007 à 2012, RDC



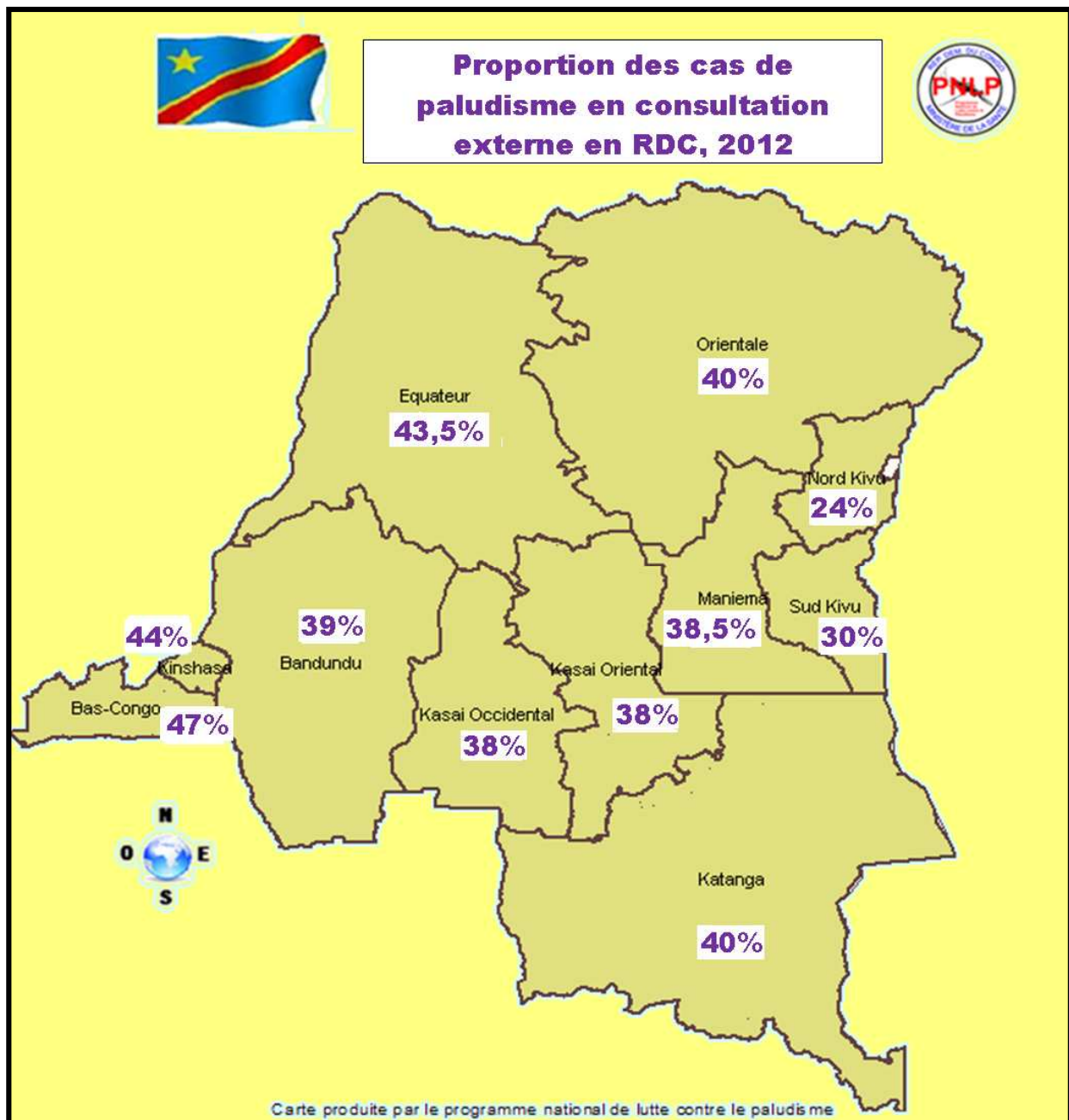
Cette figure indique l'augmentation du nombre des malades reçus en consultation externe, pour toutes causes confondues, y compris les cas suspects de paludisme. Cette augmentation peut s'expliquer par l'amélioration du taux de complétude des rapports mensuels d'activités de zones de santé. Aussi faudra-t-il noter qu'au stade actuel, la plupart des cas d'autres pathologies fébriles sont systématiquement mis sur le compte du paludisme dans la mesure où le diagnostic demeure encore largement clinique. Ainsi, en 2012 il y a eu 2656864 cas confirmés par la goutte épaisse et 2134734 cas confirmés par le TDR. Ce qui correspond à une proportion de 52,5%.

Néanmoins, on a noté une tendance à la baisse de la proportion de cas de paludisme présumé parmi les cas reçus en consultation externe (figure 19). Cette tendance à la baisse est observée à partir de 2010.

**Figure 17 :** Evolution de la morbidité spécifique due au paludisme dans les formations sanitaires, RDC 2007-2012

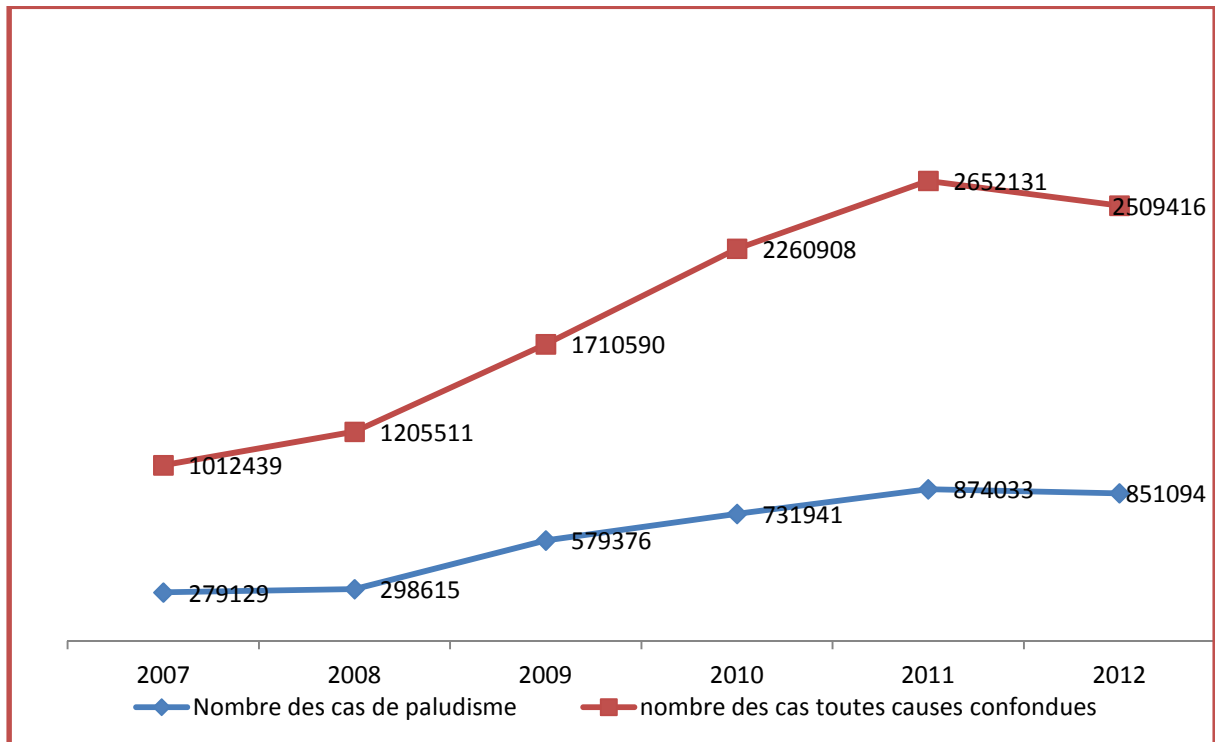


**Figure 18 : Morbidité spécifique due au paludisme par province en RDC, 2012**



La proportion la plus élevée se retrouve dans la province du Bas-Congo alors que la plus faible est observée dans le Nord Kivu. Cette répartition pourrait être expliquée, en partie, par le faciès prévalent dans les différentes provinces (Moindre proportion dans les provinces de l'est), mais aussi les flambées des cas de fièvres qui étaient attribuées au paludisme dans les provinces Orientale (Uélés), du Bas Congo (Kimpese), Equateur (Bwamanda et Gbadolité) et le Katanga (Manono, Moba).

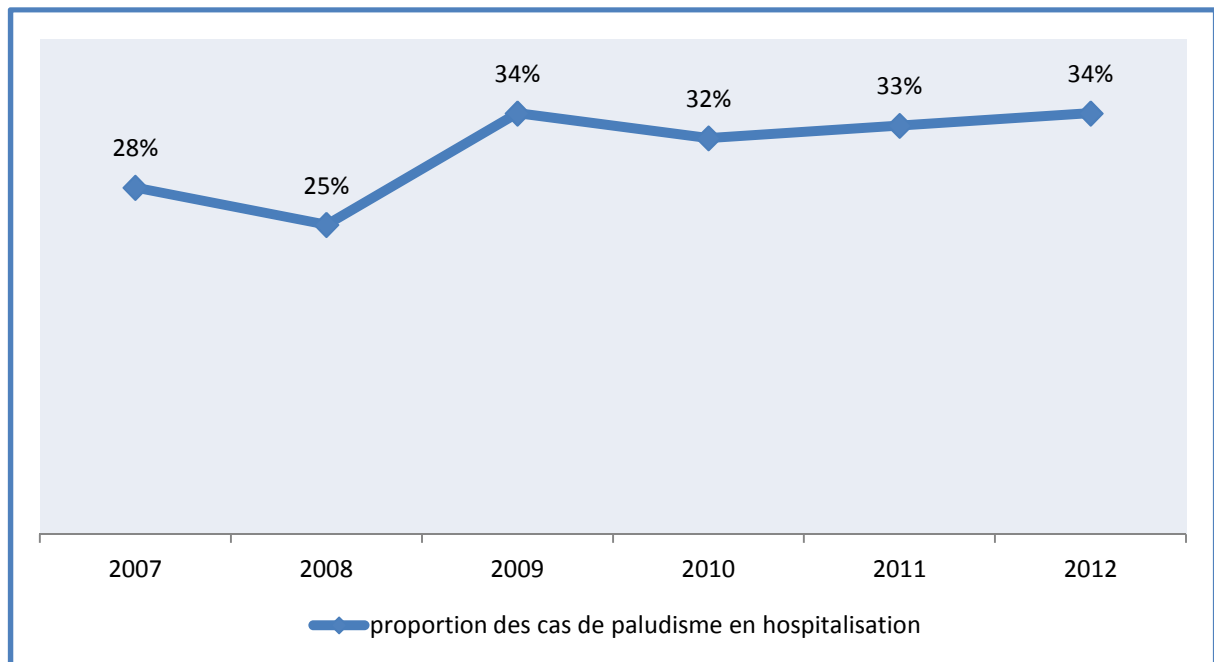
**Figure 19** : Evolution du nombre de malades hospitalisés dans les structures sanitaires des ZS en RDC, 2007-2012



Cette figure indique aussi bien l'augmentation du nombre des malades hospitalisés pour toutes causes confondues que celle des patients ayant souffert du paludisme grave. Cette augmentation s'expliquerait en grande partie par l'amélioration du taux de complétude des rapports mensuels d'activités des zones de santé.

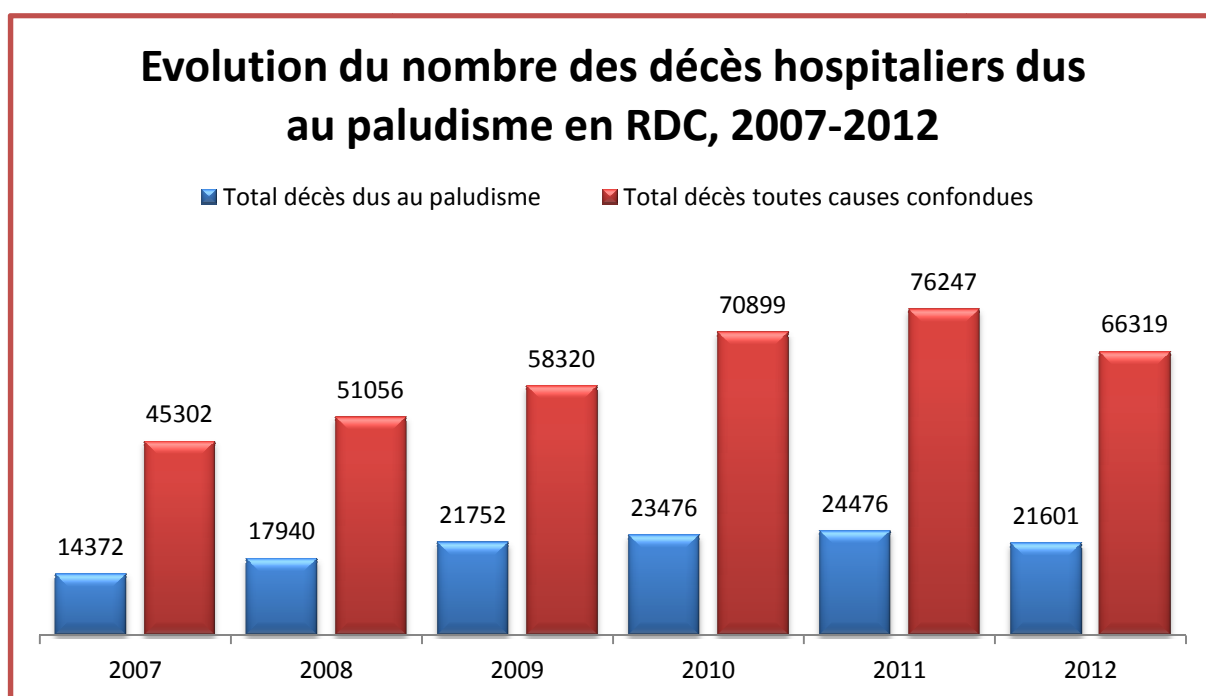


**Figure 20** : Evolution de la proportion des malades souffrant du paludisme grave parmi les hospitalisés dans les formations sanitaires de référence en RDC, 2007-2012



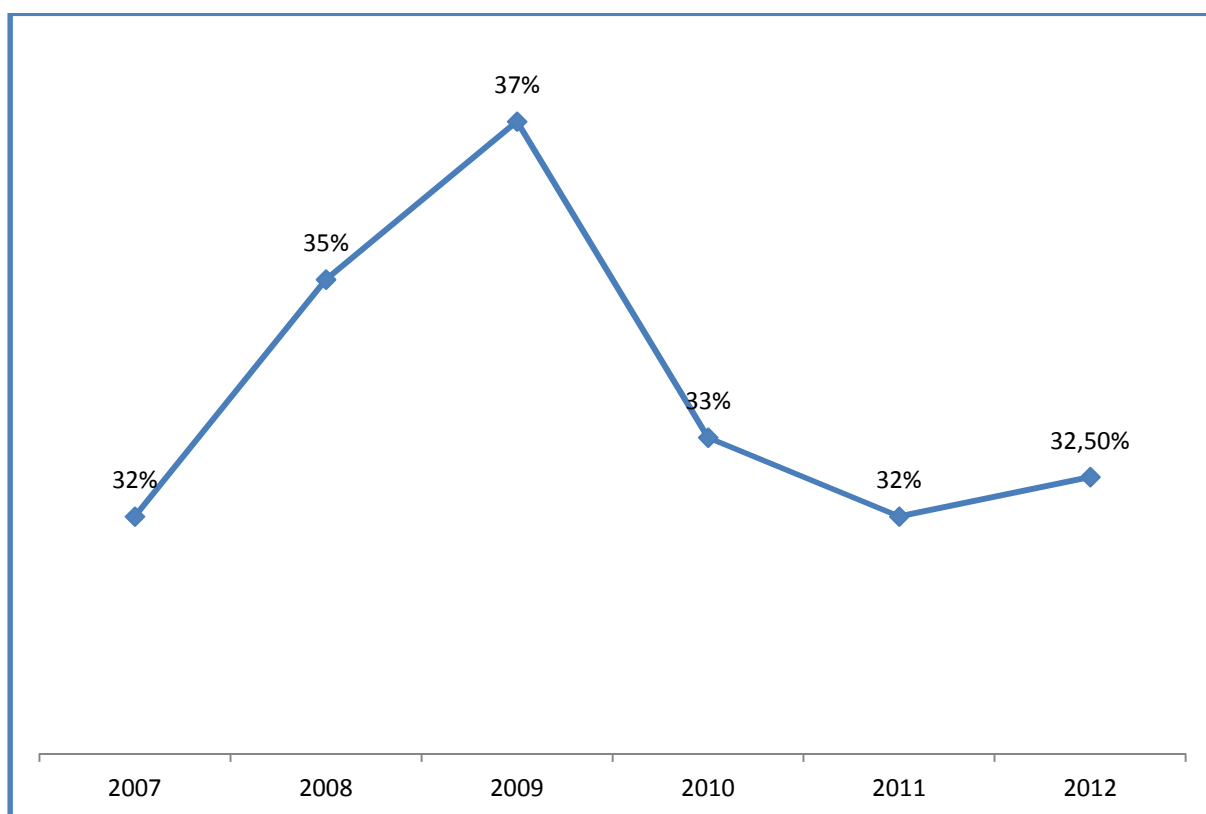
Cette proportion montre une tendance à la stagnation à partir de 2009.

**Figure 21 :** Evolution des malades décédés dans les structures sanitaires de ZS en RDC, 2007-2012



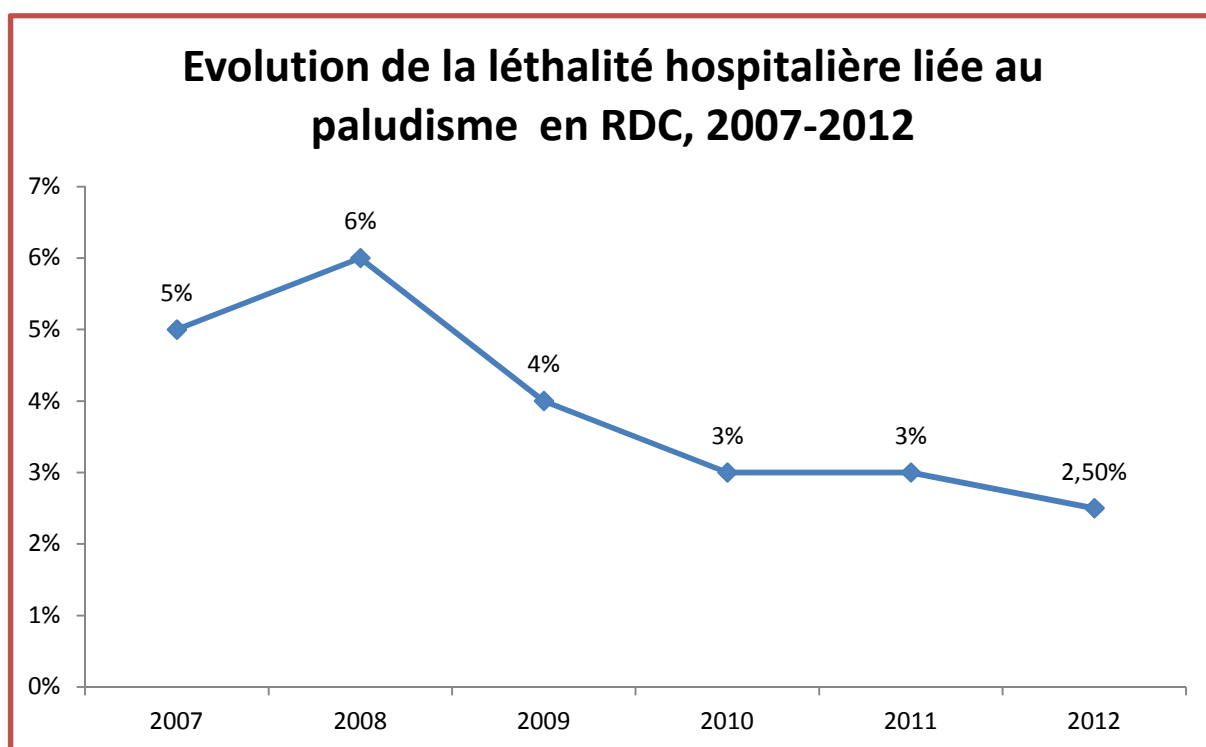
Entre 2007 et 2011 on a enregistré une augmentation du nombre des malades décédés pour toutes causes confondues parmi lesquels ceux décédés du paludisme. Cette augmentation peut s'expliquer par l'amélioration du taux de complétude des rapports mensuels d'activités des ZS ainsi que l'amélioration de la complétude interne des structures sanitaires qui rapportent vers les ZS. Notons aussi que certains décès dus à d'autres pathologies fébriles sont encore mis sous le compte du paludisme.

**Figure 22** : Evolution de la proportion de décès dus au paludisme dans les structures sanitaires de références, RDC, 2007-2012



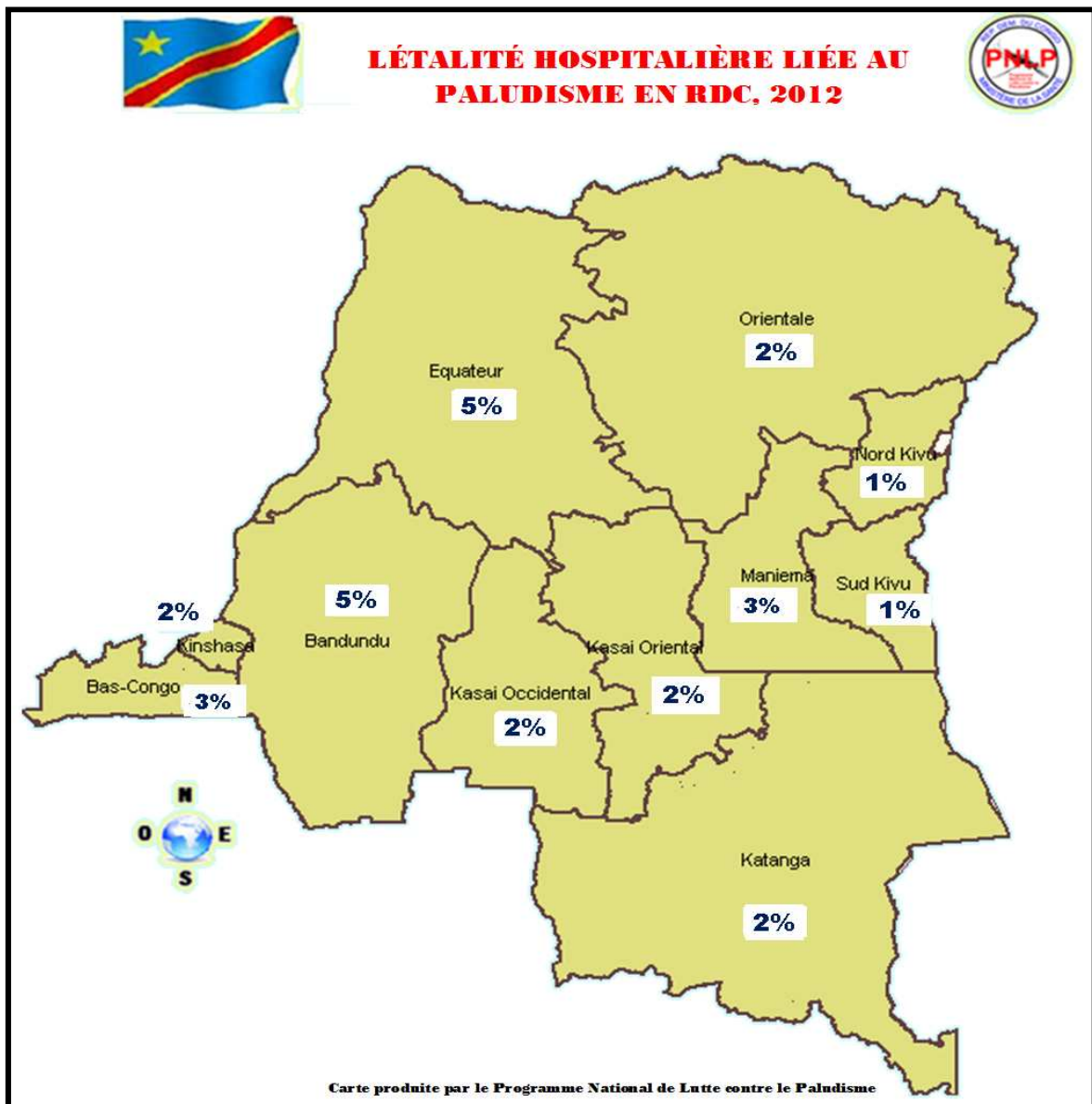
Cette proportion montre une tendance à la stagnation entre 2010 et 2012.

**Figure 23** : Evolution de la létalité hospitalière liée au paludisme dans les structures sanitaires de référence en RDC, 2007-2012.



Le taux de létalité a connu une tendance à la baisse à partir de l'année 2009. Cette situation pourrait être justifiée par la formation du personnel et l'approvisionnement en intrants au niveau des formations sanitaires.

**Figure 24** : Létalité hospitalière liée au paludisme par province en RDC, 2012.



La létalité la plus élevée est observée dans les provinces de Bandundu et de l'Equateur, par contre les provinces du Nord Kivu et Sud Kivu ont la létalité la plus faible. Dans le contexte actuel où le diagnostic présomptif est encore prédominant, il est difficile d'explorer la part réel du paludisme dans cette létalité hospitalière. Néanmoins, il convient d'explorer la qualité de la prise en charge dans les provinces à forte létalité.

## **VI.2. Flambées des cas de fièvres présumées palustres en 2012.**

Il importe de relever que, pendant que la couverture en interventions de lutte antipaludique s'accroît, nous assistons ces deux dernières années à des recrudescences de cas de fièvre présumés palustres dans les districts sanitaires qui n'en avaient point connues avec une telle ampleur par le passé. Cette situation a résulté en un accroissement de la létalité hospitalière et de la souffrance dans les ménages. Les sujets les plus touchés restent les enfants de moins de 5 ans, généralement en mauvais état nutritionnel.

Les premières investigations réalisées font ressortir deux aspects majeurs :

- Dans certains cas les sujets avaient plus souvent un test de diagnostic rapide positif, mais moins souvent une GE positive ; et quand la GE est positive, la parasitémie est souvent faible, situation inhabituelle dans les zones de transmission intense. Les prélèvements bactériologiques montrent souvent une forte prévalence de salmonelles mineures et autres bactéries à gram négatif. Face à ce tableau et dans un contexte où la confirmation biologique est encore sous optimale, les prestataires de soins sont généralement pris à contre-pieds et les conséquences sont désastreuses pour les malades avant que les interventions adéquates ne se mettent en place. L'amélioration du système de surveillance et la mise en place d'un réseau de laboratoires performants semblent impérieux.
- Dans d'autres cas, c'est un défaut de prise en charge du aux ruptures de stock et à une mauvaise application des directives de prise en charge qui ont résulté en un accroissement de la létalité hospitalière.

Le tableau ci-après présente un résumé des flambées enregistrées en 2012.

**Tableau 9: Flambée des épidémies febriles enregistrées en 2012.**

N°	Province	ZONE DE SANTE	Sem épi	Nbre de cas	Nbre de test réalisé	Nbres confirmés	décès	létalité (%)	Investigation	Institutions impliquées	commentaires
1	PROV OR	<b>ISIRO</b>	S1-S12 puis S17- S37	33028	54	47	139	0,42	oui	MSF/S et DLM	Les investigations ont fait état d'une co-morbidité paludisme - salmonellose
2		<b>WAMBA</b>		14495	ND ?	ND ?	97	0,67	ND	MSF/S et DLM	
3		<b>PAWA</b>		60463	ND ?	ND ?	371	0,61	ND	MSF/S et DLM	
4		<b>B6MANGETU</b>		23523	ND ?	ND ?	153	0,65	ND	MSF/S et DLM	
5		<b>VIADAMA</b>		23164	46	43	135	0,58	oui	MSF/S et DLM	
6		<b>POKO</b>		13445	60	55	255	1,90	oui	MSF/S et DLM	
7		<b>GANGA</b>		11437	ND ?	ND ?	118	1,03	oui	MSF/S et DLM	
				<b>17955</b>	<b>160</b>	<b>145</b>	<b>126</b>	<b>0,71</b>			
8	NORD KIVU	<b>BIRAMBIZO</b>	S1-S7	1646	ND	ND	0	0,00	oui	B4 et PNLPROV	AS RUSHOVU et TOGO+ concernées
9		<b>MUESO</b>	S1-S10	2724	ND	ND	0	0,00	oui	B4 et PNLPROV	AS DE KASHUGA + concernée
				<b>4370</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>			
10	MANIEMA	<b>SALAMABILA</b>	S1-S9	2045	ND	ND	154	7,53	non		
11	EQUATEUR	<b>BUAMANDA</b>	S48 2011 - S4 2012	767	ND	ND	7	0,91	non		
12		<b>GBADOLITE</b>	S1 -S23	6367	122	98	10	0,16	oui	MSF Bél et DLM	
				<b>7134</b>	<b>122</b>	<b>98</b>	<b>17</b>	<b>0,24</b>			
13	KATANGA	<b>MANONO</b>	S3 -S8	4940	ND	DN	47	0,95	non		
14	K OR	<b>LUPUTA</b>	S33- S39	334	ND	ND	13	3,89	non		La situation était attribuée à la rupture de stock d'intrants

N°	Province	ZONE DE SANTE	Sem épi	Nbre de cas	Nbre de test réalisé	Nbres confirmés	décès	létalité (%)	Investigati on	Institutions impliquées	commentaires
15	K OCC	MUTENA	S1 – S12	192	ND	ND	15	7,81	non		
16		TSHIKAPA		1141	ND	ND	9	0,79	non		
17		MUEKA		754	ND	ND	7	0,93	non		
					2421			44	1,82		
18	SUD KIVU	FIZI	S1 –S4	6795	ND	ND	21		non		

Il y a eu globalement un doublement des cas à partir de la 17<sup>e</sup> semaine épidémiologique de l'année 2011. Le taux de létalité était resté au-dessus de 2% jusqu'en décembre 2011 où il a connu une régression en deçà de 2%. Les mêmes ZS ont connu une recrudescence en 2012. Il y a eu un accroissement progressif des cas de paludisme du début de l'année au mois de juin 2012 avec un maximum de plus de 600 cas la semaine.

Quant à la létalité, on a noté en 2011, chez les moins de 5 ans une létalité de 4,4% à Viadana, suivie de 0,9 % à Poko et 0,6 % à Isiro. En 2012, elle a été de plus de 1% au début de l'année, puis elle a régressé pour rebondir ensuite jusqu'à environ 1% à la semaine 21. Pendant la période de la flambée on a noté une létalité globale de 7,5 % dans la zone de santé de Salamabila, suivie de la zone de santé de Luputa avec 3,9%, 1,9% à Poko et 1% à Ganga.



## PROMOTION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME.

Un des défis majeurs de la lutte contre le paludisme consiste en l'utilisation effective des outils de lutte par les bénéficiaires finaux qui sont les communautés, les ménages, les personnes exposées à la maladie.

Pour relever ce défi, le PNLP utilise plusieurs stratégies : le plaidoyer, la mobilisation sociale et la communication pour le changement des comportements.



*Photo 6 : MIILD CCC : Démonstration de l'installation de la moustiquaire imprégnée longue durée.*



*Photo 7 : Utilisation des cartes conseils Malaria pour la communication interpersonnelle.*

En 2012, plusieurs activités ont été réalisées parmi lesquelles les plus importantes ont été :

- En routine, la CCC a été la stratégie la plus utilisée. Elle s'est appuyée essentiellement sur les relais communautaires. Ils ont reçu une formation sur les notions générales en rapport avec la prévention et le traitement du paludisme ainsi que sur l'utilisation de matériel éducatif adapté et préalablement pré-testé sur le terrain. Il s'agit des cartes conseils et des boîtes à images. Ces activités se sont déroulées sous la supervision des IT et des cadres des ZS.
- La CCC a été également soutenue par des spots à la radio et la télévision. Les radios à portée nationale ont été utilisées, mais aussi les radios communautaires de proximité.
- La mobilisation sociale a été surtout utilisée lors des campagnes de masse de distribution des MILD. A ces occasions, des pièces de théâtre ont été présentées dans les lieux publics et les crieurs avec des lance-voix. Dans les ZS de santé appuyées par PROSANI/C-Change (Les ZS de Songa, Fungurume, Dilala, Kitenge et Kabongo au Katanga et les ZS de Katana, Nyangezi, Nundu, Uvira et Walungu au Sud Kivu), des peintures murales axées sur la promotion de l'utilisation de la MILD ont été utilisées.
- Une nouvelle approche de communication a été développée cette année dénommée « Campagne 3+1/ Tuendeni Kumpala » qui a consisté en une mobilisation communautaire dans la promotion de 3 pratiques essentielles au niveau des ménages ; à savoir :

- Dormir chaque nuit sous la MILD,
- Amener l'enfant au CS le plus proche ou au Site de Soins Communautaires (SSC) dès l'apparition de la fièvre,
- Prendre la totalité de la dose prescrite par l'agent de santé.

Au niveau des CS, la pratique essentielle encouragée était le traitement préventif des femmes enceintes par la SP. Une combinaison des canaux a été utilisée : Relais communautaires, SMS, théâtres, spots radios, peintures murales, T-shirt, ... La mise en œuvre de cette stratégie a été plébiscitée par une labellisation des villages en « Village protégé contre le paludisme » afin de stimuler une émulation collective.

- Une mention doit être faite au sujet de la ligne verte ouverte avec l'appui de PSI destinée à recevoir les appels gratuits de la population concernant toute préoccupation en rapport avec l'utilisation de la MILD afin d'apporter des informations adaptées aux préoccupations particulières des ménages et augmenter l'adhésion à cette intervention et , in fine, l'utilisation effective de la MILD.

## VII. PARTENARIAT ET UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES

Le PNLP est un programme spécialisé du Ministère de la Santé Publique qui édicte les normes et les directives de la lutte contre le paludisme et en assure la régulation. Ce faisant cette lutte ne peut se dérouler que sous la coordination du PNLP. Comme le préconise l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » créé depuis 1998, cela nécessite l'apport de l'ensemble des services, institutions et organisations tant nationale qu'internationales œuvrant dans la lutte contre le paludisme. Ainsi pour répondre à cette préoccupation un groupe de travail appelé « Task-Force » a été créé au niveau national et provincial regroupant les partenaires d'appui technique, les partenaires bailleurs de fonds et les partenaires de mise en œuvre aussi bien du secteur public que privé.



*Photo 8 : RPP 2012 - De gauche à droite, le Représentant de l'OMS, le Secrétaire général à la santé et le Coordonnateur de la RPP*



Photo 10 : Lancement officiel de la distribution par la zone de santé de Bandundu le 25 mai 2012 avec UCOP, ministère de la santé et UNICEF

*Photo 9 : Campagne MILD 2012 – L'ambassadeur des Etats- Unis remettant des MILDs à une femme enceinte en présence du Gouverneur du Katanga*



Photo 11 : La Task Force est un cadre de concertation qui réunit tous les partenaires de la lutte antipaludique au niveau national et au niveau des provinces. Ici, la réunion de la task Force en Province Orientale Déc 2012.

## **VII.1. Partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme en 2012**

### **1. Partenaires d'appui technique et bailleurs de fonds**

- Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
- Banque Mondiale
- President's Malaria Initiative / United States Agency for International Development (PMI/USAID)
- Banque Africaine de Développement (BAD)
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- Les universités
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
- UNITAID
- KOICA
- Tenke Fungurume Mining (TKM)
- ACDI
- Chaine de bonheur (Suisse)
- PNUD
- SANOFI AVENTIS
- CIELS

- C-CHANGE

**2. Bénéficiaires principaux Fonds Mondial  
Appui dans la lutte antipaludique dans 219 Zones de santé :**

• PR	• DPS	
1. MOH/CAG	✓ Formation, Recherche, suivi-évaluation	
2. SANRU	✓ Approvisionnements et Mobilisation sociale	
3. PSI/ASF	✓ Distribution de masse des MILDS	

**3. Bénéficiaires principaux USAID/PMI**

- MSH/PROSANI
- PSI /PMI-Expansion
- MSH/SIAPS
- FHI360/C-CHANGE
- PATH/MalariaCare Project

**4. Partenaires d'appui opérationnel aux zones de santé**

ECC-IMA/SANRU Caritas Congo Armée du Salut UMCOR PPDSS MOJE COLFADHEMA MSH	CRS CARE PSI/ASF HORIZON SANTE FDSS ECC/DOM CDI/BWAMANDA IRC
---	---

**1. Unité de mise en œuvre au niveau opérationnel**

Il s'agit de la zone de santé, sous le leadership de l'équipe cadre, avec les composantes suivantes :

- Bureau Central de la Zone de Santé
- Hôpital Général de Référence
- Centre de Santé
- Sites des soins communautaires

**VII.2. Financement de la lutte**

Le financement de la lutte antipaludique en 2012 est présenté par rubrique de dépenses dans le tableau ci-dessous.



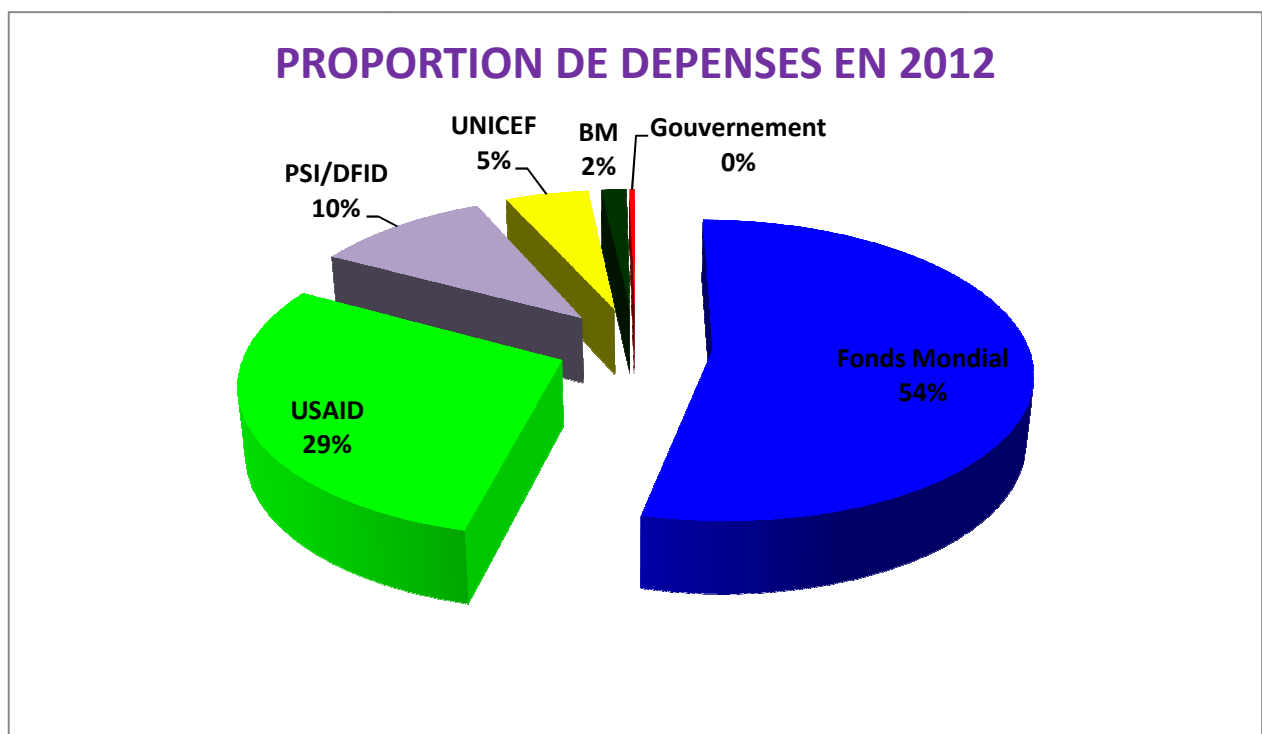
**Tableau 9 : Dépenses par catégorie des couts en 2012 en faveur de la lutte contre le paludisme (USD)**

	<b>SANRU/FM</b>	<b>PSI/DFID</b>	<b>PSI/FM</b>	<b>USAID</b>	<b>BM</b>	<b>UNICEF</b>	<b>Gouv. de la RDC</b>	<b>PNUD</b>	<b>CAG/FM</b>	<b>TOTAL</b>
<i><b>Ressources humaine et appui technique</b></i>	3 307 029	1 645 266	695 135	695 135	2 525 000	267 069	303 835	5100000	24 685	12 917 888
<i><b>Formation</b></i>	94 231	408 319	39 666	39 666	5 540 000	159 602			47 178	63 28 662
<i><b>MILD</b></i>	12 777 054	5 890 222	5639	13 780 000		1 072 662				32 452 915
<i><b>Diagnostic du paludisme (TDR, microscopie)</b></i>	10 238 311			1 750 000						11 988 311
<i><b>Antipaludiques</b></i>	14 675 207			6 160 000	1 348 943	23 150				20 858 357
<i><b>Gestion des approvisionnements</b></i>	7 616 458	2 516 089	131795	750 000		1 419 406			179 135	8 677 388
<i><b>Infrastructure et équipement</b></i>	800 715	62914	25374		400 000	460700			14 597	1 764 300
<i><b>Communication et plaidoyer</b></i>	833 700	346 327	2 189 607	875 000		297775				2 352 802
<i><b>Suivi et évaluation</b></i>	979 069	10 889	1 741 019	575 000	70 970	1 631 175			15 521	1 651 449
<i><b>Planification, administration, frais généraux</b></i>	1 938 511	177 646	172648			253 426			26 317	2 568 548
<i><b>Autres</b></i>	471 528	1 517 653		2 975 000						471 528
<b>Totaux</b>	<b>53 731 813</b>	<b>6 896 317</b>	<b>1 070 257</b>	<b>24 624 801</b>	<b>8 535 970</b>	<b>1 461 722</b>	<b>303 835</b>	<b>5 100 000</b>	<b>307 433</b>	<b>102 032 148</b>

En 2012 les dépenses effectuées par les différents bailleurs dans le cadre de la lutte contre le paludisme se répartissent, par source de financement, de la manière suit :

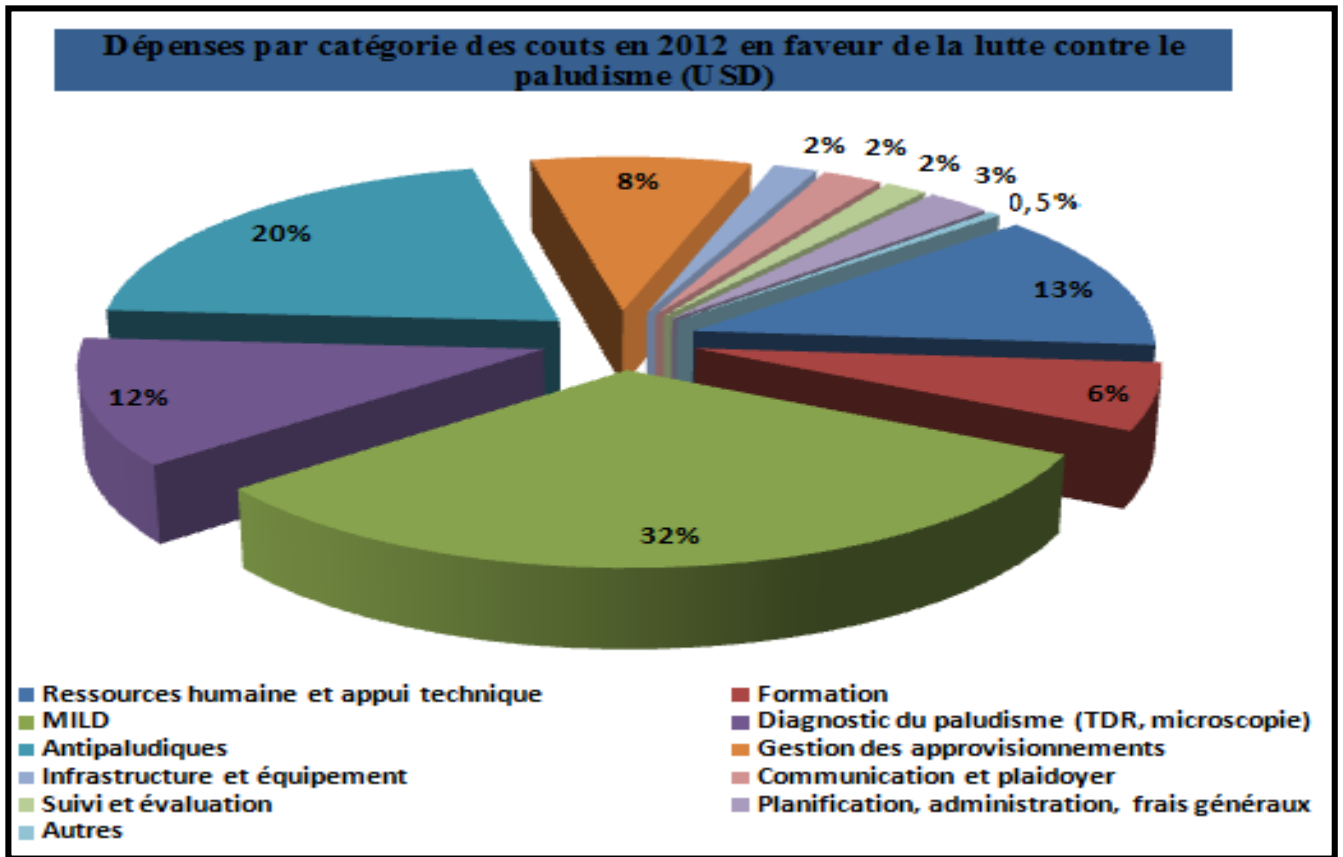
- Fonds Mondial : 54%
- USAID : 29,3%
- DFID : 10,5%
- UNICEF : 5%
- Banque Mondiale : 1,5%
- Gouvernement de la RDC : 0,25%

**Figure 25** : Proportion des dépenses pour la lutte contre le paludisme par bailleur de Fonds en 2012.



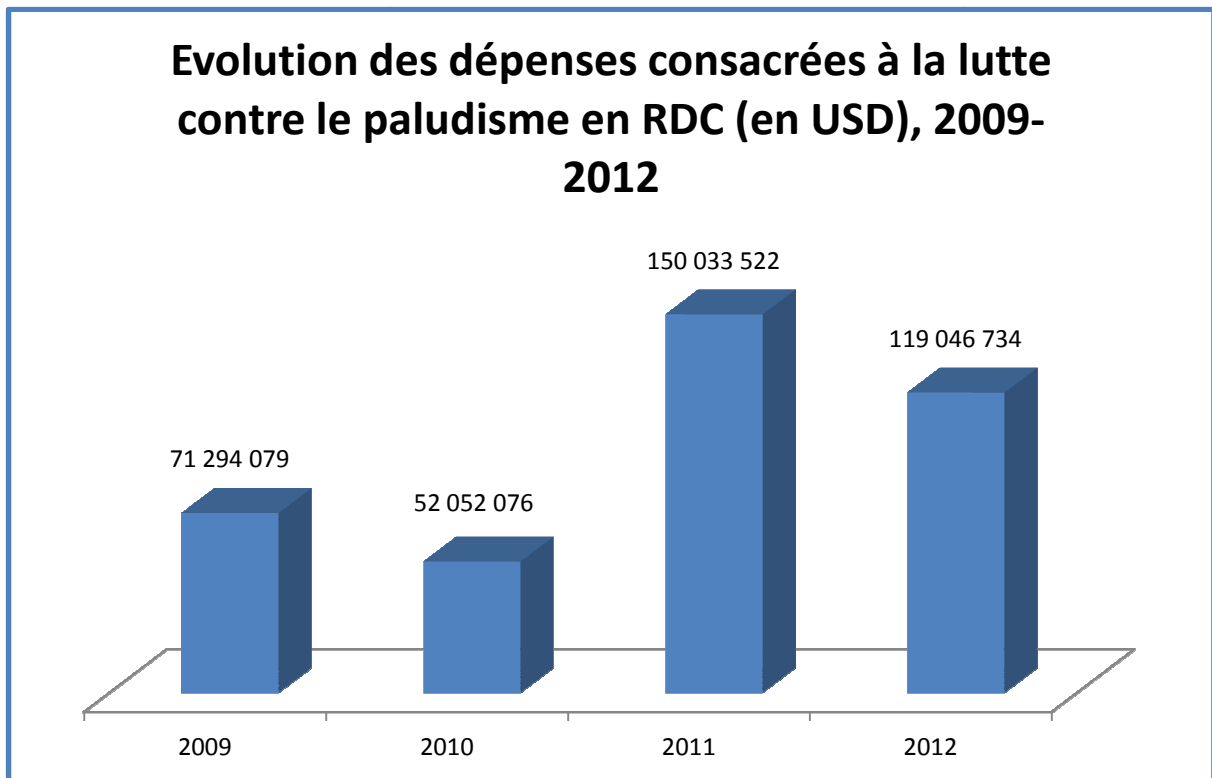
La figure 30 montre qu'en 2012, les dépenses en faveur de la promotion de la MILD ont été les plus importantes (28%), suivies des dépenses des approvisionnements en faveur de la prise en charge des cas de paludisme (antipaludiques 19% et diagnostic 10%) ainsi que des dépenses en faveur de la gestion des Achats et des Stocks (10,4%).

**Figure 26:** Proportion des dépenses par grandes lignes budgétaires en 2012



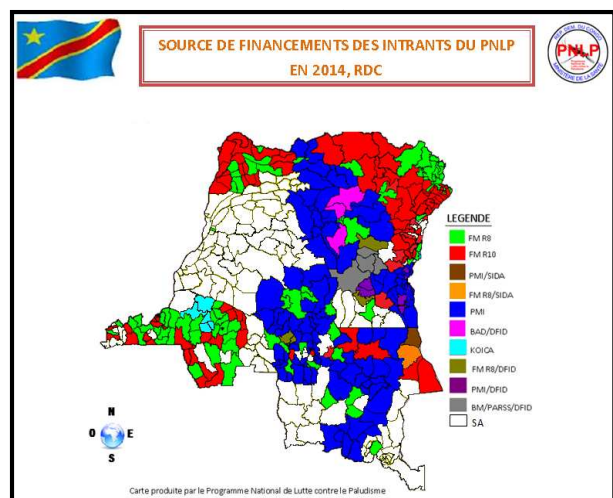
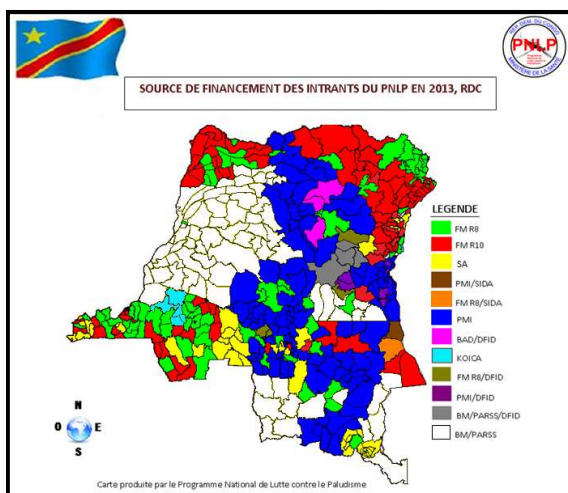


**Figure 27** : Dépenses consacrées à la lutte contre le paludisme en RDC, 2009-2012



La mobilisation des ressources financières s’est nettement améliorée à partir de 2011.

Il convient cependant de relever que certains appuis arrivent à échéance au cours des années 2013 et 2014 menaçant les acquis de la lutte antipaludique. En effet, le 30 juin 2013 et le 30 juin 2014, 63 ZS et 83 ZS de santé appuyées respectivement par la banque mondiale/PMURR et la banque mondiale/PARSS resteront sans appuis.



## VIII. ANALYSE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES

Une Revue des performances du Programme de lutte contre le Paludisme en RDC s'est déroulée de Décembre 2011 à Novembre 2012 en quatre phases conformément au manuel de l'OMS: (1) **La Phase I** correspond à la planification et l'organisation de la Revue. Cette phase 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 ; (2) **La Phase II** a permis de procéder à une évaluation thématique à partir de documents nationaux et de sélectionner les outils pour l'évaluation sur le terrain. Cette phase a permis par ailleurs de développer des rapports thématiques par domaine prioritaire de la lutte contre le paludisme en RDC; (3) **La Phase III** s'est déroulée du 22 octobre au 9 novembre 2012 sous forme de revue conjointe avec le concours des évaluateurs internes et externes. Elle s'est basée sur l'analyse des rapports thématiques et des résultats des visites de terrain au niveau central, provincial, zones de santé et au niveau des communautés ; (4) **La Phase IV** permettra de finaliser le rapport de la revue et de planifier le suivi des recommandations y compris l'élaboration d'un nouveau plan stratégique

Les principales forces, faiblesses, opportunités et menaces relevées au cours de cette revue ainsi que les recommandations formulées, telle que présentées dans l'aide-mémoire, sont reprises ci-après :

### 1. 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 (pi/pers/an) ; (2) le faciès tropical (savanes humides) où la transmission est à recrudescence saisonnière mais longue (100 à 400 pi/pers/an) et (3) le faciès montagnard (zones entre 1000 et 1500 mètres d'altitude, <2 pi/pers/an) avec des périodes de transmission courtes. 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* qui est l'espèce principale, *Plasmodium ovale* et *Plasmodium malariae*. Les vecteurs les plus rencontrés sont : *Anopheles gambiae sensu lato* qui est vecteur majeur du paludisme dans la plupart des régions *Anopheles funestus* qui est le 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* (vecteurs secondaires).

Le rapport annuel 2010 du PNLN montre une augmentation progressive du nombre des cas et des décès dus au paludisme rapportés par les structures sanitaires entre 2007 et 2010. Cette augmentation 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. Le rapport montre aussi que le paludisme représente en 2010 un problème de santé publique avec 8 millions de cas rapportés soit 34% des consultations externes et plus de 23 000 décès rapportés soit 33% des décès en hospitalisation. 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 le Test de Diagnostic Rapide (TDR) ou la Goutte Epaisse.

## **2. Gestion du programme**

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) dispose d'un plan stratégique à jour qui devra s'aligner au plan national de développement sanitaire (PNDS). 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 suivants 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 PNLN pour la mise en œuvre et le suivi de la stratégie nationale, une faible cohésion de l'équipe de l'unité de coordination du PNLN, un effectif pléthorique et inadéquat, une insuffisance de communication au sein de l'équipe de coordination, un faible cadre de coordination entre le PNLN 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 PNLN 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.).

### **3. Gestion des achats et des stocks (GAS)**

Des efforts ont été observés dans la mise en place d'un système de réglementation des médicaments, 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 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 un système (ex SMS for life) pour une meilleure gestion des stocks au niveau des sites communautaires et formations sanitaires ; de manière spécifique établir une vraie unité fonctionnelle au niveau central par le biais d'une assistance technique ciblée multiforme de court à moyen terme.
- 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 afin d'éviter le chevauchement des activités et de garantir la disponibilité permanente des intrants de bonne qualité et d'assurer un suivi permanent de l'efficacité et l'innocuité des médicaments antipaludiques.

## **4. Diagnostic et Prise en charge des cas de paludisme**

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 prise en charge (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 de l'existence des molécules de monothérapie et autres médicaments non autorisés dans la chaîne de distribution du secteur public, privé et 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 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;

- Analyser les besoins en intrants (ACTs et TDRs) sur base des outils existants et rendre disponibles 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 Goutte Epaisse;
- Accélérer la formation et la supervision des prestataires dans toutes les Zones de Santé appuyées et non appuyées y compris le secteur privé, en renforçant le plaidoyer au niveau du gouvernement pour le financement des activités des zones non encore 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, élaborer 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.

## **5. 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 ;

## 6. Lutte contre les vecteurs

La lutte contre les vecteurs du paludisme en RDC s'articule autour de trois interventions: la promotion de l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'Action (MILD), la 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, des signes d'alerte d'une résistance probable 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 intersectorielle de la lutte anti vectorielle, en créant par exemple un Comité National Intersectoriel comprenant le ministère de la santé, les autres secteurs (notamment l'environnement, l'agriculture, l'EPSP, l'urbanisme et habitat, le service de météorologie et les travaux publiques) et le secteur privé (industries, entreprises minières...). Ce comité sera chargé de coordonner les efforts sectoriels, faciliter l'harmonisation des politiques sectorielles, élaborer une politique nationale de gestion

intégrée des vecteurs (GIV) bien définie et assurer la transition des programmes actuels vers la GIV.

- Assurer une large diffusion des directives de l’OMS en ce qui concerne la PID et les larvicides afin de permettre aux décideurs de toujours prendre des décisions basées sur des évidences.
- Renforcer les capacités des agents en matière de lutte anti vectorielle et en surveillance des vecteurs surtout au niveau provincial.

## **7. Préparation et réponse aux épidémies et situations d’urgence**

L’existence des comités multidisciplinaires de préparation pour la riposte aux épidémies et aux urgences de santé publique au niveau national, provincial et des zones de santé ainsi que la mise en place d’un système de surveillance hebdomadaire des cas de paludisme dans le cadre de la surveillance intégrée des maladies et réponses (SIMR), constituent les forces majeures pour cette stratégie.

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 ainsi que l’insuffisance de cadre collaboration avec les services de la météorologie et de l’environnement.

### **Recommandations**

- Déterminer les seuils épidémiques d’alerte;
- Améliorer la collaboration avec la Direction de la lutte contre la maladie (DLM ou 4<sup>ème</sup> Direction) pour l’analyse, la diffusion 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. Une formation de mise à niveau pour la surveillance intégrée et riposte aux épidémies est nécessaire au niveau des équipes cadres zonales et provinciales



## **8. 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 entre le PNLP et les agences de mise en œuvre. Le PNLP dispose aussi d'un plan national stratégique de communication auquel s'alignent tous les intervenants. On note aussi que quelques provinces disposent 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 Centre de Santé 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 d'IEC.

## **9. Surveillance épidémiologique, suivi et évaluation, 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, c'est-à-dire les relais communautaires (RECO) et les sites de soins communautaires dans le SNIS et enfin, l'insuffisance du Contrôle de Qualité des données.

### **Recommandations**

- 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 ;
- Améliorer le système de collecte et de rapportage des données à travers le renforcement de la supervision du système de contrôle de

qualité (développement de Plan de contrôle et de validation des données à tous les niveaux) ;

- Conduire urgemment une étude MIS (Malaria Indicator Survey) pour entre autre mesurer la prévalence des parasites (Parasite Prévalence Survey).
- Renforcer les capacités du personnel dans l'analyse et l'utilisation des données.
- Revitaliser les sites sentinelles existants et accroître progressivement leur nombre pour entre autres surveiller le comportement des parasites vis-à-vis des ACTs et les effets indésirables (EIs) de ces derniers.

## **IX. CONCLUSION**

La mise en œuvre du PMA de lutte contre le paludisme en 2012 a été rendu harmonieuse par la collaboration étroite qui a existé entre le Ministère de la santé publique, les partenaires bailleurs de fonds et les partenaires d'appui opérationnel. Un plaidoyer a été également mené avec succès par le PNLP auprès des autres bailleurs de fonds en vue de renforcer la mobilisation des ressources au profit du pays.

Cependant, il faut reconnaître que le niveau des réalisations des activités est faible par rapport à celui qui a été prévu et cela par le fait que certains financements promis au cours de l'année 2012 sont arrivés en retard. Il y a donc lieu de mettre en place des mécanismes appropriés en vue de réduire le retard dans le décaissement des fonds à partir de 2013 et par conséquent respecter les besoins des ZS en intrants antipaludiques et éliminer le retard des approvisionnements de ces intrants à l'échelle nationale.

Par ailleurs, il convient de relever que certains appuis arrivent à échéance au cours des années 2013 et 2014 menaçant les acquis de la lutte antipaludique. En effet, le 30 juin 2013 et le 30 juin 2014, 63 ZS et 83 ZS de santé appuyées respectivement par la banque mondial/PMURR et la banque mondiale/PARSS resteront sans appuis. Il faut donc relancer un plaidoyer fort afin de mobiliser des ressources susceptibles d'assurer le relais dans la mise en œuvre de la lutte antipaludique dans les 146 ZS concernées.