

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

RAPPORT ANNUEL 2012



Table des matières

ACRONYMES.....	3
I. INTRODUCTION	Erreur ! Signet non défini.
II. RAPPEL DU PLAN STRATEGIQUE 2009 – 2013	5
III. RAPPEL DU DESCRIPTIF DU PLAN D’ACTION 2012	6
IV. RESULTATS OBTENUS DANS LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS ANTIPALUDIQUES EN 2012	7
1. Mise en oeuvre du PMA de lutte antipaludique dans les ZS.....	7
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	18
Application du traitement préventif intermittent chez la femme enceinte.....	20
Prise en charge des cas du paludisme	25
v. SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS.....	44
VI .CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES	45
VII. PARTENARIAT ET UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES.....	48
VIII. ANALYSE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES	52
IX. RECOMMANDATIONS.....	
X. CONCLUSION.....	

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. INTRODUCTION

Avec 216 millions d'épisodes et 655 milles décès rapportés en 2010, le paludisme reste l'une des maladies parasitaires la plus répandue 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 81% des cas rapportés et 91% des décès dus au paludisme (Rapport Mondial sur le Paludisme 2011).

Six pays - Nigeria, République Démocratique du Congo (RDC), Burkina Faso, Mozambique, Côte d'Ivoire et Mali - comptent pour 60% soit 390 milles décès dus au paludisme. Par ordre d'importance, notre pays occupe le 2ème rang en termes de mortalité palustre dans le monde (Rapport Mondial sur le Paludisme 2011).

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 au PNLN, en particulier, les activités en rapport avec les approvisionnements en ACT, TDR, SP et MILD. 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 entre le PNLN et les directions centrales ainsi que les autres programmes spécialisés du Ministère de la Santé Publique.

Le présent rapport annuel présente, bien entendu, 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 assignés dans le plan 2012.

Les résultats obtenus ont été présentés par axe d'intervention, couplés avec une large analyse comparative de 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 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.

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 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.

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 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 ;
- Confirmer 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 PNLP.

III. RAPPEL DU DESCRIPTIF DU PLAN D'ACTION 2012

III.1 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.

III.2 Objectifs spécifiques

- Augmenter de 301 à 422 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 17.133.411 MILD dans les provinces du Katanga, du Nord Kivu, du Sud Kivu, de Bandundu (3 districts sanitaires) et de l'Equateur (5 districts sanitaires).

III.3 Résultats attendus

- 17.133.411 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 2.405.680 femmes enceintes
- Le traitement à l'artésunate plus amodiaquine de 14.196.491 cas du paludisme est assuré dans les zones de santé d'intervention
- Au moins 1 épidémie due au paludisme est détectée et maîtrisée conformément aux directives nationales
- Les données de routine de 422 zones de santé sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme sont régulièrement transmises

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.

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

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

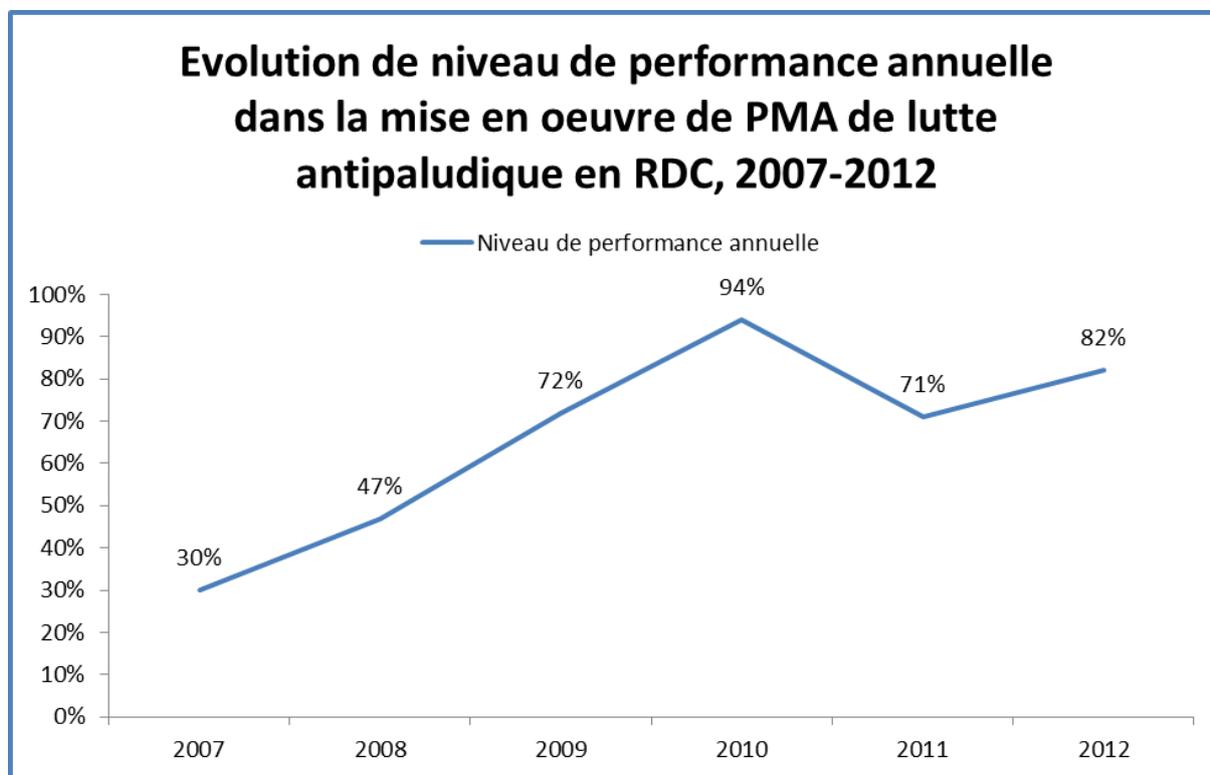
- La promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action ou de la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticides à effet rémanent ;
- L'application du traitement préventif intermittent pendant la grossesse ;
- La prise en charge des cas de paludisme simple et grave dans les formations sanitaires. Sur ce point l'accent est mis sur 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.

Tableau 1 : 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 515 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.

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



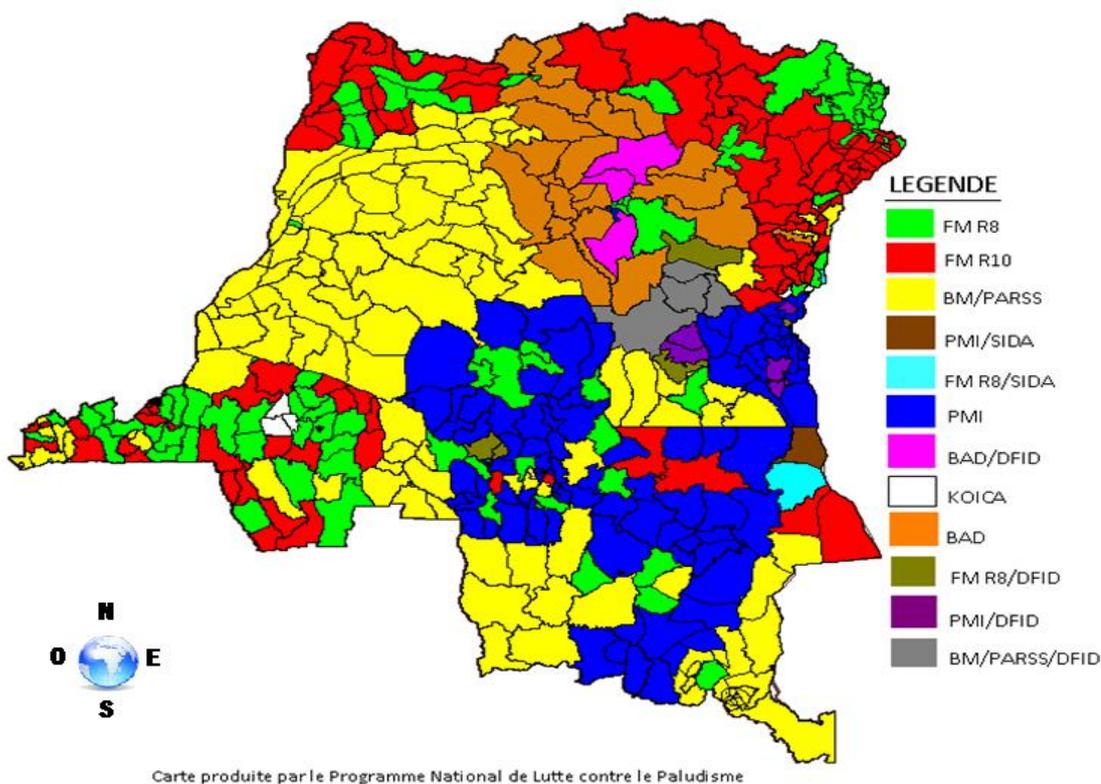
On note une progression de 2007 à 2010 suivie d'une régression en 2011 puis d'une nouvelle remontée en 2012.

Il est important de préciser que la RDC est officiellement découpée en 515 zones de santé. La fonctionnalité de ces 515 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 515 ZS du pays.

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



SOURCE DE FINANCEMENT DES INTRANTS DU PNL P EN 2012, RDC



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.

Couverture des provinces en PMA de lutte antipaludique

Tableau 2 : Mise en œuvre du paquet des interventions de lutte antipaludiques dans les ZS par province

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

L'analyse du tableau 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.

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 :

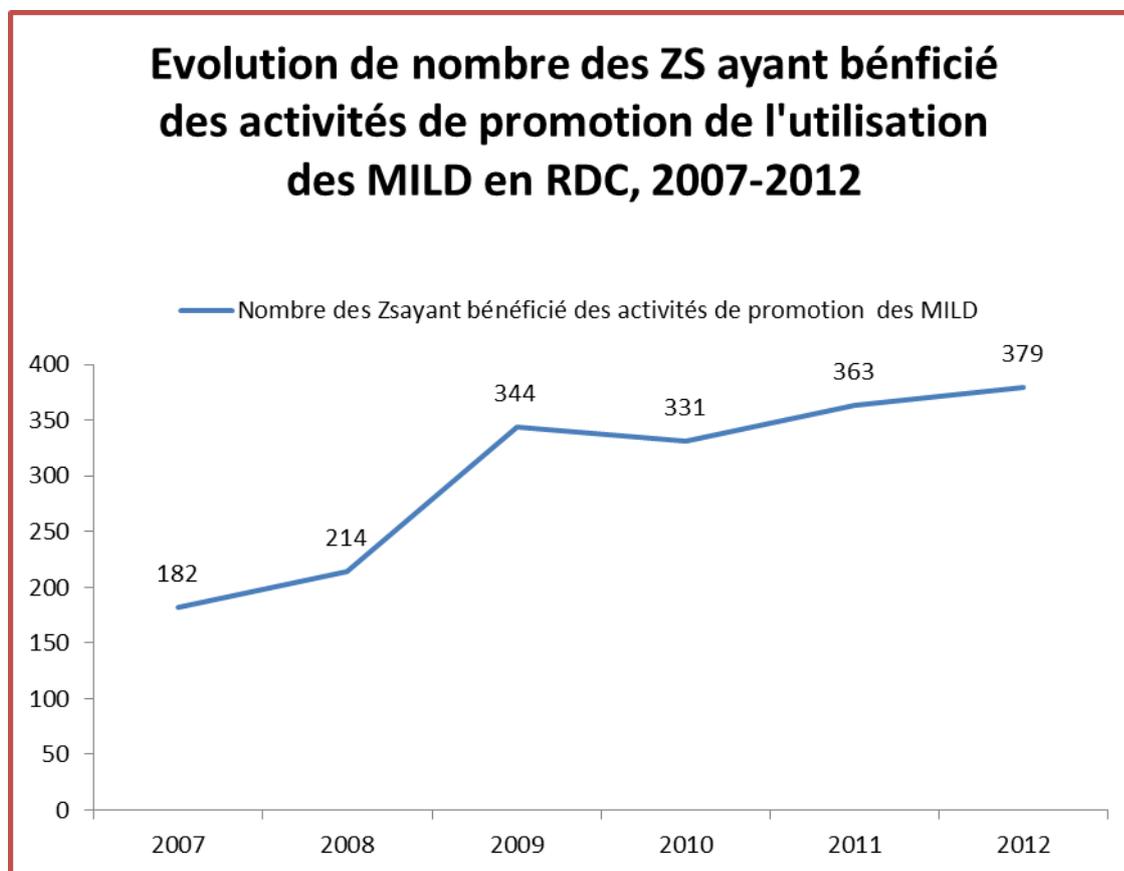
- Distribution de routine :
 - Lors des CPN
 - Lors des CPS
 - Distribution de masse à travers les campagnes
- En outre, la distribution est soutenue par par les activités de communication pour l'utilisation effective des MILD.

Tableau 3 : 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%
Total		379	508	75%

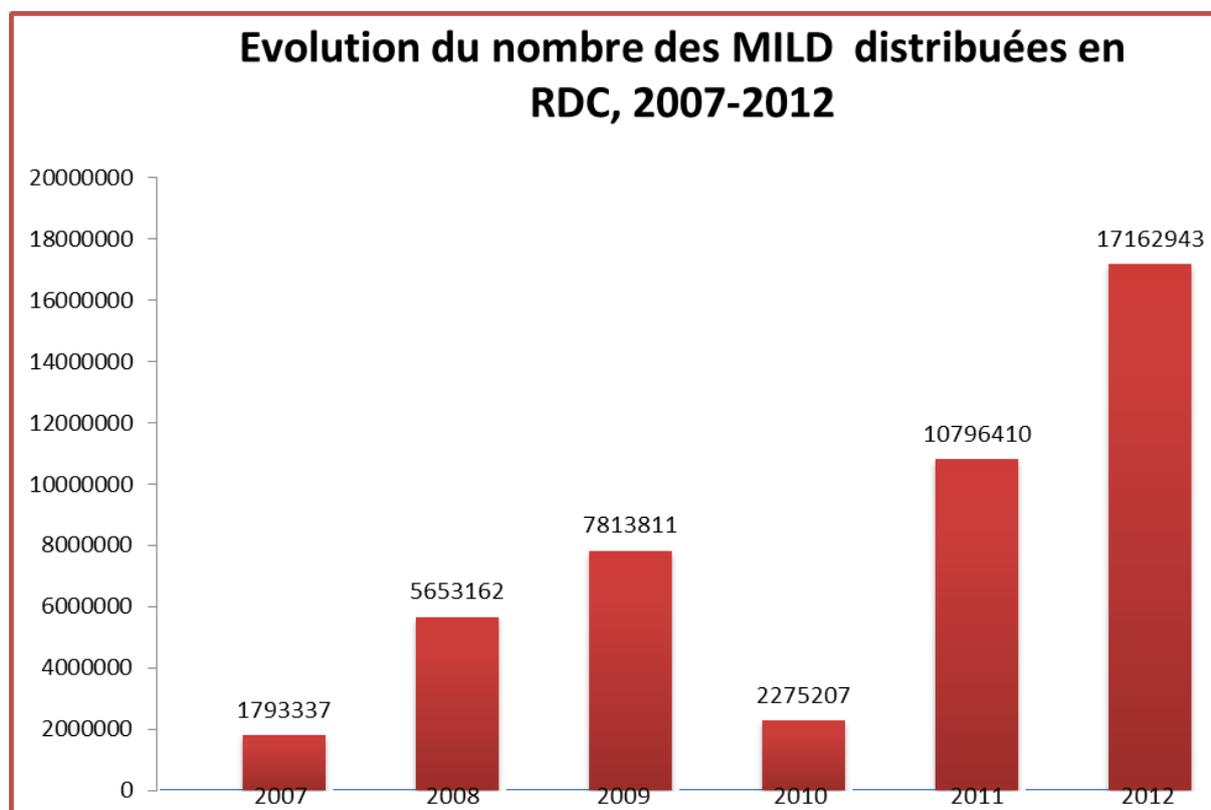
La promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action a été assurée dans 384 zones de santé du pays, ce qui représente une couverture de 76%. Le Bas-Congo, le Katanga, le Kasai Occidental et le Nord Kivu ont distribué les MILD en routine dans l'ensemble des ZS. On note une faible activité de routine dans les provinces de l'Equateur, Kinshasa, Orientale et Maniema.

Figure 3 : Intégration de la promotion de l'utilisation des MILD dans les services de routine (CPN et CPS) dans les zones de santé 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 sauf en 2010.

Figure 4 : Approvisionnement et distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action en RDC, 2007-2012



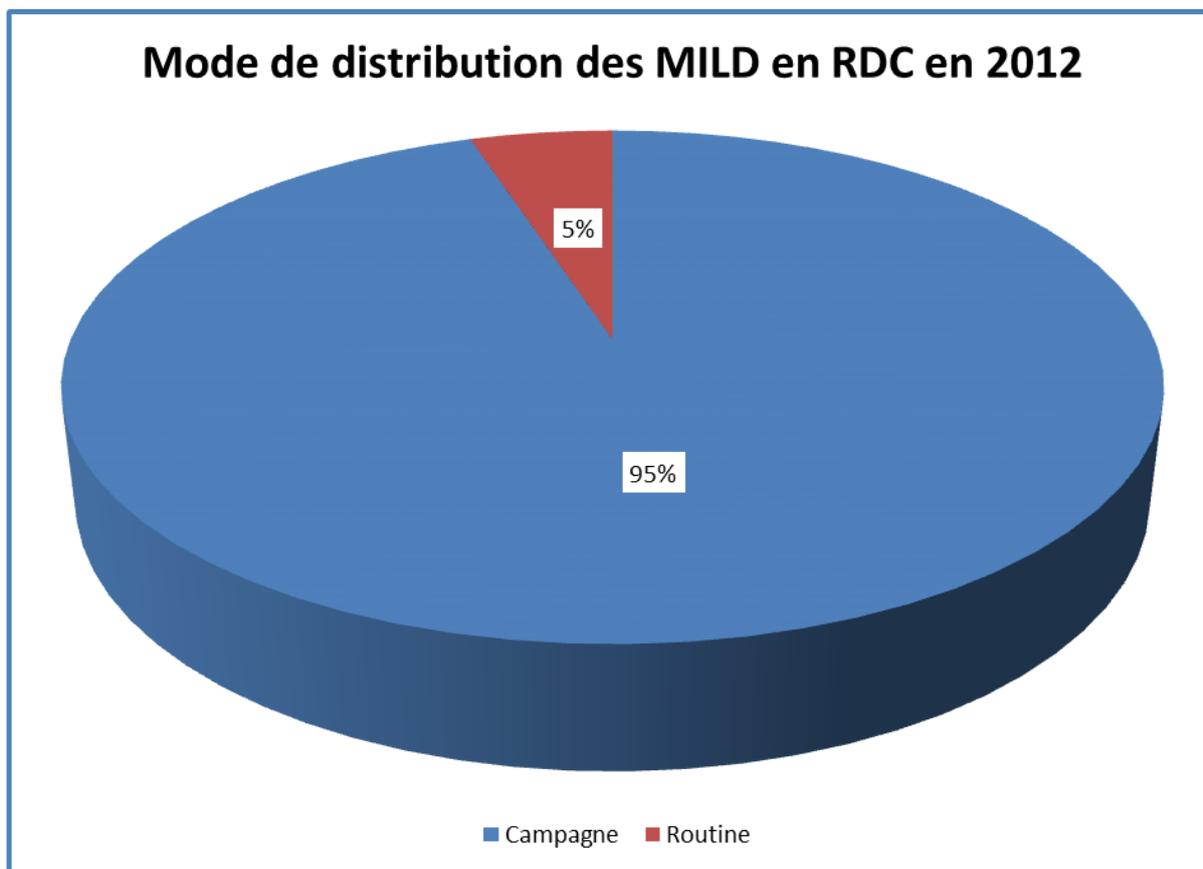
En général, on note une évolution croissante du nombre des MILD reçues et distribuées en RDC. En 2012, 17.162.943 MILD mobilisées à travers le pays sur 22.520.298 prévues, soit un niveau de performance estimé à 76%.

Ces MILD mobilisées en 2012 ont été distribuées à travers :

Routine (CPN et CPS) : 869.745 MILD

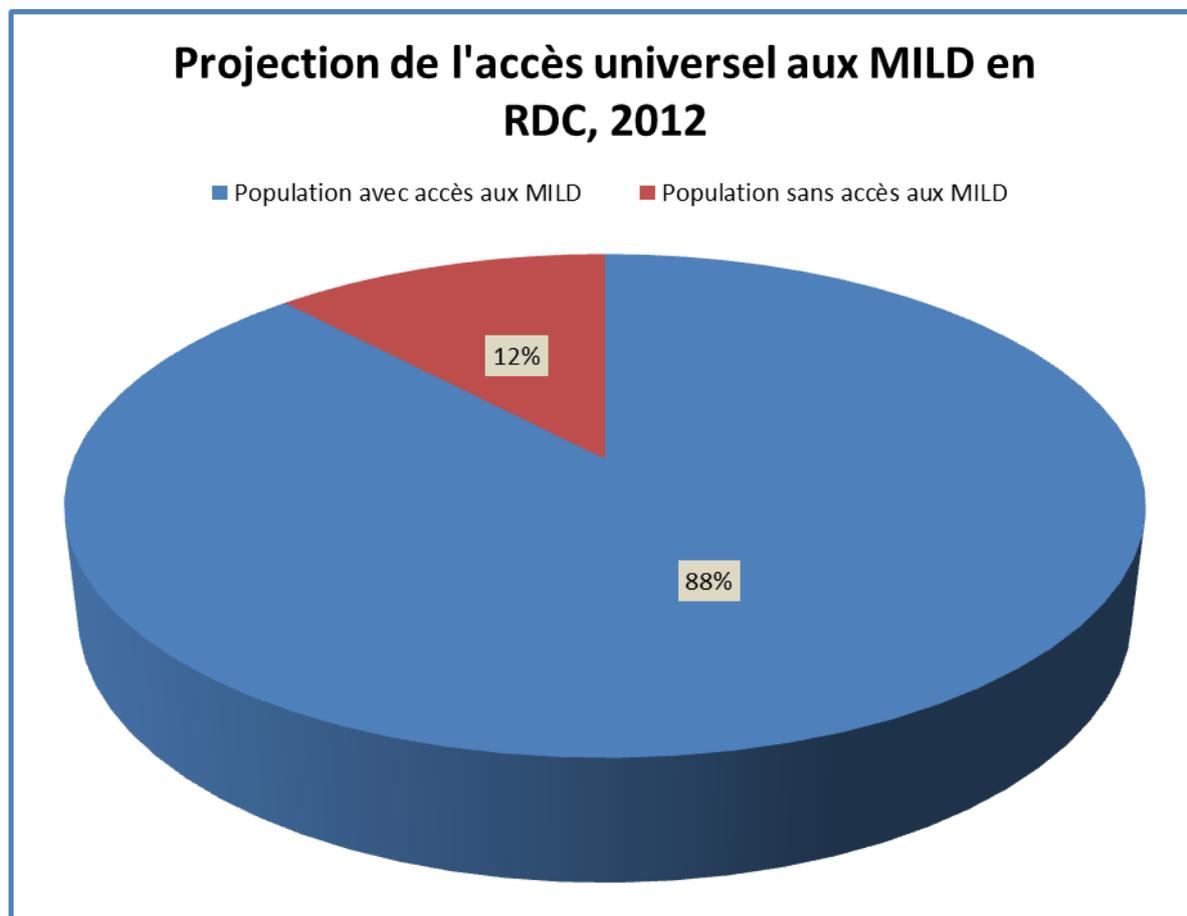
Campagne de distribution de masse : 16.293.198 MILD dont 3.058.031 MILD pour le Nord Kivu, 2.222.085 MILD le Bandundu (4 districts), 5.400.000 MILD pour le Katanga, 3.322.708 MILD pour l'Equateur et 2.290.374 MILD pour le Sud Kivu.

Figure 5 : Mode de distribution des MILD reçues en RDC, 2012



Le principal mode de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action demeure la campagne de masse (95%) qui permet à la population de les obtenir gratuitement.

Figure 6 : projection de l'accès universel aux moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action en RDC, fin 2012



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

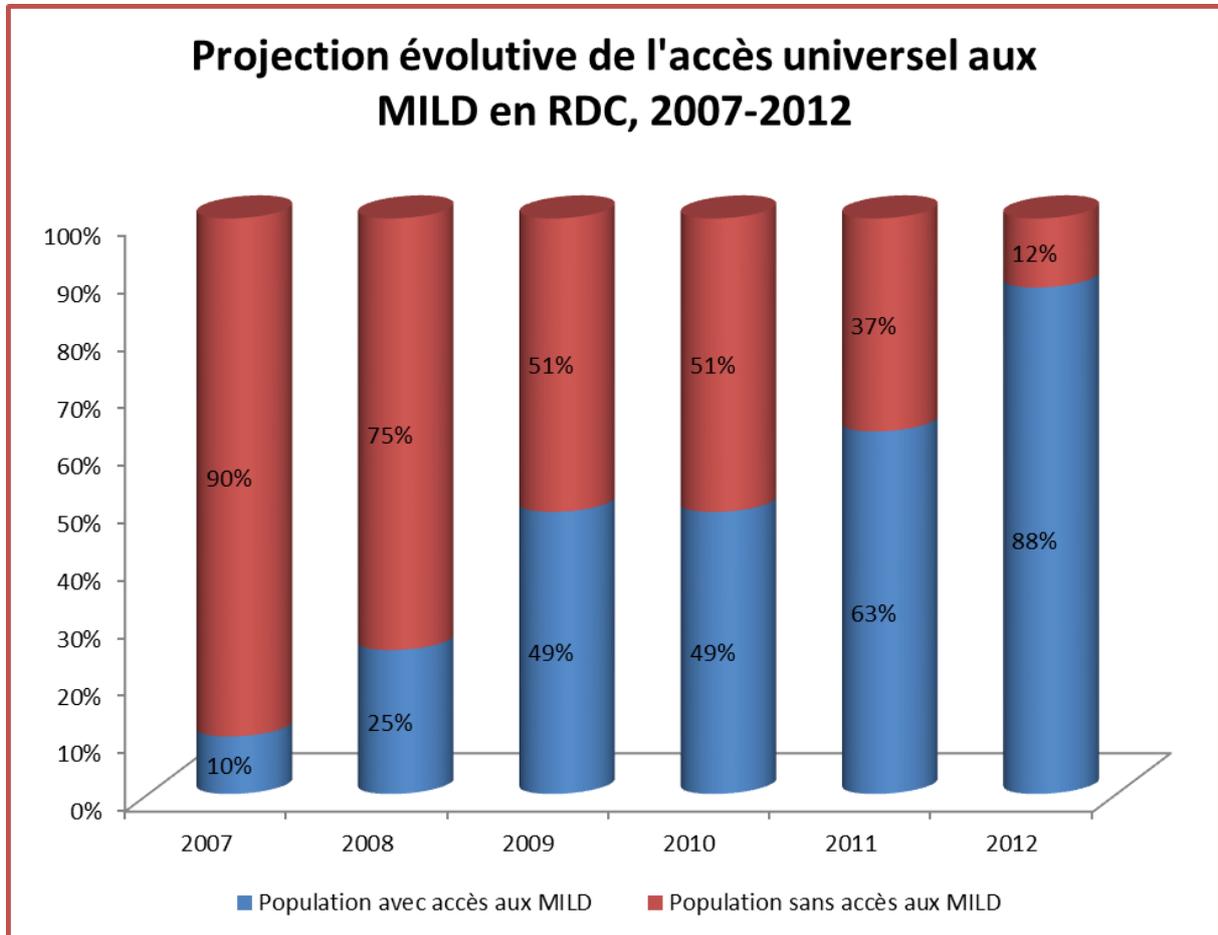
- 2007 : 1.793.337
- 2008 : 5.653.162
- 2009 : 7.813.814
- 2010 : 2.275.207
- 2011 : 10.796.410
- 2012 : 17.162.943

De façon cumulée, on estime à 30.234.560 MILD en usage en 2012. Les MILD en usage sont celles distribuées en 2010, 2011 et 2012. Les MILD de 2007, 2008 et 2009 n'ont pas été pris 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 habitants. Considérant les totaux cumulés des MILD et la population totale du pays de l'année ayant fait l'objet du rapport, il est possible d'estimer la proportion de la population ayant eu accès aux MILD.

Il est estimé une proportion de 88% de la population qui a eu accès aux MILD en fin 2012.

Figure 7 : Projection évolutive de l'accès universel aux moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action en RDC, 2007-2012



La proportion des personnes pouvant accéder aux MILD est passée de 10% en 2007 à 88% en 2012.

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

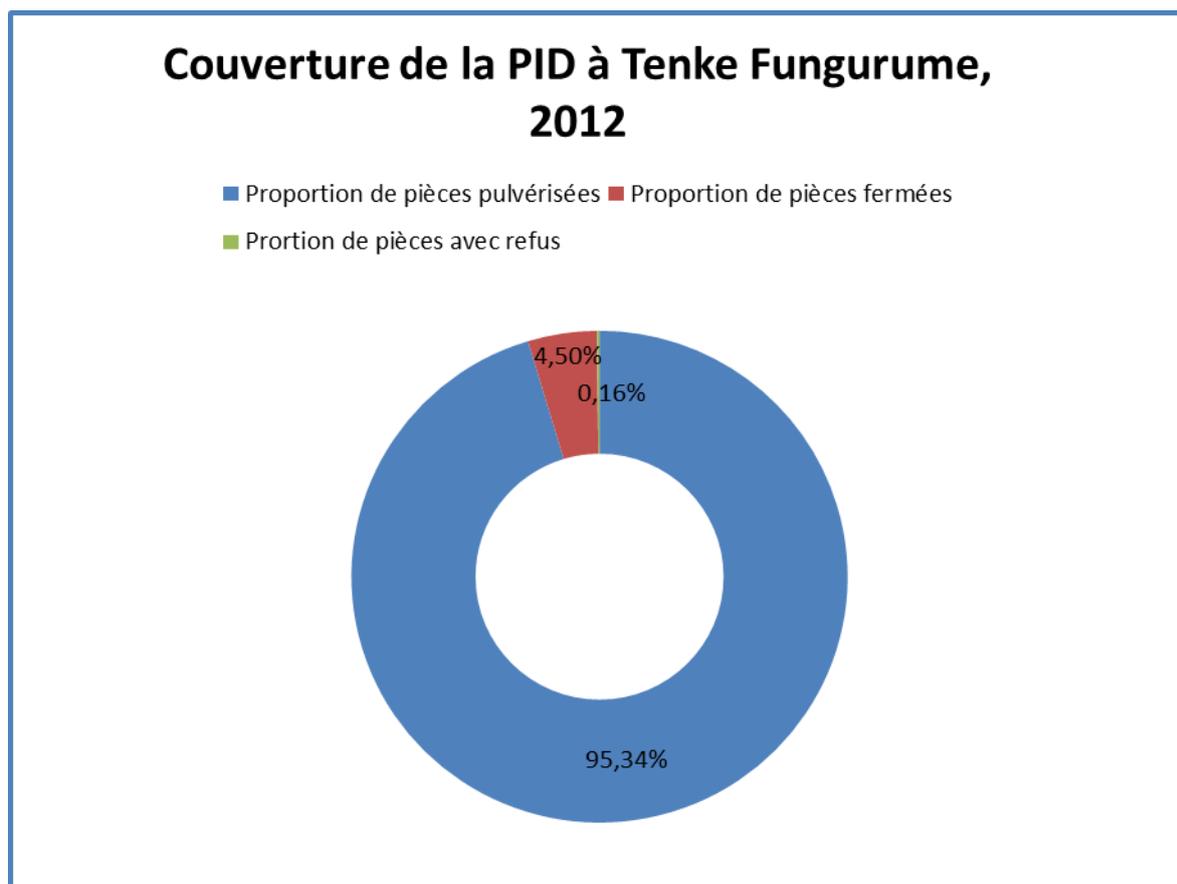
La pulvérisation intra domiciliaire s'applique actuellement dans la province du Katanga avec l'engagement des entreprises minières à couvrir les frais inhérents à ces opérations. Initialement prévue dans 4 zones de santé, elle ne s'applique que dans une seule d'entre elles en l'occurrence la ZS de Fungurume.

Notons qu'en 2012, cette activité n'a couvert que 10 aires de santé sur les 18 que compte la zone de santé.

Table 4 : Répartition des données de pulvérisation par aire de santé en 2012

Aire de santé	Maisons	Pièces pulvérisées	Pièces fermées à clé	Refus	Total pièces visitées	Sachets	Insecticide (Kg)
Dipeta 1	1.486	5.179	571	14	5.774	1.307	163,38
Kasolondo	6.721	25.398	777	47	26.222	6.528	816,00
Kuvumbi	689	1.438	96	2	1.536	395	48,38
Mpala	5.403	18.418	789	47	19.254	4.647	580,88
Mulumbu	801	2.214	177	0	2.391	571	71,38
Tenke	6.428	20.662	1.221	11	21.894	5.450	681,25
Lukotola	1.812	4.245	297	6	4.548	1.106	138,25
Dipeta 2	5.628	20.305	684	27	21.016	5.308	663,50
Nguba	1.368	3.738	102	0	3.840	986	123,25
Kilusonsa	877	1.900	172	9	2.081	520	65,00
Total	31.231	103.497	4.886	173	108.556	26.818	3.351,27

Figure 8 : Niveau de couverture de la PID à Tenke Fungurume en RDC, 2012



Une performance de 95,34% a été observée quant aux pièces réellement pulvérisées. Néanmoins, il a été noté 4,5% de pièces trouvées fermées et 0,16% de refus par les potentiels bénéficiaires.

❖ Application du traitement préventif intermittent

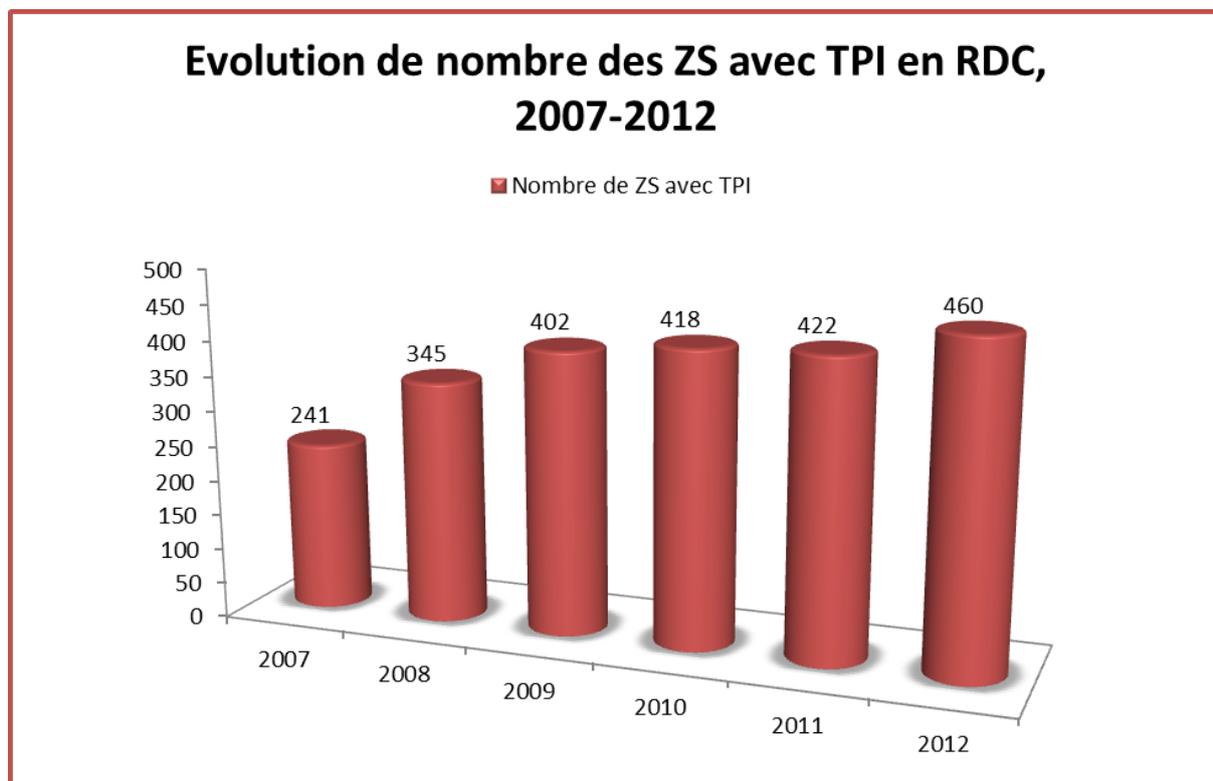
Le Traitement Préventif Intermittent (TPI) consiste en l'administration de 2 doses de SP à la femme enceinte pour prévenir les conséquences du paludisme pendant la grossesse. La SP est administrée aux 16^{ème} et 28^{ème} semaines de la grossesse pour les femmes enceintes séropositives au VIH.

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%
Total		460	508	90,5%

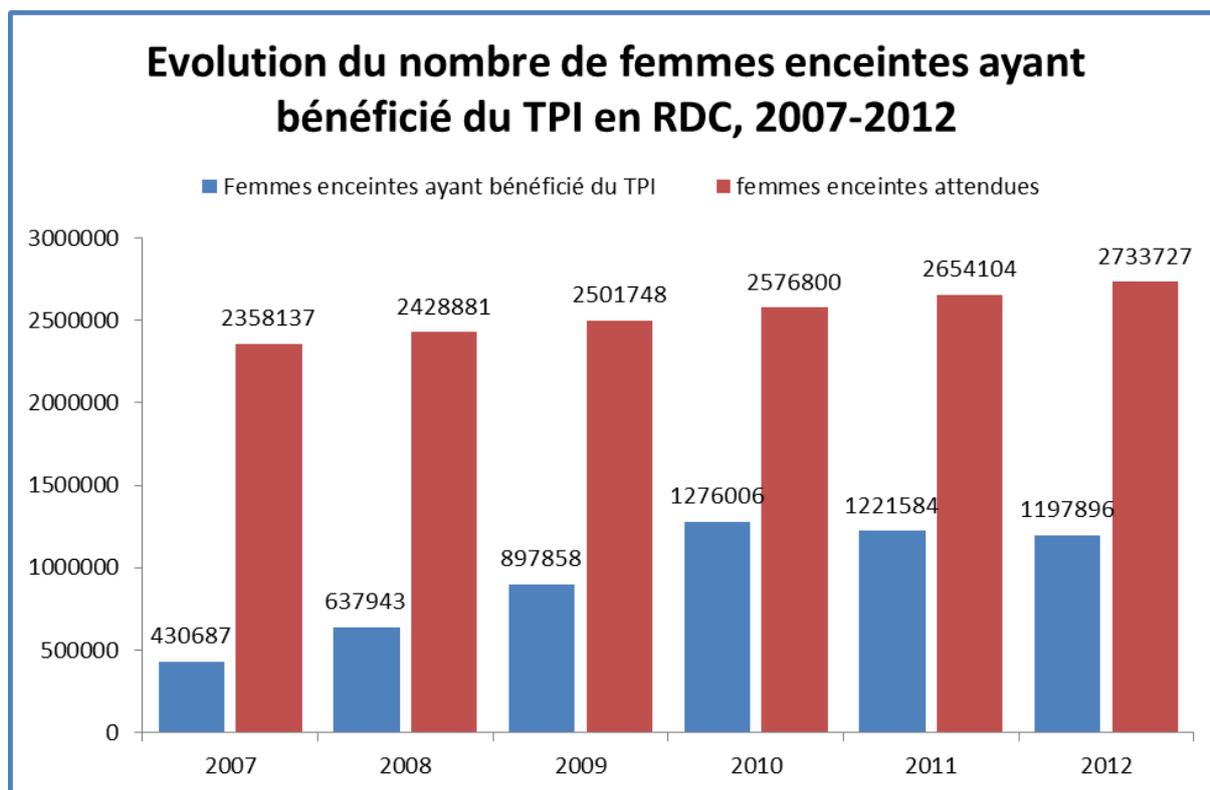
460 zones de santé de la RDC soit 90,5% ont intégré l'application du traitement préventif chez les femmes enceintes. Les efforts doivent encore être fournis par la province du Kasai Occidental qui a moins de 80%.

Figure 9 : Mise en œuvre du traitement Préventif Intermittent dans les zones de santé en RDC, 2007-2012.



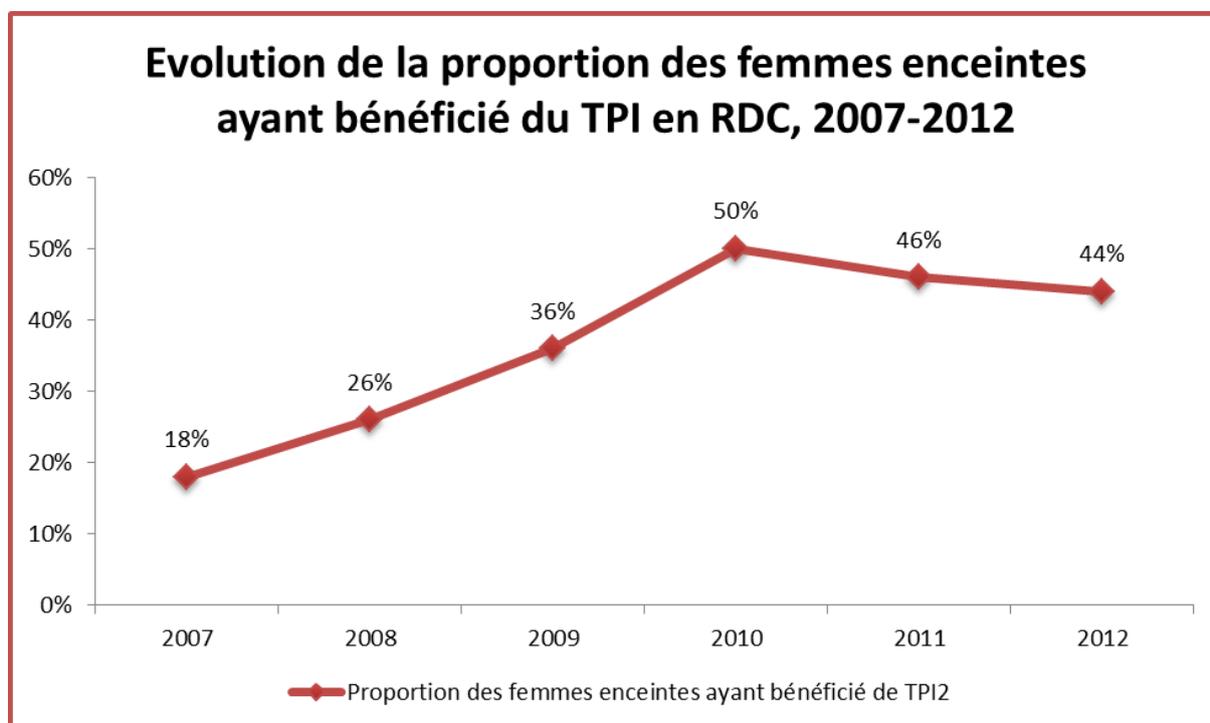
Le nombre de zones de santé mettant en œuvre le Traitement Préventif Intermittent (TPI) est passé de 241 en 2007 à 460 en 2012.

Figure 10 : Femmes enceintes ayant bénéficié du TPI en RDC, 2007-2012



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 11 : 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%
Total		2.733.727	1 197 896	44%

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%.

❖ 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 combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT)

Echec thérapeutique : Quinine par voie orale

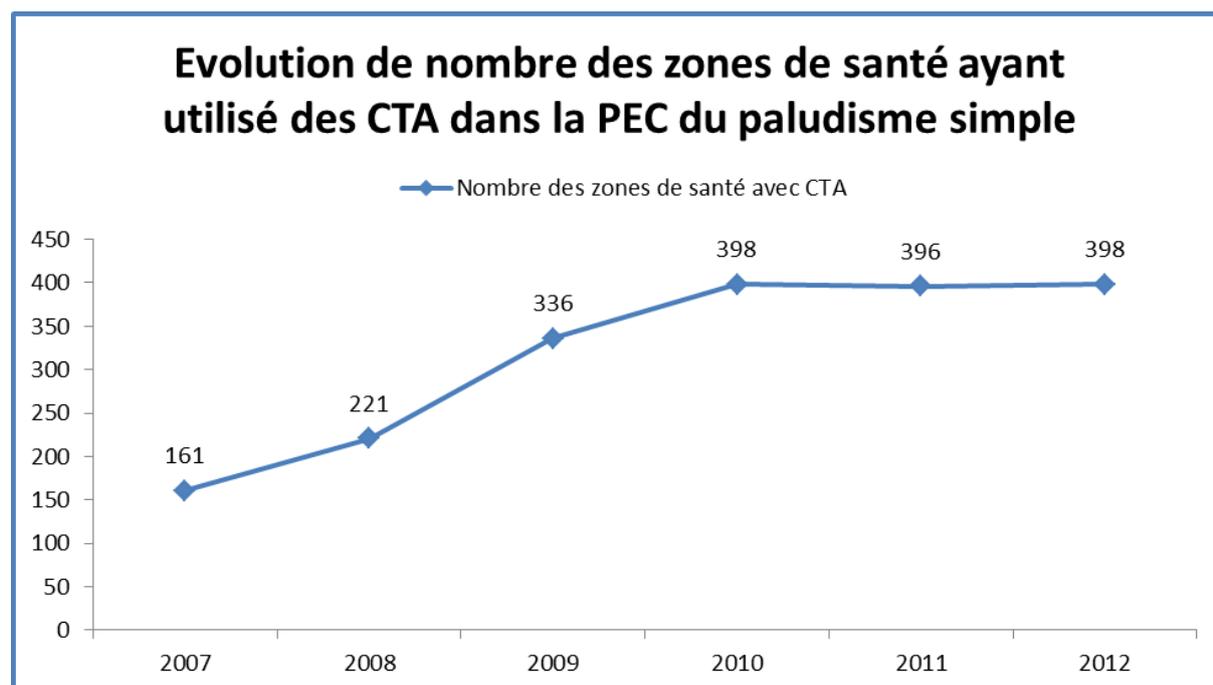
- Paludisme grave

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 : Mise en œuvre du traitement aux ACT dans les zones de santé de la RDC, 2007-2012



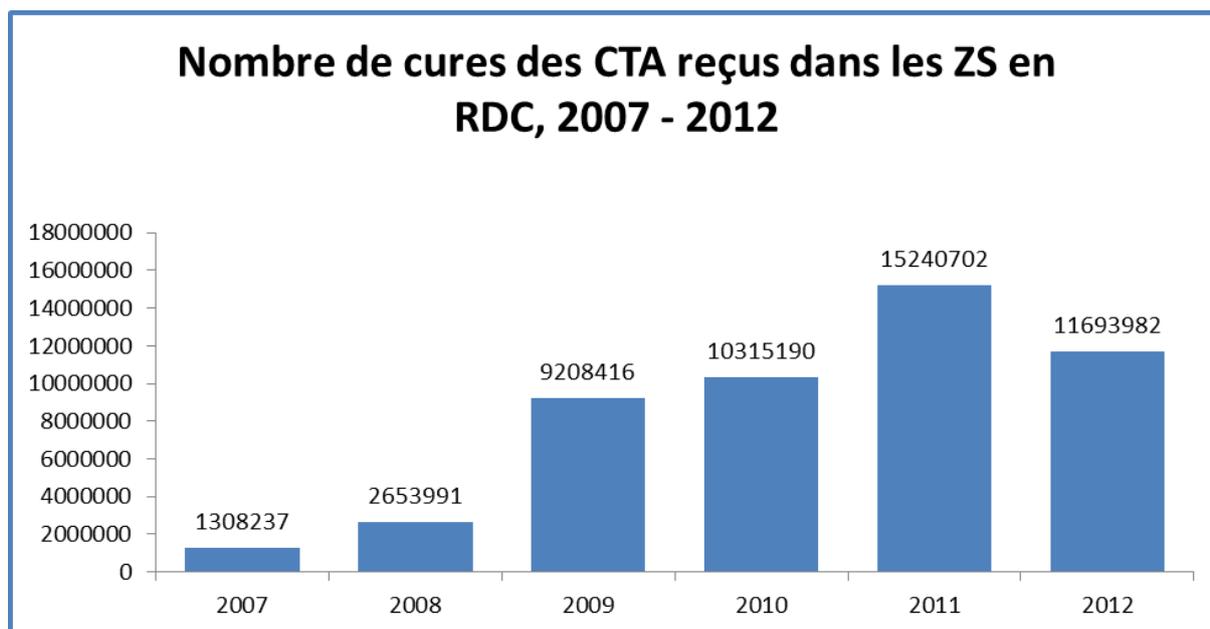
398 zones de santé sur les 508 ZS fonctionnelles que compte notre pays ont appliqué le traitement aux ACT chez les patients souffrant du paludisme simple, soit un niveau de performance de 78% pour l'année 2012. Ce nombre est passé de 161 ZS à 398 ZS entre 2007 et 2010.

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%
Total		398	508	78%

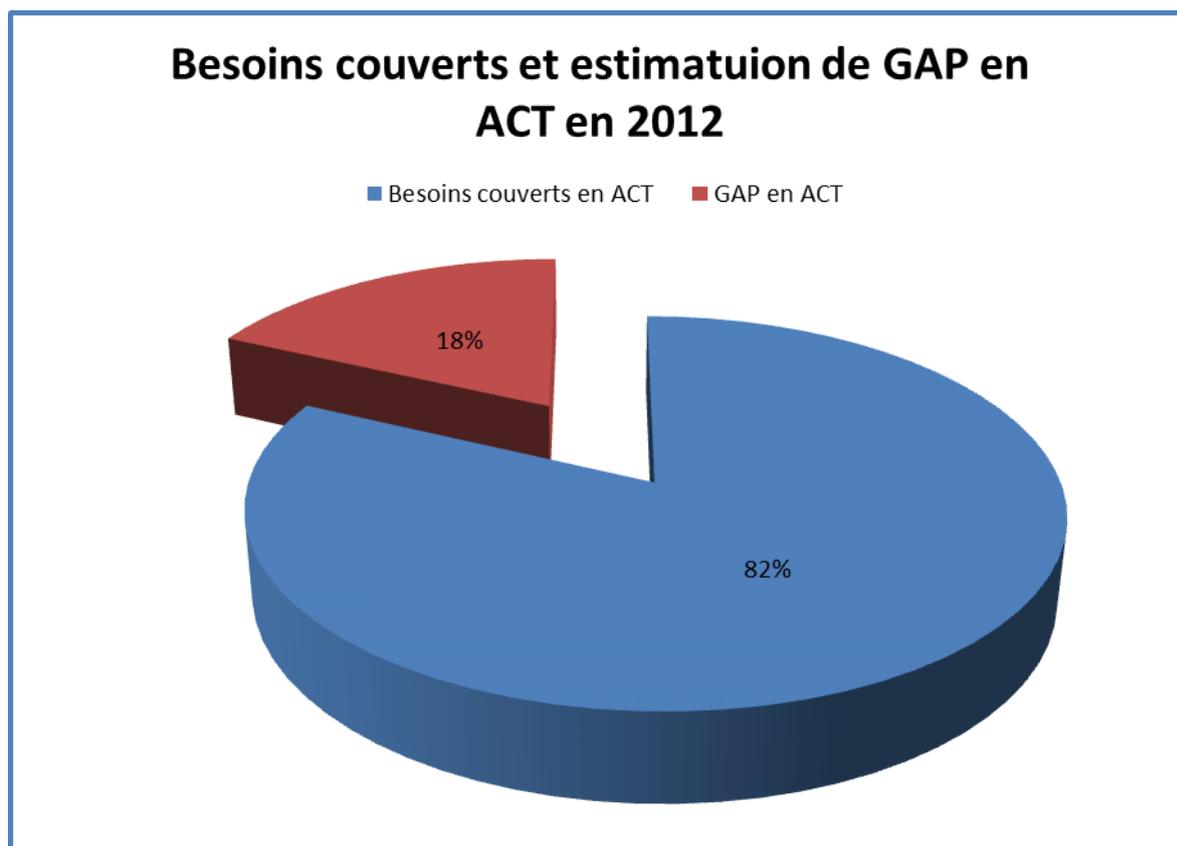
398 zones de santé sur 508, soit 78 % ont mis en œuvre le traitement du paludisme simple aux ACT. Les efforts doivent encore être fournis en mettant prioritairement l'accent sur la province de Kinshasa.

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



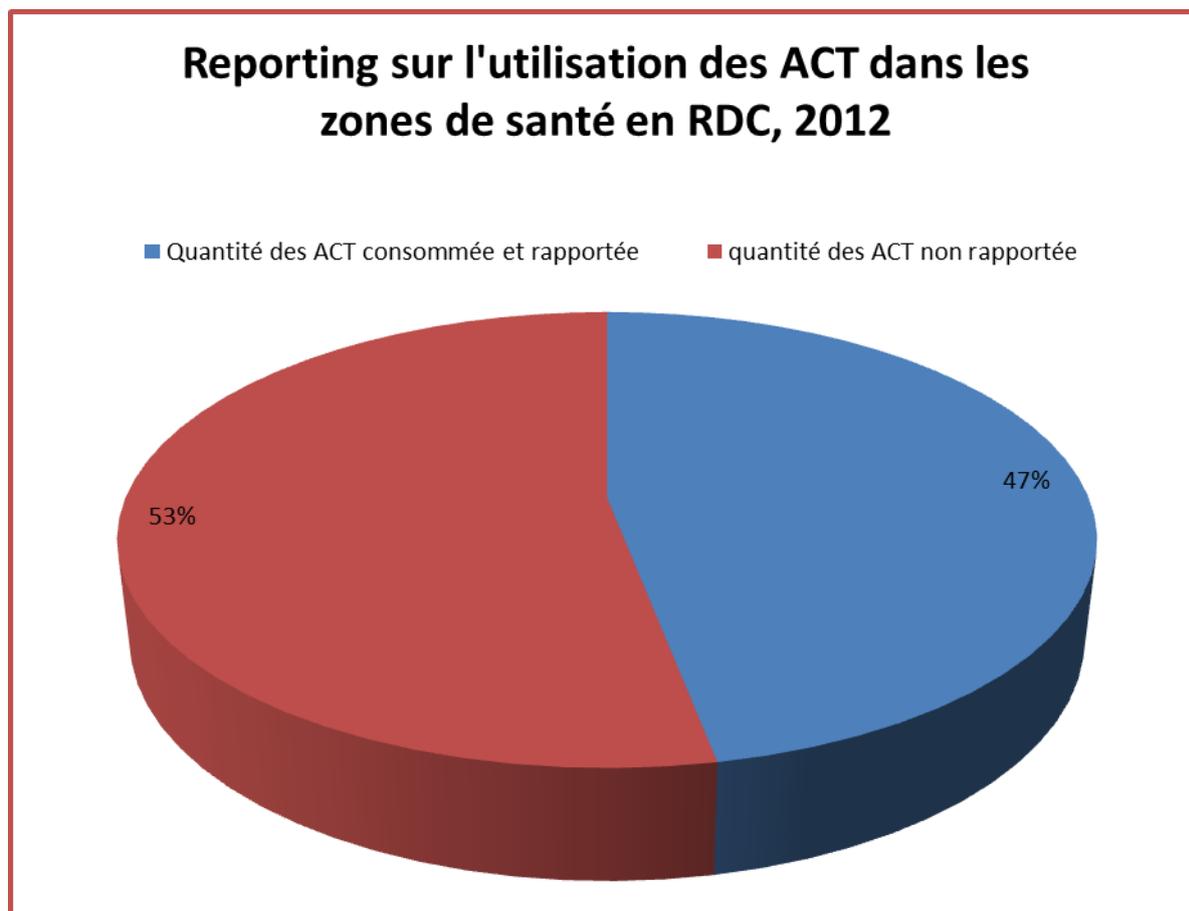
Nous notons une augmentation progressive de nombre de cures des ACT entre 2007 et 2011 passant de 1.308.237 à 15.240.702 cures, mais en 2012 il ya une régression à 11.693.982 cures.

Figure 14 : 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 15 : Utilisation et reporting sur les ACT fournies aux ZS en 2012



En 2012, 11.693.982 doses ont été fournies et réceptionnées par les zones de santé. 5.523.774 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 : Reporting sur les ACT fournies aux ZS en 2012 par province

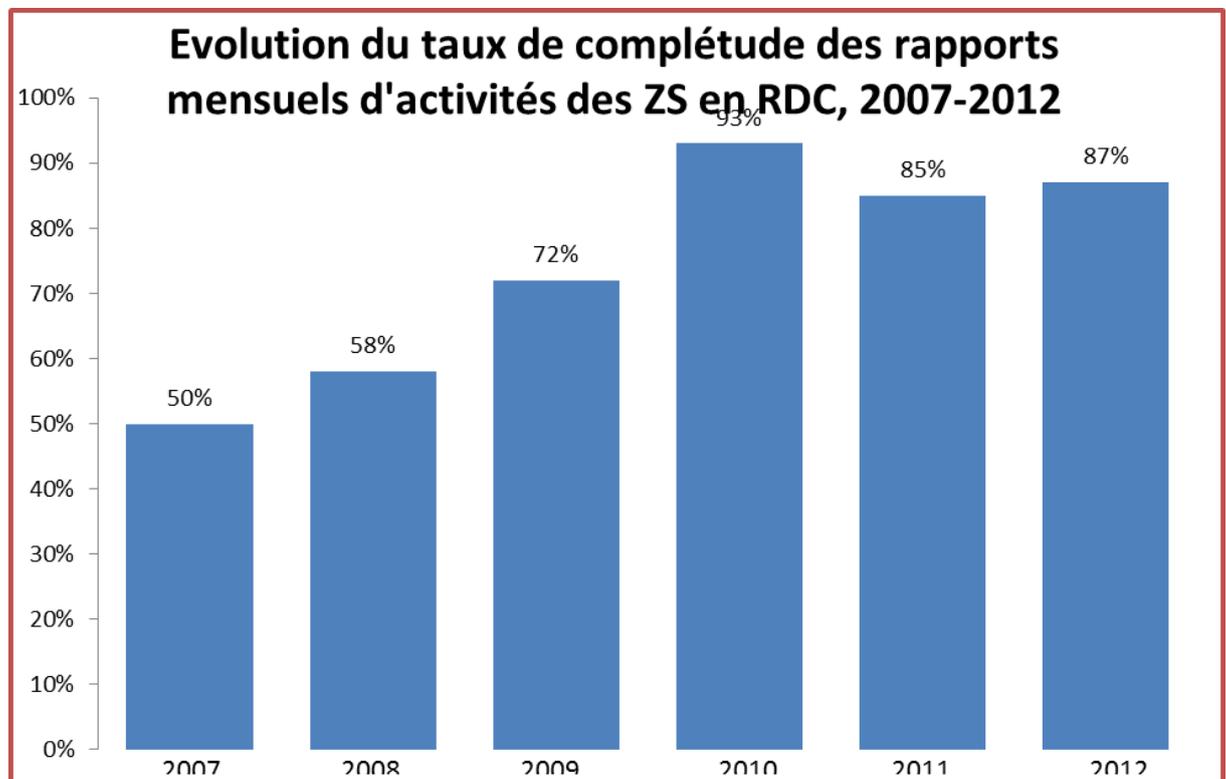
N°	Province	Quantité des doses reçues	Quantité des doses d'ACT utilisées et reportées	Taux de reporting
1	Bas Congo	562.324	208.461	37%
2	Bandundu	1.647.202	431.350	26%
3	Equateur	1.380.723	564.445	41%
4	Katanga	604.600	312.798	52%
5	Kinshasa	2.613.125	634.963	24%
6	Kasai Occidental	924.064	448.519	49%
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%
Total		11.693.982	5.523.774	47%

Le reporting 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

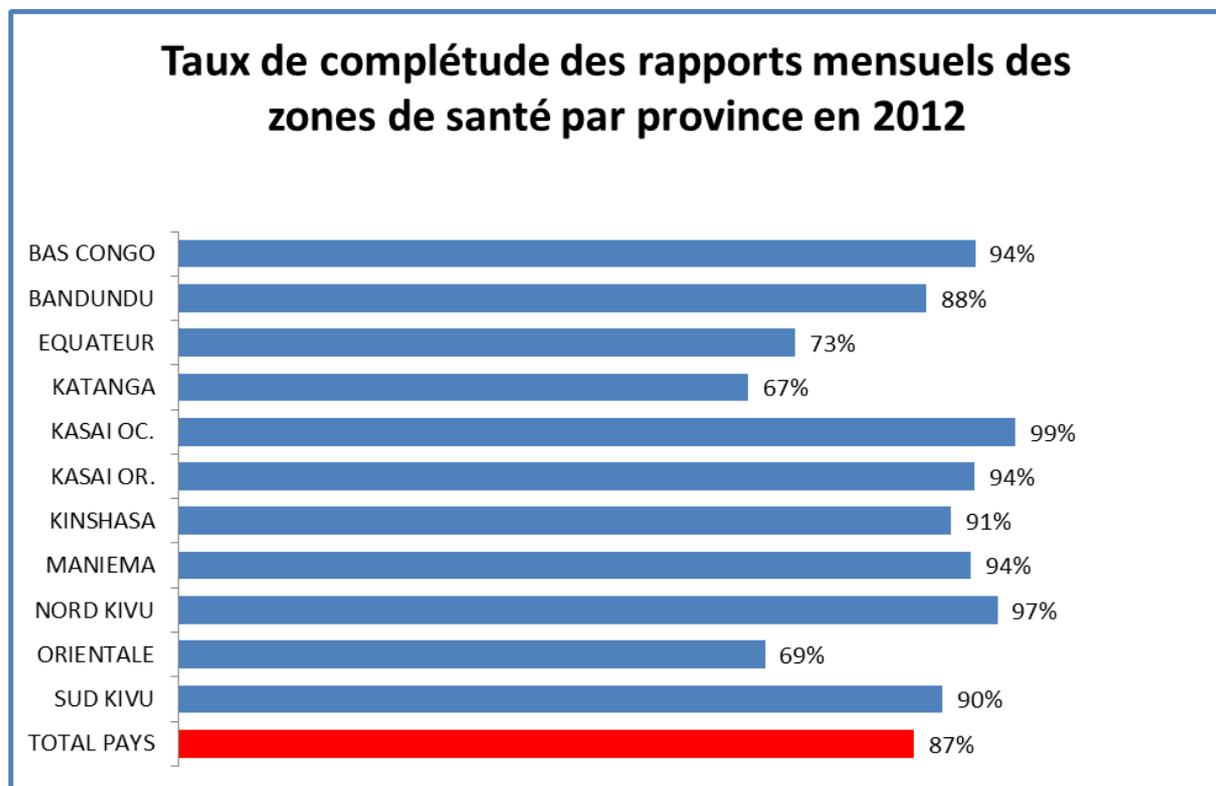
Le suivi de la mise en œuvre des interventions de lutte antipaludique se base sur le système national d'information sanitaire, ce système consiste en une collecte régulière des données au niveau des structures sanitaires qui les transmettent à la hiérarchie à travers les rapports mensuels d'activités. Considérant les 508 zones de santé actuellement reconnues par les provinces, il est annuellement attendu un total de 6.069 rapports, soit 12 rapports mensuels par an et par zone de santé. Le total des rapports mensuels reçus est passé de 3.029 en 2007 à 5.112 en 2012.

Figure 16 : 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 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%). Des efforts restent à faire pour améliorer la promptitude et la qualité des données.

Figure 17 : 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%.

VI. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES

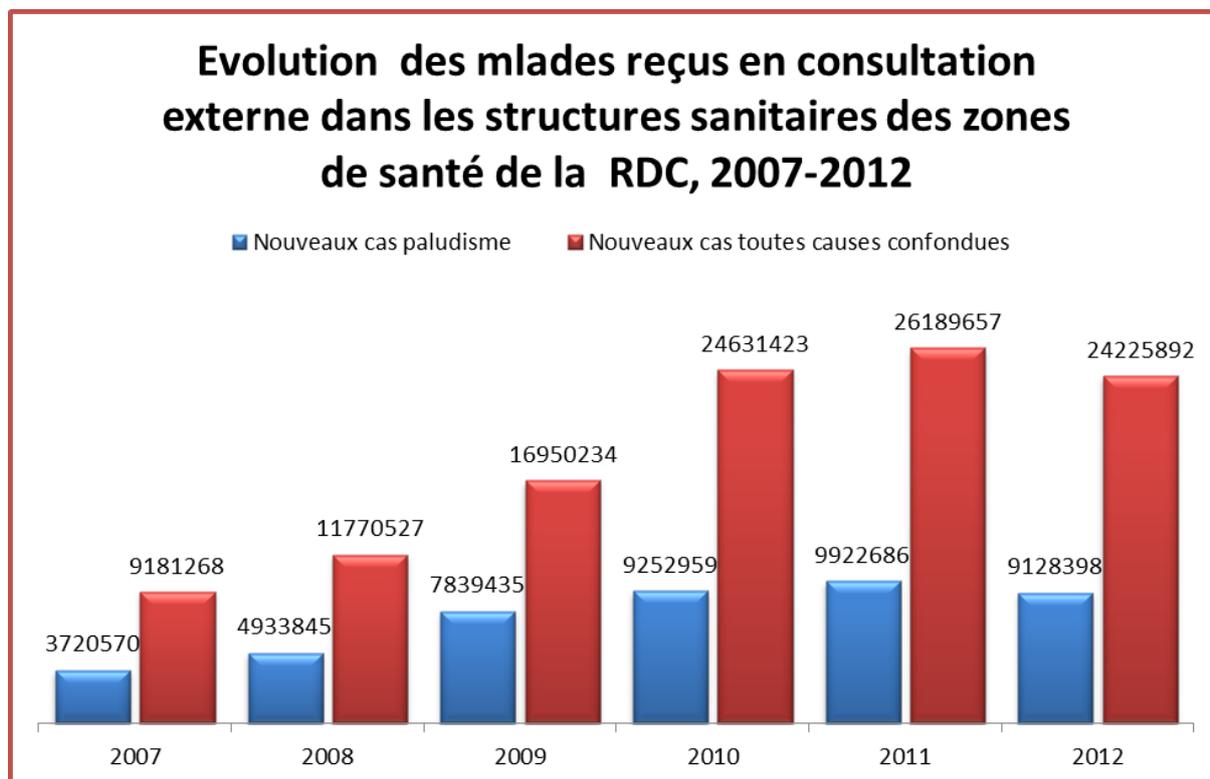
En matière de surveillance, le pays a adhéré à la stratégie de la surveillance intégrée des maladies et riposte, et a élaboré une liste des maladies parmi lesquelles le paludisme.

En ce qui concerne le paludisme, il existe deux types de surveillance :

- La surveillance hebdomadaire : le paludisme est une maladie à potentiel épidémique. Les données proviennent des sites sentinelles de surveillance de la maladie. Ici sont rapportées de façon hebdomadaire les données sur la morbidité et la mortalité des maladies à potentiel épidémique dans le but d'en garantir une détection précoce de toute flambée épidémique. Elle se fait à travers la direction de la lutte contre la maladie (4^{ème} 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 réalisés dans la mise en œuvre de l'initiative FRP. Elle se fait à travers le Système National d'Information Sanitaire (SNIS).

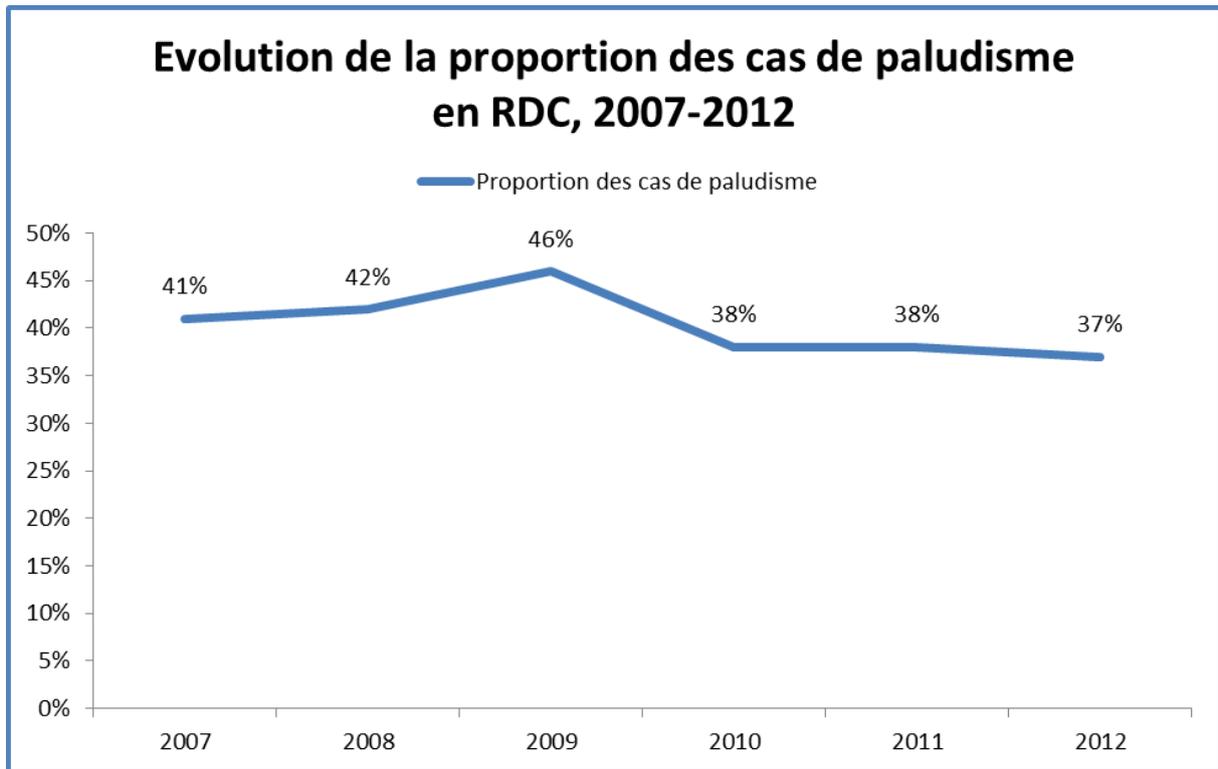
Dans ce rapport nous signalons seulement la surveillance mensuelle de la maladie et le suivi des progrès réalisés dans la mise en œuvre de l'initiative FRP en RDC.

Figure 18 : Evolution de la fréquence des malades reçus en consultation de 2007 à 2012, RDC



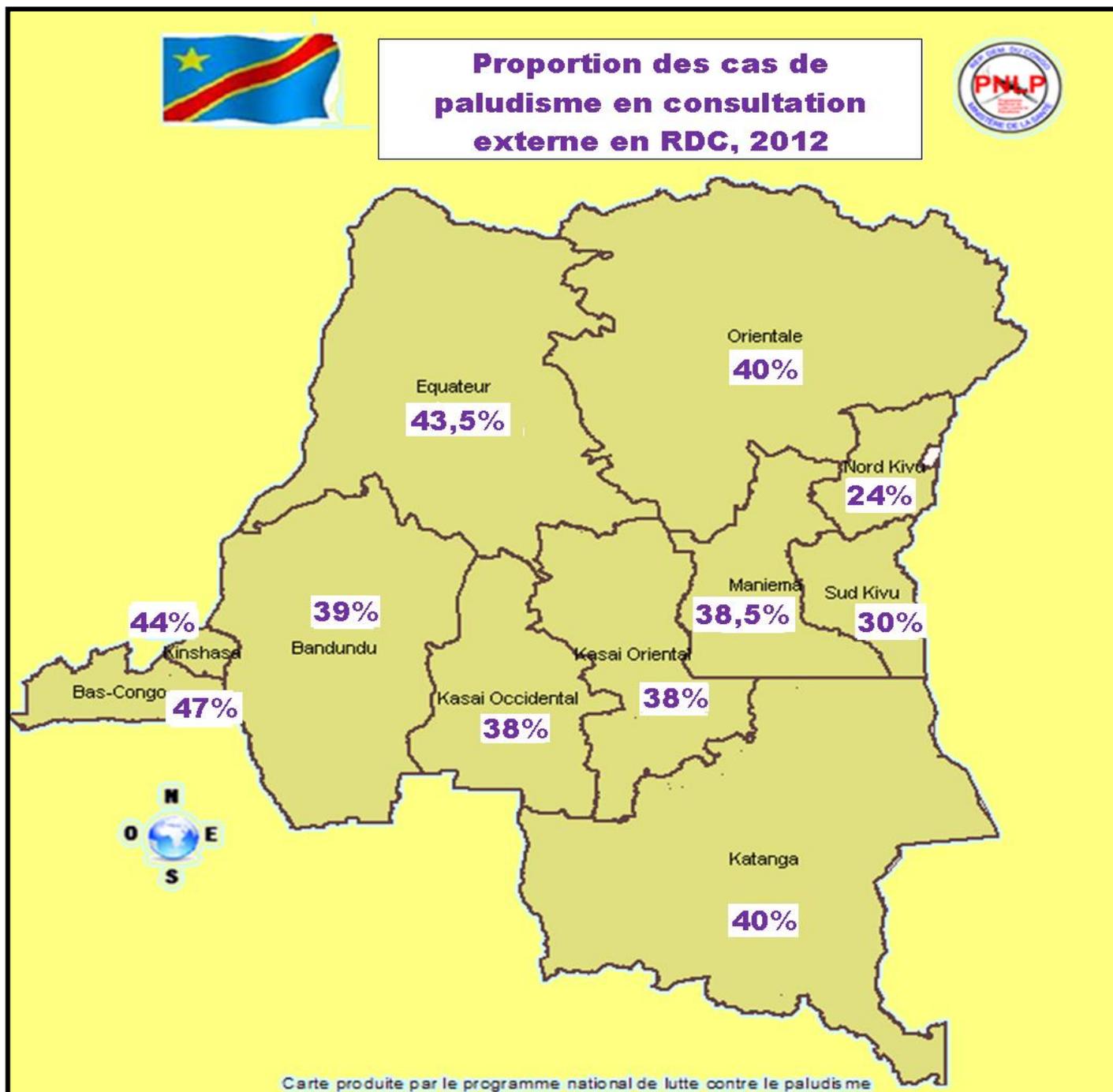
Cette figure indique l'augmentation du nombre des malades reçus en consultation externe, pour toutes causes confondues, dont ceux ayant souffert du paludisme. Cette augmentation peut s'expliquer par l'amélioration du taux de complétude des rapports mensuels d'activités de zones de santé. Aussi faudra-t-il 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.

Figure 19 : Evolution de la morbidité spécifique due au paludisme dans les formations sanitaires, RDC 2007-2012



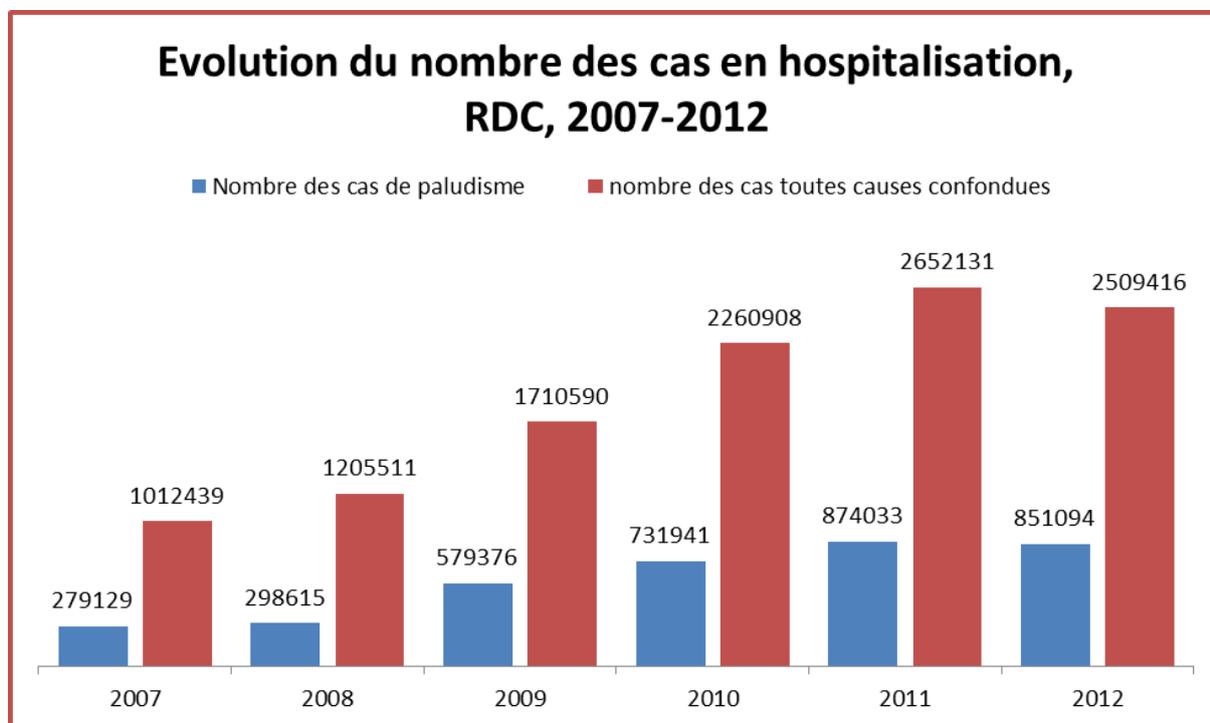
Cette proportion montre une tendance à la baisse à partir de 2010 avec une stagnation entre 2010 et 2011.

Figure 20 : Morbidité spécifique due au paludisme par province en RDC, 2012



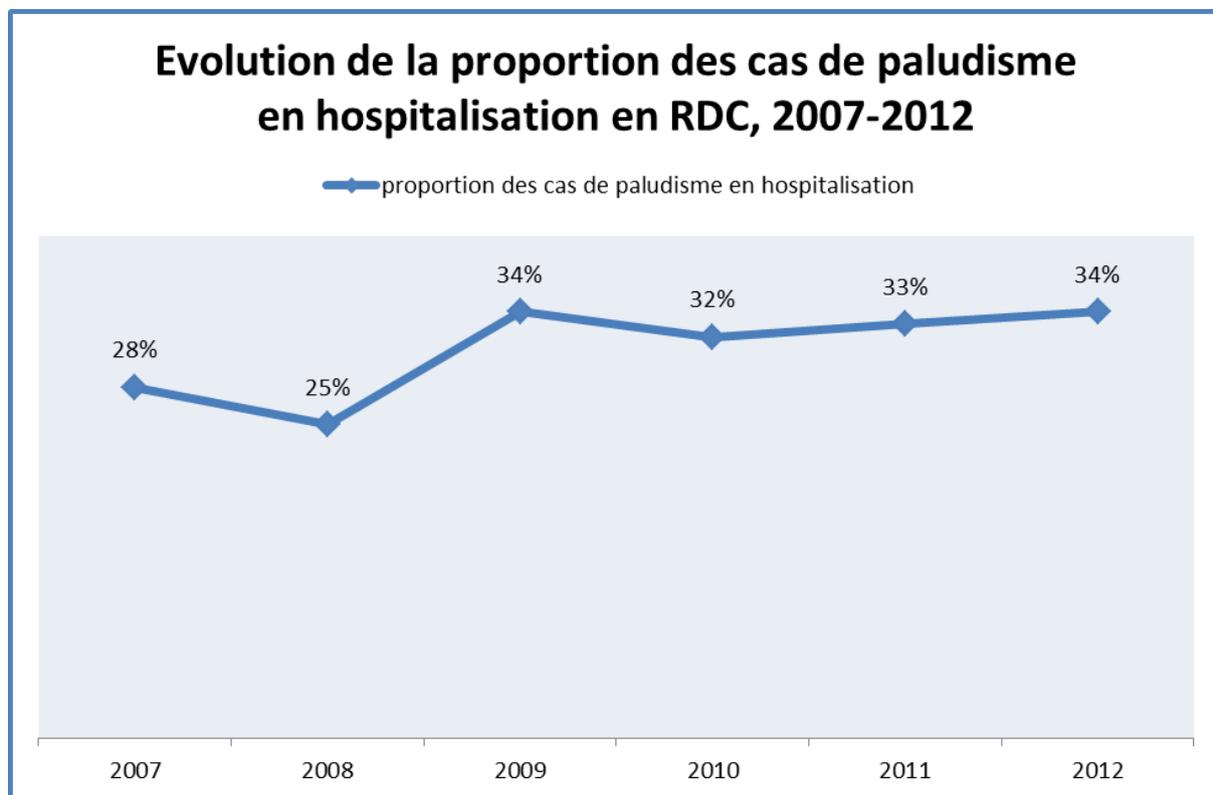
La proportion la plus élevée se retrouve dans la province du Bas-Congo alors que la plus faible est observée dans le Nord Kivu.

Figure 21 : Evolution du nombre de malades hospitalisés dans les structures sanitaires des ZS en RDC, 2007-2012



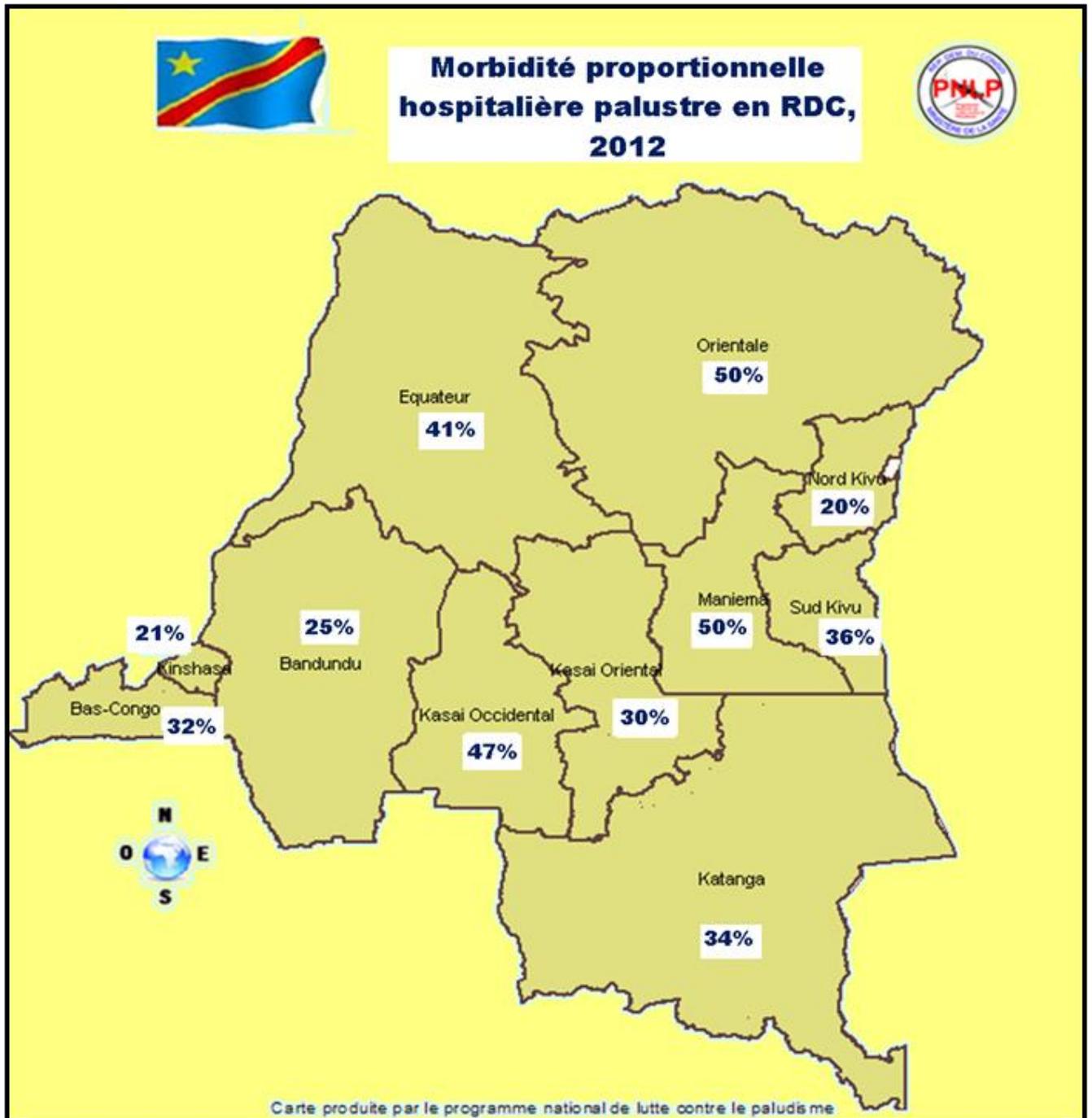
Cette figure indique aussi bien l'augmentation du nombre des malades hospitalisés pour toutes causes confondues dont ceux ayant souffert du paludisme grave. Cette augmentation s'expliquerait en grande partie par l'amélioration du taux de complétude des rapports mensuels d'activités des zones de santé.

Figure 22 : Evolution de la proportion des malades souffrant du paludisme grave parmi les hospitalisés dans les formations sanitaires de référence en RDC, 2007-2012



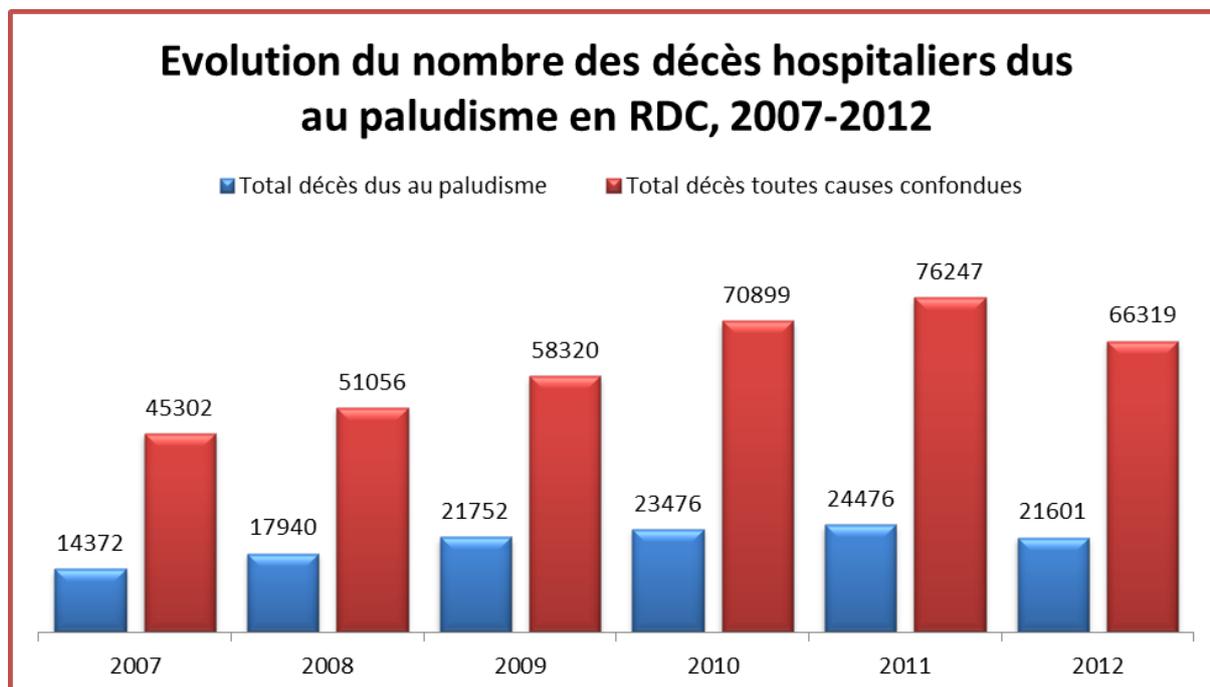
Cette proportion montre une tendance à la stagnation à partir de 2009.

Figure 23 : Proportion des malades souffrant du paludisme grave parmi les hospitalisés par province en RDC, 2012



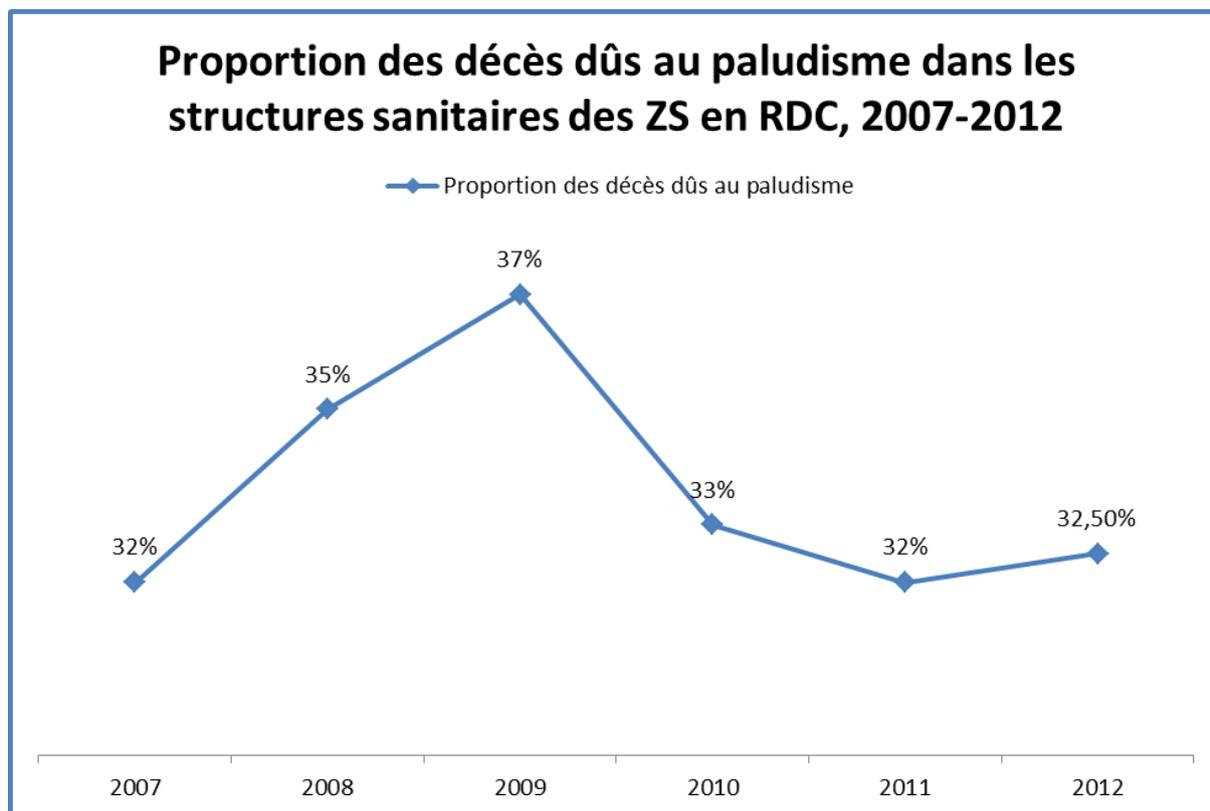
Les provinces Orientale et Maniema ont enregistré la proportion la plus élevée tandis que les provinces du Nord Kivu, de Kinshasa et de Bandundu ont enregistré les proportions les plus basses.

Figure 24 : Evolution des malades décédés dans les structures sanitaires de ZS en RDC, 2007-2012



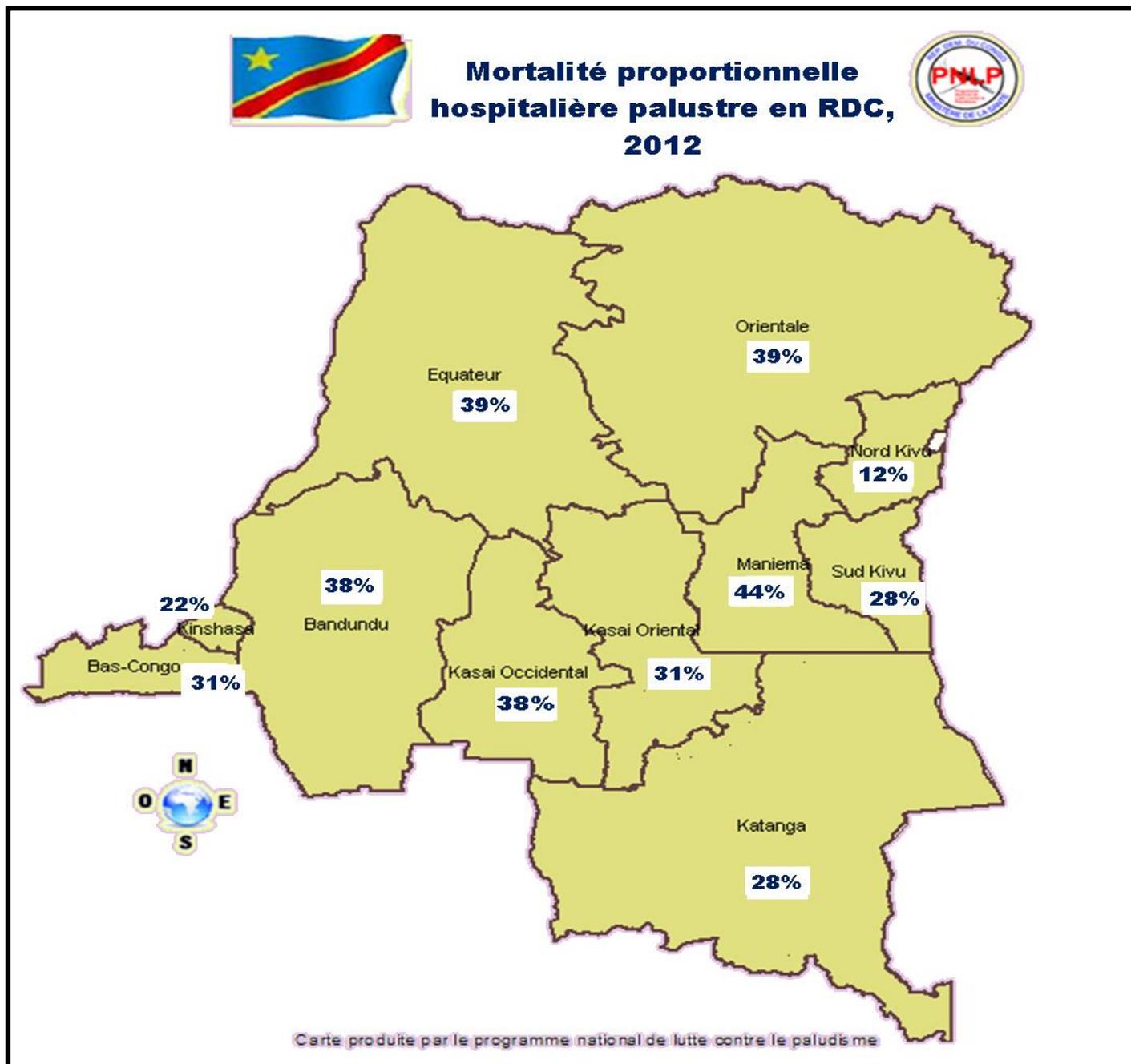
Entre 2007 et 2011 on a enregistré une augmentation du nombre des malades décédés pour toutes causes confondues parmi lesquels ceux décédés du paludisme. Cette augmentation peut s'expliquer par l'amélioration du taux de complétude des rapports mensuels d'activités des ZS ainsi que l'amélioration de la 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 25 : Evolution de la proportion de décès dus au paludisme dans les structures sanitaires de références, RDC, 2007-2012



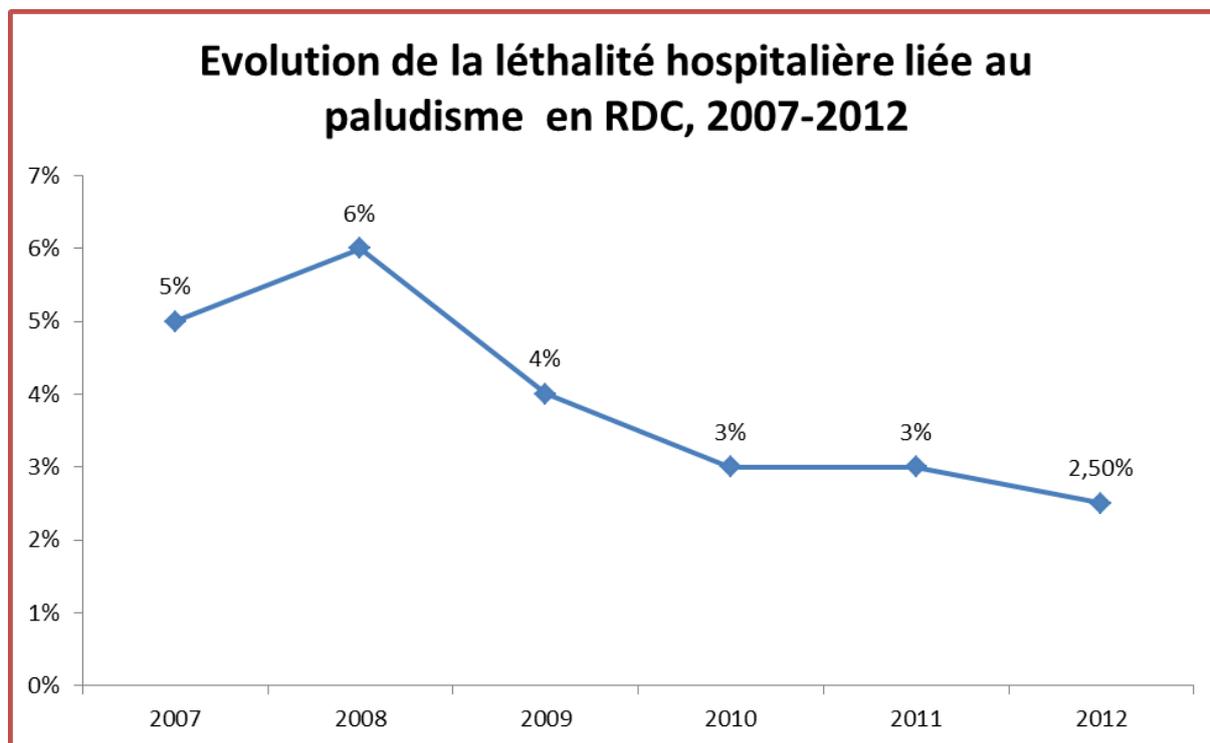
Cette proportion montre une tendance à la stagnation entre 2010 et 2012.

Figure 26 : Evolution de la proportion de décès dus au paludisme parmi les hospitalisés dans les structures sanitaires de référence en RDC, 2007-2012.



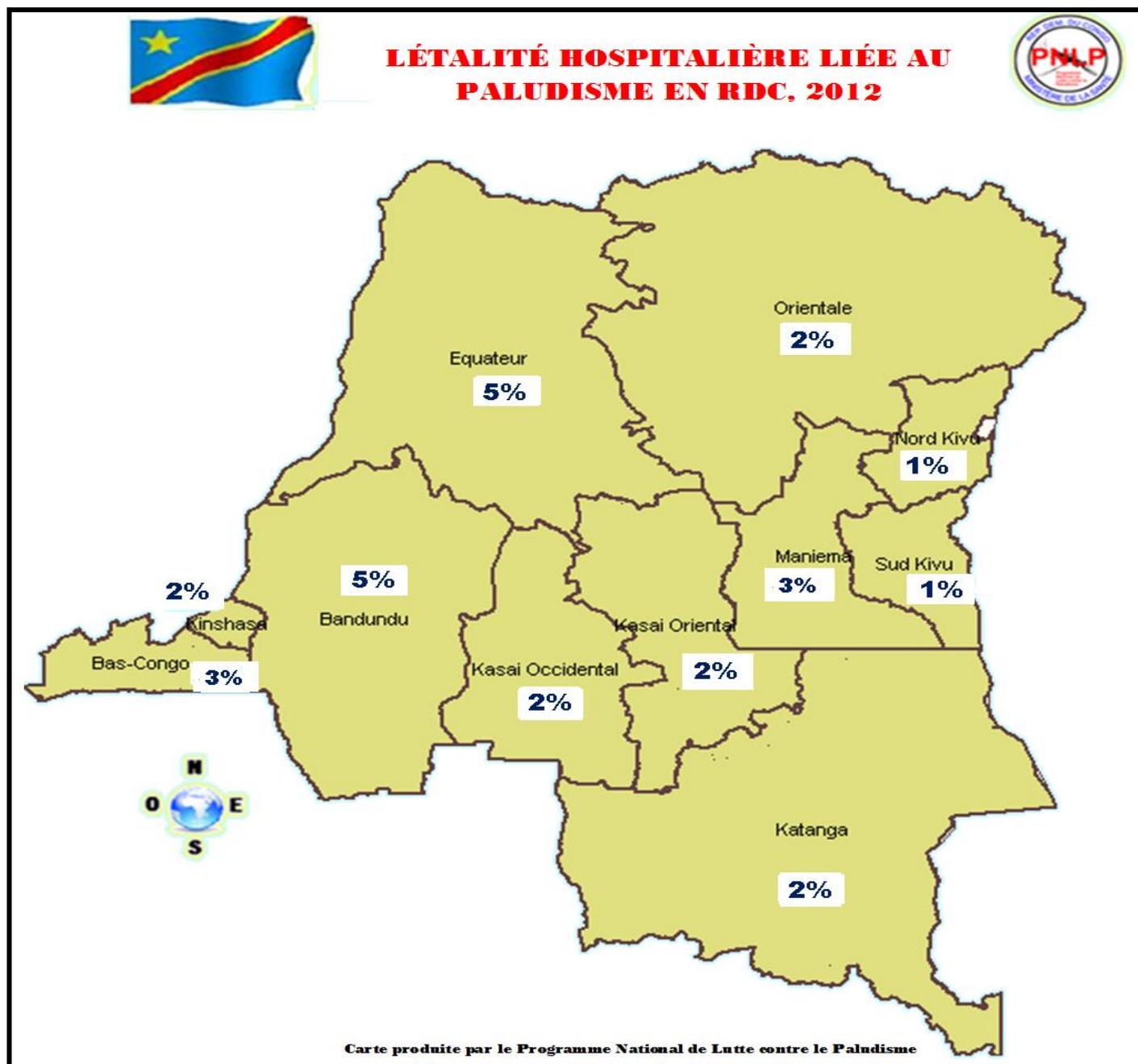
La proportion la plus élevée se retrouve dans la province du Maniema et la plus basse dans la province du Nord Kivu. C'est la même tendance qui avait été observée en 2011.

Figure 27 : 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 avec une stagnation entre 2010 et 2011.

Figure 28 : 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

VII. 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 contre le paludisme et en assurer la régulation. Ce faisant cette lutte ne peut se dérouler qu'au sein du PNL. 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 du programme au niveau national et des provinces regroupant les partenaires d'appui technique, les partenaires bailleurs de fonds et ceux d'appui opérationnel sur le terrain des secteurs public et privé.

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
- 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
- Chaîne de bonheur (Suisse)
- PNUD
- SANOFI AVENTIS
- CIELS
- C-CHANGE

2. Bénéficiaires principaux Fonds Mondial

- SANRU
- PSI/ASF
- CAG/MSP

3. Bénéficiaires principaux PMI

- MSH/PROSANI
- SPS/SIAPS
- C-CHANGE
- IMAD

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

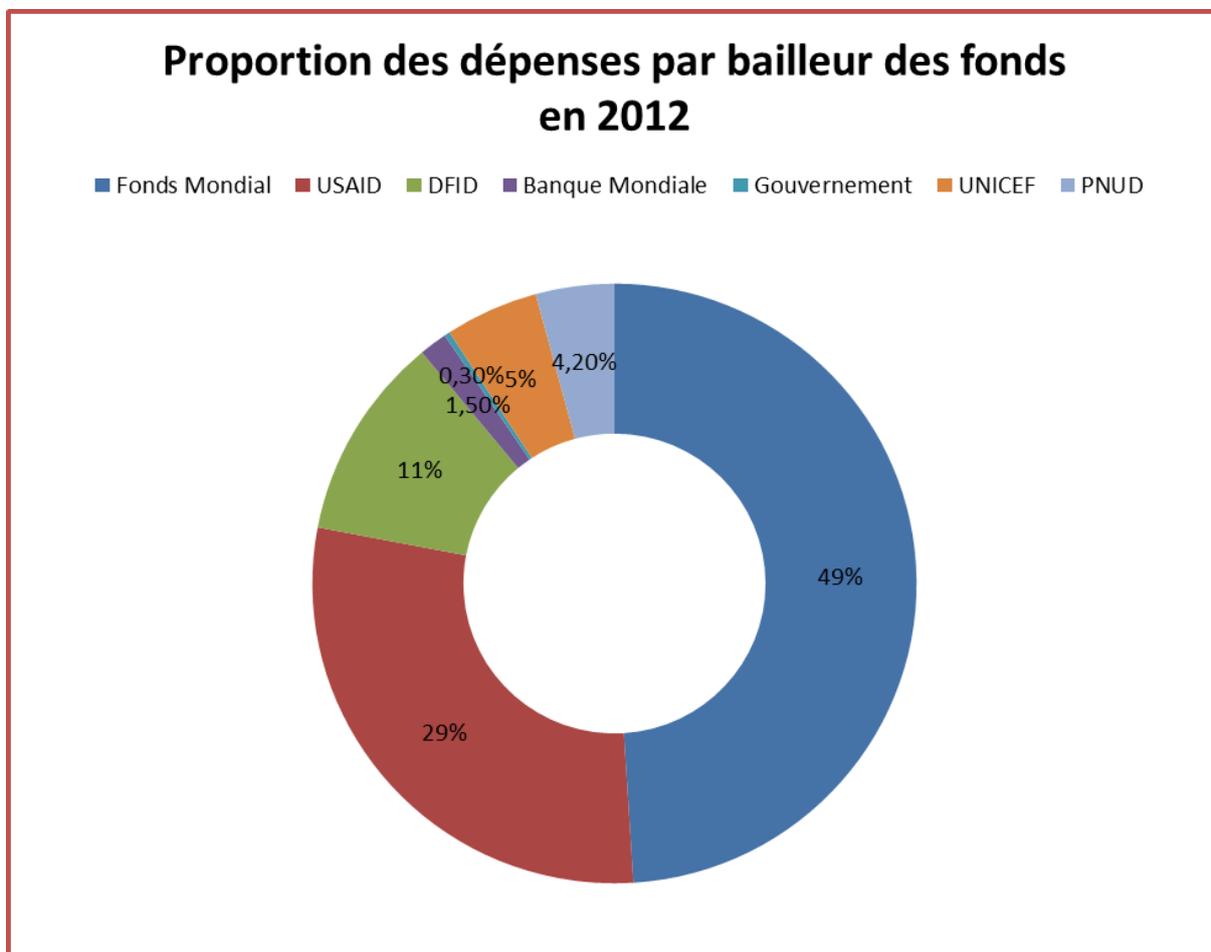
Il s'agit de la zone de santé avec les composantes suivantes :

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

Dépenses par catégorie des coûts en 2012 en faveur de la lutte contre le paludisme (USD)

<i>Catégories</i>	SANRU/FM	PSI/DFID	PSI/FM	USAID	Banque Mondiale	UNICEF	Gouvernement de la RDC	PNUD	TOTAL
<i>Ressources humaine et appui technique</i>	3 307 029	1 645 266	695 135	2 525 000	-	267 069	303 835	5 100 000	13 843 334
<i>Formation</i>	94 231	408 319	39 666	5 540 000	-	159 602			6 241 818
<i>MILD</i>	12 777 054	5 890 222	5639	13 780 000		1 072 662			33 525 577
<i>Diagnostic du paludisme (TDR, microscopie)</i>	10 238 311	-	-	1 750 000	-	-			11 988 311
<i>Antipaludiques</i>	14 675 207	-	-	6 160 000	1 348 943	23 150			22 207 300
<i>Gestion des approvisionnements</i>	7 616 458	2 516 089	131 795	750 000	-	1 419 406			12 433 748
<i>Infrastructure et équipement</i>	800 715	62 914	25 374	-	400 000	460 700			1 749 703
<i>Communication et plaidoyer</i>	833 700	346 327	2 189 607	875 000	-	297 775			4 542 409
<i>Suivi et évaluation</i>	979 069	10 889	1 741 019	575 000	70 970	1 631 175			5 008 122
<i>Planification, administration, frais généraux</i>	1 938 511	177 646	172 648	-	-	253 426			2 542 231
<i>Autres</i>	471 528	1 517 653	-	2 975 000	-	-			4 964 181
Total	53 731 813	12 575 325	5 000 883	34 930 000	1 819 913	5 584 965	303 835	5 100 000	119 046 734

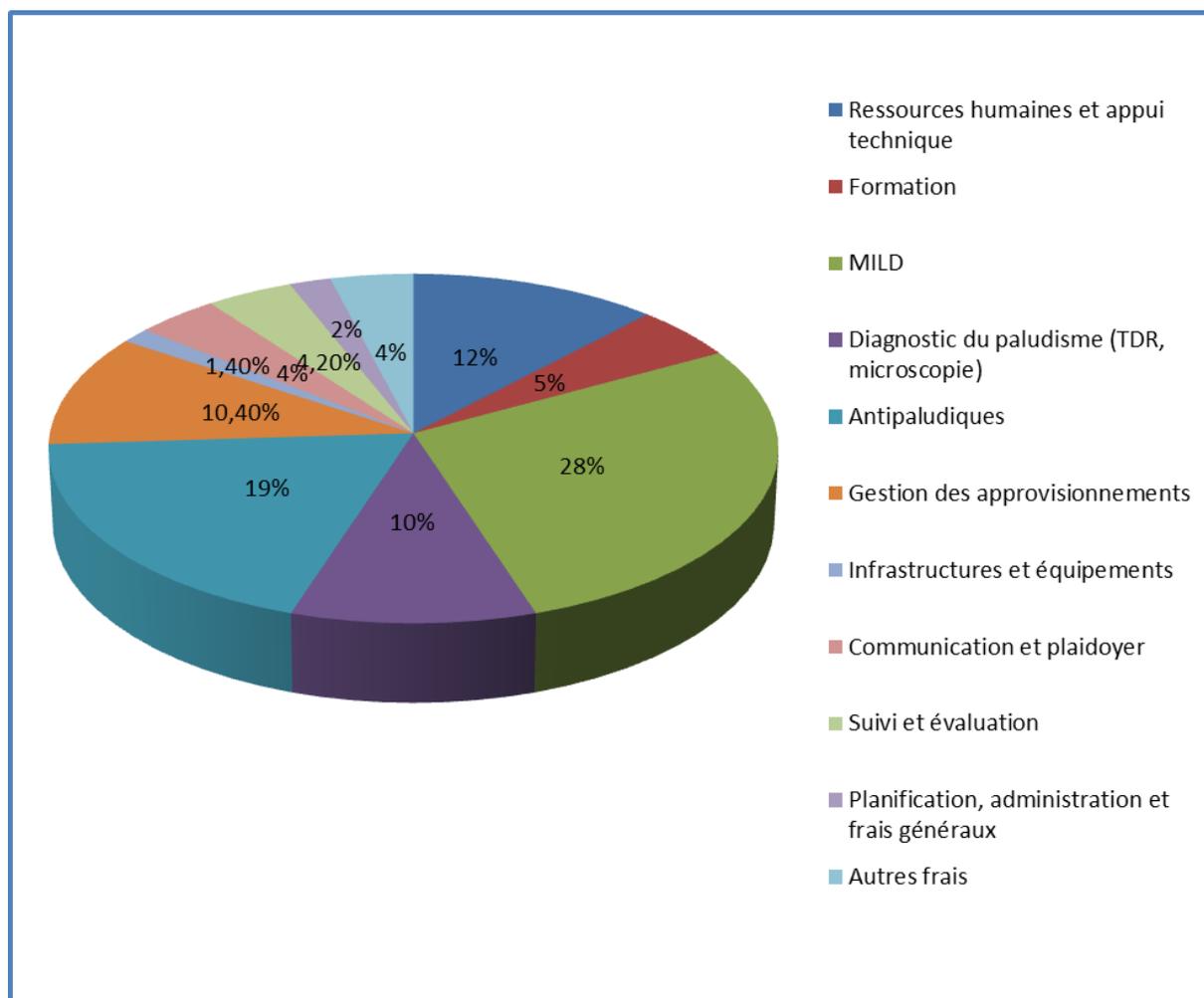
Figure 29 : Proportion des dépenses pour la lutte contre le paludisme par bailleur de Fonds en 2012.



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

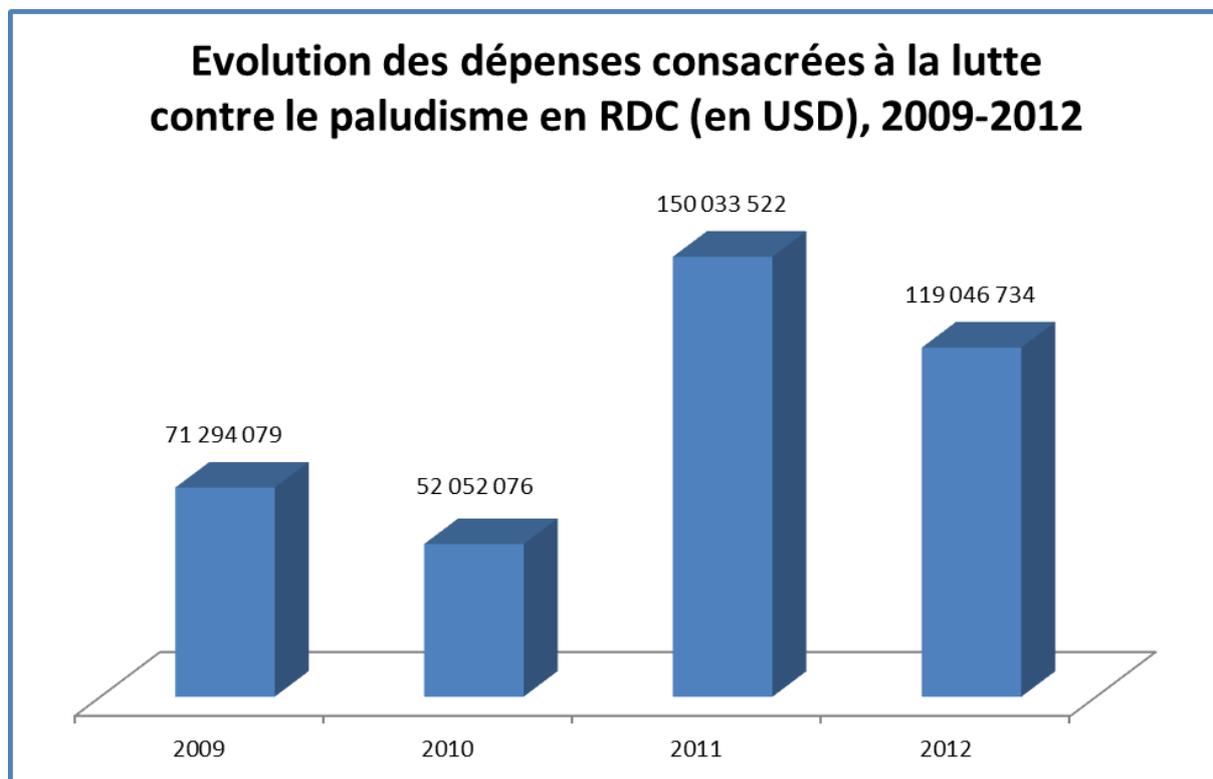
- Fonds Mondial : 49%
- USAID : 29%
- DFID : 11%
- UNICEF : 5%
- PNUD : 4,20%
- Banque Mondiale : 1,5%
- Gouvernement de la RDC : 0,30%

Figure 30 : Proportion des dépenses par grandes lignes budgétaires en 2012



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 31 : 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.

VIII. ANALYSE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES

1 Points forts

- Accroissement de la disponibilité des médicaments et des MILD
- Amélioration de la complétude des rapports mensuels d'activités de zone de santé
- Diminution progressive de la létalité hospitalière liée au paludisme

2 Points faibles

- 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
- Manque de distribution des MILD en Marketing social

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

4 Menaces

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

IX. RECOMMANDATIONS

- Renforcer la coordination des interventions à l'échelle nationale
- Assurer le plaidoyer auprès des partenaires pour appuyer les zones de santé sans financement structuré pour les interventions de lutte contre le paludisme
- Assurer le décaissement effectif et à temps des financements prévus pour l'exécution du plan d'action 2012
- 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
- Promouvoir la distribution des MIILD en marketing social
- Améliorer le reporting sur la consommation des ACT
- Promouvoir la mise à échelle du diagnostic biologique du paludisme
- Rendre la confirmation biologique obligatoire avant la mise en route du traitement
- Mettre à jour la définition des cas du paludisme dans le cadre de la surveillance intégrée de la maladie

X. 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, les partenaires bailleurs de fonds et les partenaires d'appui opérationnel. Un plaidoyer a été également mené avec succès par le PNLN 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.