

**MINISTÈRE DE LA
SANTÉ PUBLIQUE**

**PROGRAMME NATIONAL DE
LUTTE CONTRE LE PALUDISME**

RAPPORT ANNUEL 2010

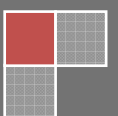


Table des matières

ACRONYMES.....	3
I. CONTEXTE.....	4
II. RAPPEL DU PLAN STRATEGIQUE 2011 – 2015	5
III. RAPPEL DU DESCRIPTIF DU PLAN D’ACTION 2010.....	6
IV. RESULTATS OBTENUS EN 2010.....	8
1. Intégration du PMA de lutte antipaludique dans les ZS	8
2. Offre et utilisation des services par domaine d’interventions	12
Promotion de l’utilisation des moustiquaires imprégnées d’insecticide à longue durée d’action	12
Application de la pulvérisation intra domiciliaire d’insecticide à effet rémanent dans les habitations des zones de santé d’intervention	17
Application du traitement préventif intermittent.....	18
Prise en charge des cas du paludisme	23
3. Monitoring	30
4. Surveillance épidémiologique	302
V. PARTENARIAT ET UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES	37
VI. ANALYSE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES	41
VII. RECOMMANDATIONS.....	42
VIII. CONCLUSION	42

ACRONYMES

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

I. CONTEXTE

Le paludisme, une maladie parasitaire transmise par la piqûre d'un moustique, l'anophèle femelle infectée, provoque chaque année entre 350 à 500 millions d'épisodes palustres cliniques dans le monde où il est responsable de plus d'un million de décès, principalement chez les enfants en bas âge.

Dans les zones à transmission stable (Afrique sub-saharienne), le paludisme à *Plasmodium falciparum* est redoutable notamment chez la femme enceinte par l'anémie, l'avortement, l'accouchement prématuré, le retard de la croissance fœtale ou même la mort in utero.

Chez les enfants de moins de cinq ans ; il est à l'origine de la grande majorité des infections palustres et de 18 pour cent des décès. Près de 3 000 enfants meurent chaque jour, et ceux qui échappent sont entravés dans leur développement.

En République Démocratique du Congo, on estime chaque année entre 21 à 27 millions des cas du paludisme et près de 180.000 décès principalement chez les enfants de moins de 5 ans.

Pour pallier à cette situation qui sévit en Afrique en général et en RDC en particulier, le pays a développé un nouveau plan quinquennal couvrant la période 2009 – 2013.

En effet, l'évaluation du plan stratégique 2002-2006, et celle de deux premières années du plan stratégique 2007-2011, ainsi que le recueil de l'évolution des indicateurs de base de FRP a permis de faire le bilan des résultats durant cette période.

Un progrès dans la lutte contre le paludisme a été enregistré au cours de la période sus mentionnée, notamment :

- Evolution des indicateurs de base de FRP
- Poursuite effective des grands projets d'appui au PNLP, en particulier, les activités en rapport avec les approvisionnements en TDR, ACT, SP et MILD. C'est ce qui a permis d'améliorer la couverture dans les 3 domaines d'intervention
- Renforcement du partenariat entre le PNLP et les directions centrales ainsi que les autres programmes spécialisés du Ministère de la Santé Publique.

Mais ce progrès n'a pas permis d'atteindre les objectifs fixés. Au vu de tout cela et des nouvelles orientations de l'OMS, il est apparu indispensable de revisiter le plan stratégique 2007-2011 car il n'était plus en mesure de répondre aux nouveaux défis de la lutte antipaludique. C'est pour quoi il s'est avéré impérieux de le revoir pour le transformer en un plan stratégique 2009-2013 qui est en mesure de répondre aux défis actuels de la lutte antipaludique. Le nouveau Plan stratégique définit les grandes orientations pour la mise en œuvre des principales interventions de lutte contre le paludisme et les différentes étapes à franchir en vue de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population congolaise.

Le présent rapport donne les réalisations du PNLP en 2010 dans le but de dégager les principales leçons et définir les perspectives à l'horizon 2011.

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 République Démocratique du Congo par la réduction du fardeau humain et socio- économique dû au paludisme.

Objectif spécifique

L'objectif visé est de réduire de **50%** la morbidité et la mortalité spécifiques dues au paludisme d'ici fin 2013.

Population cible

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

Résultats attendus :

- 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 par la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide rémanent sont couvertes;
- 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 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 Programme National de Lutte contre le Paludisme est assuré
- les données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme sont régulièrement fournies.

Stratégies de lutte

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 ;
- Application du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes ;
- 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 PNLP.

III. RAPPEL DES OBJECTIFS ET DES RESULTATS ATTENDUS EN 2010

Objectif général

L'objectif visé est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité spécifiques dues au paludisme en République Démocratique du Congo.

Objectifs spécifiques

Augmenter de 240 à 376 zones de santé ayant intégré le paquet minimum d'activités (PMA) de lutte antipaludique en République Démocratique du Congo.

Assurer la distribution de masse de MILD dans les provinces du Katanga, Kasai Oriental, du Kasai Occidental, de Bandundu et du Nord Kivu

Résultats attendus

23.500.145 moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action sont distribuées

265 667 maisons dans les zones de santé d'intervention sont couvertes par la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent

Le traitement préventif intermittent est appliqué chez 1.977.000 femmes enceintes

Le traitement à l'artésunate plus amodiaquine de 14.985.015 cas du paludisme est assuré dans les zones de santé d'intervention

Les données de routine de 376 zones de santé sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme sont régulièrement transmises

Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre du paquet minimum d'interventions de lutte contre cette endémie les zones de santé. Ce paquet minimum d'interventions se fonde sur le trépied suivant :

- La promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide ou de la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent ;
- L'application du traitement préventif intermittent pendant la grossesse ;
- La prise en charge des cas de paludisme simple et grave dans les formations sanitaires. Sur ce point, l'accent est mis sur la confirmation des cas de paludisme avec un test biologique (TDR ou microscopie) et l'utilisation de la combinaison Artésunate et 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.

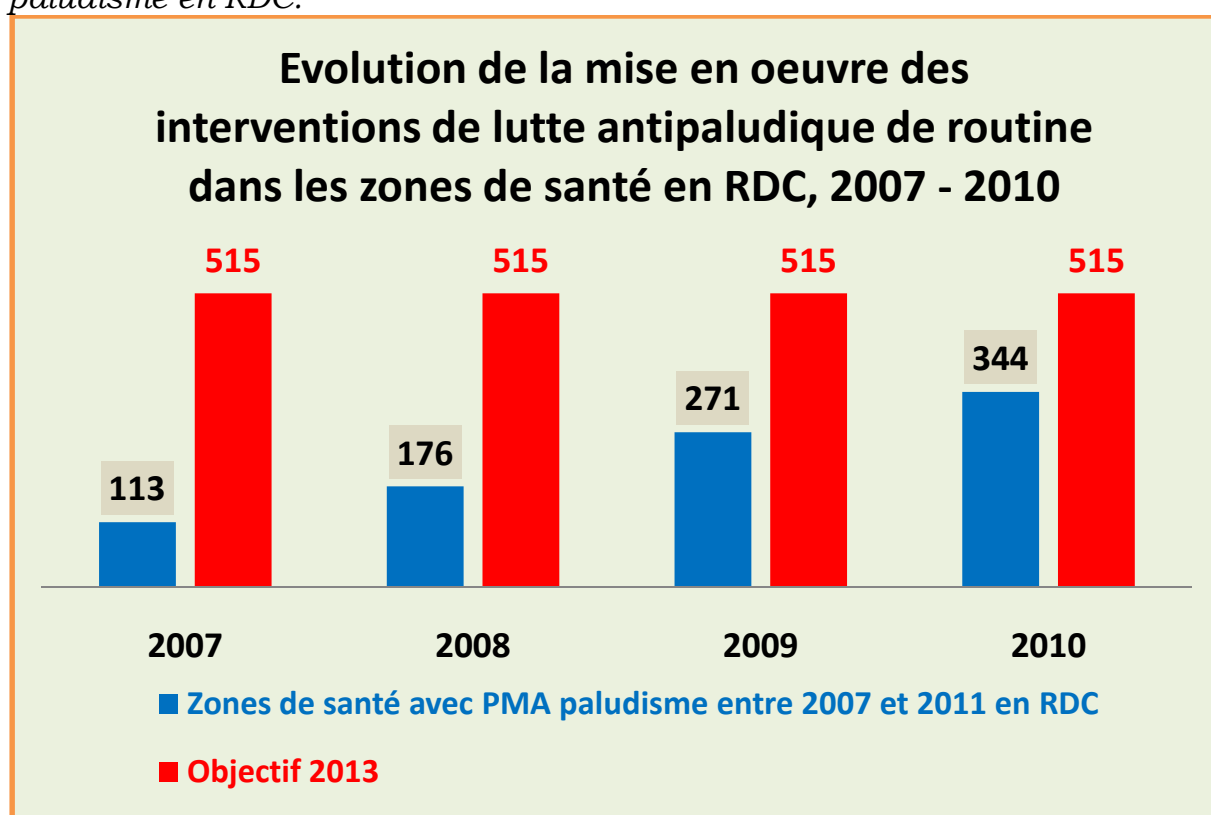
IV. RESULTATS OBTENUS EN 2010

Les résultats obtenus en 2010 sont présentés en termes de l'offre et de l'utilisation des services par domaine d'intervention, du monitoring, données épidémiologiques ainsi que la mobilisation des ressources.

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

Couverture des zones de santé de la RDC en PMA de lutte contre le paludisme

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



Le plan d'action 2010 du Programme National de Lutte contre le Paludisme avait prévu l'intégration du paquet minimum d'activités de lutte contre ce fléau (PMA) dans 376 zones de santé du pays. Les résultats obtenus à la fin 2010 indiquent que 344 zones sur 376 ont intégré le PMA, soit un niveau de performance de **91,5%**. Notons cependant que le pays compte 515 zones de santé. La couverture atteinte en 2010 représente 66,8% de la couverture nationale. On note une évolution favorable par rapport à l'année 2007 puisque le PMA de lutte antipaludique se trouve désormais présent dans 66,8% des ZS du pays contre 21% en 2007. La non atteinte de l'objectif attendu est dû essentiellement au retard de l'exécution du Projet d'Appui au Développement du Système de Santé dans la province Orientale. Ce dernier projet est financé par la Banque Africaine de Développement.

Toutefois, les efforts doivent être davantage fournis en vue de couvrir urgemment l'ensemble des ZS du pays.

Figure 2 : Représentation cartographique de la couverture des appuis des zones de santé de la RDC en paquet minimum d'activités de lutte contre le paludisme en 2010.

LES ZONES DE SANTE APPUYEES ET NON APPUYEES EN RDC, 2010

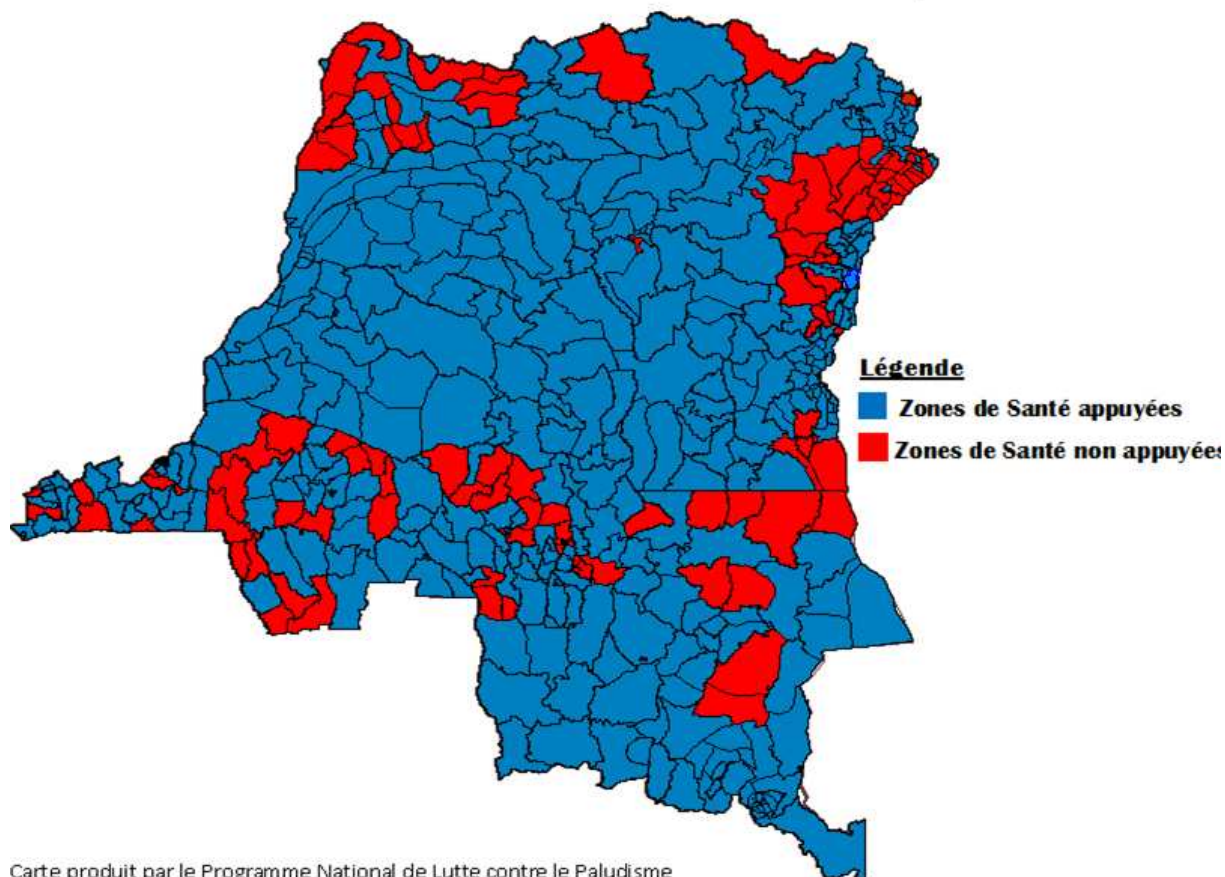
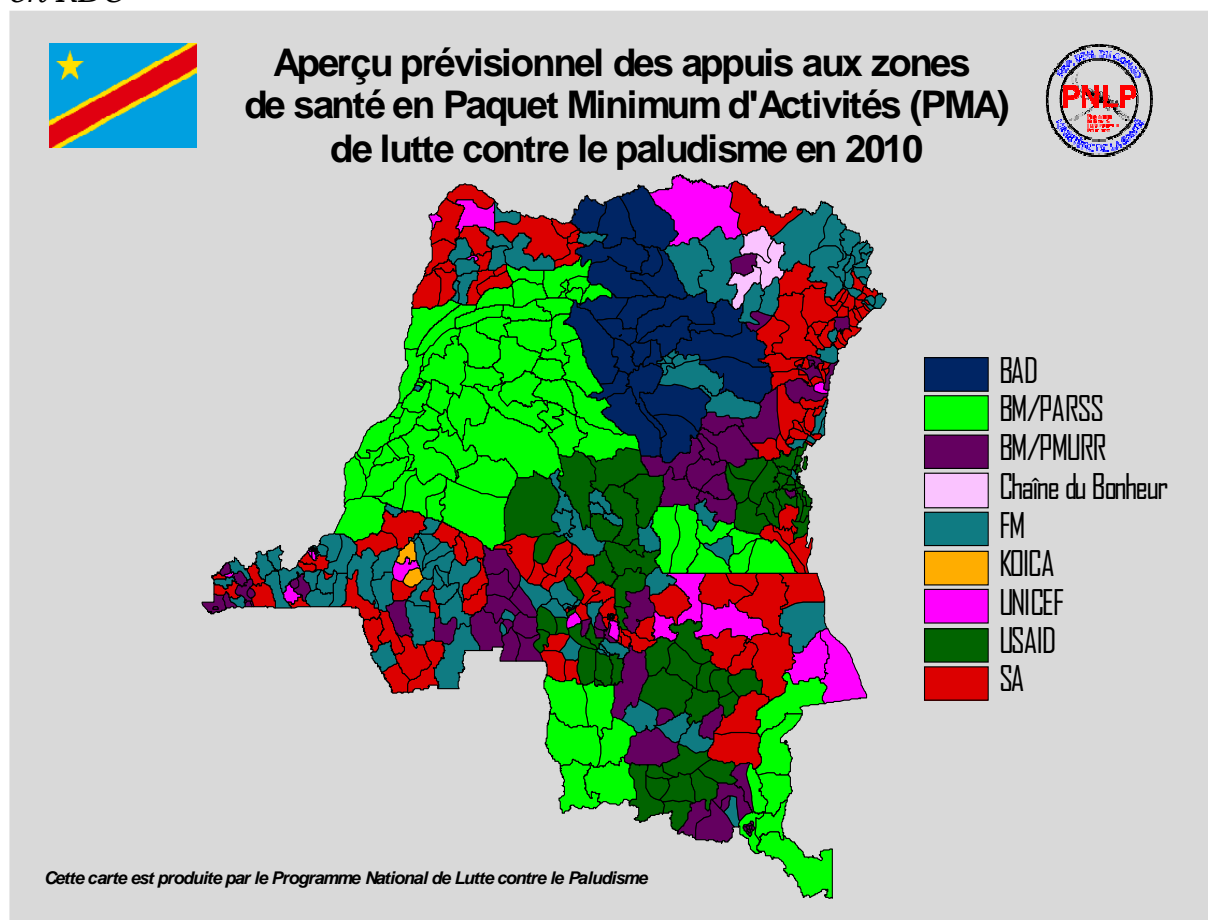


Figure 3 : Cartographie des appuis financiers de la lutte contre le paludisme en RDC



La figure 3 traduit les efforts des partenaires d'appui aux zones de santé 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 les partenaires dans le financement de la lutte contre le paludisme. Ces efforts sont traduits par la mobilisation des ressources financières ayant permis la mise en œuvre du PMA dans 344 zones de santé du pays. Néanmoins, des goulots d'étranglement persistent dans le démarrage de certains projets notamment en ce qui concerne l'appui de la Banque Africaine de Développement.

Couverture des provinces en PMA de lutte antipaludique

Tableau 1 : Mise en œuvre du paquet des interventions de lutte antipaludiques dans les ZS par province

N°	Province	Nombre de ZS ayant le PMA complet	Nombre de ZS par province en RDC	Taux de couverture de la province
1	Kinshasa	25	35	71%
2	Bas Congo	23	31	74%
3	Bandundu	41	52	79%
4	Kasaï Occidental	24	44	50%
5	Kasaï Oriental	28	51	55%
6	Katanga	44	67	66%
7	Nord Kivu	24	24	100%
8	Sud Kivu	33	34	97%
9	Orientale	51	83	61%
10	Maniema	12	18	67%
11	Equateur	39	69	57%
	TOTAL	344	508	67%

L'analyse du tableau révèle que la mise en œuvre du paquet des interventions de lutte contre le paludisme est totale dans la province du Nord Kivu et elle est excellente dans la province du Sud Kivu. Par ailleurs on note qu'elle est faible dans les deux Kasaï. Dans l'ensemble de la RDC 67% des ZS ont mis en œuvre le PMA de lutte contre le paludisme en 2010.

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

2.1. 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 2010 pour accroître la proportion des personnes dormant sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, à savoir :

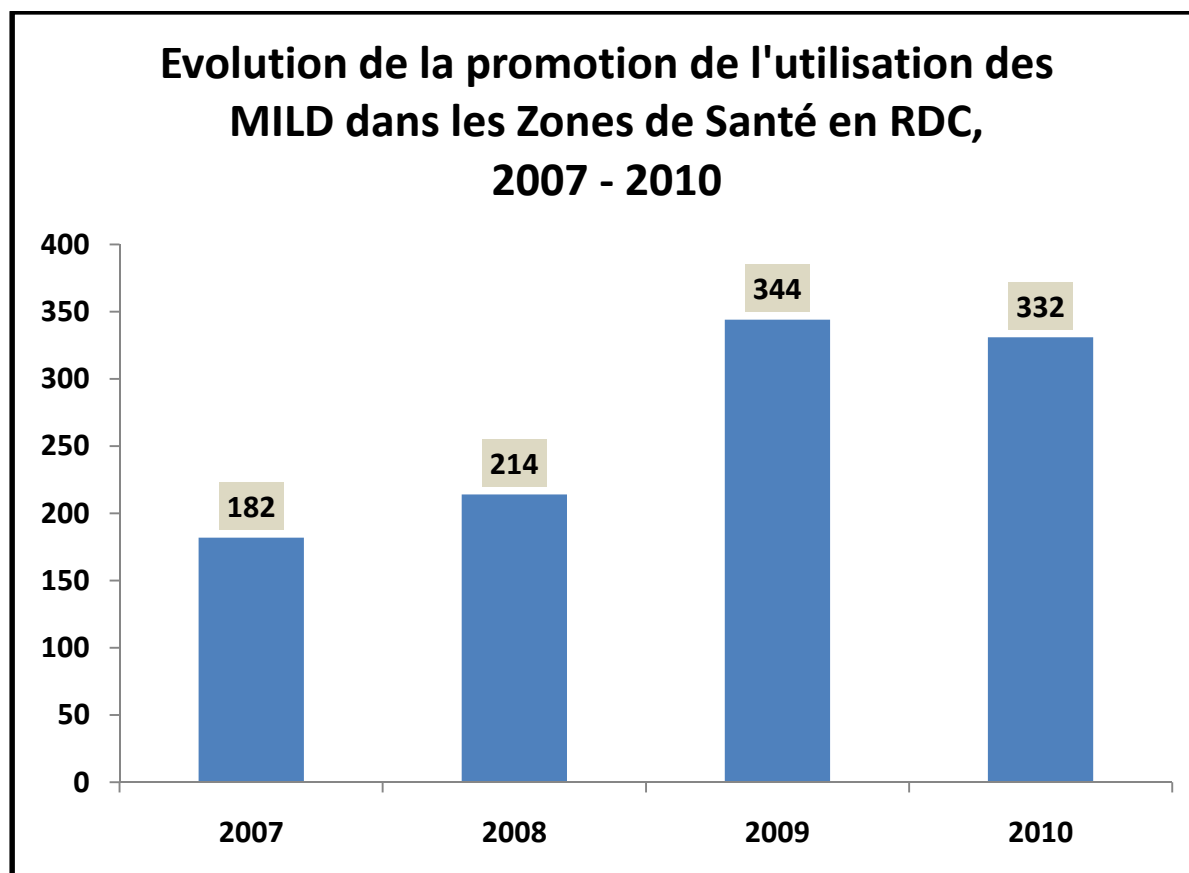
- Distribution de routine à travers :
 - CPN pour les femmes enceintes
 - CPS pour les enfants de moins de 12 mois
- Distribution à travers les campagnes de distribution de masse

Tableau 2: Couverture des provinces en promotion des MILD dans les zones de santé en 2010

N°	Province	ZS avec promotion des MILD de routine	Total des ZS	Pourcentage
1	Kinshasa	25	35	71%
2	Bas Congo	31	31	100%
3	Bandundu	41	52	79%
4	Kasaï Occidental	27	44	61%
5	Kasaï Oriental	28	51	53%
6	Katanga	53	67	79%
7	Nord Kivu	24	24	100%
8	Sud Kivu	33	34	97%
9	Orientale	51	83	61%
10	Maniema	12	18	67%
11	Equateur	7	69	10%
Total		332	508	65%

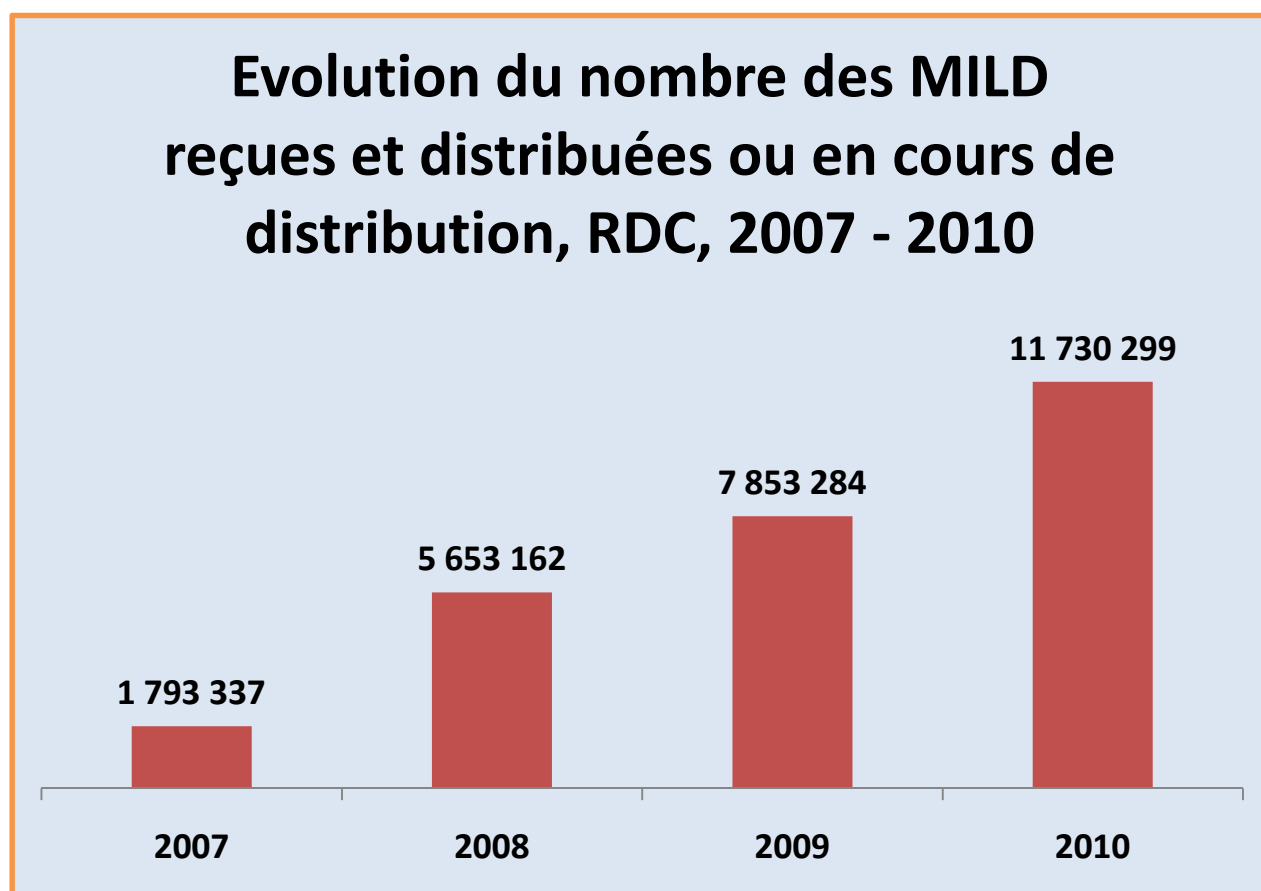
La promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action a été assurée dans 331 zones de santé du pays, ce qui représente une couverture de 65%. Le Bas-Congo et le Nord Kivu ont distribué les MILD en routine dans l'ensemble des ZS alors que l'Equateur n'a couvert l'activité que dans 10% des zones de santé.

Figure 4 : Promotion de l'utilisation des MILD dans les zones de santé de la RDC, 2007-2010



On note dans ce graphique une régression dans le processus de la promotion de l'utilisation des MILD en routine dans les zones de santé en 2010. Cette situation est due à une rupture de stock des MILD dans les Zones de Santé d'appui Banque Mondiale/PARSS.

Figure 5 : Approvisionnement et distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action en RDC, 2007-2010



11.739.299 MILD mobilisées et introduites en 2010 dont la distribution se poursuit en 2011.

Deux approches ont été utilisées :

- Routine (CPN et CPS) : 1.483.207 MILD
- Campagne de distribution de masse : 10.292.092 MILD

Figure 6 : Mode de distribution des MILD reçues en RDC, 2010

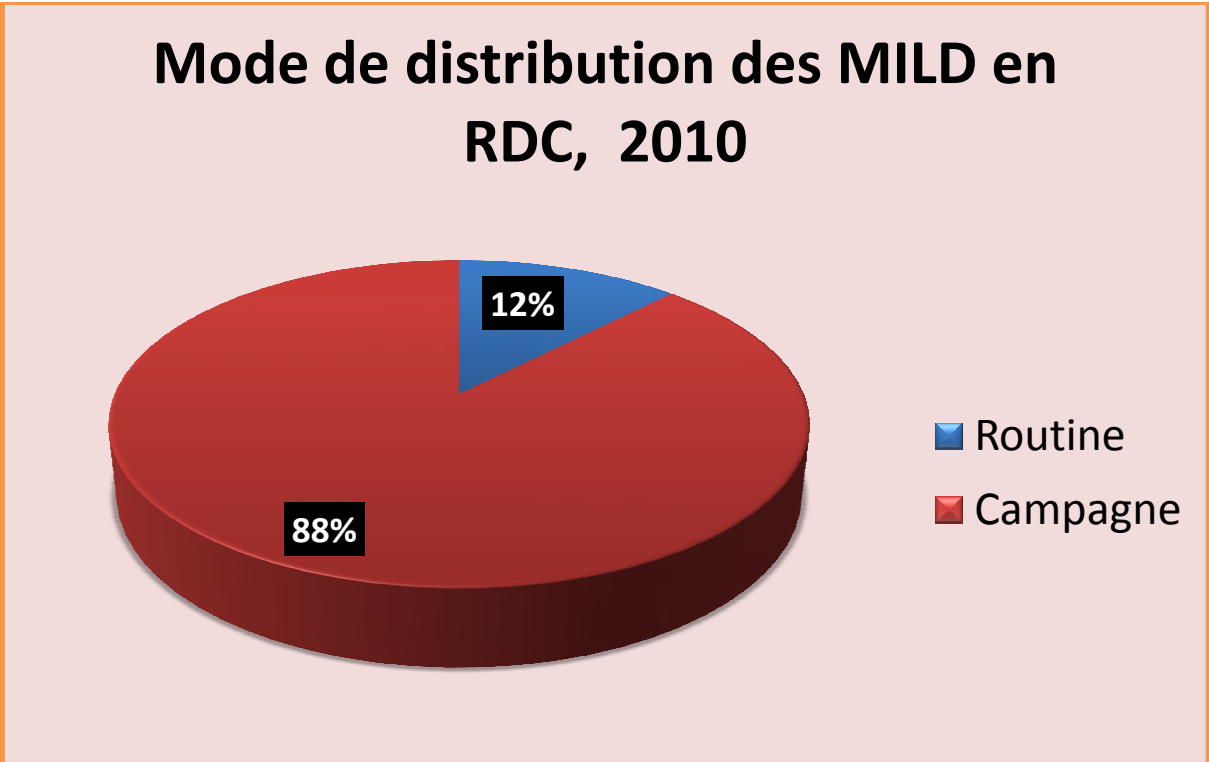


Figure 7 : Evolution de l'accès universel aux moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action en RDC, 2007-2010.

Depuis 2007, la situation des MILD fournies en RDC se présente de la manière suivante :

2007 : 1.793.337

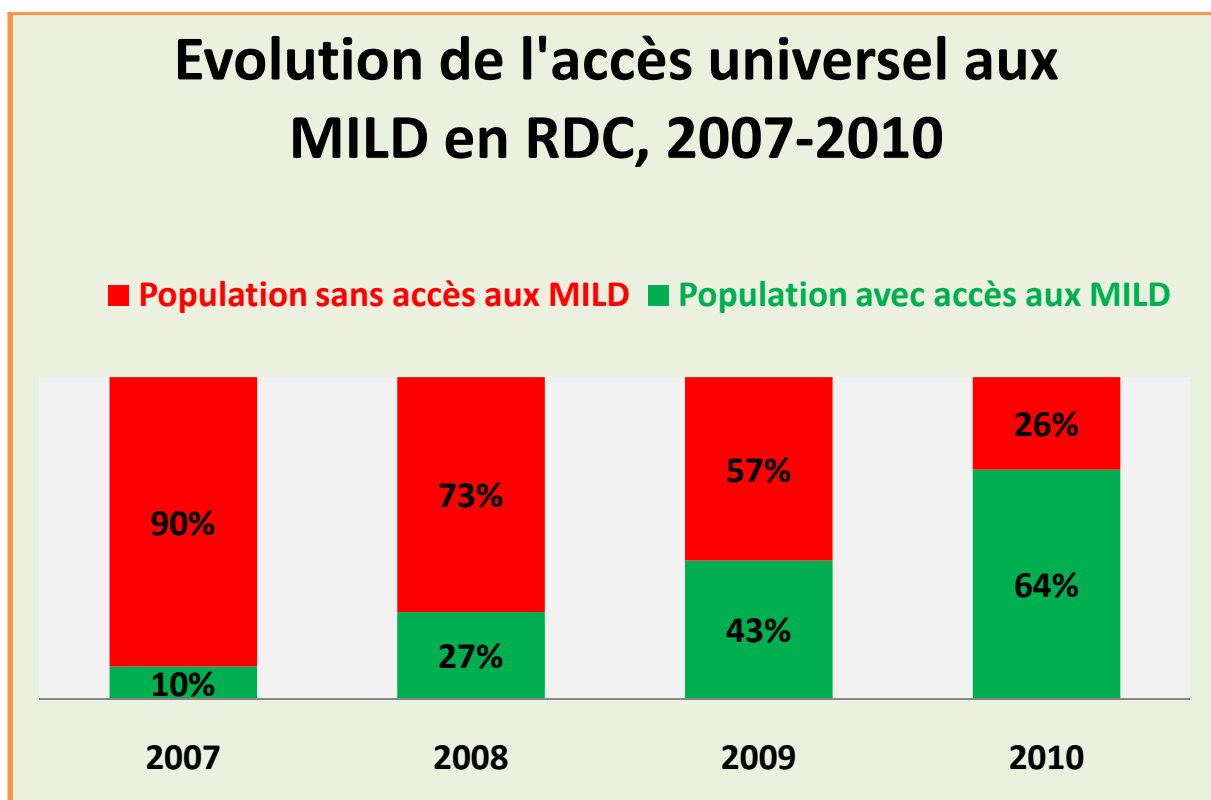
2008 : 5.653.162

2009 : 7.853.284

2010 : 11.730.299

De façon cumulée, on estime à 25.236.745 MILD actives en 2010. Les MILD de 2007 n'ont pas été prises en compte dans le total cumulé de 2010 au regard de la vie d'une MILD estimée à 3 ans.

Les directives de l'OMS visant l'accès universel aux interventions de lutte contre le paludisme recommandent 1 MILD pour 2 habitants. Considérant les totaux cumulés des MILD et la population totale du pays, il est possible d'estimer la proportion de la population ayant eu accès aux MILD.



Grace aux MILD introduites en 2010, la proportion des personnes pouvant accéder à cet outil passera de 10 % en 2007 à 64 % à la fin de la distribution des MILD introduites en 2010.

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'engagement des entreprises minières à couvrir les frais inhérents à ces opérations. Initialement prévue dans 4 zones de santé, elle ne s'applique dans une seule d'entre elles. Le plan stratégique prévoit de couvrir 265.667 maisons attendues pendant l'année dans les quatre zones de santé, à savoir Sakania, Dilala, Fungurume et Manika.

Le tableau ci après donne l'évolution de la couverture en PID dans la zone de santé de Fungurume

Table 3: Nombre des maisons pulvérisées entre en 2009 et 2010

Item	2009	2010/11	Variance %
Maisons	23.129	35.961	55
Pièces (salles)	87.949	135.431	54
Insecticides (sachets)	18.649	33.840	81

Application du traitement préventif intermittent

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^{ème} et 28^{ème} semaines de la grossesse.

Tableau 3: Couverture des provinces en TPI dans les zones de santé en 2010

N°	Province	ZS ayant appliqué le TPI	Total des Zones de santé	Pourcentage
1	Kinshasa	35	35	100 %
2	Bas Congo	31	31	100 %
3	Bandundu	41	52	79%
4	Kasaï Occidental	44	44	100 %
5	Kasaï Oriental	51	51	100 %
6	Katanga	37	67	55%
7	Nord Kivu	24	24	100 %
8	Sud Kivu	33	34	97 %
9	Orientale	59	83	71 %
10	Maniema	13	18	72 %
11	Equateur	50	69	72%
Total		418	508	82 %

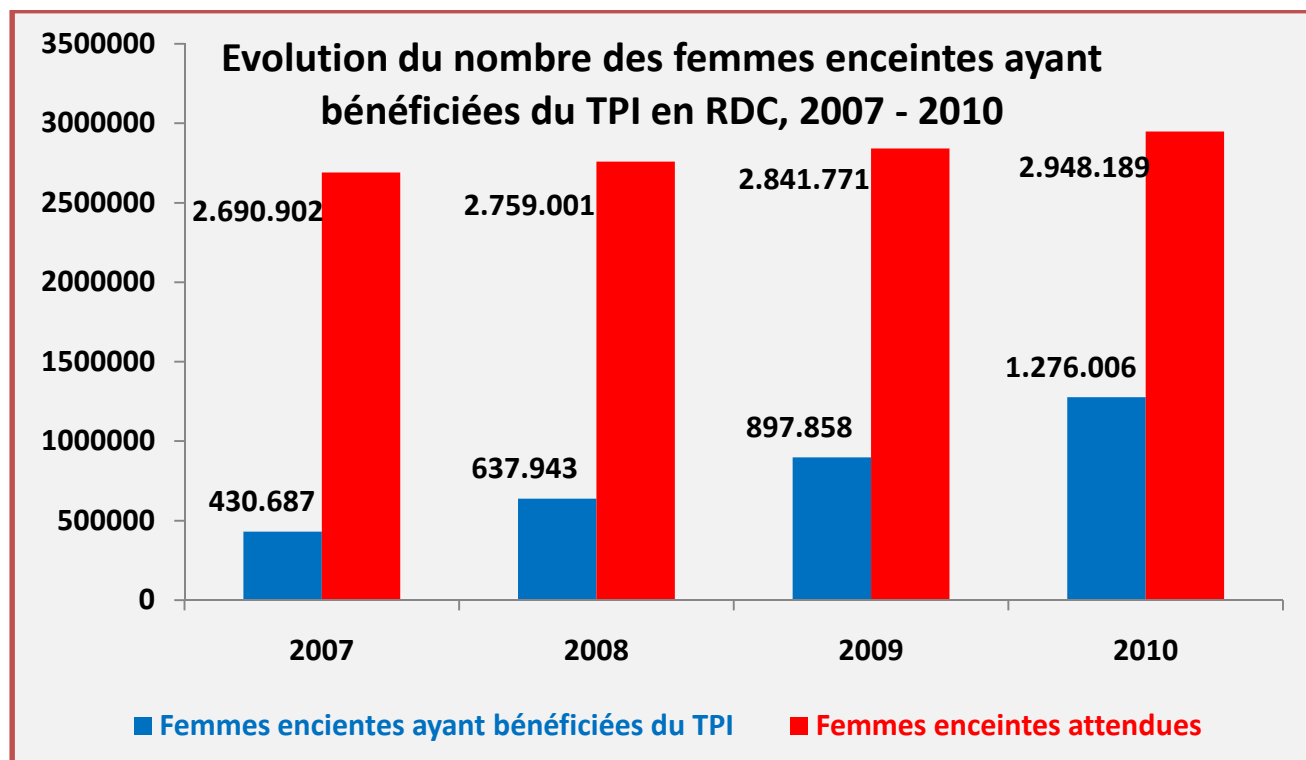
418 zones de santé de la RDC soit 82 % ont appliqué le traitement préventif chez les femmes enceintes en 2010. Les efforts doivent encore être fournis par certaines provinces telles que le Katanga, la province orientale, le Maniema, le Bandundu et l'Equateur pour une couverture totale à la fois de zones de santé et des bénéficiaires.

Tableau : Couverture des provinces en application du TPI chez les femmes enceintes en 2010

N°	Province	Femmes enceintes attendues	Femmes bénéficiant TPI	Pourcentage
1	Kinshasa	271.321	48.283	18%
2	Bas Congo	135.312	73.582	54%
3	Bandundu	218.278	112.943	38%
4	Kasaï Occidental	276.045	144.637	52%
5	Kasaï Oriental	349.514	183.701	53%
6	Katanga	420.914	192.688	46%
7	Nord Kivu	243.088	147.643	61%
8	Sud Kivu	186.927	99.856	53%
9	orientale	362.915	128.862	36%
10	Maniema	76.858	37.131	48%
11	Equateur	330.120	106.680	32%
Total		2.871.292	1.276.006	43%

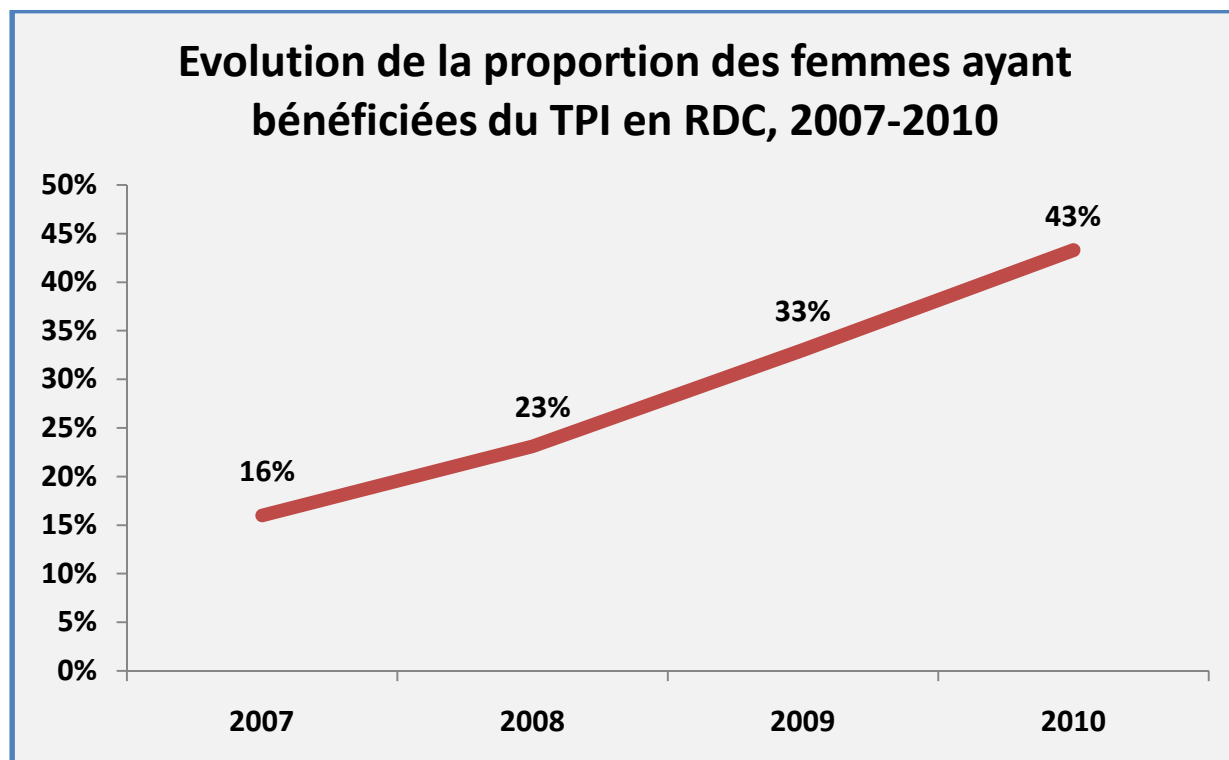
Dans son ensemble, 43% des femmes enceintes ont bénéficié d'un traitement préventif intermittent en 2010. Néanmoins, la province du Nord Kivu a la couverture la plus élevée (61%) contre 18 % dans la ville-province de Kinshasa.

Figure 8 : Evolution du nombre de femmes enceintes bénéficiant du TPI, 2007-2010



Le nombre de femmes enceintes attendues en CPN a été de 2.690.902 en 2007, 2.759.001 en 2008, 2.841.771 en 2009 et 2.948.189 en 2010. Celui de femmes ayant bénéficié du TPI était de 421.019 en 2007, 637.943 en 2008, 949.898 en 2009 et 1.276.006 en 2010.

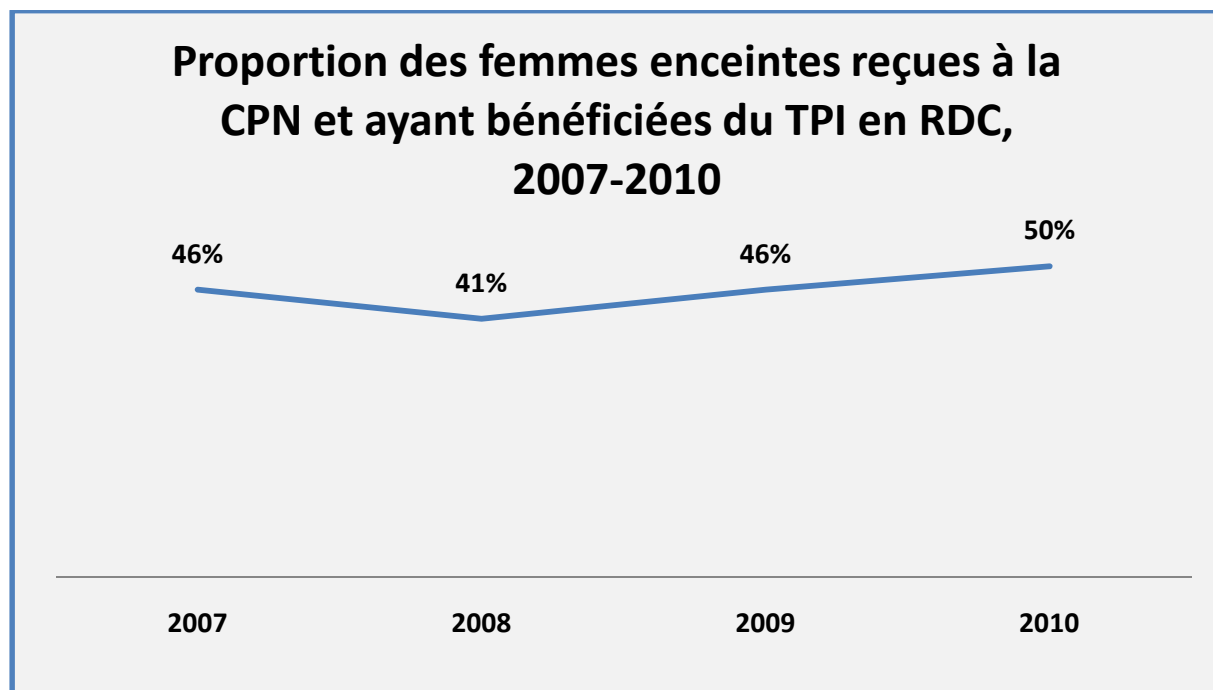
Figure 10 : Evolution de la proportion des femmes enceintes attendues dans la communauté et ayant bénéficié du TPI, 2007-2010



Entre 2007 et 2010, la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI par rapport aux femmes enceintes attendues dans la communauté est passée de 16% à 43%.

Par rapport à l'année 2009 il y a une augmentation de la couverture en TPI de 33% à 43% en 2010.

Figure 11 : Evolution de la proportion des femmes enceintes reçues à la CPN et ayant bénéficié du TPI, 2007-2010



Le nombre de femmes enceintes reçues à la CPN a été de 909.765 en 2007, 1.543.608 en 2008, 2.050.952 en 2009 et 2.565.587 en 2010. Celui de femmes ayant bénéficié du TPI était de 421.019 en 2007, 637.943 en 2008, 949.898 en 2009 et 1.276.006 en 2010.

Entre 2007 et 2010, la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI par rapport aux femmes enceintes reçues à la CPN est passée de 46% à 50%.

Prise en charge des cas du paludisme

La Prise En Charge (PEC) des patients du paludisme est déterminée selon le stade évolutif de la maladie

❖ Paludisme simple

- ✓ Première ligne : traitement avec les ACT
- ✓ Echec thérapeutique : Quinine par voie orale

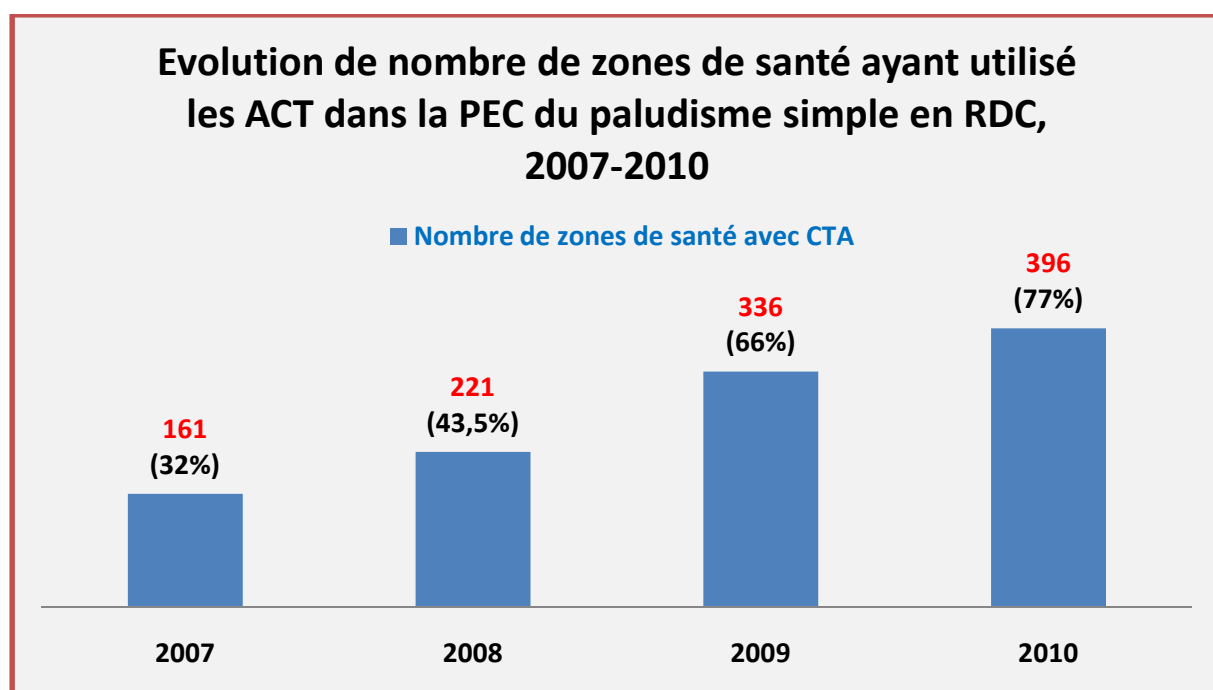
❖ Paludisme grave

- ✓ Quinine injectable en perfusion

Notons que le diagnostic biologique est devenu obligatoire pour parler d'un cas de paludisme.

Dans le présent rapport, la mention n'est faite que sur le processus de la mise en œuvre du traitement du paludisme simple aux ACT.

Figure 12 : Application du traitement aux ACT dans les zones de santé de la RDC, 2007-2010



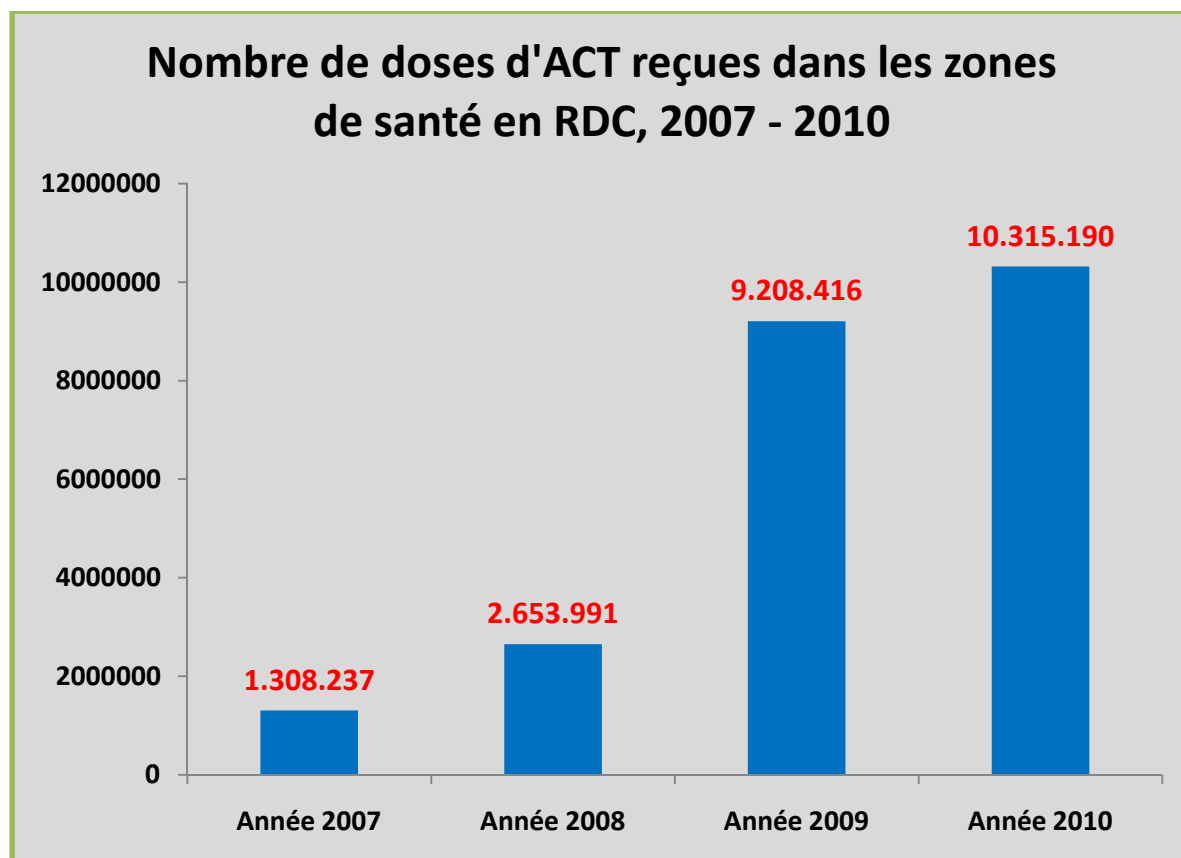
398 zones de santé ont appliqué le traitement aux ACT chez les patients souffrant du paludisme simple, soit un niveau de performance 78% pour l'année 2010. Ce nombre est passé de 161 à 398 entre 2007 et 2010.

Tableau 5 : Couverture des zones de santé en ACT (ASAQ) par province en 2010

N°	Province	ZS ayant mis en œuvre le traitement aux ACT	Nombre de ZS effectives en 2010	Pourcentage
1	Bas Congo	23	31	74%
2	Bandundu	41	52	79%
3	Equateur	50	69	72%
4	Katanga	50	67	75%
5	Kinshasa	31	35	89%
6	Kasaï Occidental	33	44	75%
7	Kasaï Oriental	33	51	69%
8	Maniema	12	18	67%
9	Nord Kivu	24	24	100%
10	Orientale	66	83	79,5%
11	Sud Kivu	33	34	97%
Total		396	508	77%

398 zones de santé, soit 78 % ont mis en œuvre le traitement du paludisme simple aux ACT. Les efforts doivent encore être fournis principalement par certaines provinces telles que le Bas Congo, l'Equateur, le Kasaï Oriental et le Maniema.

Figure 13 : Evolution de l'offre des ACT dans les ZS en ACT, 2007-2010



Entre 2007 et 2009, la quantité de doses d'ACT fournies aux zones de santé est passée de 1.308.237 à 10.315.190 alors qu' 2009 elle était de 9.208.416.

Tableau 6 : Niveau de couverture des besoins en ACT par province en 2010

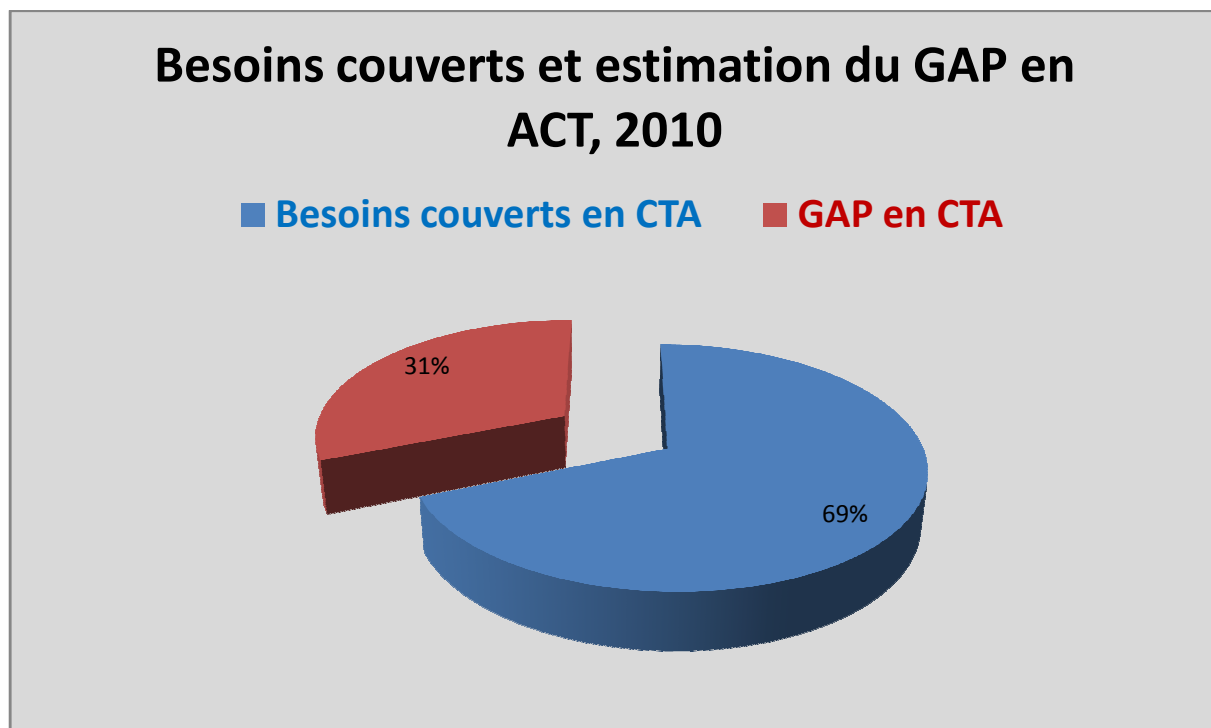
N°	Province	Besoins estimés en ACT	Besoins couverts (ACT reçues)	% de besoins couverts
1	Bas Congo	635 337	192 726	30%
2	Bandundu	1 511 160	2 841 750	188%
3	Equateur	1 690 065	392 081	23%
4	Katanga	2 154 884	2 125 568	99%
5	Kinshasa	1 345 540	306 250	23%
6	Kasaï Occidental	1 408 870	1 308 735	93%
7	Kasaï Oriental	1 789 352	972 069	54%
8	Maniema	401 137	355 695	89%
9	Nord Kivu	1 210 795	37 367	3%
10	Orientale	1 857 956	1 242 915	67%
11	Sud Kivu	979 919	540 034	55%
Total		14 985 015	10 315 190	69%

Pour un accès universel aux ACT, les besoins en 2010 ont été estimés à 25.624.907 cures. De façon réaliste et au regard des ressources financières mobilisées ou annoncées, il était possible de mobiliser 14.985.015 cures et dans le concret, seules 10.315.190 de cures ont été reçues par les zones de santé.

Ce tableau dégage deux constats particuliers:

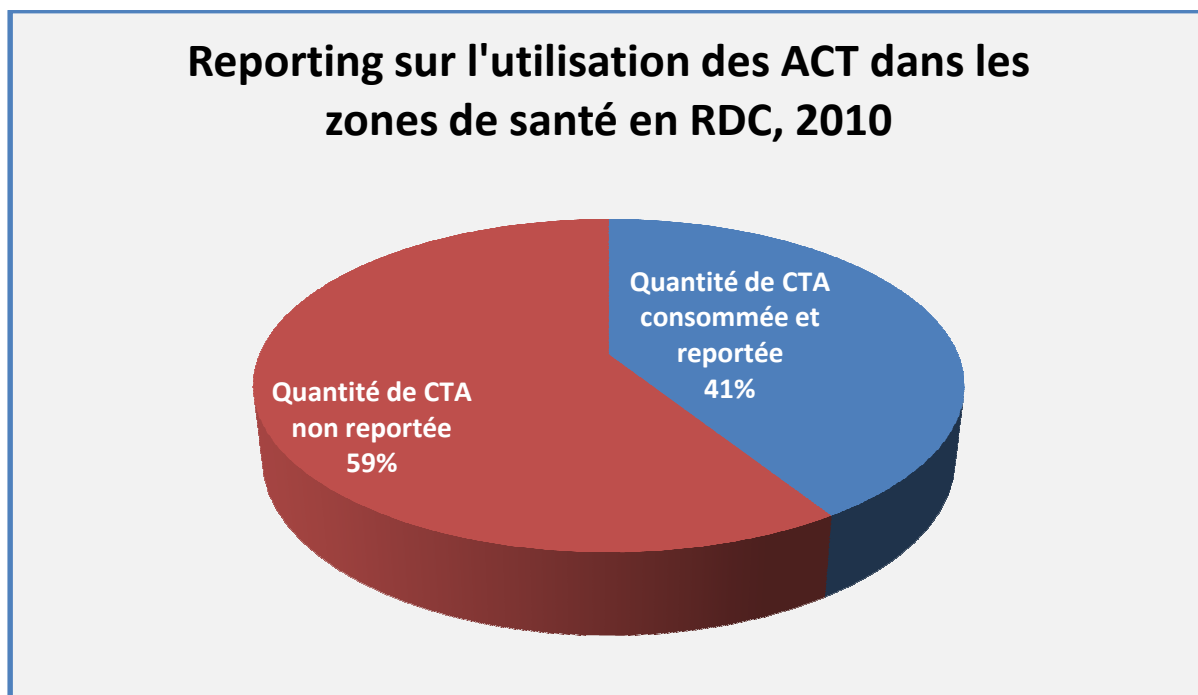
- ✓ Approvisionnement au-delà des besoins de la province de Bandundu, nécessitant un suivi approfondi ;
- ✓ A l'opposé, la province du Nord Kivu semble avoir mobilisé à peine 3% des besoins estimés.

Figure 14 : Analyse programmatique des besoins en ACT pour l'exercice 2010



En 2010 les besoins opérationnels du pays en ACT ont été estimés à 14.985.015 doses dont 10.315.190 ont été fournies et réceptionnées par les zones de santé durant l'année, représentant ainsi 69 % de besoins estimés. Toutefois, le programme ne dispose d'aucune donnée sur le secteur privé. Le gap de 4.669.825 doses serait probablement réduit si ces données étaient disponibles.

Figure 15 : Utilisation et reporting sur les ACT fournies aux ZS en 2010



En 2010, **10.315.190** doses ont été fournies et réceptionnées par les zones de santé. **4.118.139** doses ont fait l'objet de reporting de la part des zones de santé durant l'année, représentant un niveau de performance de **41%**. On note une amélioration par rapport à l'année 2009 au cours de laquelle le niveau de performance était **28%**.

Tableau 7 : Utilisation et reporting sur les ACT fournies aux ZS en 2010 par province

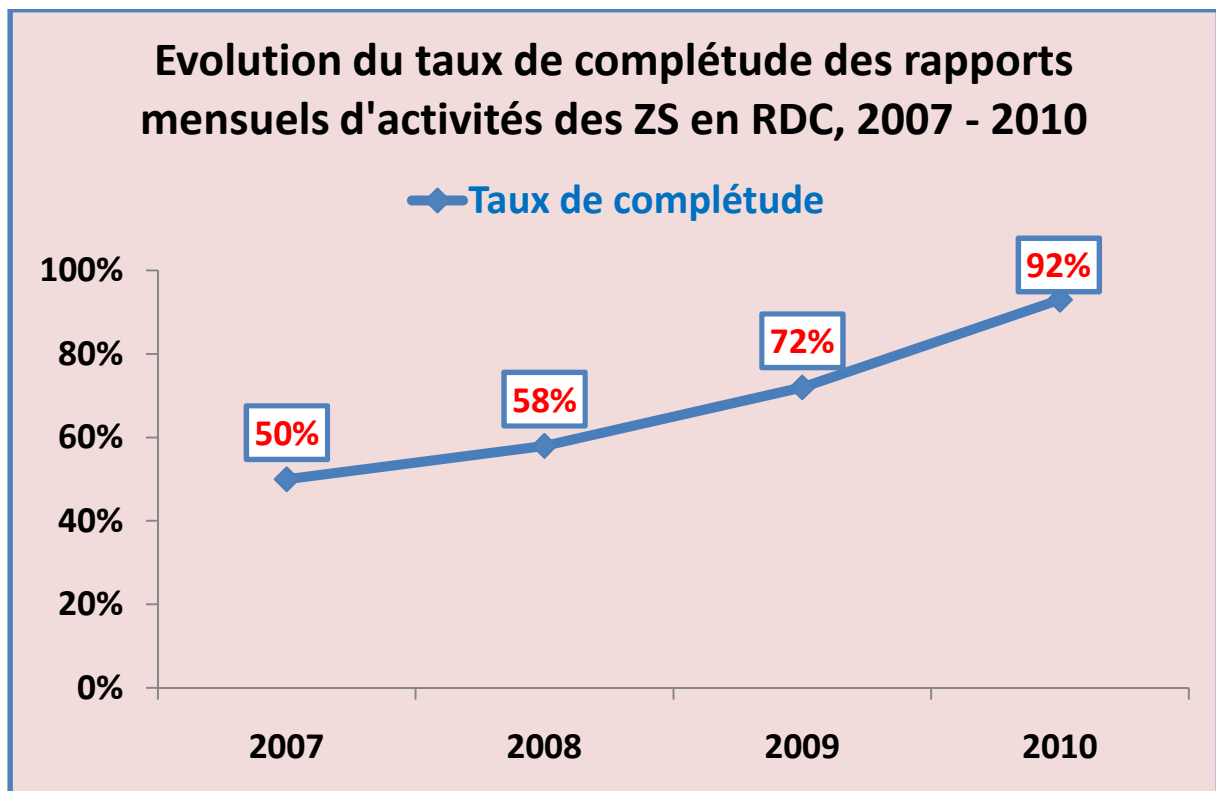
N°	Province	Quantité des doses d'ACT reçues	Quantité des doses d'ACT utilisées et reportées	Taux de reporting
1	Bas Congo	192.726	133.194	69%
2	Bandundu	2.841.749	465.581	16%
3	Equateur	392.081	146.323	37%
4	Katanga	2.125.568	1.298.273	61%
5	Kinshasa	306.250	160.066	52%
6	Kasaï Occidental	1.108.735	672.452	61%
7	Kasaï Oriental	972.069	444.417	46%
8	Maniema	355.695	288.301	81%
9	Nord Kivu	37.367	46.905	126%
10	Orientale	1.242.915	281.539	23%
11	Sud Kivu	540.034	251.088	46%
Total		10.315.190	4.188.139	41%

Le reporting de la consommation des ACT est faible à travers toutes les provinces du pays sauf dans les provinces de Maniema et du Nord Kivu. Dans cette dernière province le taux de reporting est de 126%, ceci s'expliquerait par le fait que la province avait encore un solde important des ACT pour en avoir consommé moins en 2009. Toutefois, cette situation nécessite une analyse approfondie en vue de proposer des mesures correctrices durables.

3. Monitoring

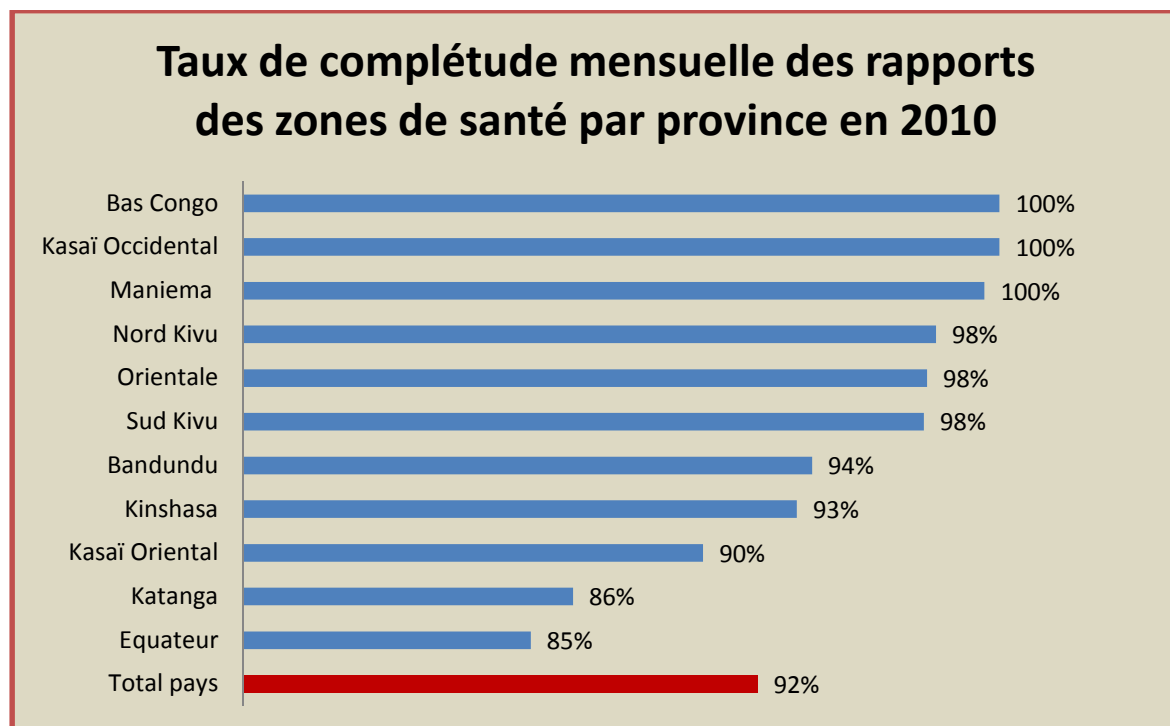
Le monitoring de la mise en œuvre des interventions de lutte antipaludique se base sur le système national d'information sanitaire. Ce système consiste en une récolte régulière des données au niveau des structures sanitaires qui les transmettent au niveau de la hiérarchie à travers les rapports mensuels d'activités. Considérant les 508 zones de santé actuellement opérationnelles, il était attendu, pour toute l'année, un total de 6096 rapports, soit 12 rapports mensuels par an par zone de santé. Le total des rapports mensuels reçus est passé de 3029 en 2007 à 3548 en 2008, 4386 en 2009 et 5587 en 2010.

Figure 16 : Taux de complétude des rapports mensuels d'activités de zones de santé en RDC, 2007 – 2010



Le graphique ci-dessus présenté montre que le taux de complétude des rapports mensuels des zones de santé est passé de 50% à 92% entre 2007 et 2010. Au vu de ce résultat, nous pouvons affirmer que le taux de complétude s'améliore d'année en année. Néanmoins, une analyse approfondie démontre que des efforts restent à faire dans le cadre de l'amélioration de la qualité des données et de la promptitude dans la transmission des rapports à différents niveaux.

Figure 17 : Taux de complétude des rapports mensuels d'activités de zones de santé par province en 2010



Cette figure montre que toutes les provinces ont été performantes en rapportage car le taux de complétude des rapports mensuels d'activités des ZS dépasse le seuil acceptable de 80%.

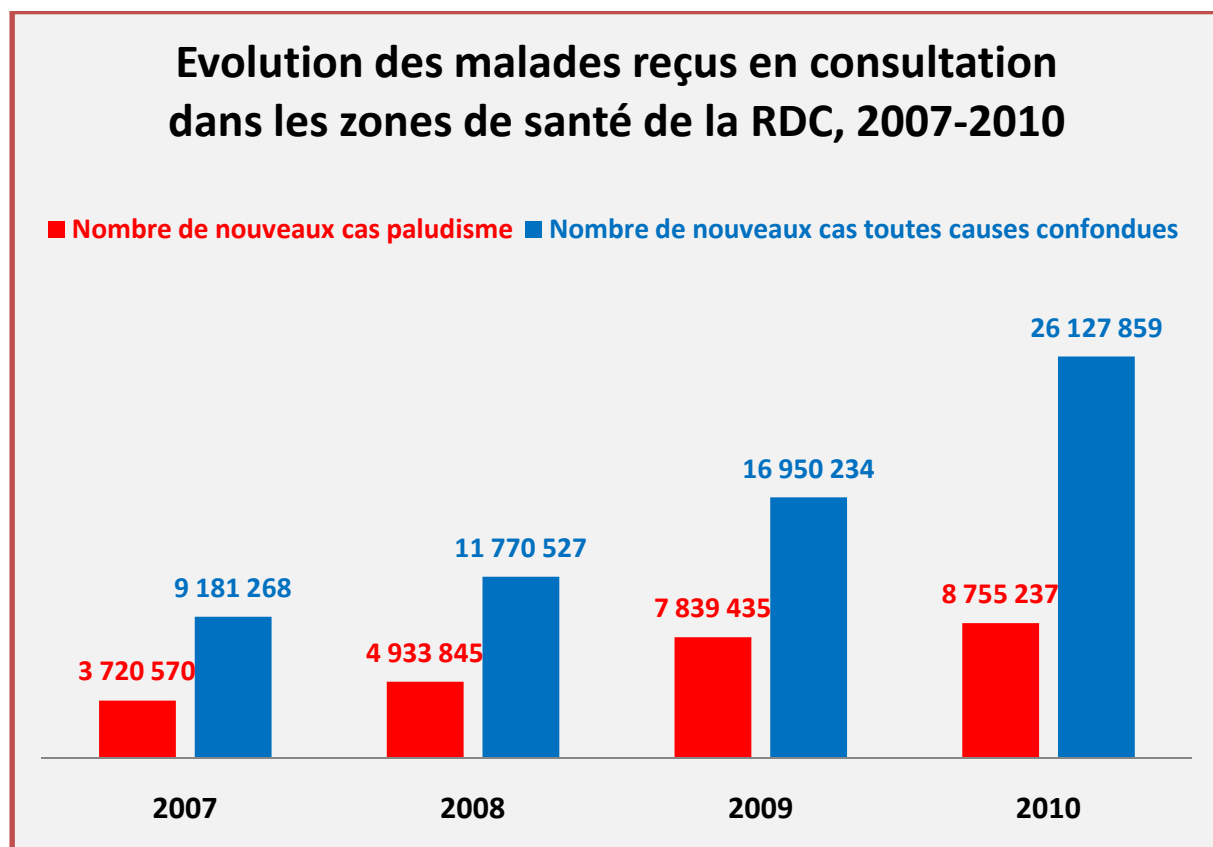
4. Surveillance épidémiologique

En matière de surveillance, le pays a adhéré à la stratégie de la surveillance intégrée des maladies et riposte aux épidémies, et a élaboré une liste des maladies parmi lesquelles figure le paludisme.

En ce qui concerne la surveillance du paludisme, le rapportage est à la fois hebdomadaire et mensuel sur la morbidité et la mortalité dans les formations sanitaires.

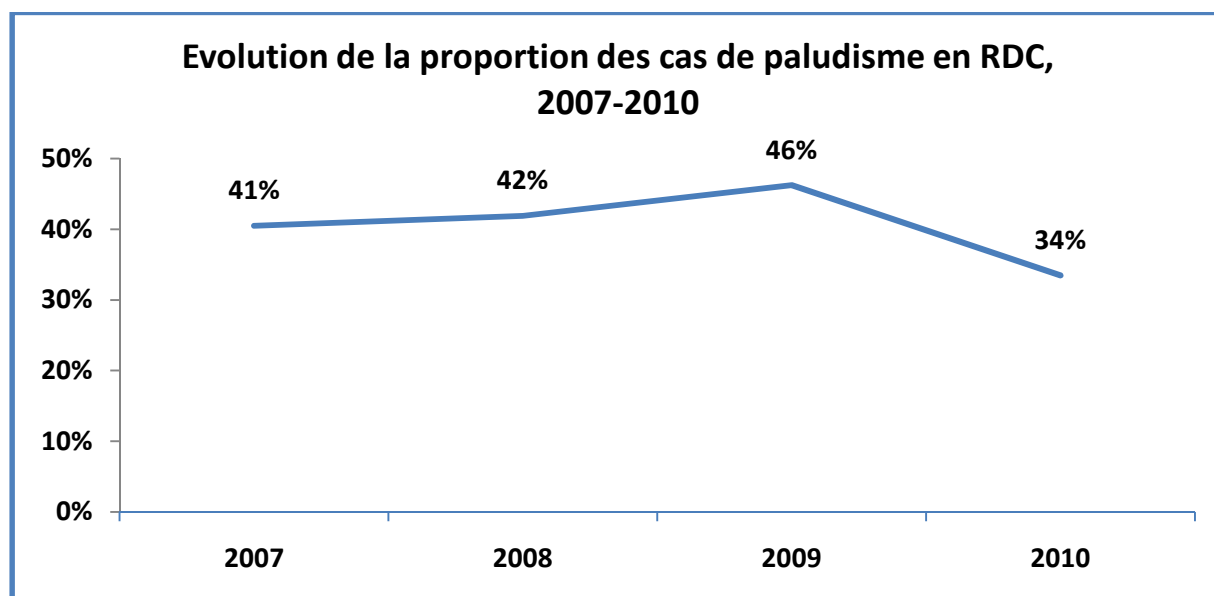
Le rapportage hebdomadaire vise la détection précoce des épidémies et se fait à partir d'un nombre limité des structures sanitaires de la zone de santé accessible au cours de la semaine. Par contre, le rapportage mensuel permet de saisir l'ensemble des cas de la maladie qui fréquentent et des décès qui y surviennent dans l'ensemble de structures sanitaires de la zone de santé. Le présent chapitre se penche sur le rapportage mensuel du paludisme dans les structures sanitaires intégrées dans les zones de santé de la RDC.

Figure 18 : Evolution de la fréquence des malades reçus en consultation de 2007 à 2010, RDC.



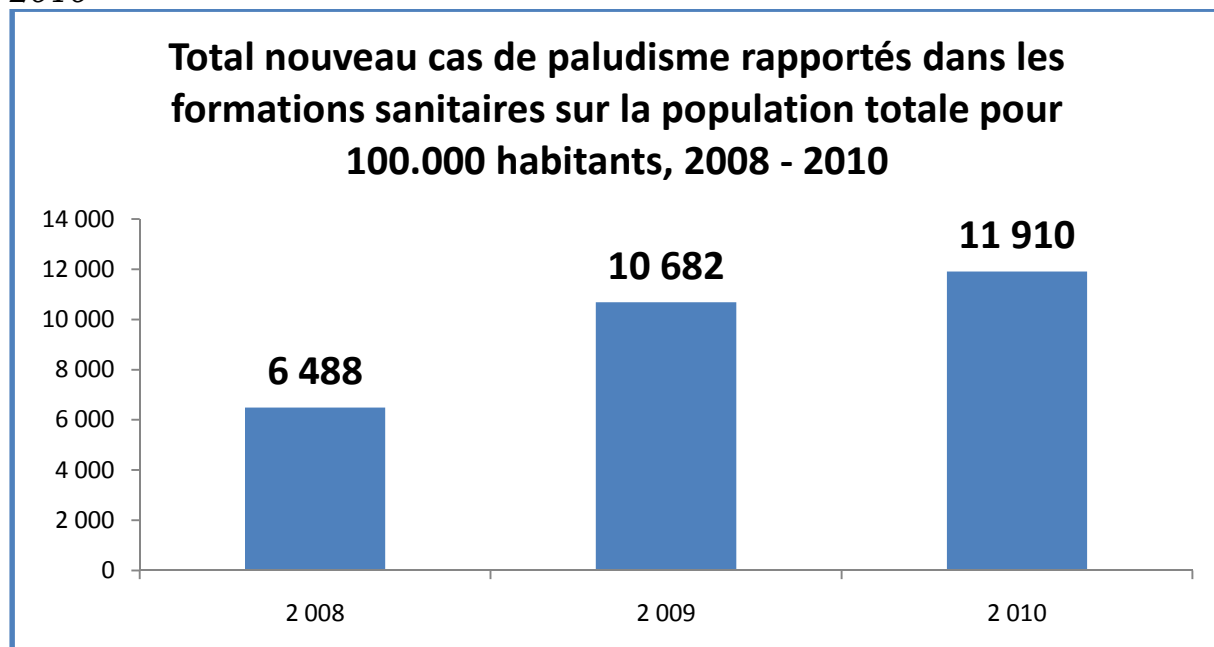
Cette figure indique l'augmentation de nombre des malades reçus en consultation externe tant pour ceux ayant consulté pour toutes causes confondues que pour ceux ayant souffert du paludisme. Cette augmentation s'explique principalement par l'amélioration du taux de complétude des rapports mensuels d'activités de zones de santé décrite à la figure 16.

Figure 19 : Evolution de la morbidité spécifique au paludisme dans les formations sanitaires, RDC 2007-2010



On note une évolution croissante du taux de morbidité spécifique au paludisme entre 2007 et 2009 avec une tendance à la baisse en 2010, nécessitant une exploration approfondie pour une meilleure compréhension.

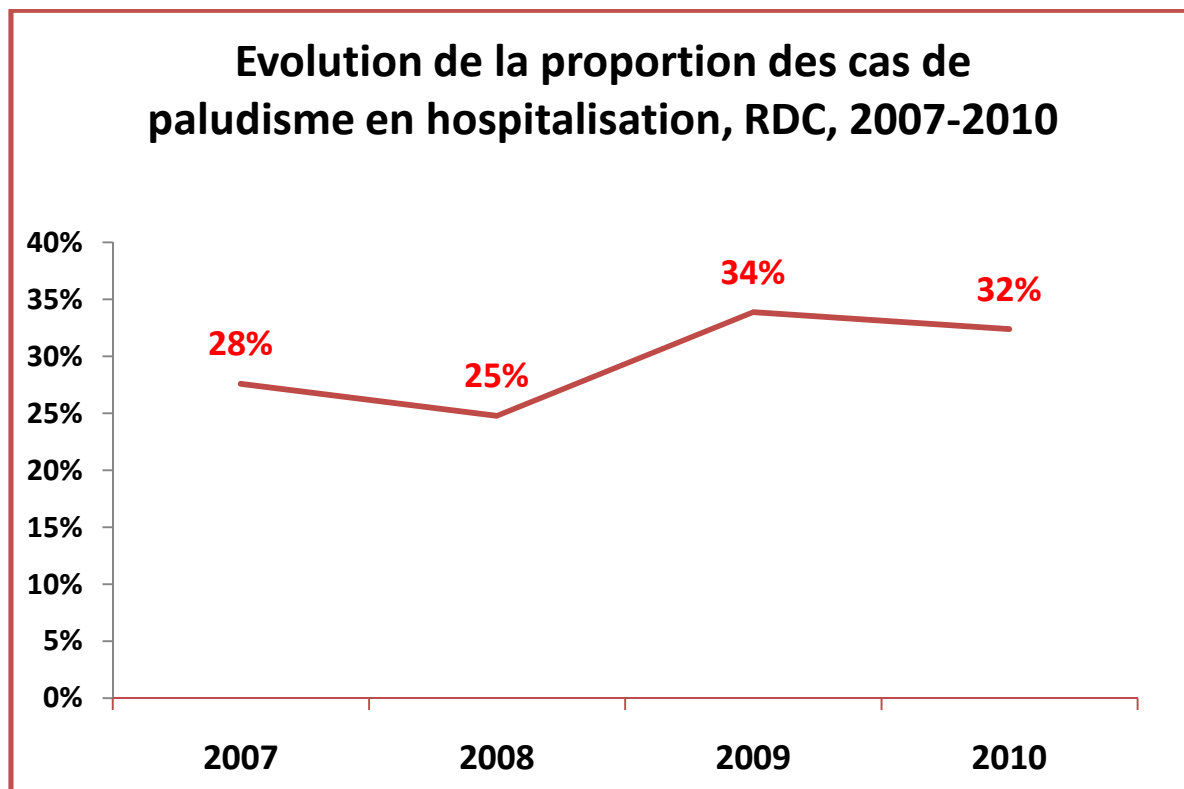
Figure 20 : Evolution du taux d'incidence du paludisme en RDC entre 2008 et 2010



Entre 2008 et 2010, l'incidence du paludisme est en nette croissance, passant de 6 488 pour 100 000 habitants à 11 910 pour 100 000 habitants.

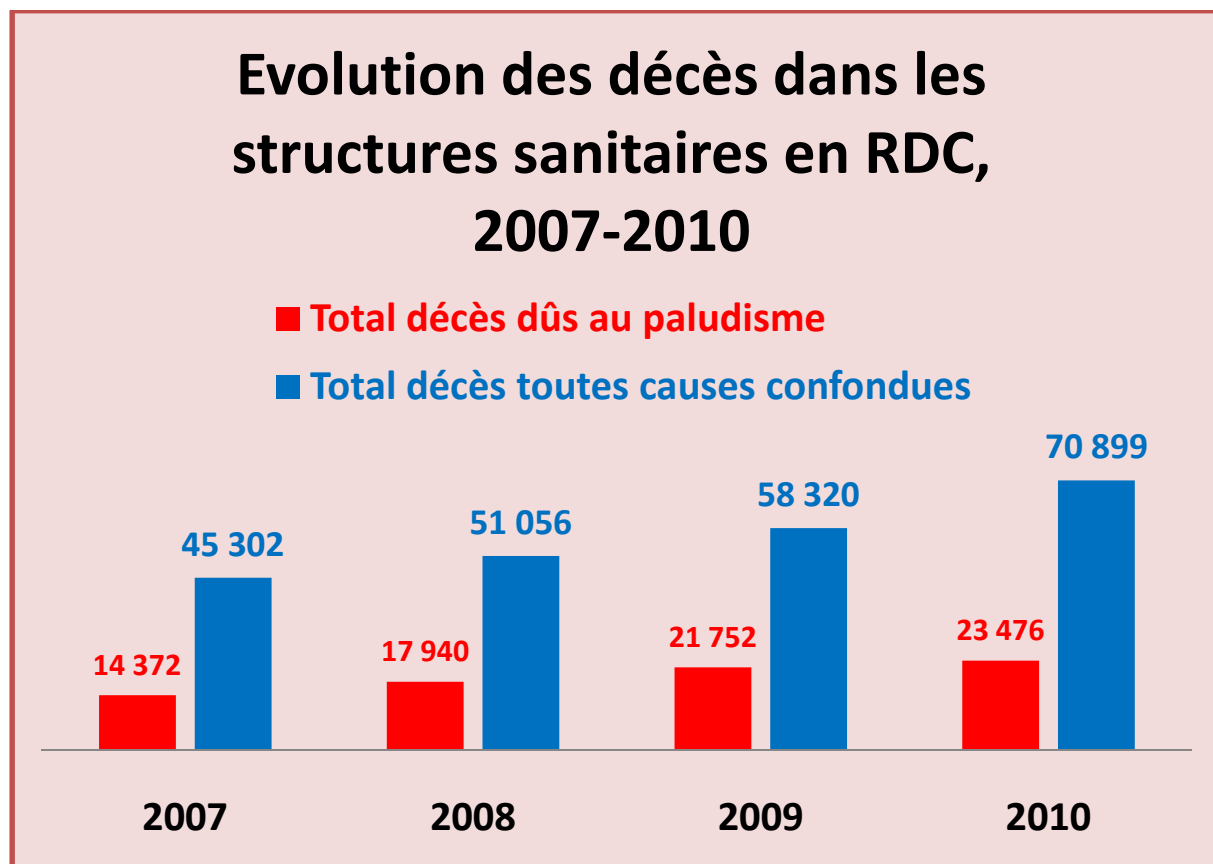
Notons que l'augmentation est plus importante entre 2008 et 2009 qu'entre 2009 et 2010.

Figure 20 : Evolution de la proportion des malades souffrant du paludisme grave parmi les hospitalisés dans les formations sanitaires de référence en RDC, 2007-2010



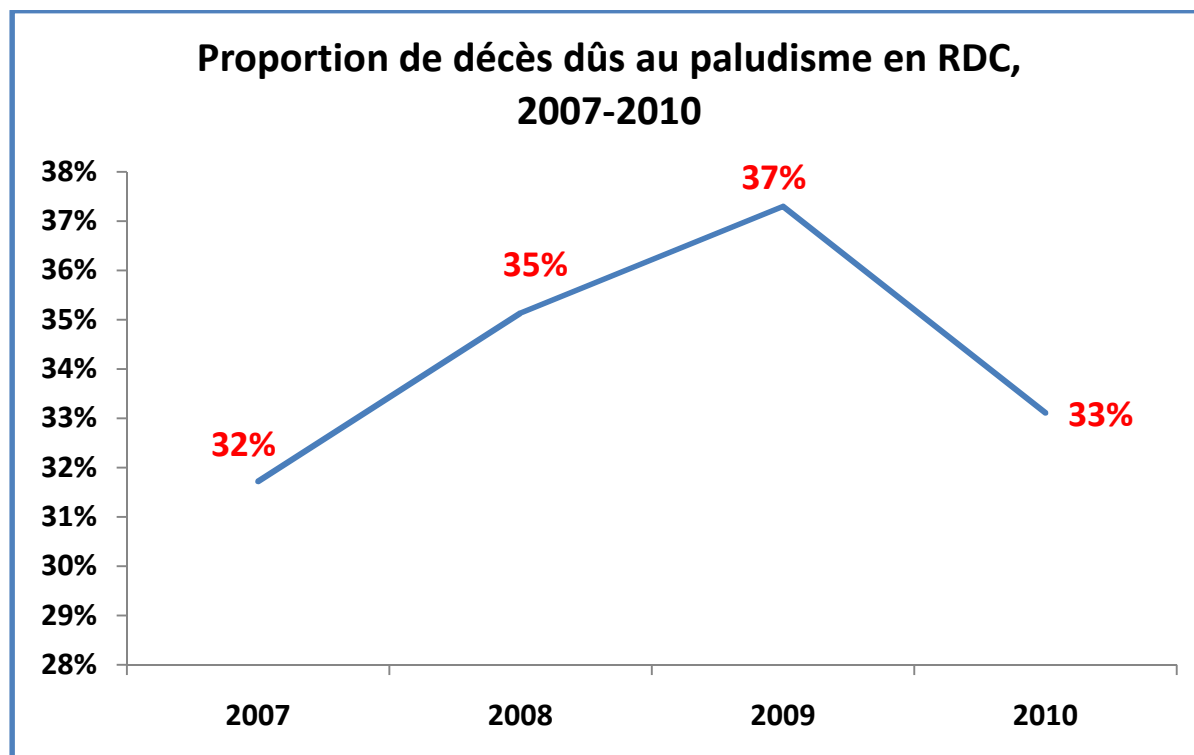
Entre 2007 et 2009, on enregistre une augmentation de la proportion des malades hospitalisés pour toutes causes confondues, dont ceux ayant souffert du paludisme grave. Cette proportion semble se stabiliser en 2010.

Figure 21 : Evolution des malades décédés dans les structures sanitaires de ZS en RDC, 2007-2010



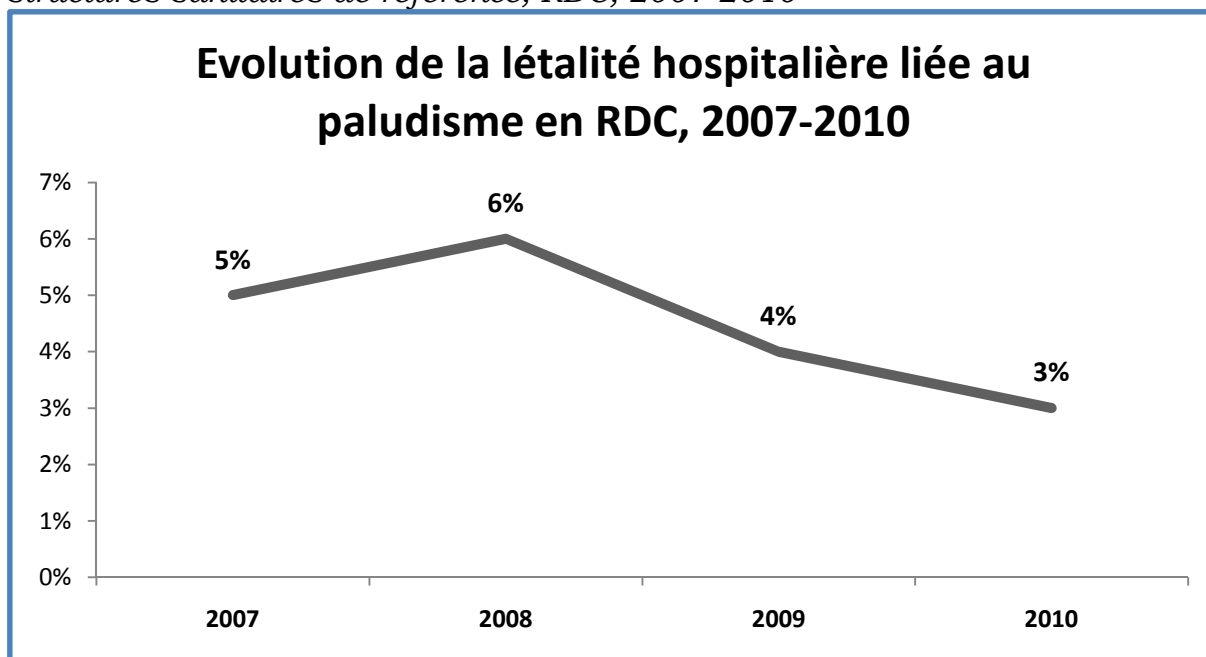
Entre 2007 et 2010, on enregistre une augmentation du nombre des malades décédés pour toutes causes confondues parmi lesquels ceux décédés du paludisme. Cette augmentation s'explique principalement par l'amélioration du taux de complétude des rapports mensuels d'activités de zones de santé décrite à la figure 16.

Figure 22 : Evolution de la proportion de décès dus au paludisme parmi les hospitalisés dans les structures sanitaires de référence, RDC, 2007-2010



Cette figure montre que la proportion des décès dus au paludisme est passée de 32% en 2007 à 37% en 2009 pour redescendre à 33% en 2010.

Figure 23 : Evolution de la létalité hospitalière liée au paludisme dans les structures sanitaires de référence, RDC, 2007-2010



Cette figure montre que la létalité hospitalière liée au paludisme a connu une légère augmentation de 2007 (5%) à 2008, (6%) et une baisse en 2009 (4%) et 2010 (3%).

5. Gestion des épidémies du paludisme (cfr Direction de Lutte contre la maladie)

Au cours de l'année 2010, selon le Bulletin Epidémiologique du Congo (BEC) dans son N°86 de Janvier 2011 à la page 5, publié par la Direction de Lutte contre la Maladie, les zones de santé de Bukama, Mitwaba et Manono dans la province du Katanga ont connu des flambées épidémiques.

- Flambée épidémique dans la zone de santé de Mitwaba dont la population est de 100 269 habitants s'est déclarée à la 11^{ème} semaine épidémiologique (soit le 15 Mai 2011) avec une moyenne de 150 cas de paludisme par semaine. Elle a été jugée pas alarmante par le Bureau 4 (lutte contre la maladie) dans un contexte d'endémicité. 4% des patients avec des complications du paludisme (49 cas de paludisme grave sur un total 1135 cas de paludisme) reflètent simplement la non intégration de la politique nationale de lutte contre le paludisme comme le souligne le confrère. Sous réserve d'une sous notification des cas, une moyenne de 100 cas par semaine pour 10 aires de santé soit 10 cas par semaine par aire de santé **n'est pas dramatique a jugé le 4^{ème} Bureau de l'inspection provinciale.** Il y'a donc lieu de creuser d'avantage afin de comprendre le réel problème de MITWABA à ce stade. **Un besoin en formation (surveillance des maladies et Riposte, Gestion du paludisme) pour le médecin chef de zone de Mitwaba se fait sentir.** En rapport

avec le besoin en intrants, un renforcement de la zone en ACT et MILD nous aidera à éviter les complications du paludisme outre la sensibilisation de la communauté que doit initier l'équipe cadre de la Zone de Santé

- En rapport avec la flambée des cas dans la zone de santé de Bukama, aucun rapport formel n'a été transmis.
- Pour ce qui est de la zone de santé de Manono, en réalité la flambée des cas a eu lieu en 2009.

Notons que nous n'avons aucune donnée relative au délai entre la déclaration de la flambée et la riposte. Cet indicateur sera exploité dans les prochains rapports.

6. Renforcement des capacités du PNLP

L'évaluation du renforcement des capacités du PNLP se fait sur base du trépied suivant :

- L'évaluation de la réhabilitation des 12 Structures du PNLP (1 du niveau national et 11 dans les provinces)
- Les équipements (Véhicule, motos, ordinateurs, etc...)
- La formation en cours d'emploi (Santé publique, paludologie, suivi & évaluation, planification, etc.

A. Niveau de la réhabilitation des 12 Structures du PNLP

Prévu en 2010 avec les fonds du round 8 fonds mondial, aucun bâtiments n'a été réhabilité en 2010. Le processus est toujours en cours

B. Equipements matériels roulants

Le PNLP a réceptionné, grâce au financement du Fonds Mondial round 8, 2 Jeeps de marque Toyota et un minibus au niveau central et 6 Jeeps Toyota destinés aux provinces.

C. Formations

30 cadres ont été formés en paludologie

V. PARTENARIAT ET UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) est l'un des programmes spécialisés du Ministère de la Santé Publique qui est appelé à édicter les normes, les stratégies en matière de lutte contre le paludisme et en assurer la régulation. Ce faisant cette lutte ne peut se dérouler qu'au sein du PNLP. Comme le préconise l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » lancée depuis 1998, cela nécessite l'apport de l'ensemble des services, institutions et organisations tant nationaux qu'internationaux œuvrant dans le domaine. Ainsi pour répondre à cette préoccupation un groupe de travail appelé « Task-Force » a été créé au niveau national et celui des provinces regroupant le gouvernement de la République, les partenaires d'appui

technique, les partenaires bailleurs de fonds et ceux d'appui opérationnel sur le terrain, la société civile et le secteur privé.

Partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme en 2010

I. Partenaires d'appui technique et bailleurs de fonds

- Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme à travers :
 - PNUD
 - ECC/SANRU
 - PSI/ASF
- Banque Mondiale
- USAID
- Banque Africaine de Développement (BAD)
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- Les universités
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
- KOICA
- Tenke Fungurume Mining (TKM)
- ACDI
- Chaine de bonheur (Suisse)
- SANOFI AVENTIS

II. Partenaires d'appui opérationnel, la société civile et le secteur privé

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

Dépenses par catégorie des couts en 2010 en faveur de la lutte contre le paludisme

<i>Catégories</i>	Gouvernement	SANRU	PNUD	PSI	USAID	Banque Mondiale	UNICEF	SANOFI	Chaine du Bonheur	Total
<i>Ressources humaine et appui technique</i>	296 442,89	1 239 292	1 272 850	0	1 115 000	0	17 748,85	72 000,00	108 539,00	4 121 872,74
<i>Formation</i>	0	146 199	5 904 926	0	1 675 000	54 000,00	56 618,02	89 600,00	52 312,00	7 978 655,02
<i>MILD</i>	0	1 893 179		945 479	5 150 000	3 697 017,08	1 831 100,92		54 055,00	13 570 831,00
<i>Diagnostic du paludisme (TDR, microscopie)</i>	0	2 460 650	113 944	92 861	550 000	0	58 656,00	0	15 120,00	3 291 231,00
<i>Antipaludiques</i>	0	252 869		36 340	4 150 000	6 446 740,92	56 858,70	0	37 884,00	10 980 692,93
<i>Gestion des approvisionnements</i>	0	481 185	69 126	18 815	350 000	0	100 912,00	0	9 733,00	1 029 771,40
<i>Infrastructure et équipement</i>	0	654 173	1 354 039	453 996	0	0	0	0	21 263,00	2 483 470,50
<i>Communication et plaidoyer</i>	0	239 270	0	925 074	1 400 000	7 126,56	138 898,00	28 000,00	11 393,00	2 749 761,56
<i>Suivi et évaluation</i>	0	337 997	905 918	18 815	150 000	0	7 341,00		35 920,00	1 455 991,00
<i>Planification, administration, frais généraux</i>	0	691 441	423 961	453 996	0	58 031,08	0	36 000,00	10 447,00	1 673 876,08
<i>Autres</i>	0	219 558	513 797	925 074	1 040 000		3 579,00		13 916,00	2 715 924,00
Total	296 442,89	8 615 813	10 558 561	3 870 450	15 580 000	10 262 916	2 271 712	225 600	370 582	52 052 076,89

VI. ANALYSE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES

6.1 Points forts

- Evolution positive de la mise en œuvre du Paquet Minimum d'Activité ; (PMA) de lutte contre le paludisme au niveau opérationnel ;
- Amélioration de la complétude des rapports mensuels d'activités de zone de santé ;
- Diminution progressive de la létalité hospitalière liée au paludisme.

6.2 Points faibles

- Couverture partielle du pays en paquet d'interventions de lutte contre le paludisme ;
- Faible couverture en TPI malgré le taux élevé d'utilisation de CPN ;
- Absence des données sur les doses des ACT fournis au secteur privé ;
- Faible reporting sur la consommation des ACT dans les zones de santé

6.3 Opportunités

- La lutte contre le paludisme est l'une des priorités des objectifs du millénaire pour le développement et du DCSR ;
- L'appropriation de l'initiative FRP par la RDC ;
- Mobilisation croissante de ressources financières ;
- Renforcement de l'appui technique au programme national de lutte contre le paludisme.

6.4 Menaces

- Coûts élevés des intrants par rapport au pouvoir d'achat de la population ;
- Retard dans le décaissement des fonds ou de démarrage de certains projets ciblant la lutte contre le paludisme en RDC ;
- Etat de pauvreté de la population ;
- Faible niveau de fonctionnalité des zones de santé.

VII. RECOMMANDATIONS

- Accroître la mobilisation des ressources dans le but d'une couverture totale du pays en paquet d'interventions de lutte antipaludique ;
- Renforcer la coordination des interventions à tous les niveaux du système de santé ;
- Assurer le décaissement effectif et à temps des financements prévus pour l'exécution du plan d'action 2011
- Rendre opérationnel le logiciel GMP
- Renforcer les compétences techniques des prestataires des soins pour une meilleure prise en charge des personnes malades et une gestion correcte de la prévention du paludisme chez les femmes enceintes
- Améliorer le reporting sur la consommation des ACT
- Améliorer les taux de promptitude ainsi que la qualité des données relatif aux rapports mensuels d'activités de lutte contre le paludisme

VIII. CONCLUSION

La mise en œuvre du PMA de lutte contre le paludisme en 2010 a été rendue harmonieuse par la collaboration étroite qui a existé entre le Ministère de la santé publique et ses partenaires. 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 2010 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 2011 et par conséquent respecter les besoins des zones de santé en intrants antipaludiques et éliminer le retard des approvisionnements de ces intrants à l'échelle nationale.