

**MINISTÈRE DE LA
SANTÉ PUBLIQUE**
**PROGRAMME NATIONAL DE
LUTTE CONTRE LE PALUDISME**
RAPPORT ANNUEL 2009

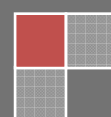


TABLE DES MATIERES

1. Contexte.....	5
2. Rappel du Plan Stratégique 2009-2013.....	6
3. Rappel du descriptif du Plan d'action 2009.....	8
4. Résultats Obtenus en 2009.....	10
5. Partenariat et utilisation des ressources financières.....	41
6. Analyse FFOM.....	43
7. Recommandations.....	44
8. Conclusion.....	44

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

1. 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 60 à 100 millions d'épisodes palustres cliniques 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 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 2009 dans le but de dégager les principales leçons et définir les perspectives à l'horizon 2010.

2. RAPPEL DU PLAN STRATEGIQUE 2009 – 2013

2.1. 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 2013.

2.2. Population cible

Toute personne à risque du paludisme, c'est à dire la population totale du pays

2.3. Résultats attendus

- au moins **80 %** des personnes à risque du paludisme dorment sous moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée ;
- 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 la coordination tant nationale que provinciale 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.

2.4. Stratégies de lutte

➤ ***Axes stratégiques de base***

- La lutte anti vectorielle : les moustiquaires imprégnées d'insecticide et tous les autres matériaux susceptibles d'être traités ou 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.

3. RAPPEL DU DESCRIPTIF DU PLAN D'ACTION 2009

3.1. 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.

3.2. Objectifs spécifiques

- Augmenter de 176 à 376 zones de santé ayant mis en oeuvre le paquet minimum d'activités (PMA) de lutte antipaludique en République Démocratique du Congo.
- Assurer la distribution de masse de 5.355.203 MILD dans les provinces de l'Orientale et du Maniema

3.3. Résultats attendus

- 376 zones de santé ont mis en oeuvre le paquet minimum d'activités (PMA) de lutte antipaludique 2009 ;
- 7.560.570 moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée sont distribuées
- 265.667 maisons dans les zones de santé d'intervention sont couvertes par pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent ;
- Le traitement préventif intermittent est appliqué chez 2.841.771 femmes enceintes ;
- Le traitement à l'artésunate et amodiaquine de 17.676.303 patients du paludisme est assuré dans les zones de santé;
- Les données de routine de 376 zones de santé sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme sont régulièrement transmises.

3.4. Stratégies de mise en œuvre des interventions de base

- l'intégration du paquet minimum d'activités (PMA) de lutte contre cette endémie dans les zones de santé. Ce paquet minimum d'activités se fonde sur le trépied suivant :
 - La promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée 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 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.

- Campagne de distribution de masse des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée

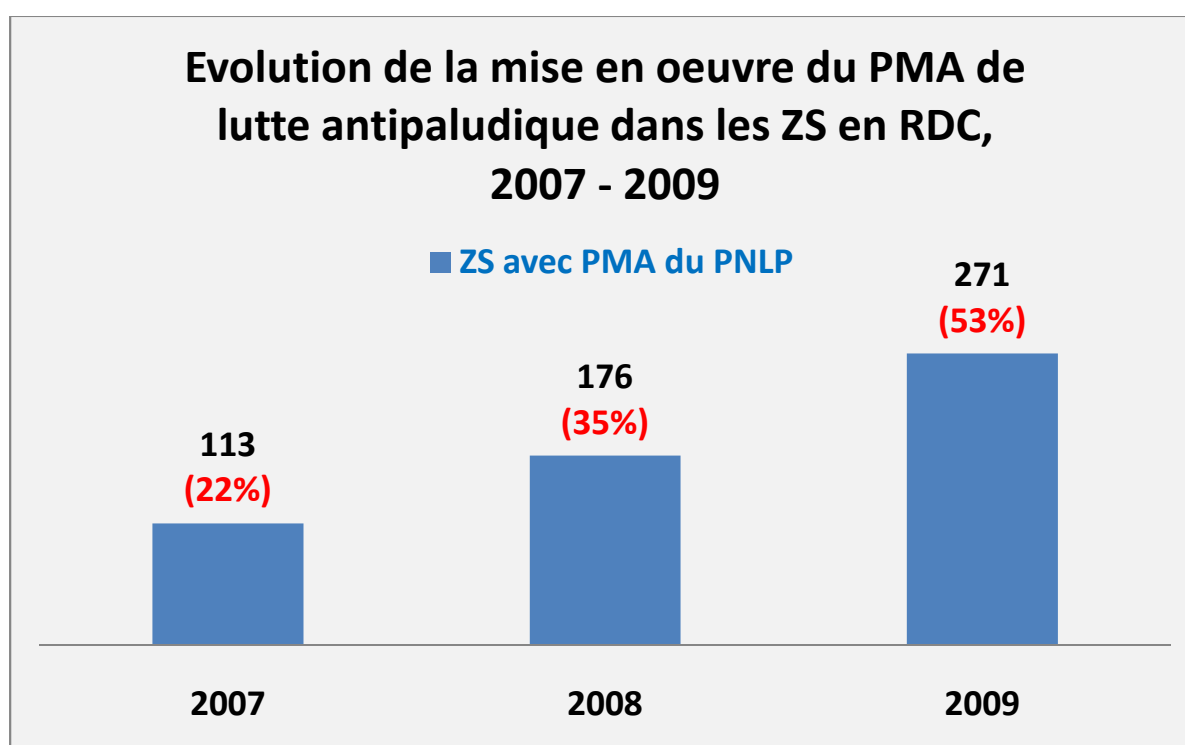
4. RESULTATS OBTENUS EN 2009

Les résultats obtenus en 2009 sont présentés aussi bien en termes de couverture d'offre, d'utilisation des services en PMA que par domaine d'activité.

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

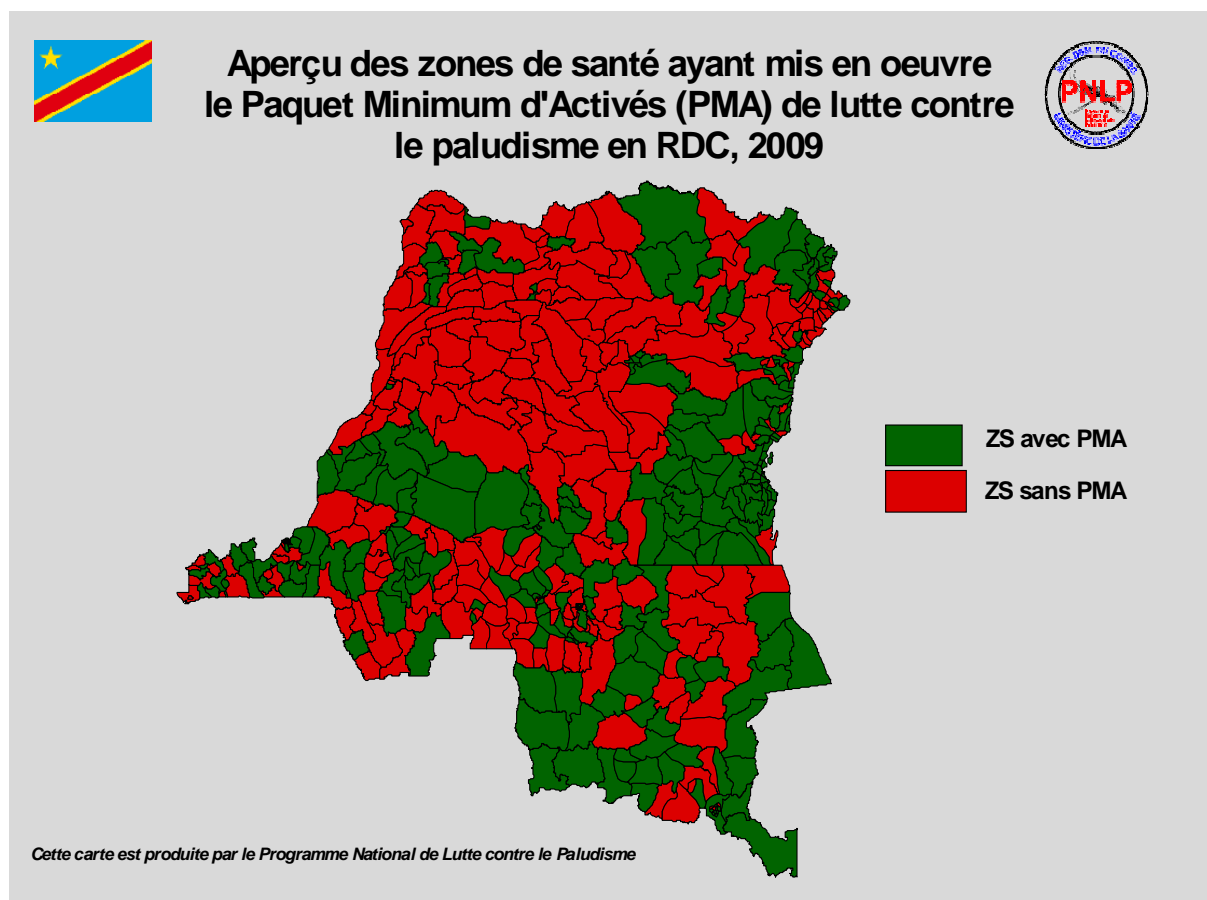
a) Couverture des zones de santé de la RDC en PMA de lutte contre le paludisme

Figure 1 : Evolution de la mise en œuvre du Paquet Minimum d'Activités (PMA) de lutte contre le paludisme dans les ZS en RDC



Le plan d'action 2009 du Programme National de Lutte contre le Paludisme avait prévu la mise en œuvre du paquet minimum d'activités (PMA) de lutte contre ce fléau dans 376 zones de santé du pays. Les résultats obtenus à la fin 2009 indiquent que 271 zones sur 376 ont mis en œuvre le PMA, soit un niveau de performance estimé à 72%. La non atteinte du résultat attendu est dû essentiellement au retard de l'exécution du **Booster Program Malaria** financé par la Banque Mondiale et au démarrage renvoyé d'année en année du **Projet d'Appui au Développement du Système de Santé dans la province Orientale** dans son volet lutte antipaludique. Ce dernier projet est financé par la Banque Africaine de Développement. Il faut également signaler l'insuffisance du respect de l'application du PMA dans le cadre de PARSS à Kinshasa et à l'Equateur.

Figure 2 : Cartographie de l'aperçu des ZS ayant mis en œuvre le PMA en 2009



271 zones de santé ont mis en œuvre le paquet minimum d'activités de lutte contre le paludisme en 2009

b) Couverture des provinces en PMA de lutte antipaludique

Tableau 1 : Mise en œuvre du paquet minimum d'activités de lutte contre le paludisme dans les ZS par province

N°	Province	Nb de ZS ayant mis en œuvre le PMA en 2009	Nombre de ZS effectives en 2008	Taux de couverture de la province 2009
1	Bas Congo	17	31	55%
2	Bandundu	42	52	81%
3	Equateur	12	69	17%
4	Katanga	43	67	64%
5	Kinshasa	17	35	49%
6	Kasai Occidental	17	44	39%
7	Kasai Oriental	21	51	41%
8	Maniema	16	18	89%
9	Nord Kivu	24	24	100%
10	Orientale	28	83	34%
11	Sud Kivu	34	34	100%
	TOTAL	271	508	53%

De l'analyse de ce tableau, il se dégage des disparités importantes entre les provinces. Si la mise en œuvre du PMA a été totale au niveau du Nord Kivu, du Sud Kivu et excellente dans la province du Maniema et du Bandundu, elle est cependant restée faible dans les autres provinces.

N.B. : Le redécoupage des zones de santé réalisé en 2003 a permis au pays de se doter de 515 zones de santé. Certaines provinces procèdent progressivement à leur mise à place. C'est ainsi que, l'on compte l'effectif de 508 ZS opérationnelles dans le pays

4.2. Offre et utilisation des services par domaine d'intervention

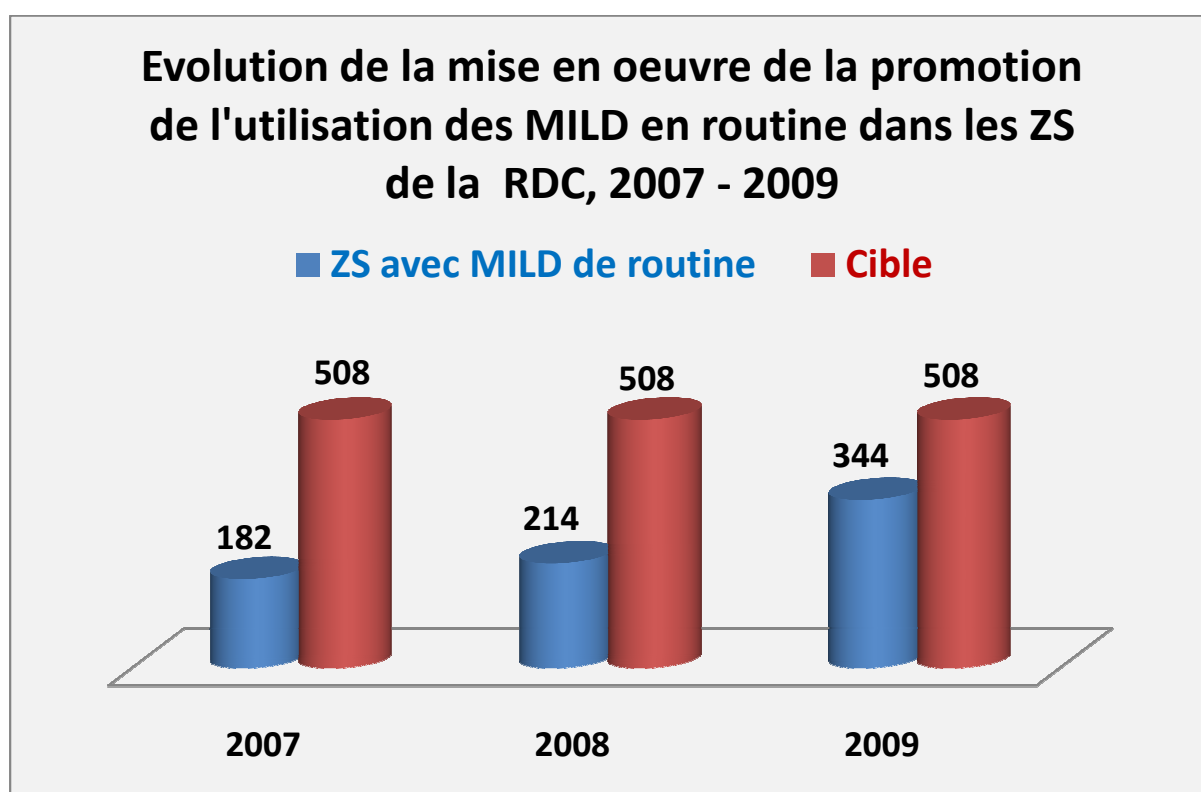
a) Promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée

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

Différentes approches ont été utilisées pour accroître la possession et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée, à savoir :

- Routine
 - CPN pour les femmes enceintes
 - CPS pour les enfants de moins de 12 mois
- Campagnes de distribution de masse
- Marketing social

Figure 3 : Mise en œuvre de la promotion de l'utilisation des MILD dans les zones de santé RDC, 2007-2009



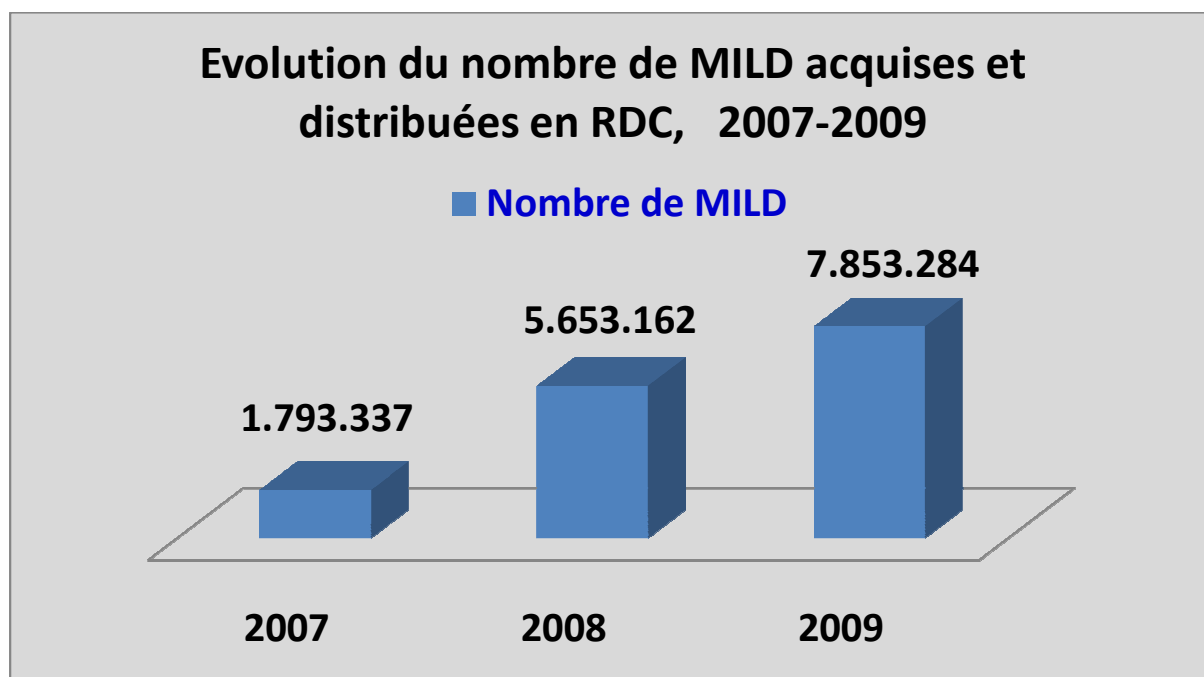
La promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée a été assurée dans 344 zones de santé du pays en 2009, ce qui représente une couverture de 68%. Une progression s'observe entre 2007 et 2009

Tableau 2 : Couverture des provinces dans la mise en œuvre de la promotion des MILD dans les zones de santé en 2009

N°	Province	ZS ayant mis en œuvre les MILD en 2009	Nombre de ZS effectives en 2008	Pourcentage
1	Bas Congo	29	31	94%
2	Bandundu	33	52	63%
3	Equateur	12	69	17%
4	Katanga	52	67	78%
5	Kinshasa	18	35	51%
6	Kasai Occidental	29	44	66%
7	Kasai Oriental	25	51	49%
8	Maniema	18	18	100%
9	Nord Kivu	24	24	100%
10	Orientale	70	83	84%
11	Sud Kivu	34	34	100%
Total		344	508	68%

On note des disparités importantes entre les provinces. Si l'intégration a été totale au niveau du Nord Kivu, du Sud Kivu, du Maniema, de l'Orientale et excellente au Bas Congo, elle est restée faible dans les autres provinces. Les performances du Maniema et de l'Orientale sont aussi liées à la campagne de masse. Il y a lieu d'envisager des mesures visant le maintien des activités de routine au cours des prochaines années.

Figure 4 : Approvisionnement et distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée en RDC, 2007-2009

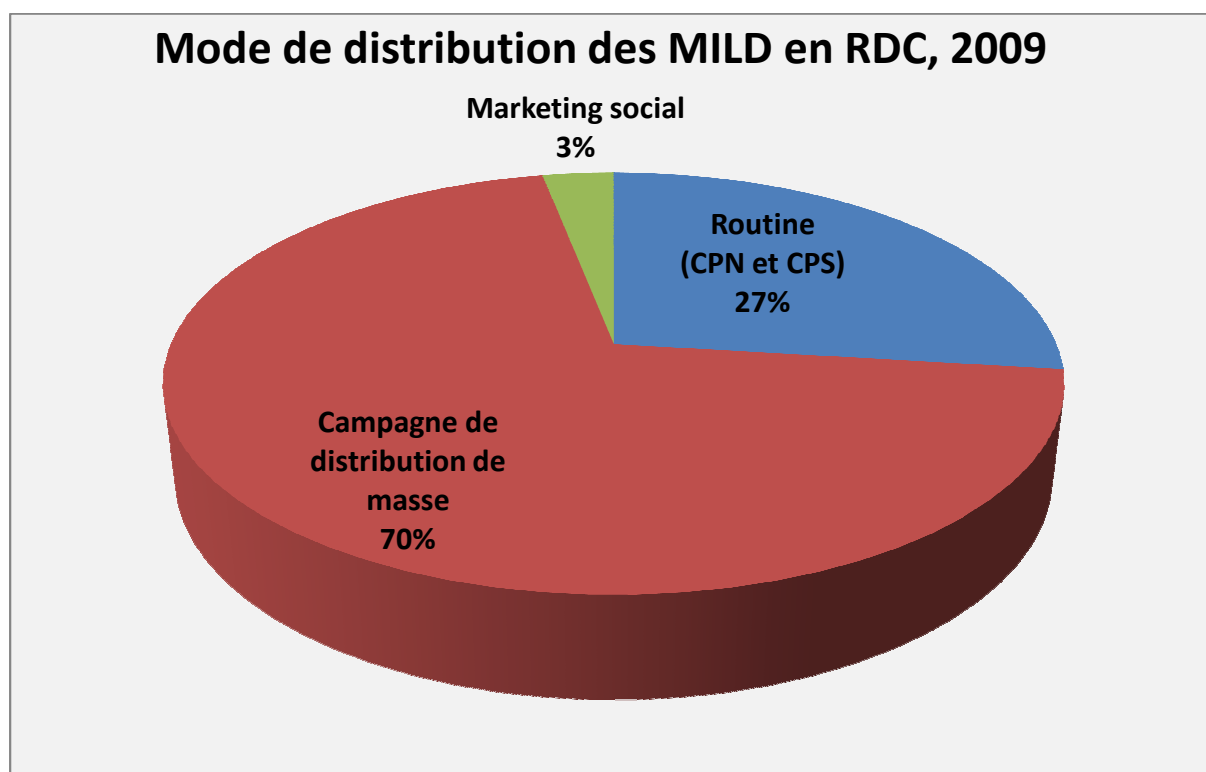


7.853.284 MILD mobilisées et distribuées à travers le pays sur 7.560.5745 prévues, soit un niveau de performance estimé à 104 %.

Les 7.853.284 MILD mobilisées en 2009 ont été distribuées à travers :

- Routine (CPN et CPS) : 2.114.136 MILD
- Campagne de distribution de masse : 5.500.000 MILD
- Marketing social : 239.148 MILD

Figure 5 : Modes de distribution des MILD en RDC en 2009



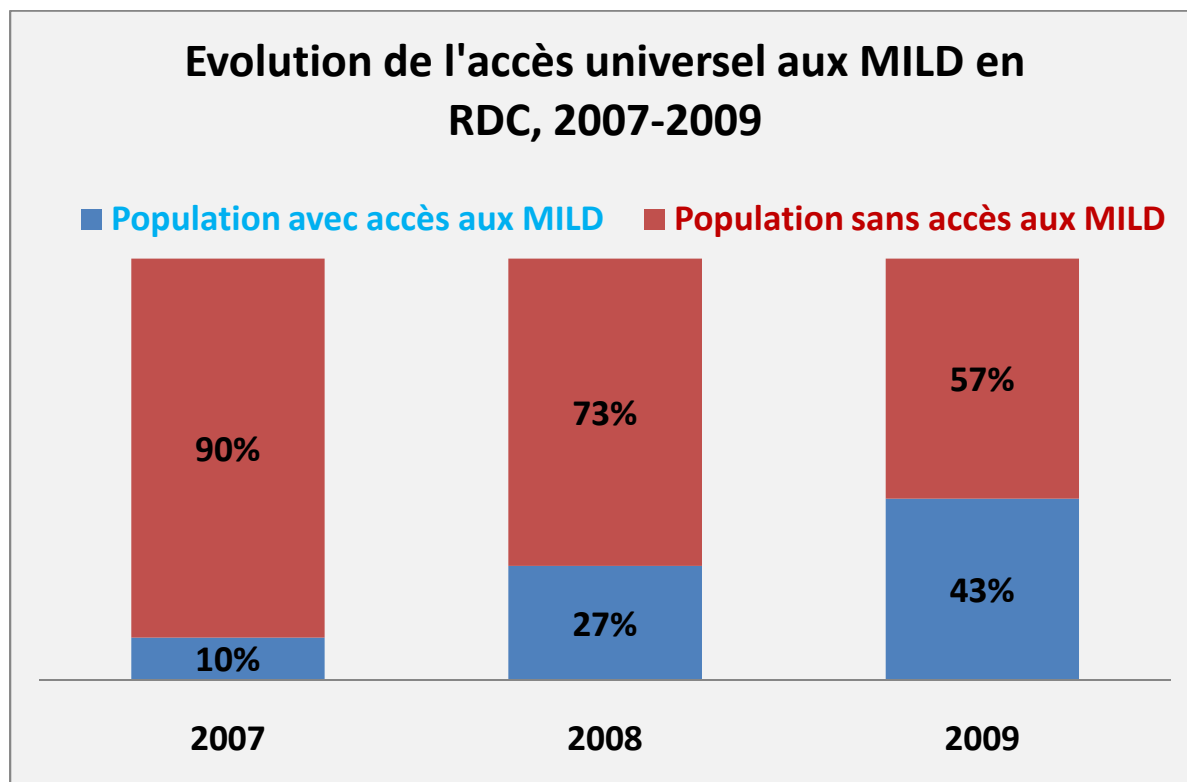
Depuis 2006, la situation des MILD fournies et distribuées en RDC se présente de la manière suivante :

- 2006 :1.723.667
- 2007 :1.793.337
- 2008 :5.653.162
- 2009 :7.853.284

De façon cumulée, on estime à 3.517.004 MILD en 2007, 9.170.166 MILD en 2008 et 15.299.783 en 2009. Les MILD de 2006 n'ont pas été prises en compte dans le total cumulé de 2009 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 personnes. Considérant les totaux cumulés des MILD et la population totale du pays de l'année en cours, il est possible d'estimer la proportion de la population ayant eu accès aux MILD.

Figure 6 : Accès universel aux moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action en RDC, 2007-2009

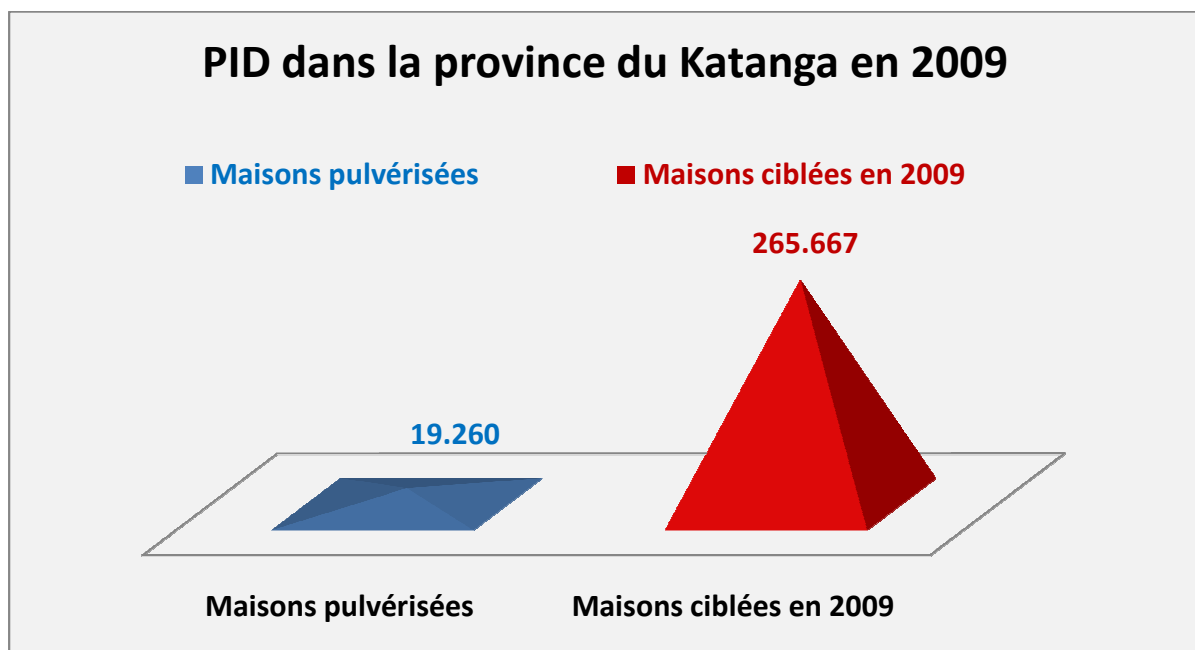


Entre 2007 et 2009, la proportion des personnes avec accès aux MILD est passée de 10 à 43 % au regard de la norme définie par l'OMS, à savoir une MILD pour 2 personnes. Reste à couvrir 57 % des habitants de la RDC et assurer l'effectivité de l'utilisation par les bénéficiaires.

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

La pulvérisation intra domiciliaire (PID) d'insecticide à effet rémanent compte parmi les mesures de lutte anti vectorielle recommandées mondialement dans le cadre de la prévention du paludisme et adoptées par la RDC. Elle s'applique actuellement dans la province du Katanga, à la suite de 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 couvrant 9 aires de santé sur les 18 que compte la ZS. Selon le plan stratégique 2009 – 2013, 132 834 maisons étaient ciblées par la PID en 2009 à une fréquence de 2 fois l'an au regard du faciès épidémiologique de la région (transmission permanente avec variation saisonnière) et de la rémanence de l'insecticide utilisé. D'où un total de 265.667 maisons attendues pendant l'année dans les quatre zones de santé, à savoir Sakania, Dilala, Fungurume et Manika.

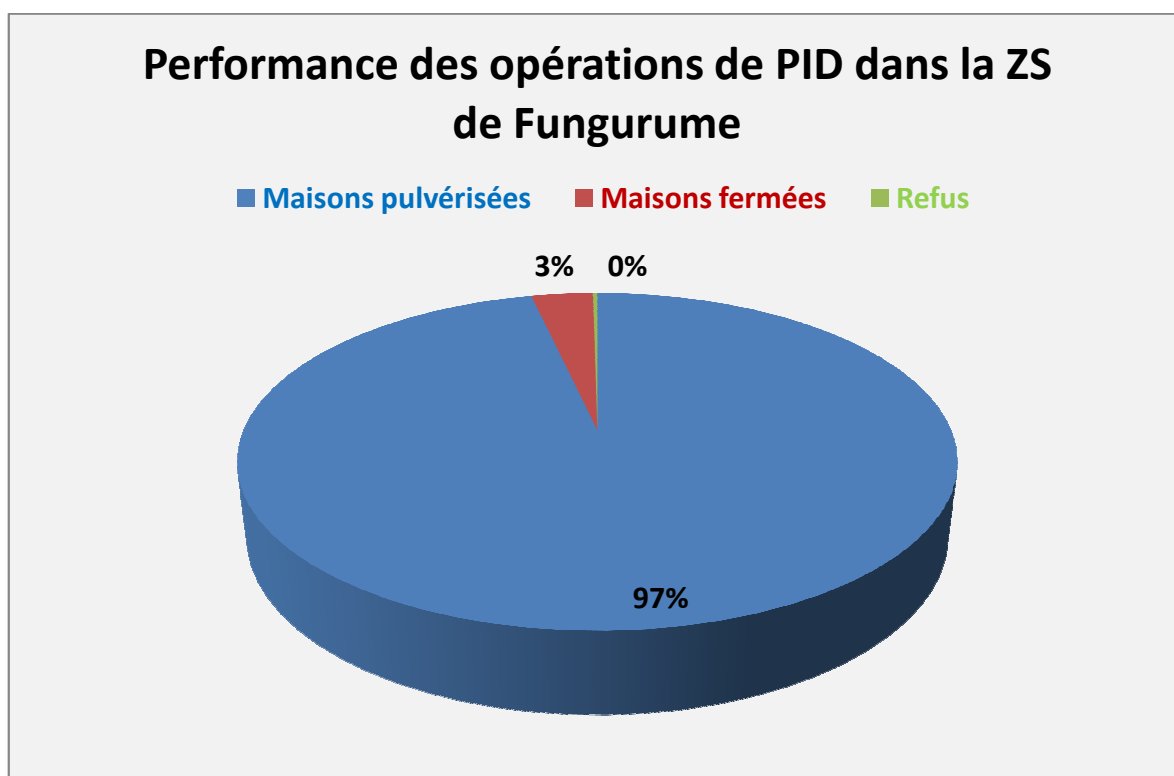
Figure 7 : Performance du programme sur la PID en 2009



19.260 maisons sur 265.667 ont bénéficié de la PID dans la province du Katanga en 2009, soit un niveau de performance du programme estimé à 7 %. Ce faible niveau de performance s'explique par 3 raisons majeures suivantes :

- La mise en œuvre de la PID dans la seule ZS de Fungurume, les autres entreprises minières ayant renoncé à la suite de la crise économique et financière mondiale ;
- La ZS de Fungurume n'applique la PID qu'une seule fois par an au lieu du double ;
- Seules 9 aires de cette ZS sur les 18 sont couvertes par les opérations.

Figure 8 : Performance des opérations dans la zone de santé de Fungurume



19.967 maisons ont été dénombrées dans les 9 aires de santé d'intervention dans la ZS de Fungurume en 2009.

Voici les résultats des opérations :

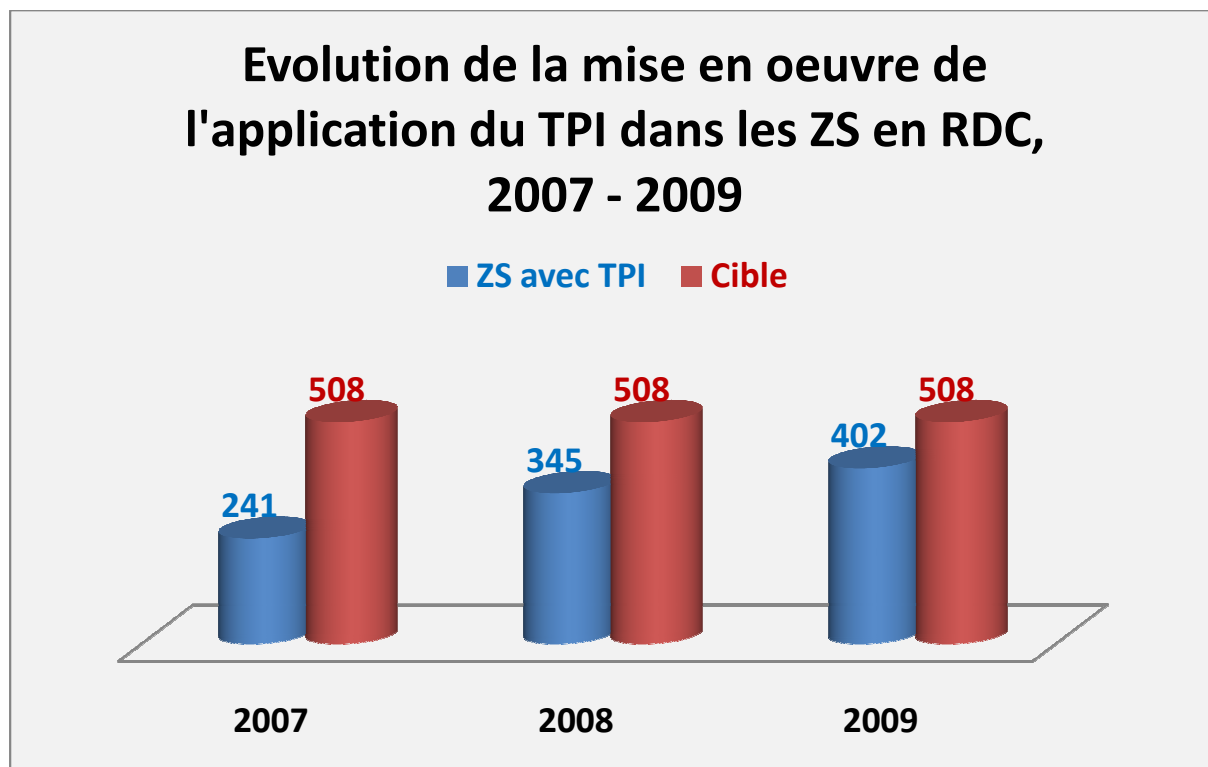
- 19.260 maisons ont été pulvérisées ;
- 660 sont restées fermées durant les opérations ;
- 47 maisons n'ont pas bénéficié de la PID suite au refus des propriétaires.

Le taux de succès étant 96,5 %, il est jugé excellent, car largement au-delà de la norme recommandée par le PNLP, soit 80 %. Néanmoins, il demeure indispensable de comprendre le phénomène de la fermeture des maisons pendant les opérations et le refus de certains ménages.

c) Application du Traitement Préventif Intermittent (TPI)

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.

Figure 9 : Mise en œuvre de l'application du TPI dans les zones de santé en RDC, 2007-2009



Un niveau de performance annuelle du programme à la hauteur de 79% a été observé dans le processus de mise en œuvre de l'application du TPI dans les zones de santé en 2009. Entre 2007 et 2009, le nombre de zones santé avec TPI est de 241 à 402.

Tableau 3 : Couverture des provinces en application du TPI dans les zones de santé en 2009

N°	Province	ZS ayant appliqué le TPI	Nombre de ZS effectives en 2008	Pourcentage
1	Bas Congo	28	31	90%
2	Bandundu	50	52	96%
3	Equateur	64	69	93%
4	Katanga	57	67	85%
5	Kinshasa	35	35	100%
6	Kasai Occidental	40	44	91%
7	Kasai Oriental	26	51	51%
8	Maniema	16	18	89%
9	Nord Kivu	24	24	100%
10	Orientale	28	83	34%
11	Sud Kivu	34	34	100%
Total		402	508	79%

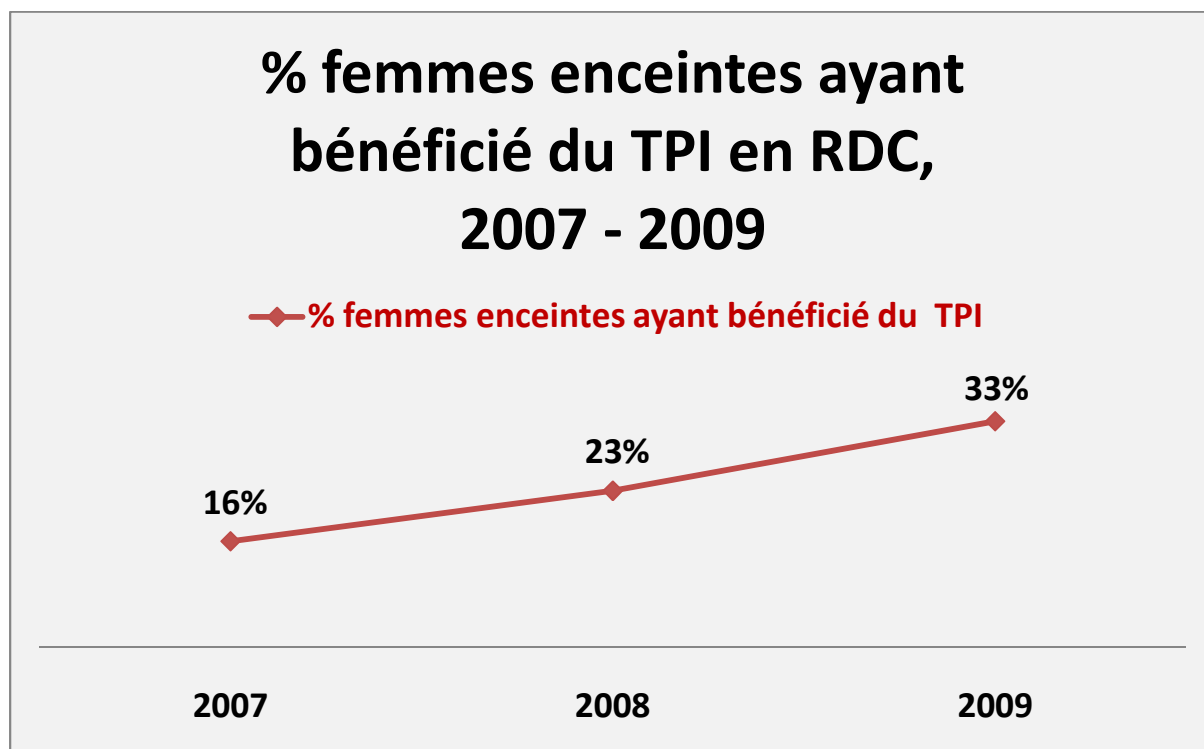
402 zones de santé sur 508, soit 79% ont appliqué le traitement préventif chez les femmes enceintes. Les efforts doivent encore être soutenus sur l'ensemble du pays et fournis de façon exceptionnelle par certaines provinces telles que l'Orientale, le Kasai Oriental et le Katanga.

Tableau 4 : Couverture des femmes enceintes en application du TPI par province en 2009

N°	Province	Femmes enceintes attendues	Femmes enceintes bénéficiant du TPI	Pourcentage
1	Bas Congo	120.486	65.799	55%
2	Bandundu	286.578	75.466	26%
3	Equateur	320.505	68.467	21%
4	Katanga	408.654	134.130	33%
5	Kinshasa	255.169	84.705	33%
6	Kasai Occidental	267.179	96.621	36%
7	Kasai Oriental	339.334	70.895	21%
8	Maniema	76.072	25.563	34%
9	Nord Kivu	229.616	99.684	43%
10	Orientale	352.344	106.848	30%
11	Sud Kivu	185.833	121.720	65%
Total		2.841.771	949.898	33%

Malgré la bonne évolution sur le plan de mise en œuvre dans les zones de santé, ce tableau montre le faible niveau de couverture en application du TPI chez les femmes enceintes estimé à 33 %. Cette question mérite d'être bien analysée pour rechercher des solutions durables.

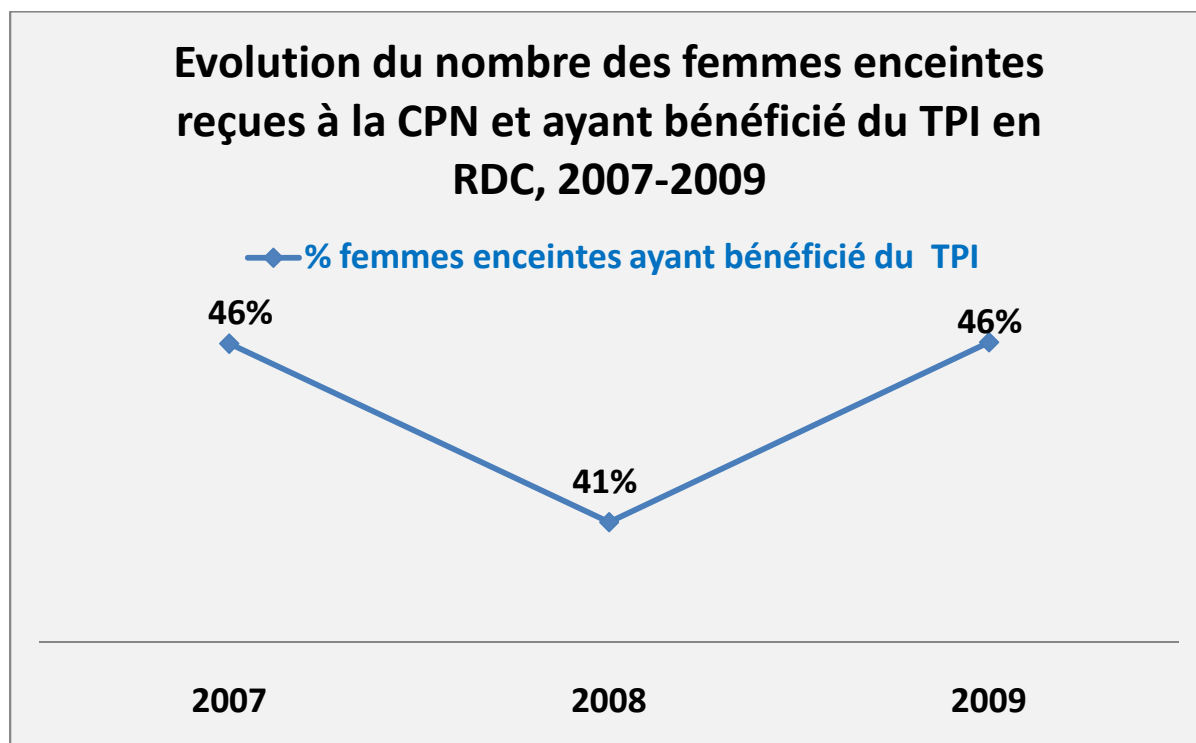
Figure 10 : Evolution du nombre des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI, 2007-2009



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

Entre 2007 et 2009, la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI par rapport aux femmes enceintes attendues dans la communauté est passée de 16% à 33%.

Figure 11 : Evolution du nombre des femmes enceintes reçues à la CPN et ayant bénéficié du TPI, 2007-2009



Le nombre de femmes enceintes reçues à la CPN a été de 909.765 en 2007, 1.543.608 en 2008 et 2.050.952 en 2009. Celui de femmes ayant bénéficié du TPI était de 421.019 en 2007, 637.943 en 2008 et 949.898 en 2009. Aucune évolution n'a été enregistrée dans l'application du TPI chez les femmes enceintes reçues à la CPN entre 2007 et 2009.

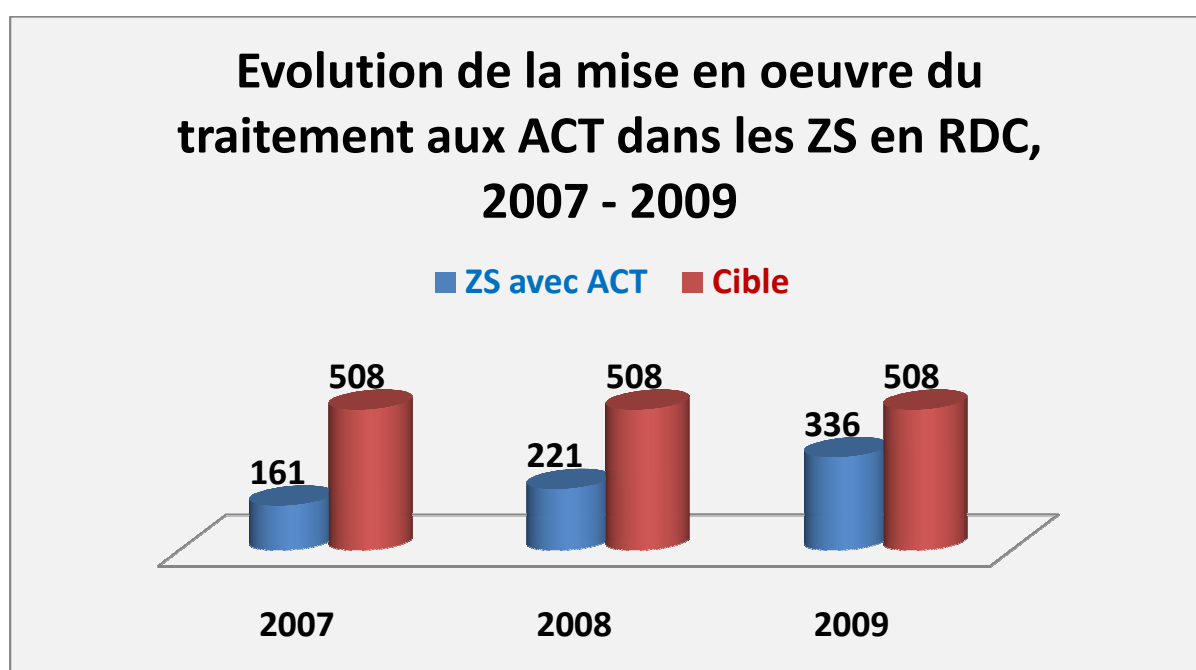
d) Prise en charge des cas du paludisme

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

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, 2007-2009



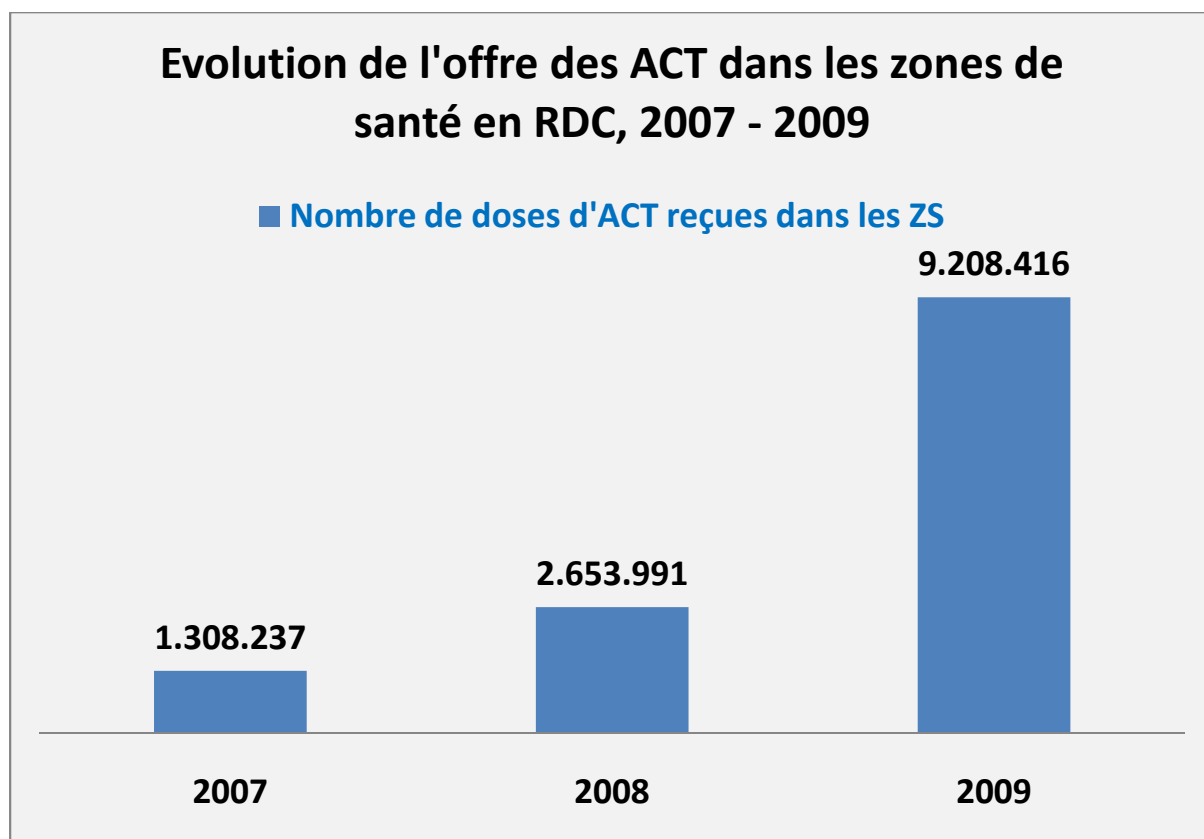
336 zones de santé sur les 508 que compte notre pays ont appliqué le traitement aux ACT chez les patients souffrant du paludisme simple, soit un niveau de performance 66% pour l'année. Ce nombre est passé de 161 à 336 entre 2007 et 2009.

Tableau 5 : Couverture des zones de santé en ACT (ASAQ) par province en 2009

N°	Province	ZS ayant mis en œuvre le traitement aux ACT	Nombre de ZS effectives en 2008	Pourcentage
1	Bas Congo	17	31	55%
2	Bandundu	45	52	87%
3	Equateur	59	69	86%
4	Katanga	44	67	66%
5	Kinshasa	23	35	66%
6	Kasai Occidental	24	44	55%
7	Kasai Oriental	22	51	43%
8	Maniema	16	18	89%
9	Nord Kivu	24	24	100%
10	Orientale	28	83	34%
11	Sud Kivu	34	34	100%
Total		336	508	66%

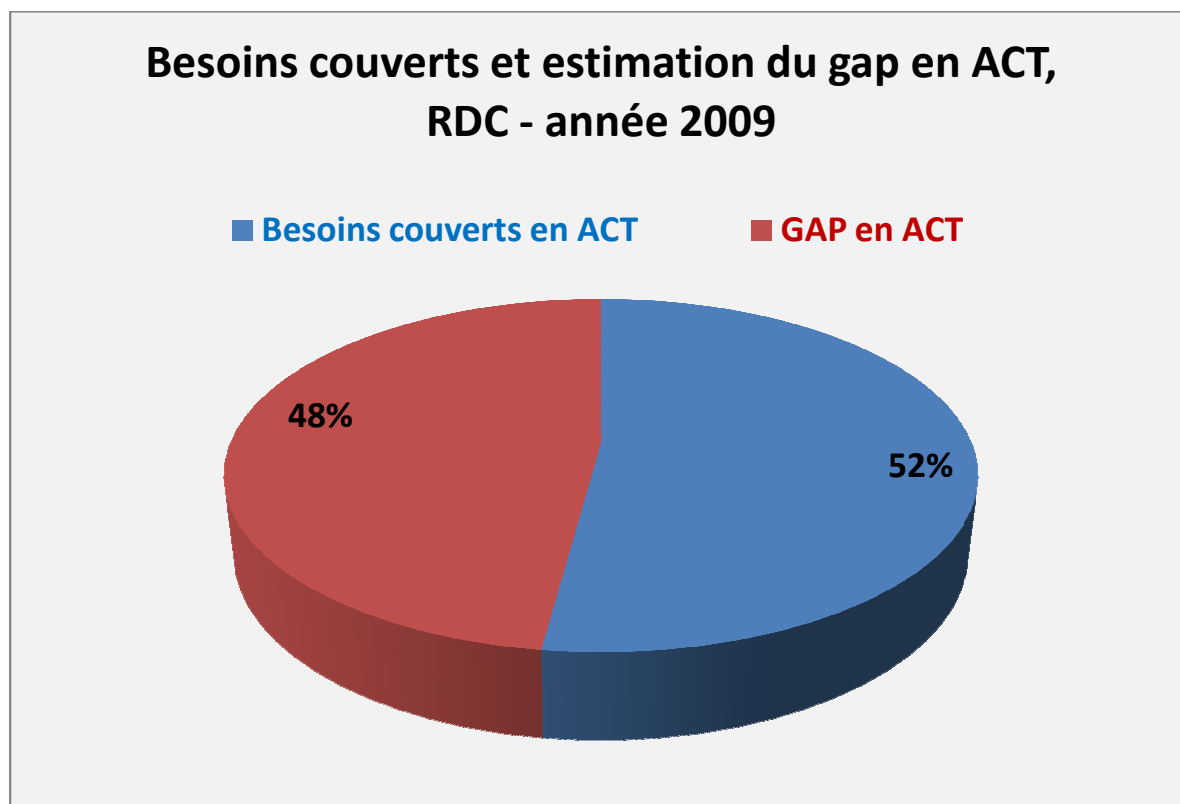
336 zones de santé sur 508, soit 66 % ont mis en œuvre le traitement du paludisme simple aux ACT. Les efforts doivent encore être fournis principalement par certaines provinces telles que le Bas Congo, le Katanga, Kinshasa, le Kasai Occidental, le Kasai Oriental et la province Orientale.

Figure 13 : Evolution de l'offre des ACT dans les ZS en ACT, 2007-2009



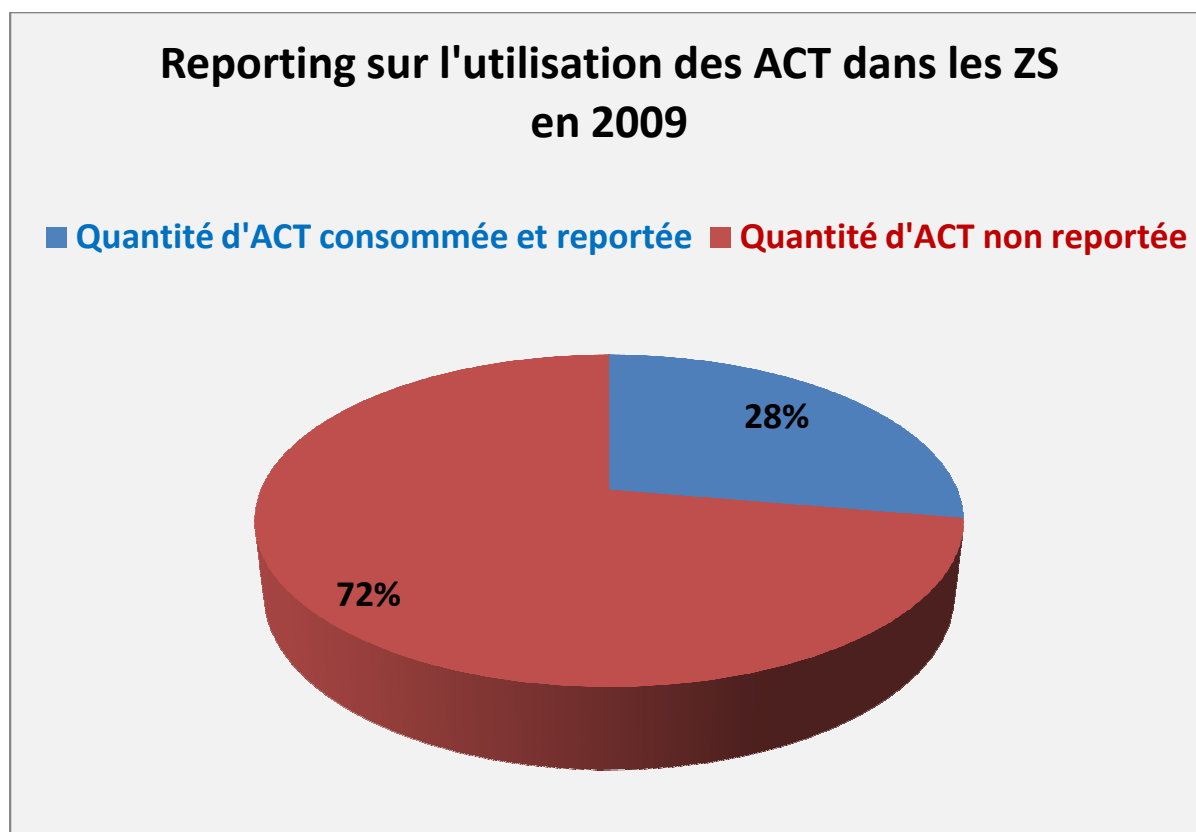
Entre 2007 et 2009, la quantité de doses d'ACT fournies aux zones de santé est passée de 1.308.237 à 9.208.416.

Figure 14 : Analyse programmatique des besoins en ACT pour l'exercice 2009



En 2009, les besoins totaux du pays en ACT ont été estimés à 17.676.382 doses dont 9.208.416 ont été fournies et réceptionnées par les zones de santé durant l'année, représentant ainsi 52 % de besoins estimés. Toutefois, le programme ne dispose d'aucune donnée sur le secteur privé. Le gap de 8.467.966 doses serait probablement réduit si ces données étaient disponibles. Un effort dans ce sens devra davantage être fourni en 2010.

Figure 15 : Utilisation et reporting sur les ACT fournies aux ZS en 2009



En 2009, 9.208.416 doses ont été fournies et réceptionnées par les zones de santé. Seules 2.553.462 doses ont fait l'objet de reporting de la part des zones de santé durant l'année, représentant un niveau de performance de 28 %.

Tableau 6 : Niveau de couverture des besoins en ACT par province en 2009.

N°	Province	Besoins estimés en ACT	Besoins couverts (ACT reçues)	% de besoins couverts
1	Bas Congo	749.446	437.284	58%
2	Bandundu	1.782.570	1.397.395	78%
3	Equateur	1.993.607	619.819	31%
4	Katanga	2.541.909	562.600	22%
5	Kinshasa	1.587.205	850.254	54%
6	Kasai Occidental	1.661.909	828.060	50%
7	Kasai Oriental	2.110.726	1.215.873	58%
8	Maniema	473.182	256.305	54%
9	Nord Kivu	1.428.259	1.601.778	112%
10	Orientale	2.191.653	774.732	35%
11	Sud Kivu	1.155.917	664.316	57%
Total		17.676.382	9.208.416	52%

Ce tableau dégage trois constats :

- Approvisionnement au delà des besoins de la province du Nord Kivu ;
- Résultat satisfaisant pour la province du Bandundu ;
- Résultat moins satisfaisant pour le reste des provinces du pays.

Tableau 7 : Utilisation et reporting sur les ACT fournies aux ZS en 2009 par province

N°	Province	Quantité des doses d'ACT reçues	Quantité des doses d'ACT utilisées et reportées	Taux de reporting
1	Bas Congo	437.284	126.165	29%
2	Bandundu	1.397.395	521.342	37%
3	Equateur	619.819	156.886	25%
4	Katanga	562.600	205.885	37%
5	Kinshasa	850.254	175.721	21%
6	Kasai Occidental	828.060	320.307	39%
7	Kasai Oriental	1.215.873	224.416	18%
8	Maniema	256.305	161.600	63%
9	Nord Kivu	1.601.778	ND	ND
10	Orientale	774.732	319.527	41%
11	Sud Kivu	664.316	341.613	51%
Total		9.208.416	2.553.462	28%

Le reporting de la consommation des ACT est faible à travers toutes les provinces du pays et nul dans celle du Nord Kivu. Au regard du tableau précédent, il y a risque de surstock et de péremption dans cette province.

e) Le renforcement de la surveillance, monitoring et évaluation de « Faire Reculer le Paludisme » en RDC

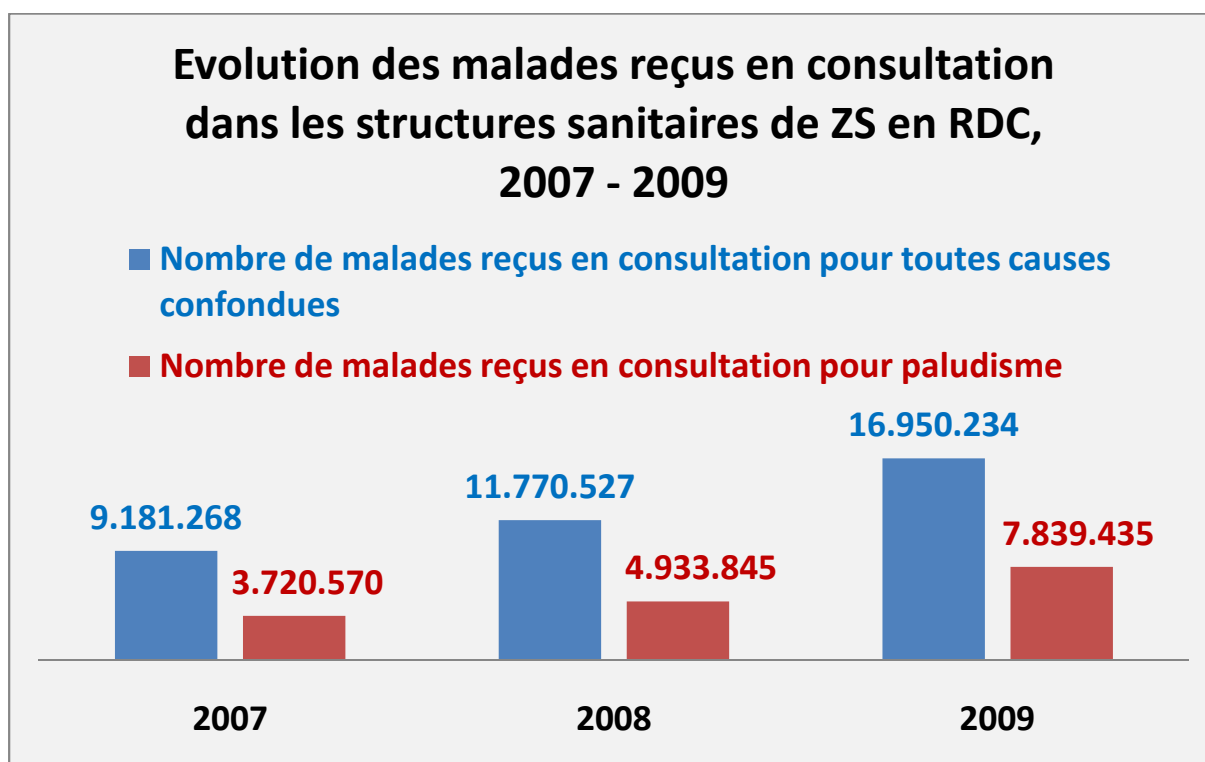
➤ **Surveillance épidémiologique**

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 la surveillance du paludisme, nous rapportons de façon hebdomadaire les données sur la morbidité, la mortalité et la létalité imputables à cette pathologie dans les formations sanitaires. Elle nous permet de suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre de l'initiative FRP.

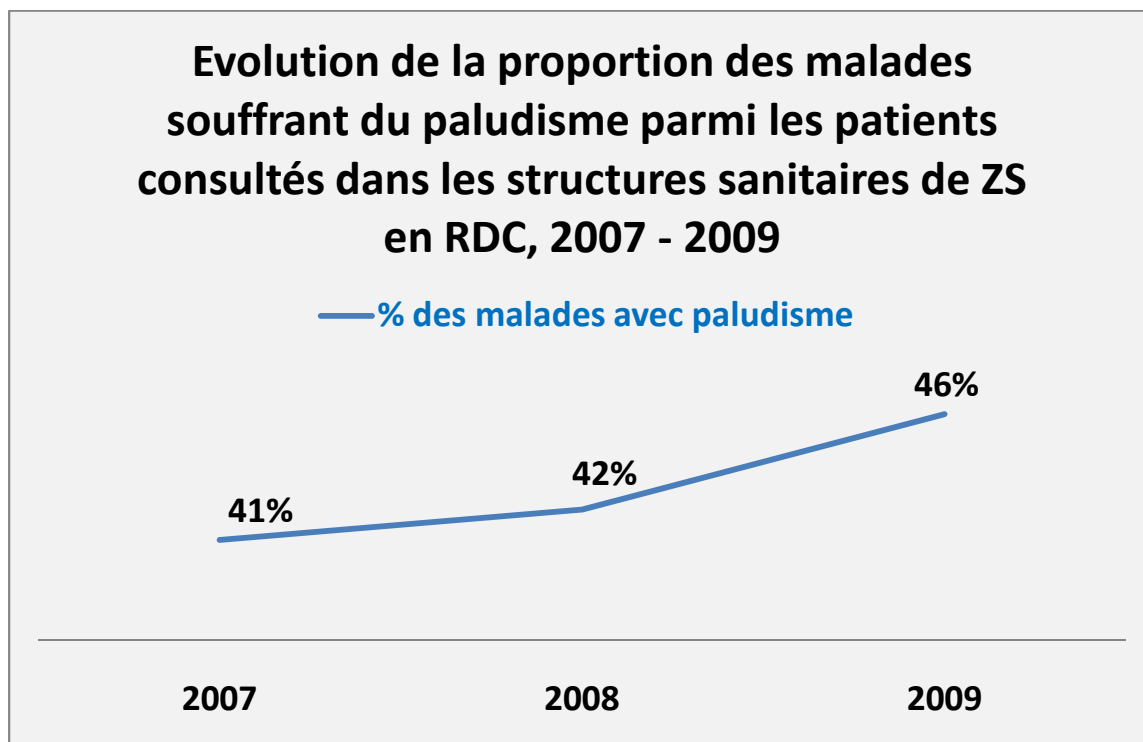
Dans ce rapport, nous signalons seulement les données en rapport avec la surveillance de la maladie et non en rapport avec la surveillance du vecteur et les médicaments.

Figure 16 : Evolution de la fréquence des malades reçus en consultation de 2006 à 2008, RDC



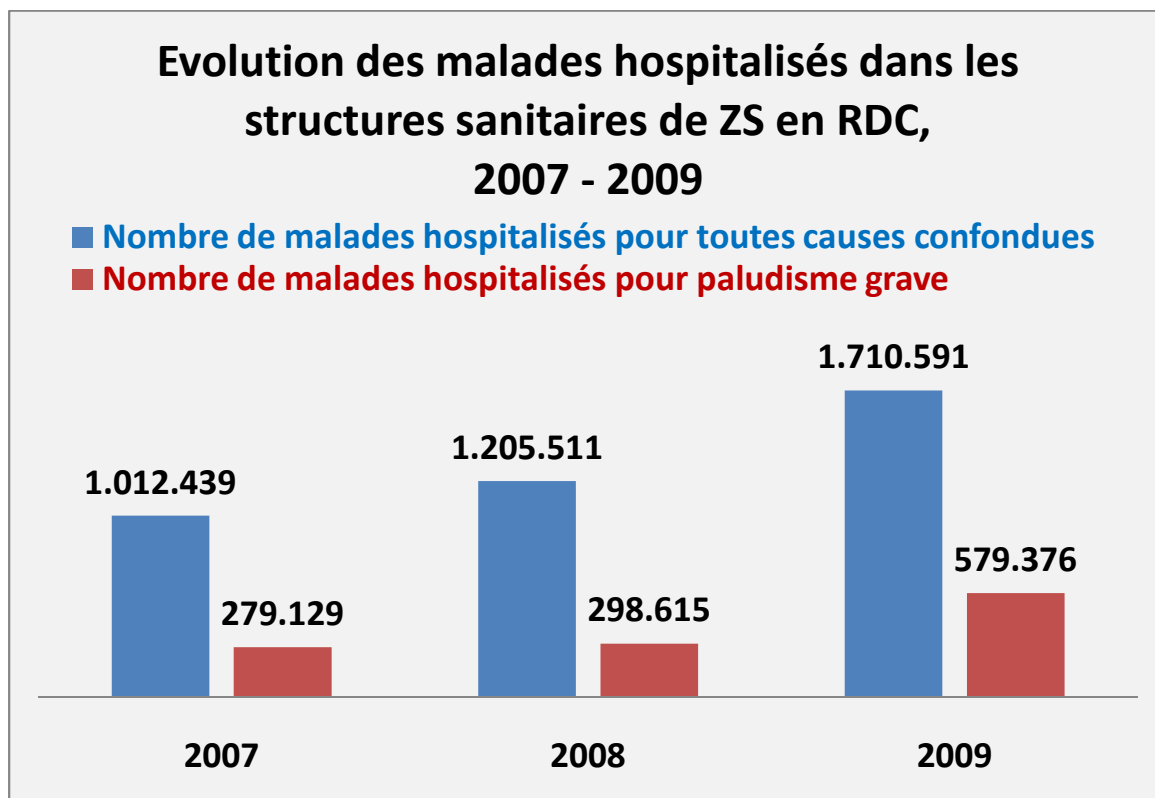
Cette figure indique aussi bien l'augmentation du nombre des malades reçus en consultation externe, pour toutes causes confondues, dont ceux ayant souffert du paludisme. Cette augmentation peut s'expliquer par l'amélioration du taux de complétude des rapports mensuels d'activités de zones de santé décrite à la figure 23.

Figure 17 : Evolution de la morbidité spécifique au paludisme dans les formations sanitaires, RDC 2007-2009



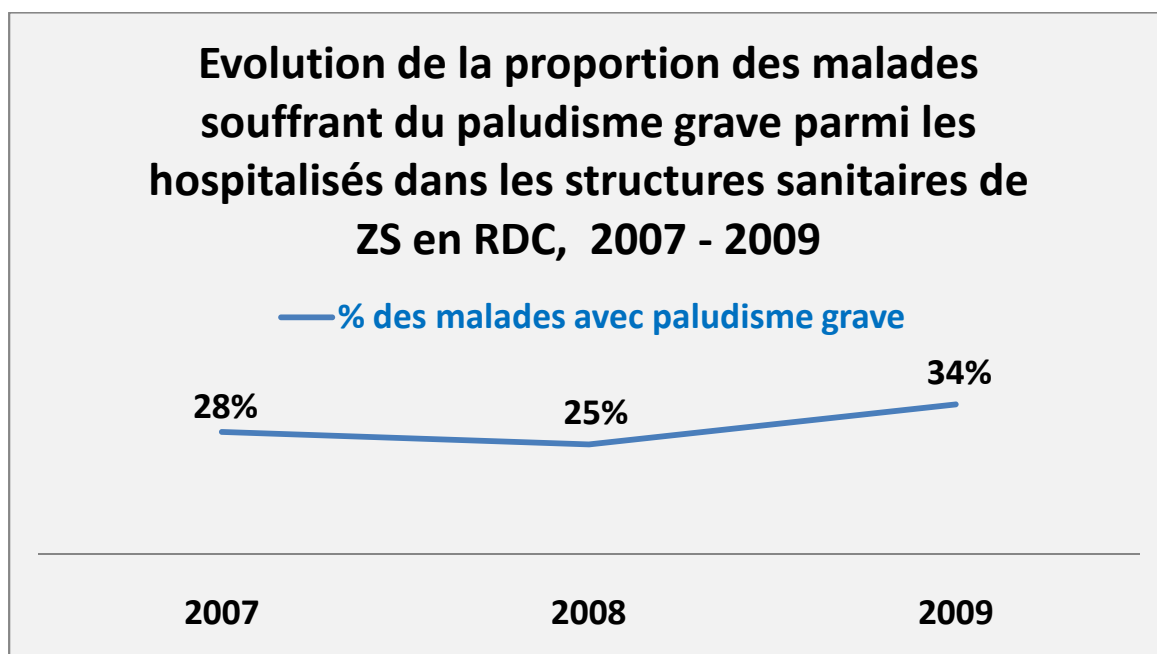
On note une évolution croissante du taux de morbidité spécifique au paludisme entre 2007 et 2009, nécessitant une exploration approfondie pour une meilleure compréhension.

Figure 18 : Evolution de la fréquence des malades hospitalisés dans les structures sanitaires de référence de 2007 à 2009, RDC



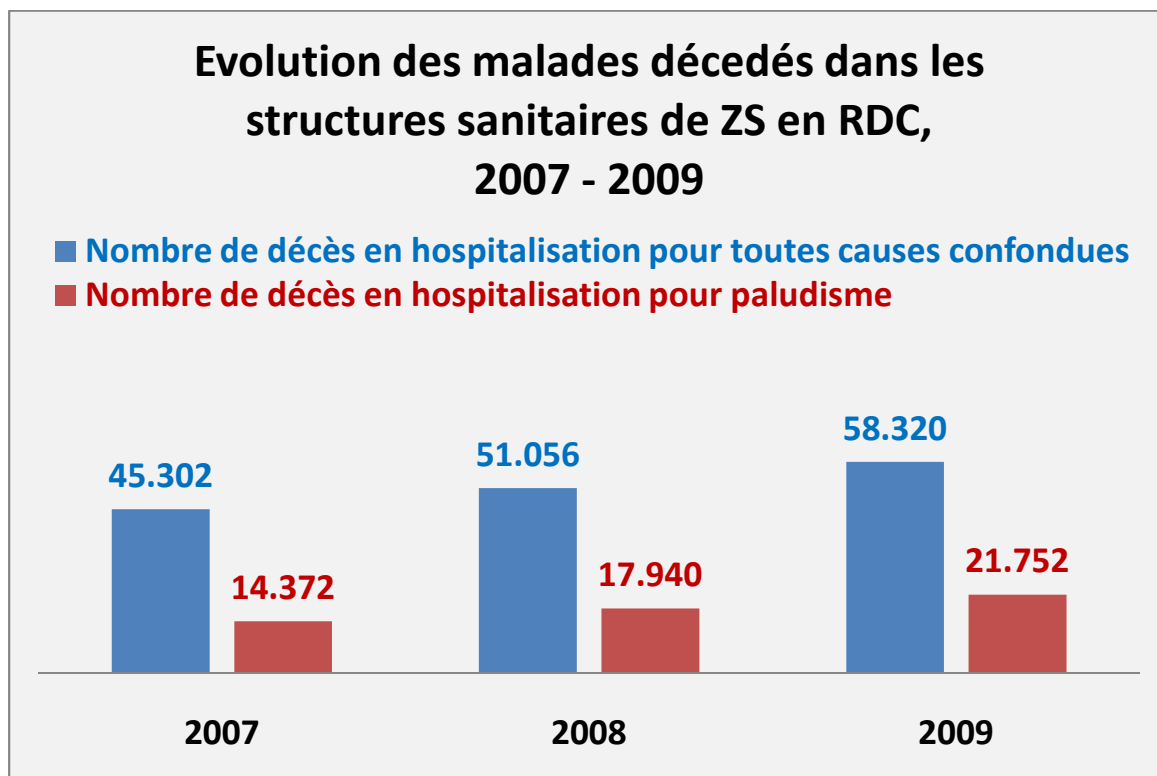
Entre 2007 et 2009, on enregistre une augmentation du nombre des malades hospitalisés pour toutes causes confondues, dont ceux ayant souffert du paludisme grave. Cette augmentation peut s'expliquer par l'amélioration du taux de complétude des rapports mensuels d'activités de zones de santé décrite à la figure 23.

Figure 19: Evolution de la proportion des malades souffrant du paludisme grave parmi les hospitalisés dans les formations sanitaires de référence en RDC, 2007-2009.



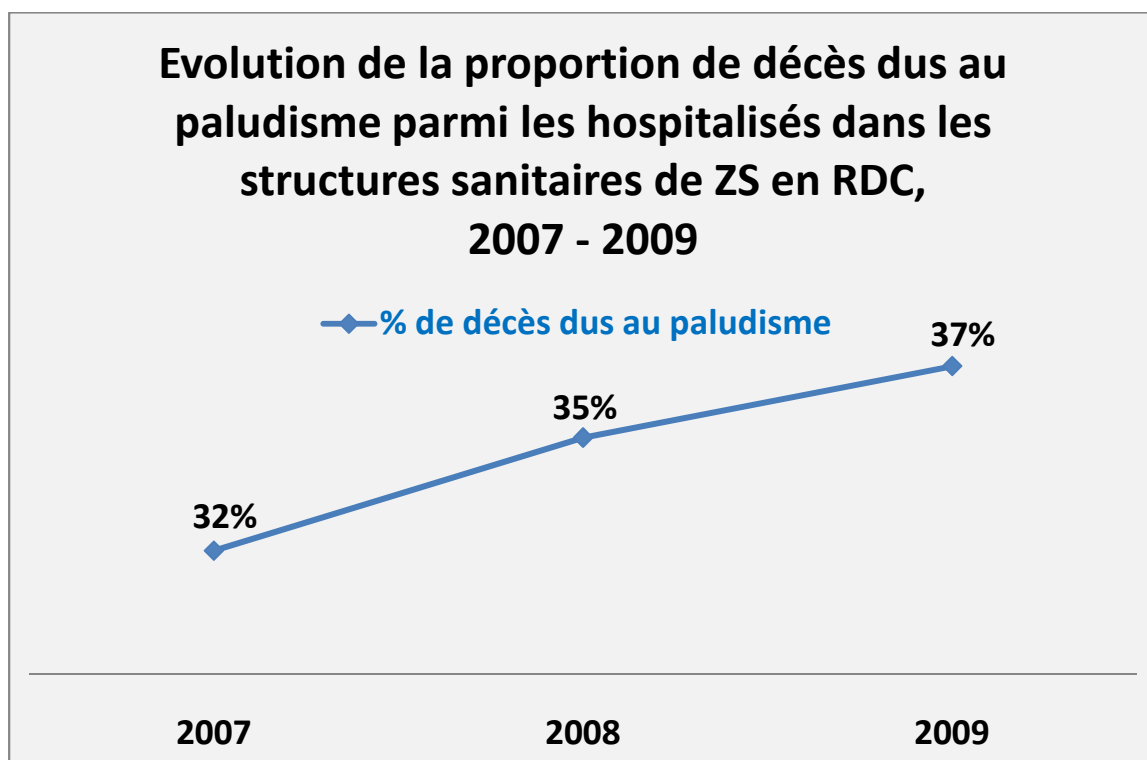
Une évolution avec de petites variations sur la proportion des malades souffrant du paludisme grave parmi les hospitalisés. .

Figure 20 : Evolution des malades décédés dans les structures sanitaires de ZS en RDC, 2007-2009



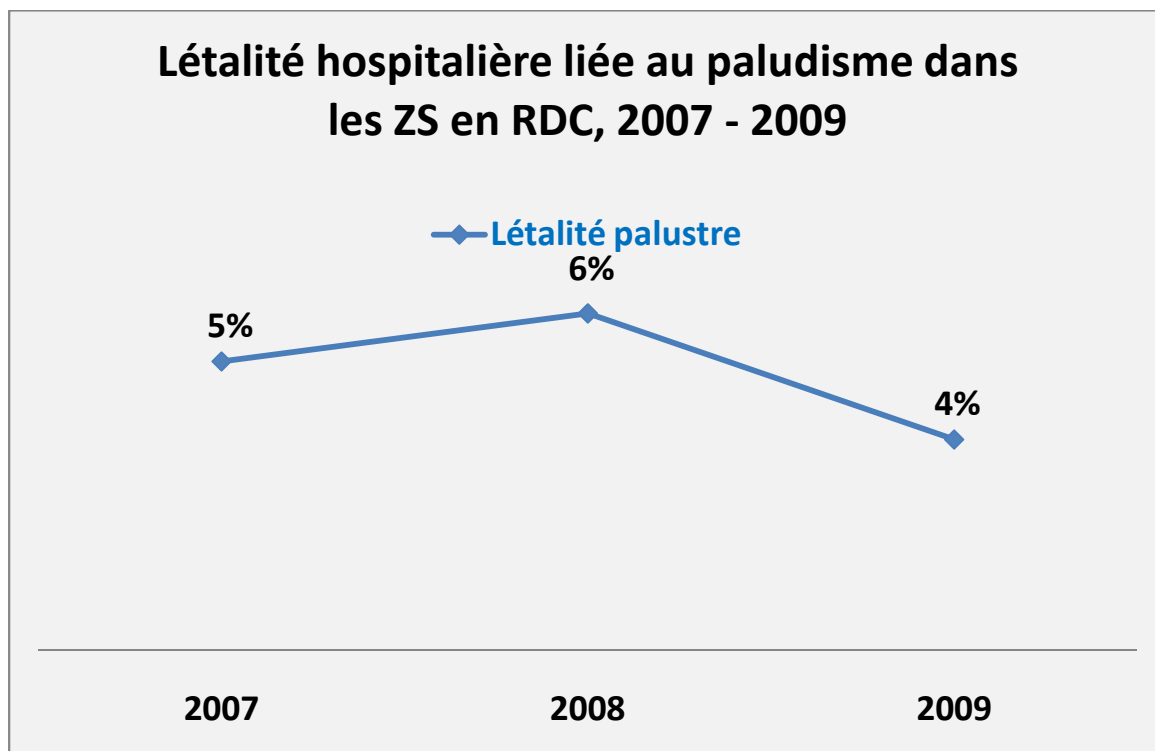
Entre 2007 et 2009, on enregistre une augmentation du nombre des malades décédés pour toutes causes confondues parmi lesquels ceux décédés du paludisme. Cette augmentation peut s'expliquer par l'amélioration du taux de complétude des rapports mensuels d'activités de zones de santé décrite à la figure 23.

Figure 21 : Evolution de la proportion de décès dus au paludisme parmi les hospitalisés dans les structures sanitaires de référence, RDC, 2007-2009



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

Figure 22 : Evolution de la létalité hospitalière liée au paludisme dans les structures sanitaires de références, RDC, 2007-2009

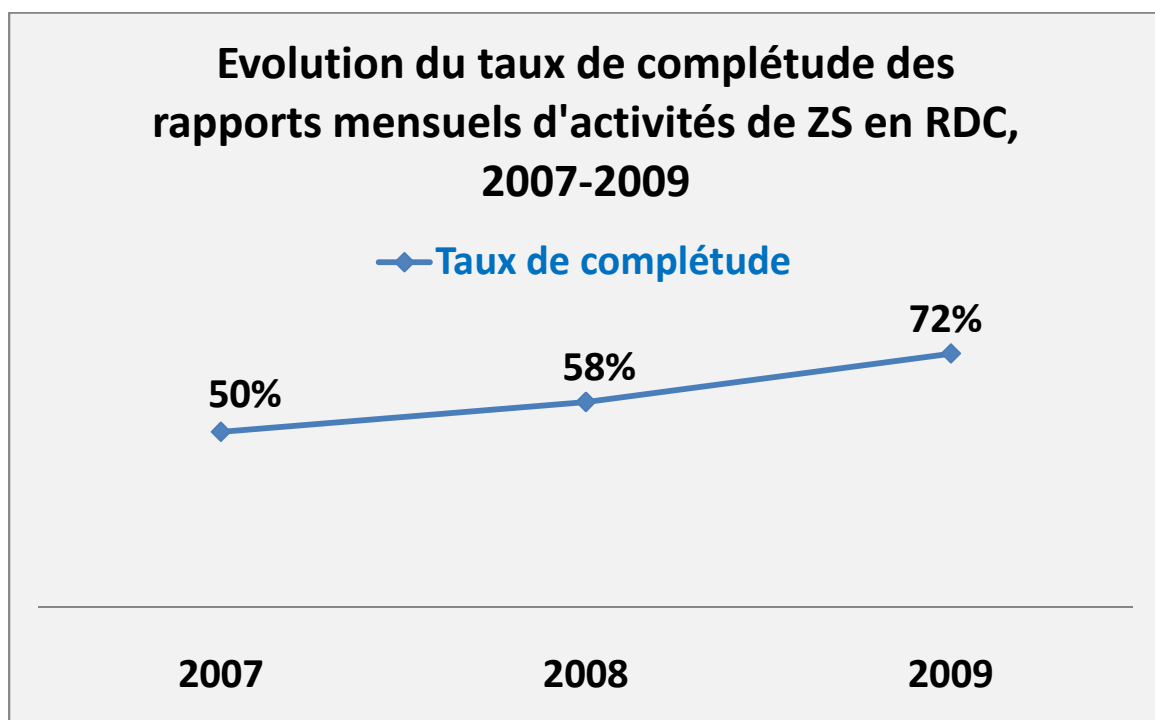


Cette figure montre que la létalité hospitalière liée au paludisme a connu une légère augmentation de 2007 (5%) à 2008, (6%) et une baisse en 2009 (4%)

➤ Monitoring

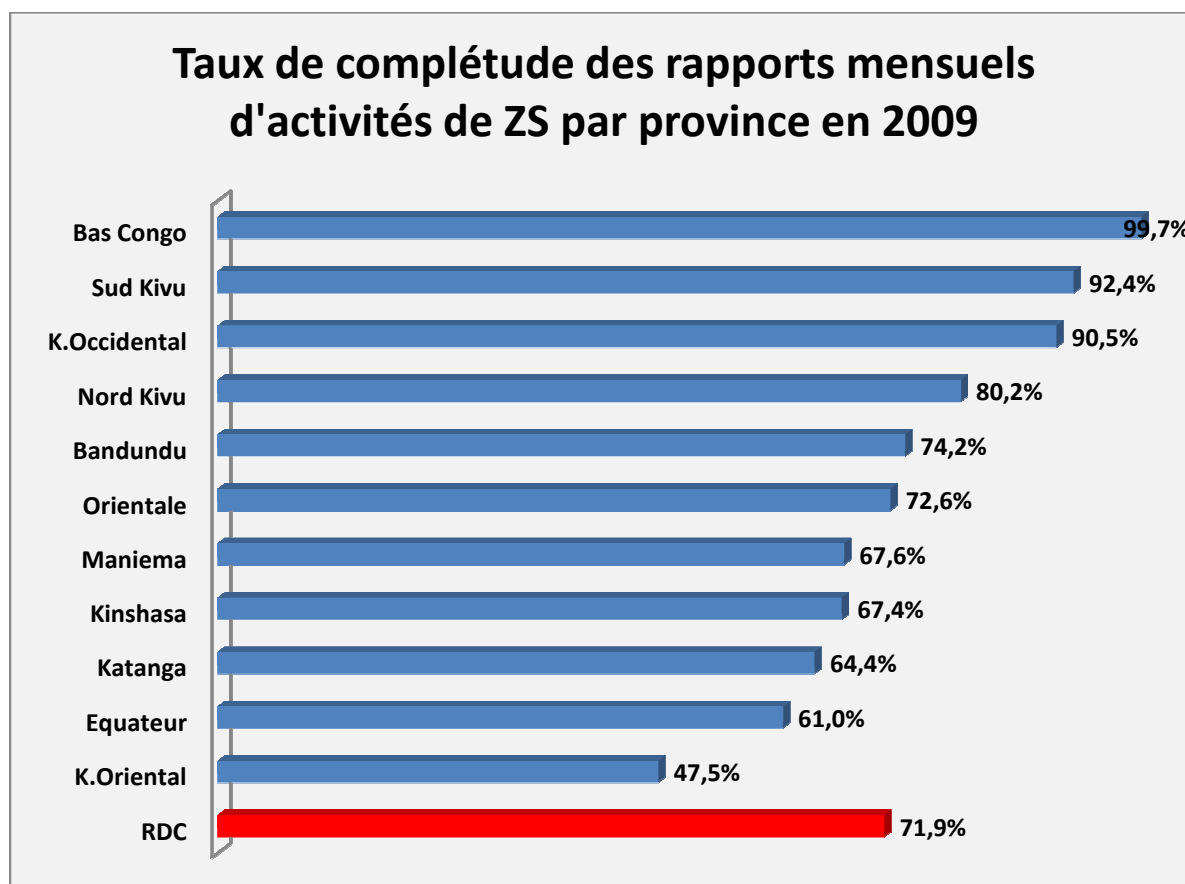
Le monitoring de la mise en œuvre des interventions de lutte antipaludique se base sur le système national d'information sanitaire. Ce système consiste en une récolte régulière des données au niveau des structures sanitaires qui les transmettent au niveau de la hiérarchie à travers les rapports mensuels d'activités. Considérant les 508 zones de santé actuellement reconnues par les provinces, il est annuellement attendu 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 et 4386 en 2009.

Figure 23 : Taux de complétude des rapports mensuels d'activités de zones de santé en RDC, 2007 – 2009



Le graphique ci dessus présenté montre que le taux de complétude des rapports mensuels des zones de santé est passé de 50% à 72% entre 2007 et 2009. Au vu de ce résultat, nous pouvons affirmer que le taux de complétude s'améliore d'année en année. Notre souci est que ce taux puisse atteindre la norme nationale soit 80% voir plus. C'est dans cette optique que doivent se conjuguer les efforts à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour l'atteinte de cet objectif en 2010, y compris l'amélioration de la qualité des données.

Figure 24 : Taux de complétude des rapports mensuels d'activités de zones de santé par province en 2009



Cette figure nous révèle trois constats :

- Excellence pour les provinces du Bas Congo, du Sud Kivu, du Kasai Occidental et du Nord Kivu ;
- Résultat moins satisfaisant pour la province du Kasai Oriental ;
- Résultat moyennement satisfaisant pour le reste des provinces du pays.

5. 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 » créée depuis 1998, cela nécessite l'apport de l'ensemble des services, institutions et organisations tant nationales et 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 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 2009

➤ Partenaires d'appui technique et bailleurs de fonds

- Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
- Banque Mondiale
- USAID
- Union Européenne/ FED 9
- Banque Africaine de Développement (BAD)
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- Les universités
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
- UNITAID
- DFID
- KOICA
- Tenke Fungurume Mining (TKM)
- ACDI
- Chaîne de bonheur (Suisse)
- PNUD

➤ Partenaires d'appui opérationnel aux zones de santé

<ul style="list-style-type: none">• Memisa Belgique• Horizon Santé• ECC-IMA/SANRU• Caritas Congo• BDOM/Kinshasa• Mundicus Mundi Navara• Armée du Salut• Médair	<ul style="list-style-type: none">• CEMUBAC• GTZ• Cordaid• Merlin• CRS• UNC• CARE• PSI/ASF
---	---

Dépenses des ressources financières par catégorie en 2009 (USD)

<i>Catégories</i>	Gouvernement	Fond Mondial	USAID	Banque Mondiale	UNICEF	OMS	UNITAID	Total
<i>Ressources humaines et appui technique</i>	1.500.000	1.728.345	547.000	0	481.292	3.589		4.760.226
<i>Formation</i>		670.656	2.620.000	0	357.063	31.474		3.679.193
<i>MILD</i>		1.340.990	4.500.000	9.316.696	1.188.917	2.660	29.500.000	45.849.263
<i>Insecticide & matériaux d'imprégnation</i>		0	0	0	0	24.290		24.290
<i>Diagnostic du paludisme (TDR, microscopie)</i>		0	550.000	0	0	11.382		561.382
<i>Antipaludiques</i>		0	3.700.000	1.176.710	146.405	0		5.023.115
<i>Gestion des approvisionnements</i>		0	350.000	399.699	922.605	0		1.672.304
<i>Infrastructure et équipement</i>	500.000	20.815	0	0	0	0		20.815
<i>Communication et plaidoyer</i>		0	1.440.000	0	140.601	0		1.580.601
<i>Suivi et évaluation</i>		1.212.870	880.000	0	792.214	13.500		2.898.584
<i>Planification, administration, frais généraux</i>		0	953.000	208.178	1.335.913	0		2.497.091
<i>Autres</i>		2.687.215	40.000	0	0	0		2.727.215
Total	2.000.000	7.660.891	15.580.000	11.101.283	5.365.010	86.895	29.500.000	71.294.079

6. ANALYSE DES FORCES, FAIBLESSES, MENACES ET OPPORTUNITES

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.
- Quantités croissantes des intrants de lutte contre le paludisme fournis aux zones de santé
- Amélioration de la complétude des rapports mensuels d'activités de zone de santé

6.2 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
- Augmentation du nombre des malades vus en consultation et des décès dus au paludisme dans les structures sanitaires
- Faible reporting sur la consommation des ACT dans les zones de santé

6.3 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 permanent de pauvreté de la population
- Faible niveau de fonctionnalité des zones de santé

6.4 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

7. 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 2010
- 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
- Améliorer le reporting sur la consommation des ACT
- Améliorer les taux de complétude et de promptitude ainsi que la qualité des données relatif aux rapports mensuels d'activités de lutte contre le paludisme

8. CONCLUSION

L'année 2009 a connu une collaboration étroite entre le Ministère de la santé publique, les partenaires bailleurs de fonds et les partenaires d'appui opérationnel dans la mise en œuvre harmonieuse du PMA de lutte contre le paludisme dans les zones de santé. 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 2009 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 2010 et par conséquent éliminer le retard des approvisionnements des intrants de lutte antipaludique à l'échelle nationale.