

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

RAPPORT ANNUEL
2011



Table des matières

ACRONYMES.....	2
I. INTRODUCTION.....	3
II. RAPPEL DU PLAN STRATEGIQUE 2009 – 2013	4
III. RAPPEL DU DESCRIPTIF DU PLAN D’ACTION 2011	5
VI. RESULTATS OBTENUS DANS LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS ANTIPALUDIQUES EN 2011	7
1. Mise en œuvre du PMA de lutte antipaludique dans les ZS	7
2. Offre et utilisation des services par domaine d’interventions.....	11
❖ Promotion de l’utilisation des moustiquaires imprégnées d’insecticide à longue durée d’action.....	11
❖ 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 chez la femme enceinte	19
❖ Prise en charge des cas du paludisme.....	24
V. SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS.....	30
VI. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES.....	32
VII. PARTENARIAT ET UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES	44
VIII. EVALUATION DE PERFORMANCE DU PROGRAMME PAR PROVINCE	50
IX. ANALYSE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES	55
X. RECOMMANDATIONS.....	56
XI. CONCLUSION	56

ACRONYMES

BAD	: Banque Africaine de Développement
BCZS	: 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
CTA	: Combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine
DAF	: Division Administrative et Financière
ECZS	: Equipe Cadre de la Zone de Santé
FM	: Fonds Mondial
FRP	: Faire Reculer le Paludisme
GE	: Goutte Epaisse
GMP	: Global Malaria Plan
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
Nb	: Nombre
RDC	: République Démocratique du Congo
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SA	: Sans Appui
SP	: Sulfadoxine-Pyriméthamine
SP2	: Sulfadoxine-Pyriméthamine (2 ^{ème} dose)
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 ont été enregistrés dans la lutte contre le paludisme au cours de ces dernières années grâce à la poursuite effective des grands projets d'appui au PNLN, en particulier, les activités en rapport avec les approvisionnements en CTA, 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 2011.

Les résultats obtenus ont été présentés par axe d'intervention, couplés avec une large analyse comparative de 4 années précédentes.

II. RAPPEL DU PLAN STRATEGIQUE 2009 – 2013

II.1 Objectifs

Objectif général

L'objectif général 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 PNL.

III. RAPPEL DU DESCRIPTIF DU PLAN D'ACTION 2011

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

- Assurer la distribution de masse de 10.357.407 MILD dans les provinces du Kasai Oriental, du Kasai Occidental, Bas-Congo et 2 districts sanitaires de l'Equateur
- Augmenter de 342 à 422 zones de santé ayant intégré le paquet minimum d'activités (PMA) de lutte antipaludique en République Démocratique du Congo.

III.3 Résultats attendus

- 10.357.407 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 2 654 104 femmes enceintes
- Le traitement à l'Artésunate plus Amodiaquine de 19 210 033 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

VI. RESULTATS OBTENUS EN 2011

Les résultats obtenus en 2011 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 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.

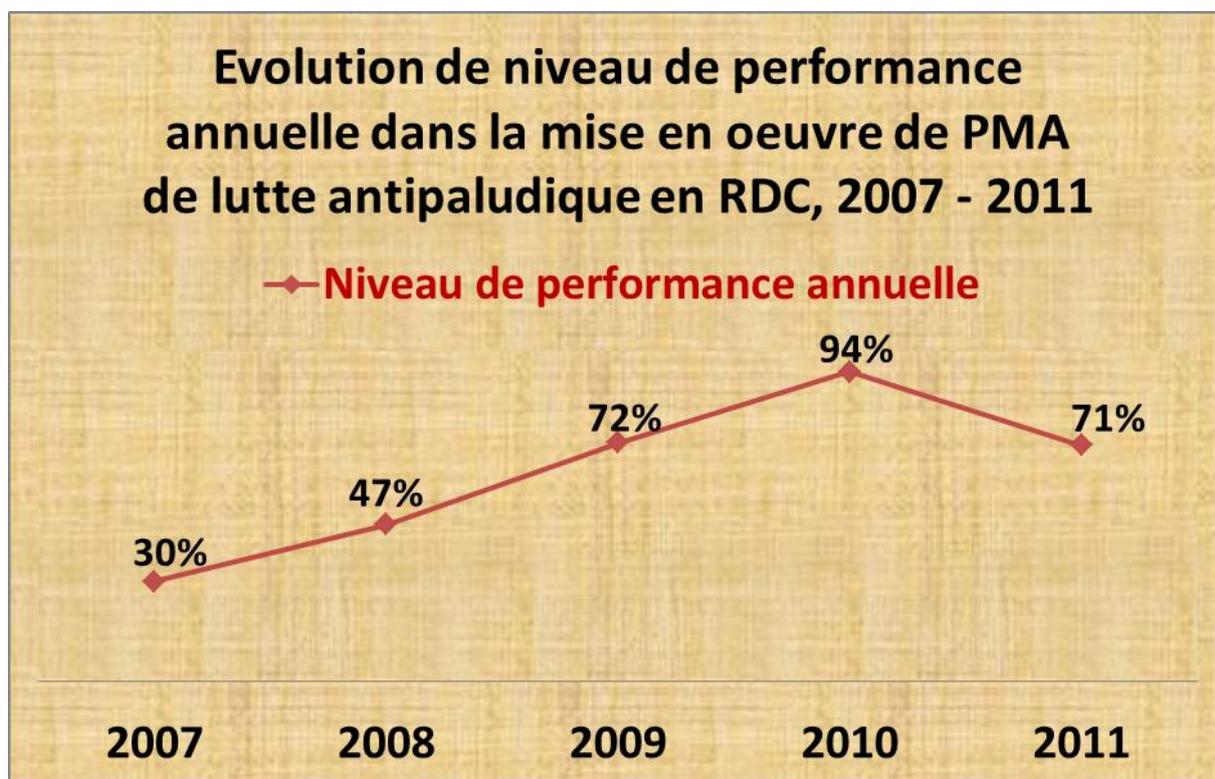
Tableau 1 : Mise en œuvre du paquet minimum d'activités de lutte contre le paludisme en RDC

N°	Année	Couverture de 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%

Le plan d'action 2011 du Programme National de Lutte contre le Paludisme avait prévu la mise en œuvre du paquet minimum d'activités de lutte contre ce fléau (PMA) dans 422 zones de santé du pays. Les résultats obtenus à la fin 2011 indiquent que 301 zones sur 422 ont mis en œuvre le PMA, soit un niveau de performance de 71%. Notons cependant que le pays compte 515 zones de santé. La couverture atteinte en 2011 représente 58% de la couverture nationale. On note une régression par rapport à l'année 2010 liée à l'exécution partielle de certains projets. Raison pour laquelle il s'avère indispensable de fournir davantage des efforts en vue de couvrir urgemment l'ensemble des ZS du pays grâce aux financements additionnels actuels.

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.

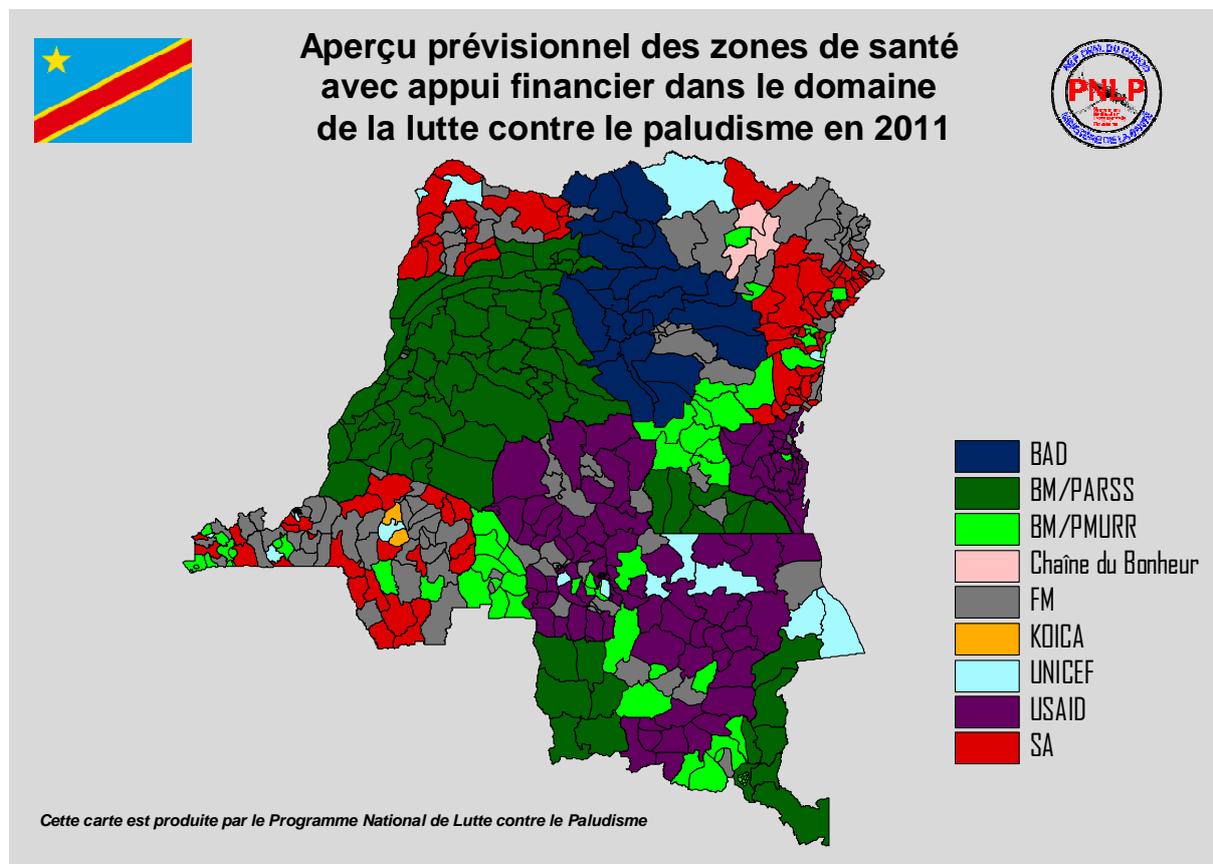
Figure 1 : Mise en œuvre du paquet minimum d'activités de lutte contre le paludisme en RDC



On a une progression soutenue entre 2007 et 2010 suivie d'une régression en 2011

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, 2011



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 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 la mise en œuvre du PMA dans 422 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 antipaludique 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	41	52	79%
3	EQUATEUR	12	69	17%
4	KATANGA	44	67	66%
5	KASAI OCCIDENTAL	30	44	68%
6	KASAI ORIENTAL	28	51	55%
7	KINSHASA	20	35	57%
8	MANIEMA	16	18	89%
9	NORD KIVU	23	24	96%
10	ORIENTALE	30	83	36%
11	SUD KIVU	34	34	100%
	TOTAL	301	508	59%

Le tableau montre que la mise en œuvre du paquet des interventions de lutte contre le paludisme est :

- ❖ Satisfaisante dans le Sud Kivu Nord Kivu ;
- ❖ Faible dans la province de l'Equateur et de la Province Orientale ;
- ❖ Le reste de provinces dégage une couverture moyenne.

Dans l'ensemble de la RDC, 59% des ZS ont mis en œuvre le PMA de lutte contre le paludisme en 2011.

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 et mise en œuvre en RDC.

Différentes approches ont été utilisées en 2011 pour accroître la proportion des personnes dormant sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, à savoir :

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

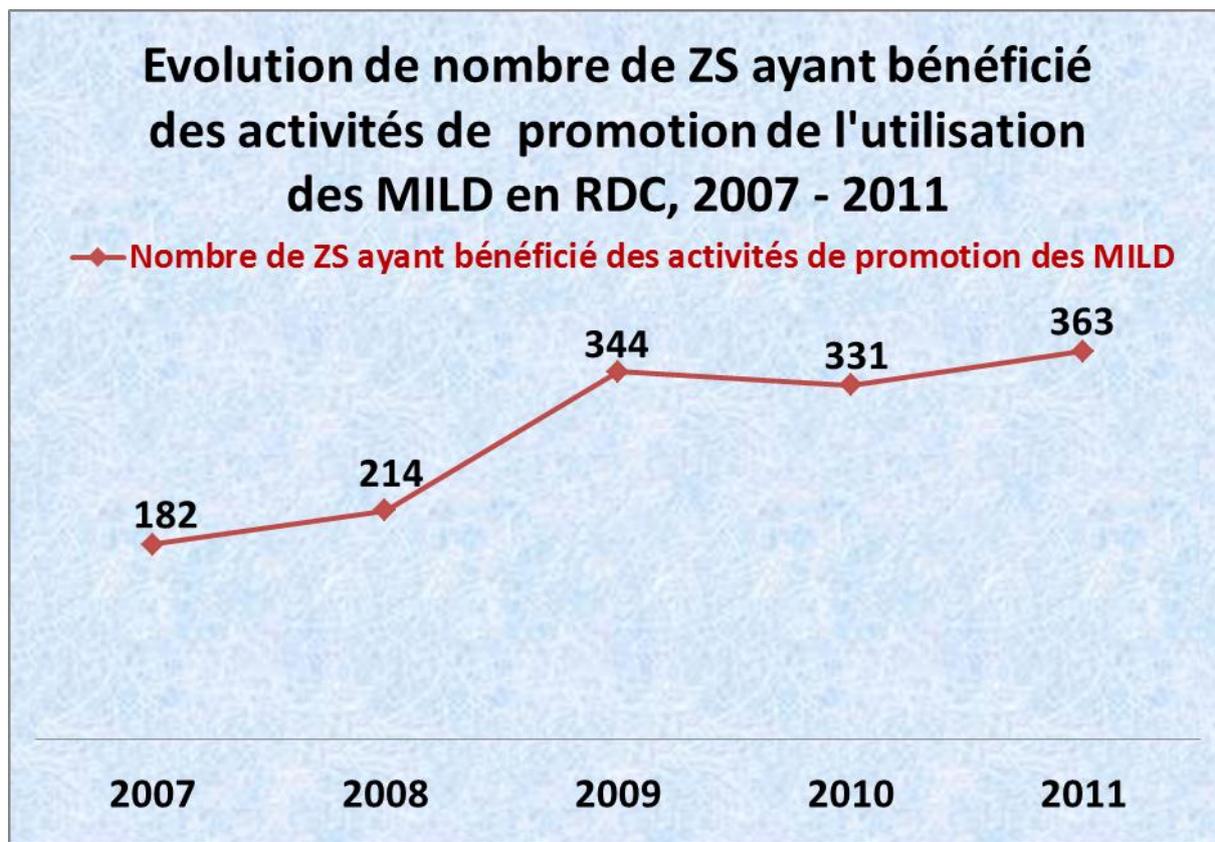
En outre, la distribution est soutenue par les activités de communication pour l'utilisation effective des MILD.

Tableau 3 : Couverture des provinces en promotion des MILD de routine (CPN et CPS) et campagne de masse dans les zones de santé en 2011

N°	Province	Nb ZS avec promotion des MILD	Nb de ZS fonctionnelles par province en RDC	Taux de couverture de la province
1	BAS CONGO	31	31	100%
2	BANDUNDU	41	52	79%
3	EQUATEUR	21	69	30%
4	KATANGA	53	67	79%
5	KASAI OCCIDENTAL	43	44	98%
6	KASAI ORIENTAL	49	51	96%
7	KINSHASA	22	35	63%
8	MANIEMA	16	18	89%
9	NORD KIVU	23	24	96%
10	ORIENTALE	30	83	36%
11	SUD KIVU	34	34	100%
	TOTAL	363	508	71%

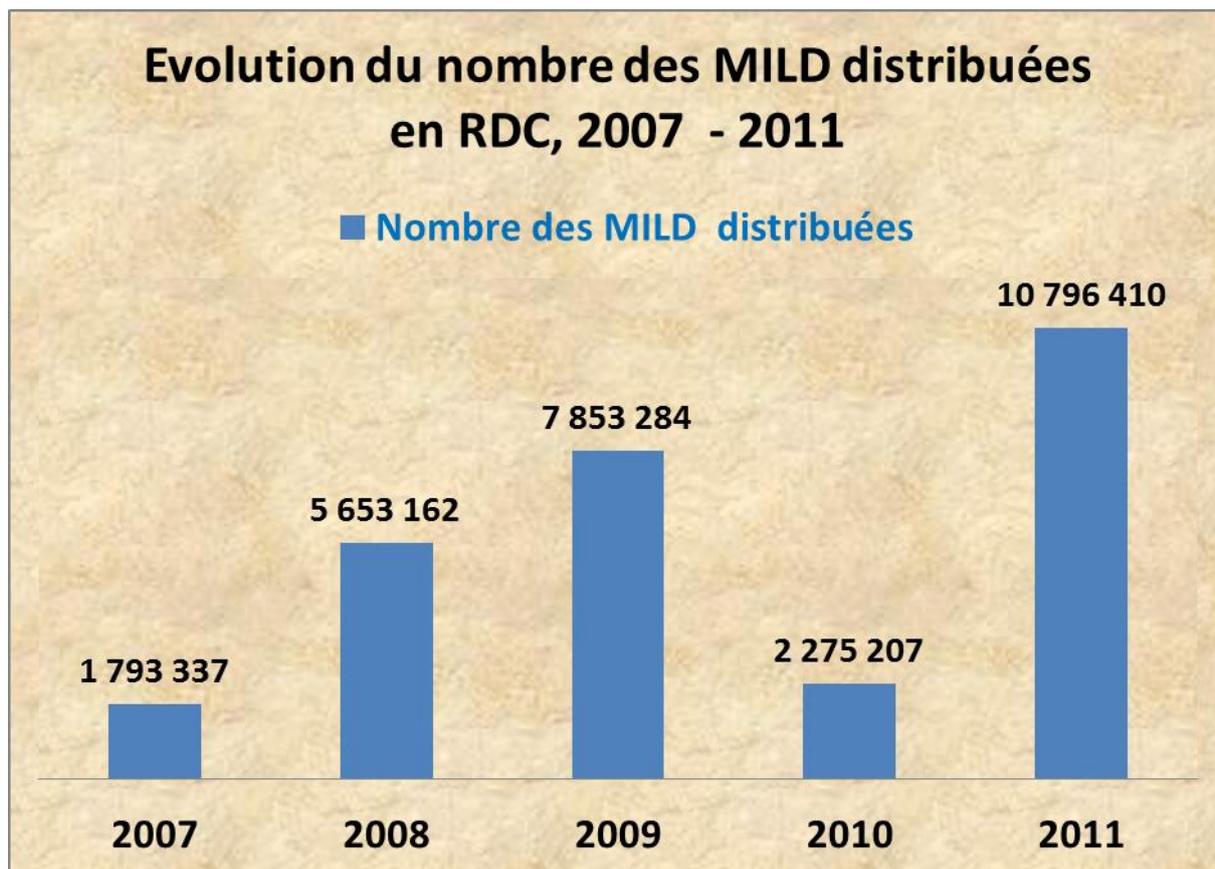
La promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action a été assurée dans 363 zones de santé du pays, ce qui représente une couverture de 71%. On note une faible activité de routine dans les provinces de l'Equateur, de l'Orientale, de Kinshasa, du Bandundu et du Katanga.

Figure 3 : Mise en œuvre de la promotion de l'utilisation des MILD dans les zones de santé RDC, 2007-2011.



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 en sauf en 2010. Mais en 2011, on compte 363 ZS sur 508, soit 71,4% avec promotion de l'utilisation des MILD.

Figure 4 : Approvisionnement et distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action en RDC, 2007-2011



En général, on note une évolution croissante du nombre des MILD reçues et distribuées en RDC.

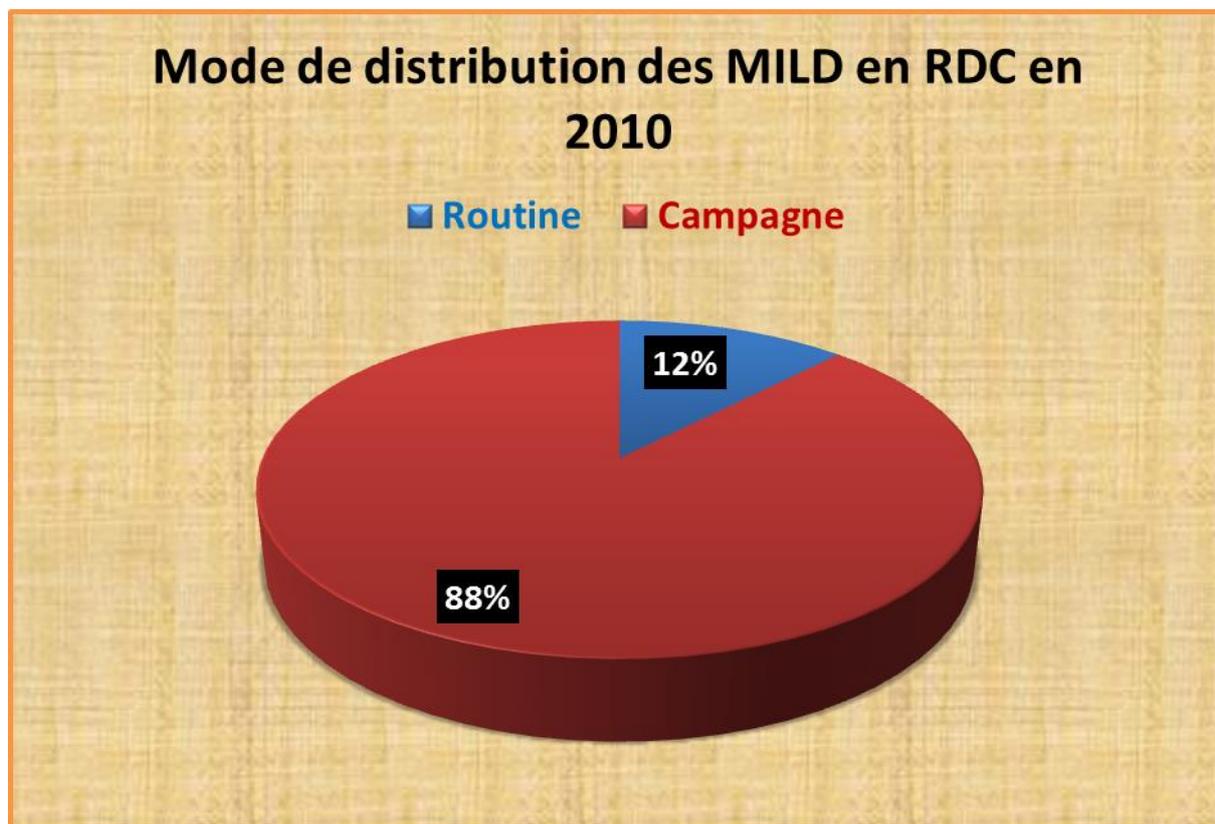
En 2011, 10 796 410 MILD mobilisées à travers le pays sur 24 655 520 prévues, soit un niveau de performance estimé à 44%.

Ces MILD mobilisées en 2011 ont été distribuées à travers :

- Routine (CPN et CPS) : **1 317 597** MILD
- Campagne de distribution de masse : **9 478 813** MILD dont 1 562 903 MILD dans la province du Bas-Congo, 3 898 088 dans la province du Kasai Occidental, 3 135 021 dans la province du Kasai Oriental et 883.638 dans deux districts sanitaires de la province de l'Equateur

Le Rapport Annuel 2010 fait état de 11.739.299 MILD reçues et distribuées en 2010. En effet, le pays avait importé en 2010, mais toutes ces quantités importées n'avaient pas été distribués au cours de la même année. Ainsi l'actuel rapport met en exergue, les MILD distribuées exactement en 2010 (2.275.207) et en 2011 (10 796 410).

Figure 5 : Mode de distribution des MILD reçues en RDC, 2011

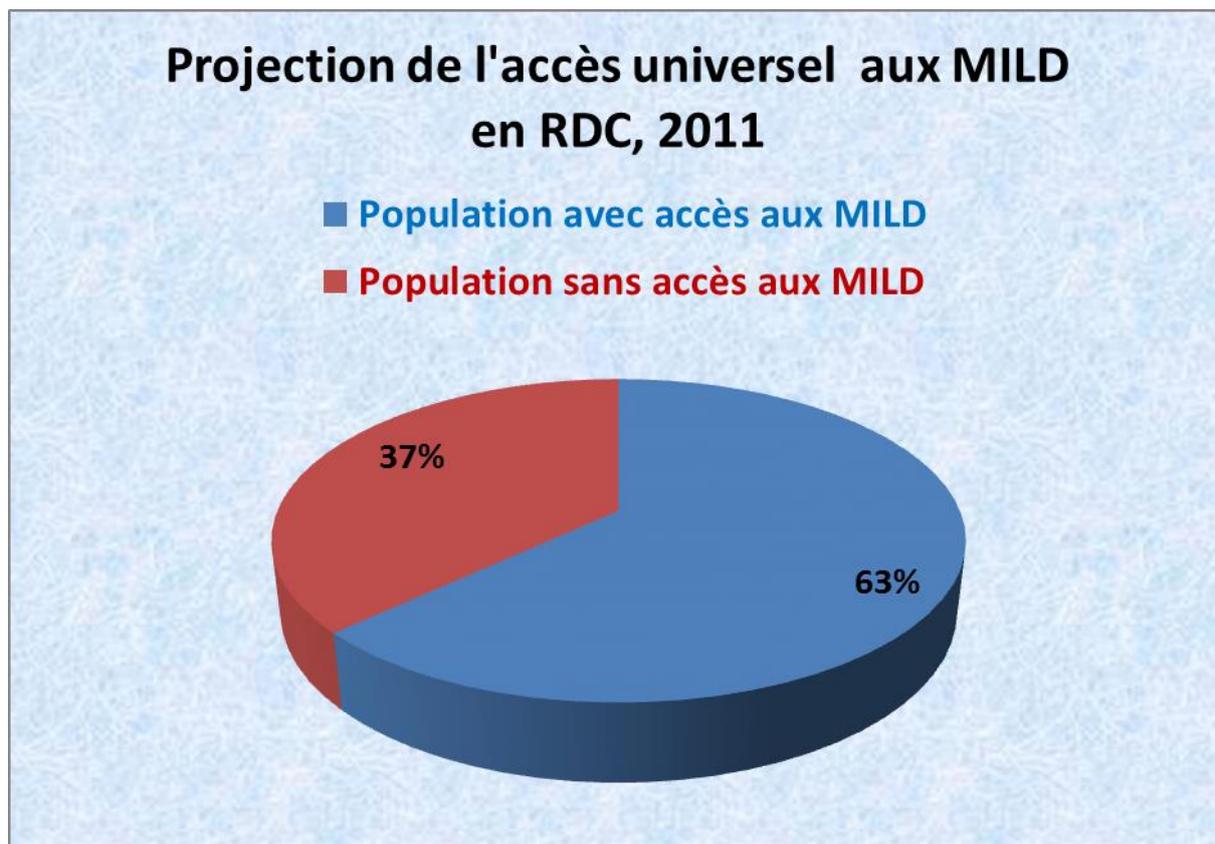


En 2011, 10 796 410 MILD ont été distribuées à travers :

- Routine (CPN et CPS) : **1 317 597** MILD
- Campagne de distribution de masse : **9 478 813** MILD dont 1 562 903 MILD dans la province du Bas-Congo, 3 898 088 dans la province du Kasai Occidental, 3 135 021 dans la province du Kasai Oriental et 883.638 dans deux districts sanitaires de la province de l'Equateur

Le principal mode de distribution des MILD en RDC demeure la campagne de masse (88%) 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 2011



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

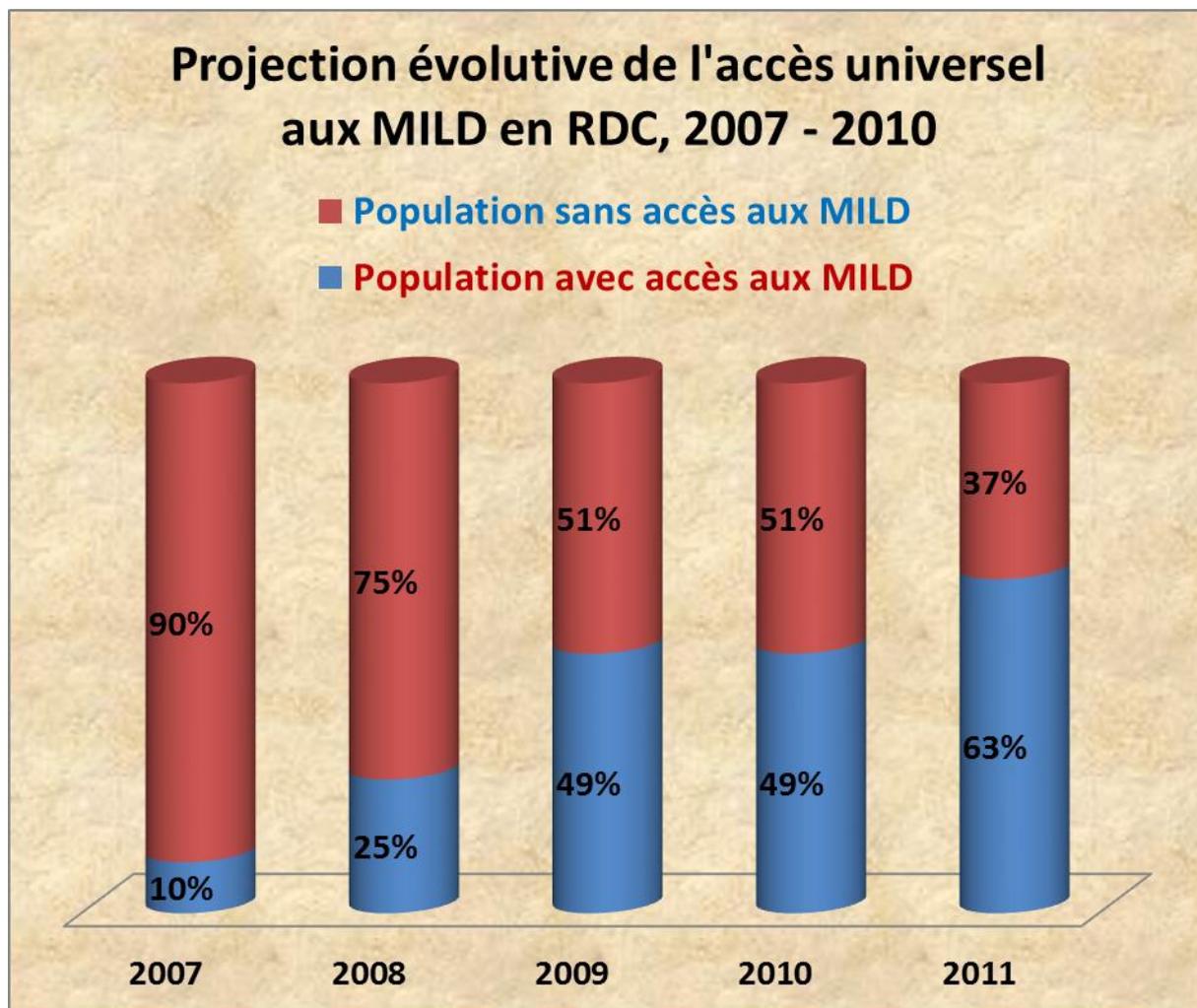
- 2007 : 1.793.337
- 2008 : 5.653.162
- 2009 : 7.813.814
- 2010 : 2.275.207
- 2011 : 10.796.410

De façon cumulée, on estime à 20.924.901 MILD en usage en 2011. Les MILD en usage sont celles distribuées en 2009, 2010 et 2011. Les MILD de 2007 et 2008 n'ont pas été prises en compte dans le total cumulé de 2011 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 63% de la population qui a eu accès aux MILD en fin 2011.

Figure 7 : Projection évolutive de l'accès universel aux moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action en RDC, 2007 - 2011



La proportion des personnes pouvant accéder à cet outil passera de 10 % en 2007 à 63 % en 2011.

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

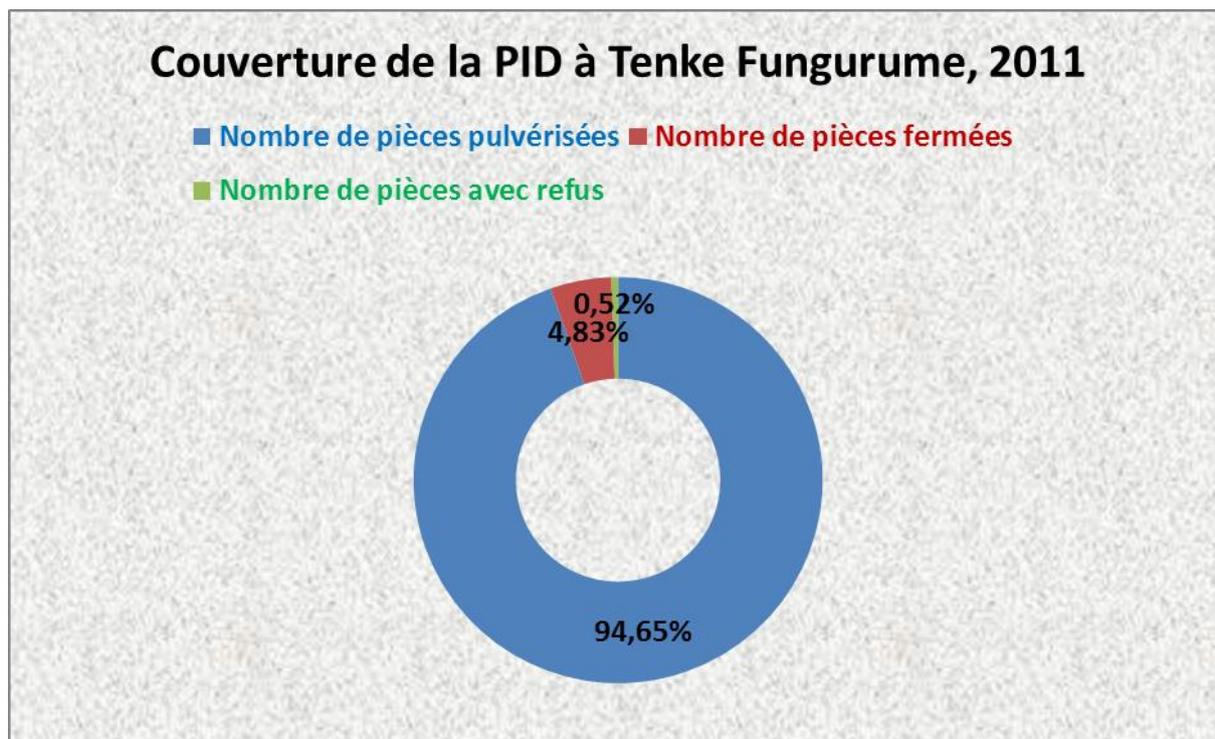
La pulvérisation intra domiciliaire (PID) s'applique actuellement dans la province du Katanga avec l'engagement des entreprises minières à couvrir les frais inhérents à ces opérations. Initialement prévue dans 4 zones de santé, elle ne s'applique que dans une seule d'entre elles en l'occurrence la ZS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

Notons qu'en 2011, cette activité n'a couvert que 11 Aires de Santé sur les 18 que compte la Zone de Santé, soit une population couverte de 136.738 sur 199.801 habitants.

Tableau 4 : Répartition des données de pulvérisation par aire de santé en 2011

Aire de Santé	Maisons	Pièces pulvérisées	Fermées	Refus	Nombre de Sachets	Insecticide: en kg
Kasolondo	6.924	21.308	1.302	128	5.874	734,25
Mpala	5.546	16.237	1.163	218	3.980	497,50
Mulumbu	788	1.998	119	3	541	67,63
Nguba	1.664	4.698	189	0	1.305	168,75
Tenke	8.056	28.792	1.102	110	7.430	1.666,82
Lukotola	1.816	4.462	66	10	1.178	147,25
Dipeta 2	5.998	18.204	1.043	117	4.703	587,88
Dipeta 1	3.811	12.529	501	25	3.226	403,25
Kilusonsa	893	2.384	85	0	624	111,63
Kuvumbi	612	1.309	139	6	373	46,63
Tshilongo	20	51	0	0	13	1,63
Total	36.128	111.972	5.709	617	29.247	4.433,22

Figure 8 : Niveau de couverture de la PID à Tenke Fungurume en RDC, 2011



Une performance de 94,65% a été observée quant aux pièces réellement pulvérisées. Néanmoins, il a été noté 4,83% de pièces trouvées en état de fermeture et 0,52 % de refus par les potentiels bénéficiaires.

❖ **Application du traitement préventif intermittent chez la femme enceinte**

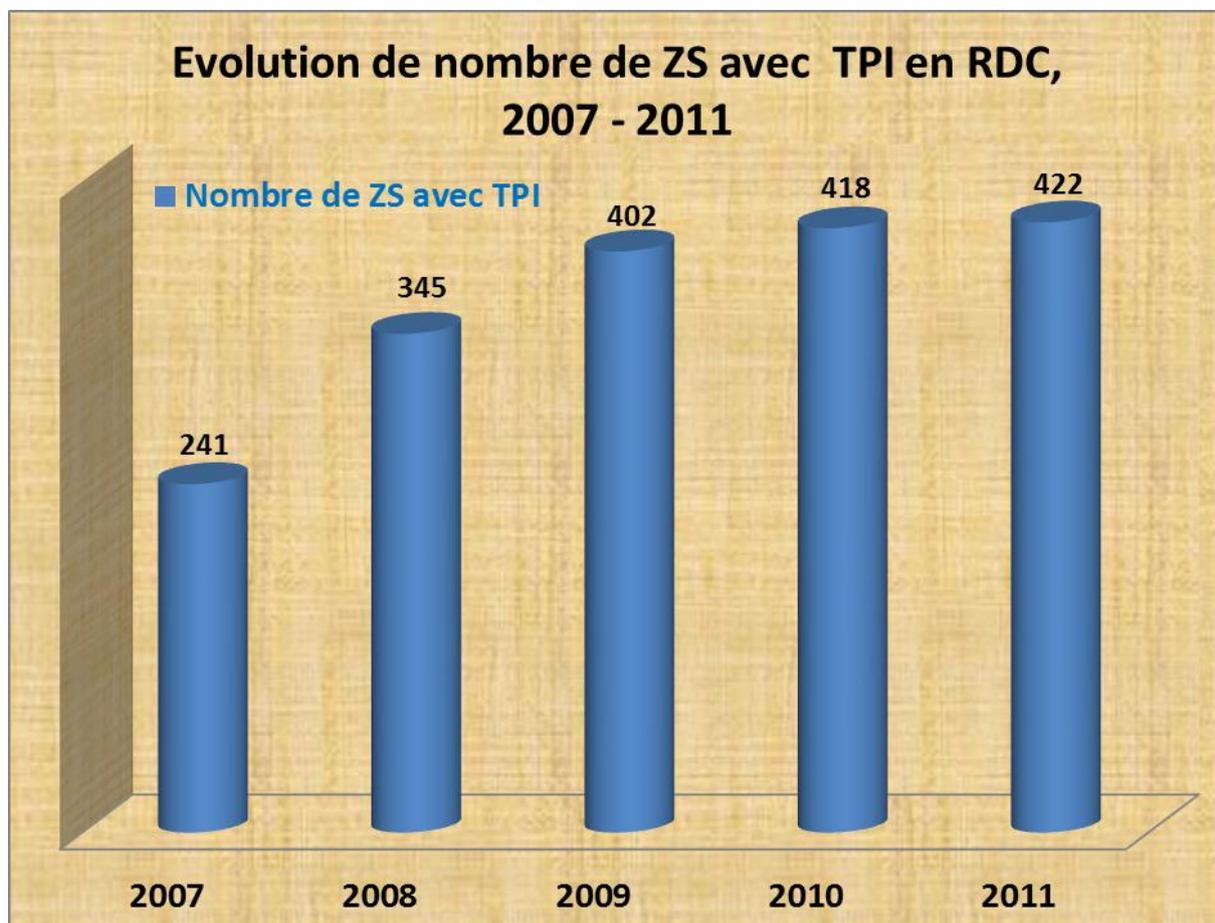
Le Traitement Préventif Intermittent (TPI) consiste en l'administration de 2 doses de SP à la femme enceinte pour prévenir les conséquences du paludisme pendant la grossesse. La SP est administrée aux 16^{ème} et 28^{ème} semaines de la grossesse pour les femmes enceintes séronégatives au VIH.

Tableau 5: Couverture des provinces en TPI dans les zones de santé en 2011

N°	Province	Nb ZS avec application de TPI	Nb de ZS fonctionnelles par province en RDC	Taux de couverture de la province
1	BAS CONGO	31	31	100%
2	BANDUNDU	41	52	79%
3	EQUATEUR	47	69	68%
4	KATANGA	44	67	66%
5	KASAI OCCIDENTAL	43	44	98%
6	KASAI ORIENTAL	35	51	69%
7	KINSHASA	34	35	97%
8	MANIEMA	17	18	94%
9	NORD KIVU	23	24	96%
10	ORIENTALE	73	83	88%
11	SUD KIVU	34	34	100%
	TOTAL	422	508	83%

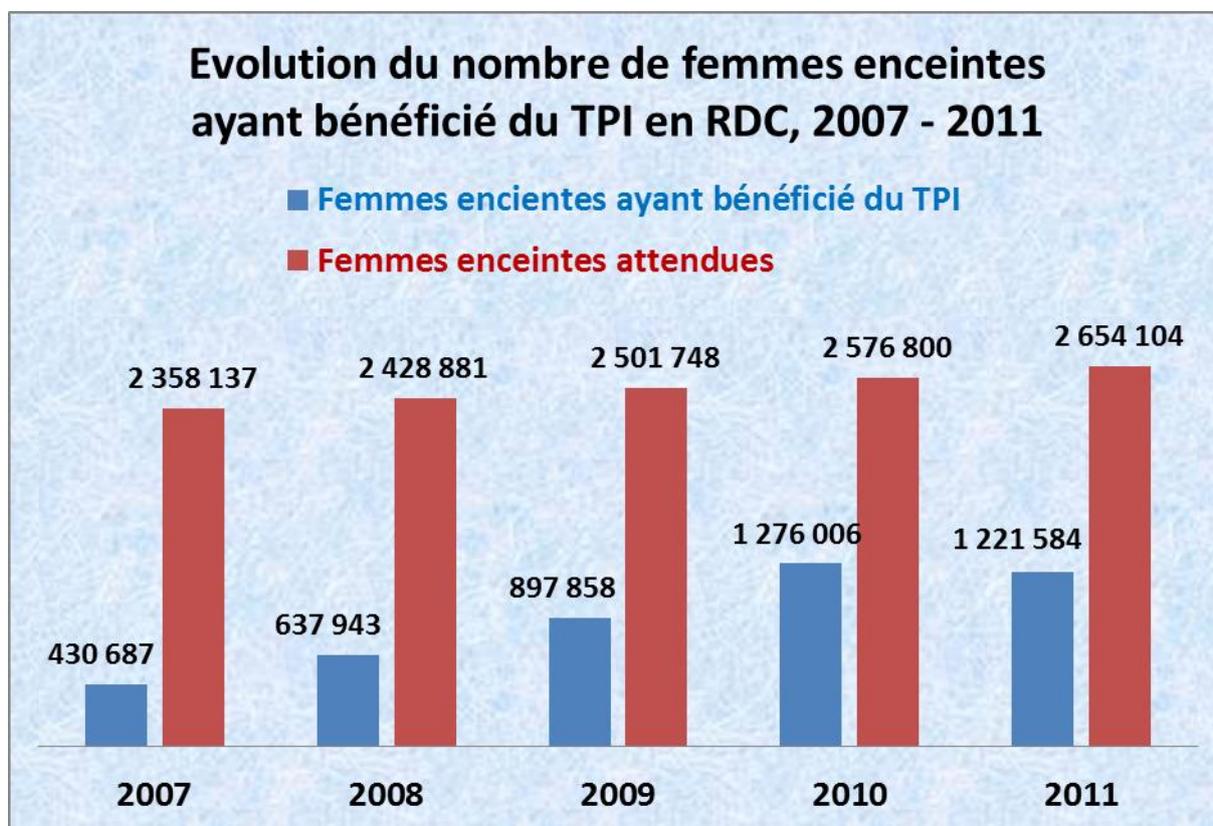
419 zones de santé de la RDC soit 83 % ont appliqué le traitement préventif chez les femmes enceintes. Les efforts doivent encore être fournis par certaines provinces telles que le Katanga, le Bandundu, Kasai Oriental et l'Equateur.

Figure 9 : Mise en œuvre du Traitement Préventif Intermittent dans les zones de santé RDC, 2007-2011.



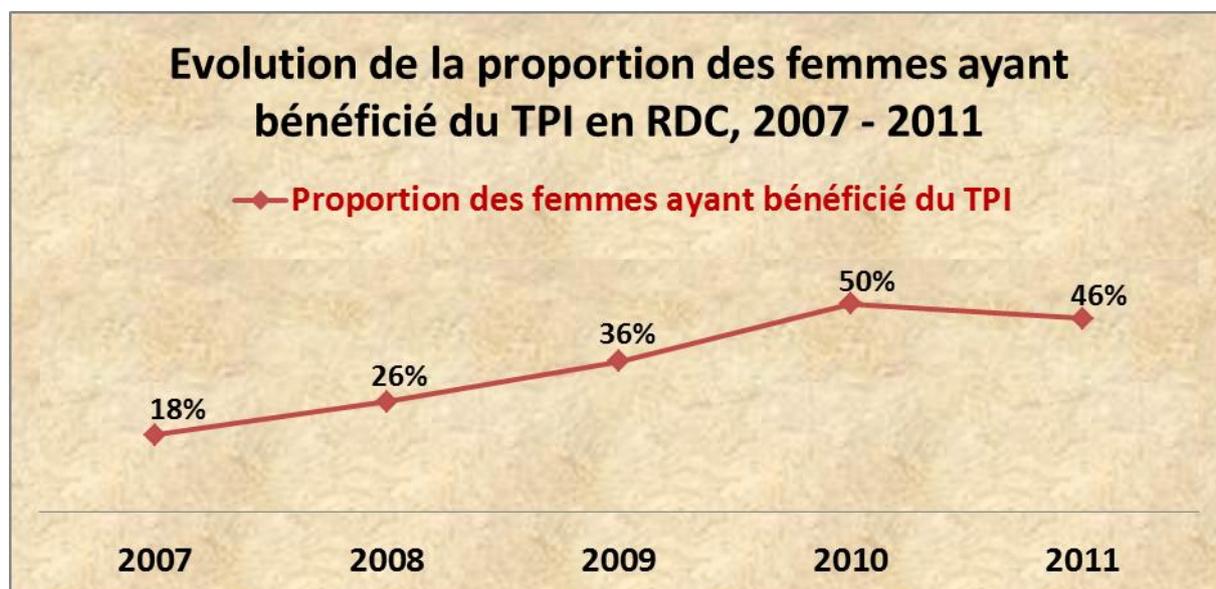
Le nombre de zones de santé mettant en œuvre le Traitement Préventif Intermittent (TPI) est passé de 241 à 422 entre 2007 et 2011.

Figure 10 : Femmes enceintes ayant bénéficié du TPI en RDC, 2007-2011.



Le nombre femmes ayant bénéficié du TPI est passé de 430.687 en 2007 à 1.221.584 en 2011.

Figure 11 : Evolution de la proportion de femmes enceintes ayant bénéficié du TPI en RDC, 2007-2011.



Entre 2007 et 2011 la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI par rapport aux femmes enceintes attendues dans la communauté est passée de 16% à 46%.

Tableau 6 : Couverture des femmes enceintes en TPI par province en 2011.

N°	Province	Femmes enceintes attendues	Femmes ayant bénéficié TPI	Pourcentage
1	BAS CONGO	112 529	70 933	63%
2	BANDUNDU	267 652	121 353	45%
3	EQUATEUR	299 340	115 784	39%
4	KATANGA	381 667	113 719	46%
5	KASAI OCCIDENTAL	249 535	131 349	41%
6	KASAI ORIENTAL	316 925	157 304	41%
7	KINSHASA	238 318	103 288	43%
8	MANIEMA	71 048	37 125	52%
9	NORD KIVU	214 453	154 812	72%
10	ORIENTALE	329 076	127 737	39%
11	SUD KIVU	173 561	88 180	51%
	TOTAL	2 654 103	1 221 584	46%

Dans son ensemble 46% des femmes enceintes ont bénéficié d'un traitement préventif intermittent en 2011. La province du Nord Kivu a la couverture la plus élevée (72%) et l'Equateur et la Province Orientale ont réalisé la couverture la plus basse (39%).

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

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

❖ Paludisme simple

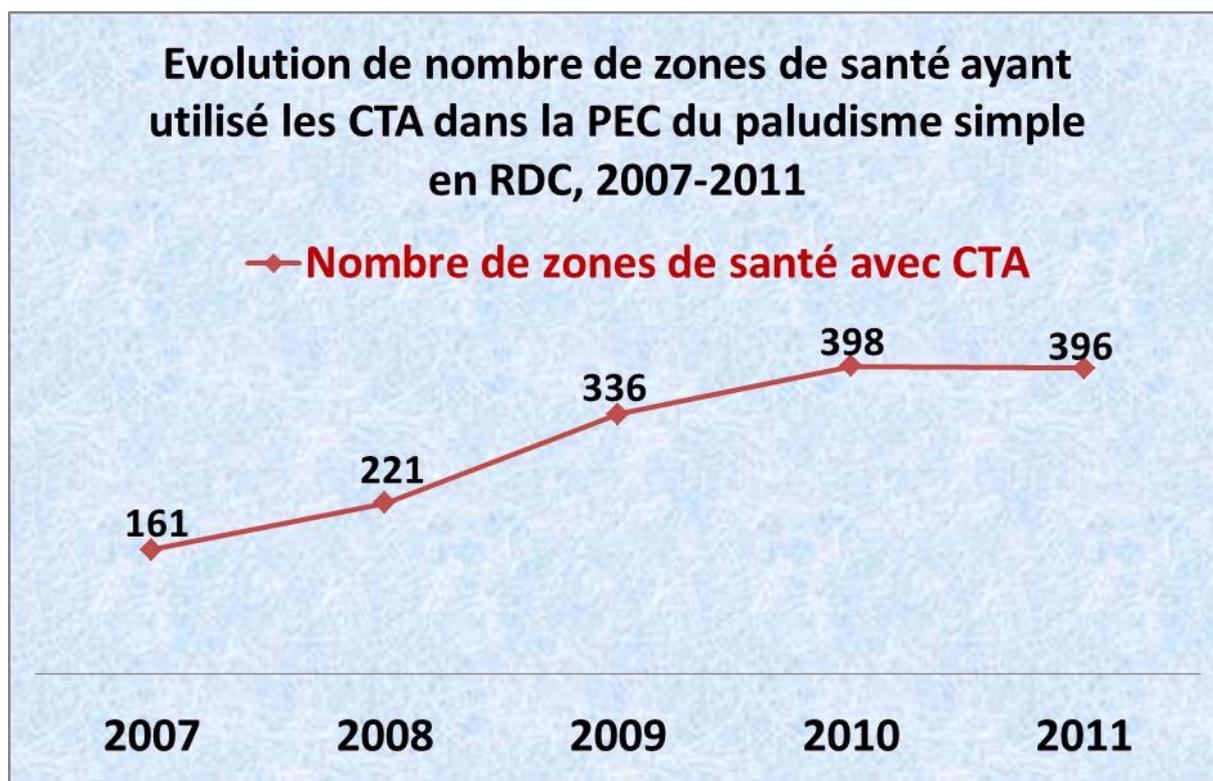
- Première ligne : traitement avec les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA)
- Echec thérapeutique : Quinine par voie orale

❖ Paludisme grave : quinine injectable en perfusion

Notons que la confirmation biologique est devenue 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 CTA.

Figure 12 : Mise en œuvre du traitement aux CTA (ASAQ) dans les zones de santé de la RDC, 2007-2011.



396 zones de santé sur les 515 que compte notre pays ont appliqué le traitement aux CTA chez les patients souffrant du paludisme simple, soit un niveau de performance de 76,5% pour l'année 2011. On note que 2 ZS n'ont pas utilisé les CTA en 2011 par rapport à l'année 2010.

Tableau 7 : Couverture des zones de santé en CTA par province en 2011.

N°	Province	Nb ZS avec traitement aux CTA	Nb de ZS fonctionnelles par province en RDC	Taux de couverture de la province
1	BAS CONGO	23	31	74%
2	BANDUNDU	41	52	79%
3	EQUATEUR	48	69	70%
4	KATANGA	50	67	75%
5	KASAI OCCIDENTAL	30	44	68%
6	KASAI ORIENTAL	29	51	57%
7	KINSHASA	24	35	69%
8	MANIEMA	17	18	94%
9	NORD KIVU	23	24	96%
10	ORIENTALE	77	83	93%
11	SUD KIVU	34	34	100%
	TOTAL	396	508	78%

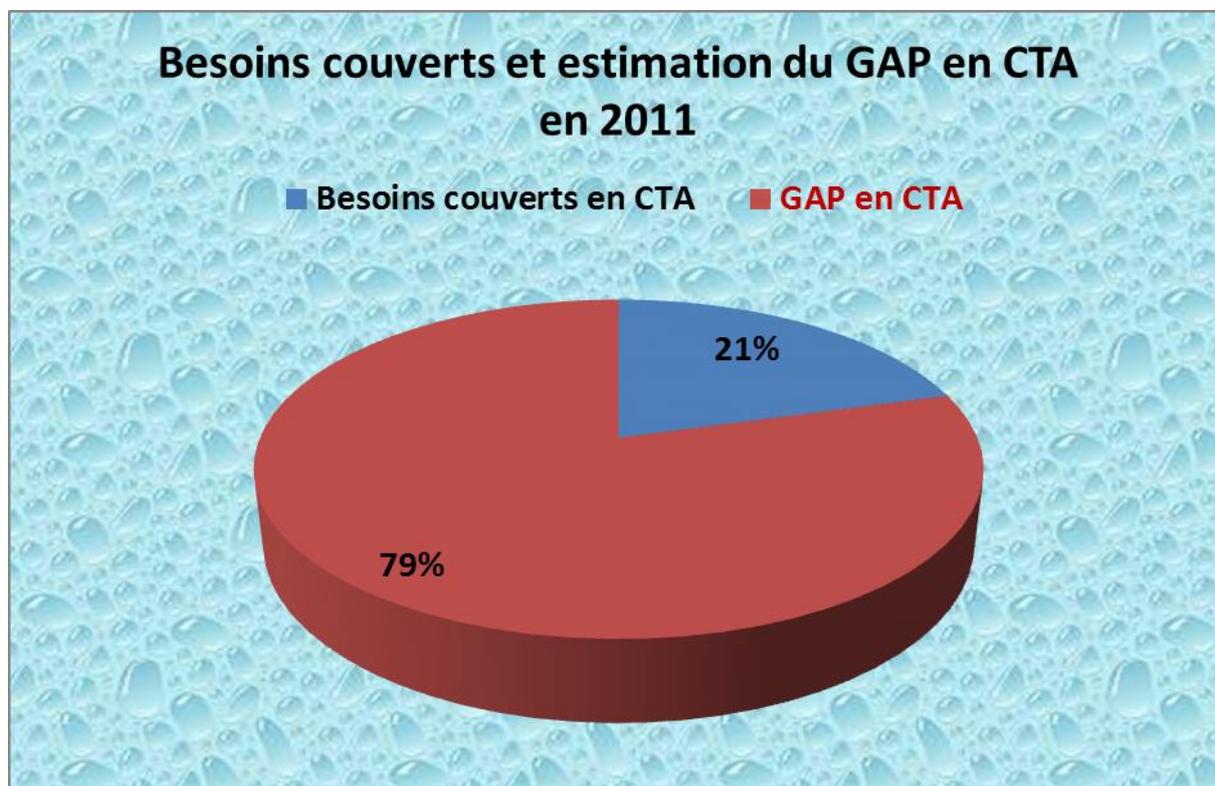
396 zones de santé sur 508 actuellement opérationnelles, soit 78 % ont mis en œuvre le traitement du paludisme simple aux CTA. Les efforts doivent encore être fournis en mettant prioritairement l'accent sur la province du Kasai Oriental.

Figure 13 : Evolution de l'offre des zones de santé en CTA, 2007-2011.



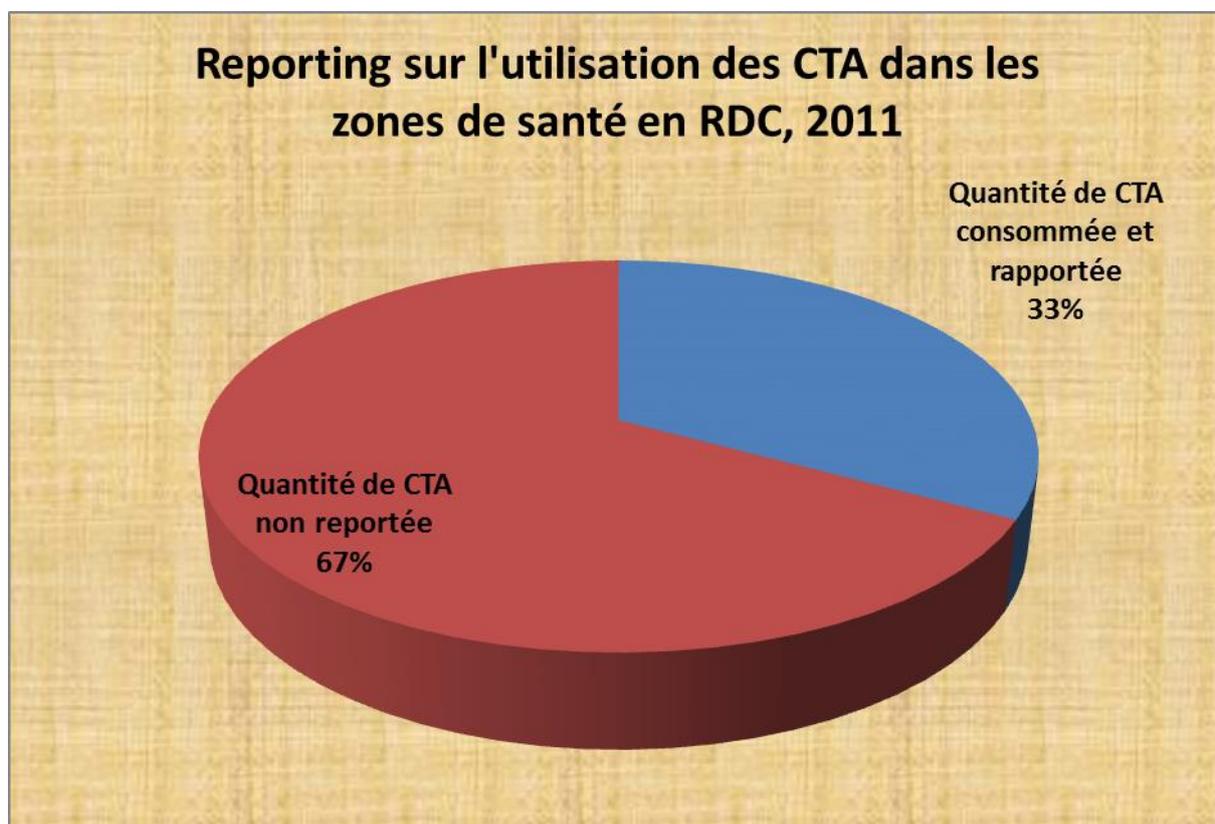
Entre 2007 et 2011, la quantité des cures de CTA fournies aux zones de santé est passée de 1.308.237 à 15 240 702 et cette augmentation se fait de façon progressive d'une année à l'autre.

Figure 14 : Analyse programmatique des besoins en CTA pour 2011.



En 2011 les besoins totaux du pays en ACT ont été estimés à 19.210.033 doses dont 14.675.150 ont été fournies et réceptionnées par les zones de santé durant l'année, représentant ainsi 79% des besoins estimés à travers le secteur public. Toutefois, le programme ne dispose d'aucune donnée sur le secteur privé.

Figure 15 : Utilisation et reporting sur les ACT fournies aux ZS en 2011.



En 2011, 15 240 702 cures ont été fournies et réceptionnées par les zones de santé. **5 025 570** cures ont fait l'objet de reporting de la part des zones de santé durant l'année, représentant un faible niveau de performance estimé à 33%.

Tableau 8 : Reporting sur les CTA fournies aux ZS en 2011 par province.

N°	Province	Nb ZS avec traitement aux CTA	Nb de ZS par province en RDC	Taux de couverture de la province
1	BAS CONGO	1 575 869	419 497	27%
2	BANDUNDU	4 453 181	624 804	14%
3	EQUATEUR	1 945 464	572 901	29%
4	KATANGA	543 062	345 801	64%
5	KASAI OCCIDENTAL	1 549 235	311 981	20%
6	KASAI ORIENTAL	1 322 017	634 606	48%
7	KINSHASA	633 120	588 963	93%
8	MANIEMA	588 607	274 209	47%
9	NORD KIVU	154 308	14 287	9%
10	ORIENTALE	1 562 215	722 906	46%
11	SUD KIVU	913 624	515 615	56%
	TOTAL	15 240 702	5 025 570	33%

Le reporting de la consommation des ACT est faible à travers toutes les provinces du pays sauf dans la province de Kinshasa.

V. SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS

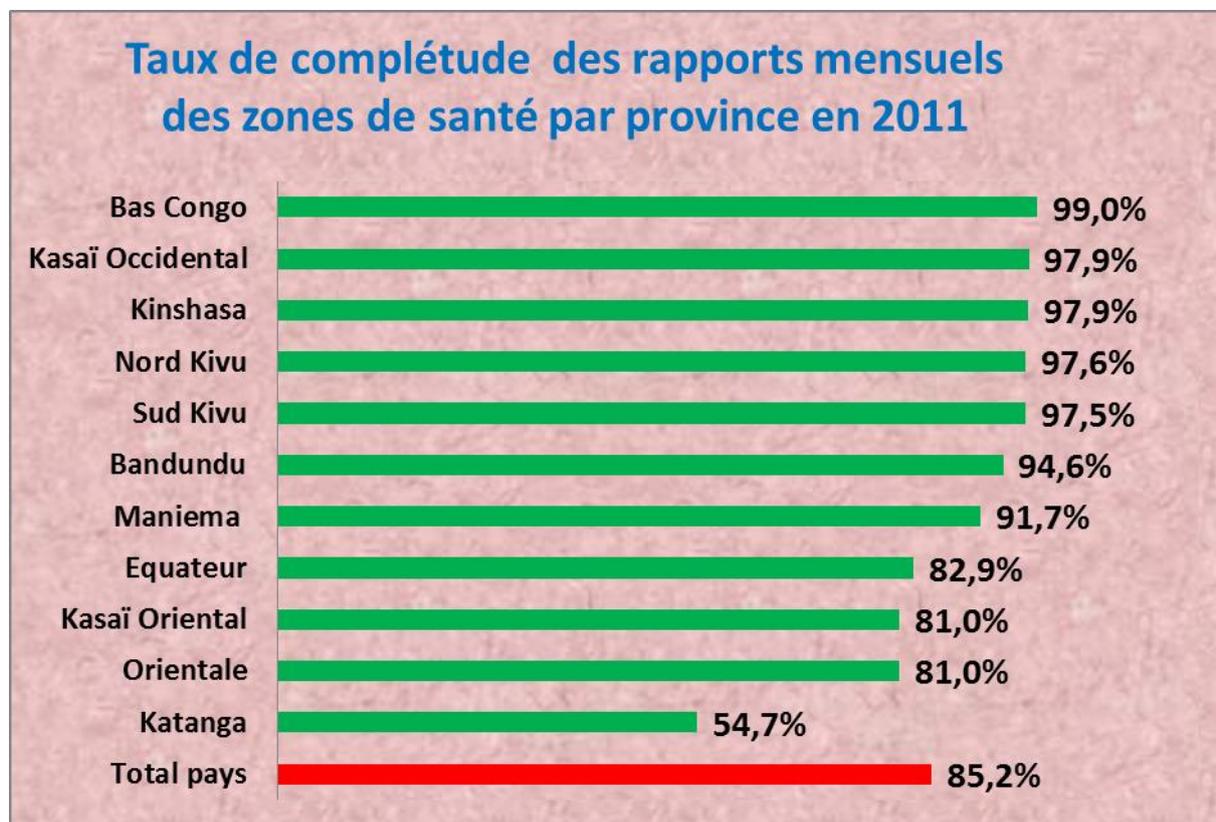
Le suivi de la mise en œuvre des interventions de lutte antipaludique se base sur le système national d'information sanitaire. Ce système consiste en une récolte régulière des données au niveau des structures sanitaires qui les transmettent à la hiérarchie à travers les rapports mensuels d'activités. Considérant les 508 zones de santé actuellement reconnues par les provinces, il est annuellement attendu un total de 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 5 194 en 2012.

Figure 16 : Taux de complétude des rapports mensuels d'activités de zones de santé en RDC, 2007 – 2011.



Le graphique ci-dessus présenté montre que le taux de complétude des rapports mensuels des zones de santé est passé de 50% à 93% entre 2007 et 2010, puis a connu une baisse jusqu'à 85% en 2011. 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 en 2010 et 2011 (la norme nationale est de 80%). Des efforts restent à faire pour l'amélioration de la qualité des données et la promptitude.

Figure 17 : Taux de complétude des rapports mensuels d'activités de zones de santé par province en 2011.



Cette figure montre que pratiquement toutes les provinces ont été performantes en rapportage car le taux de complétude des rapports mensuels d'activités des ZS dépasse la norme nationale qui est de 80% en dehors de la province du Katanga qui accuse une contre-performance avec un taux de complétude de 54,7%.

VI. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES

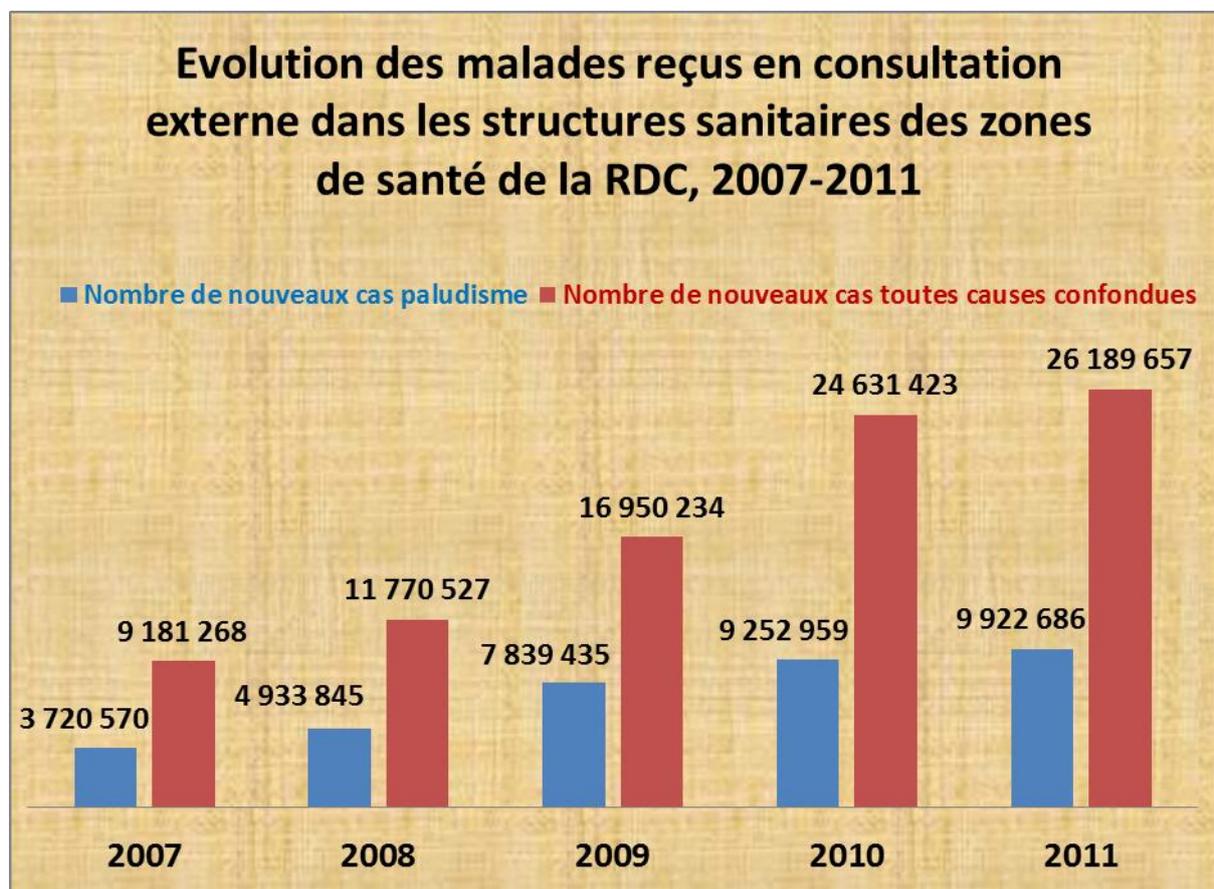
En matière de surveillance, le pays a adhéré à la stratégie de la surveillance intégrée des maladies et riposte, et a élaboré une liste des maladies parmi lesquelles le paludisme.

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).

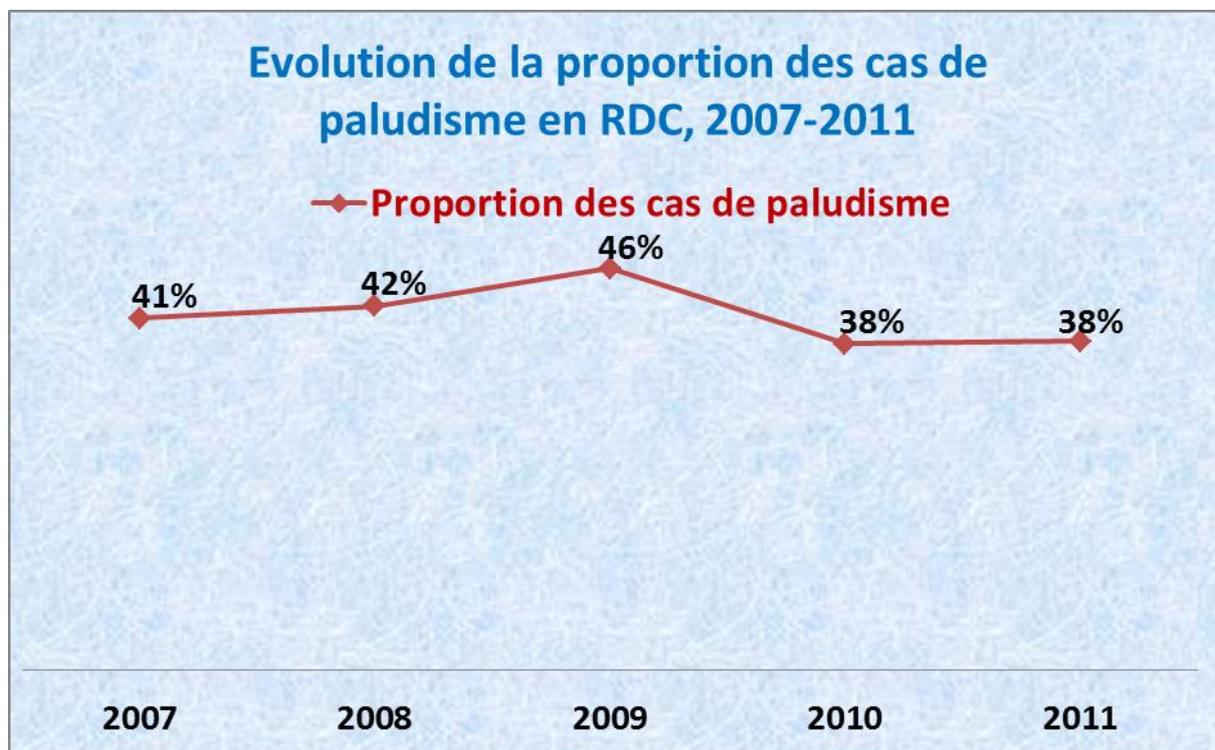
Dans ce rapport, nous signalons seulement la surveillance mensuelle de la maladie et le suivi des progrès réalisés dans la mise en œuvre de l'initiative FRP en RDC.

Figure 18 : Evolution de la fréquence des malades reçus en consultation de 2007 à 2011, RDC.



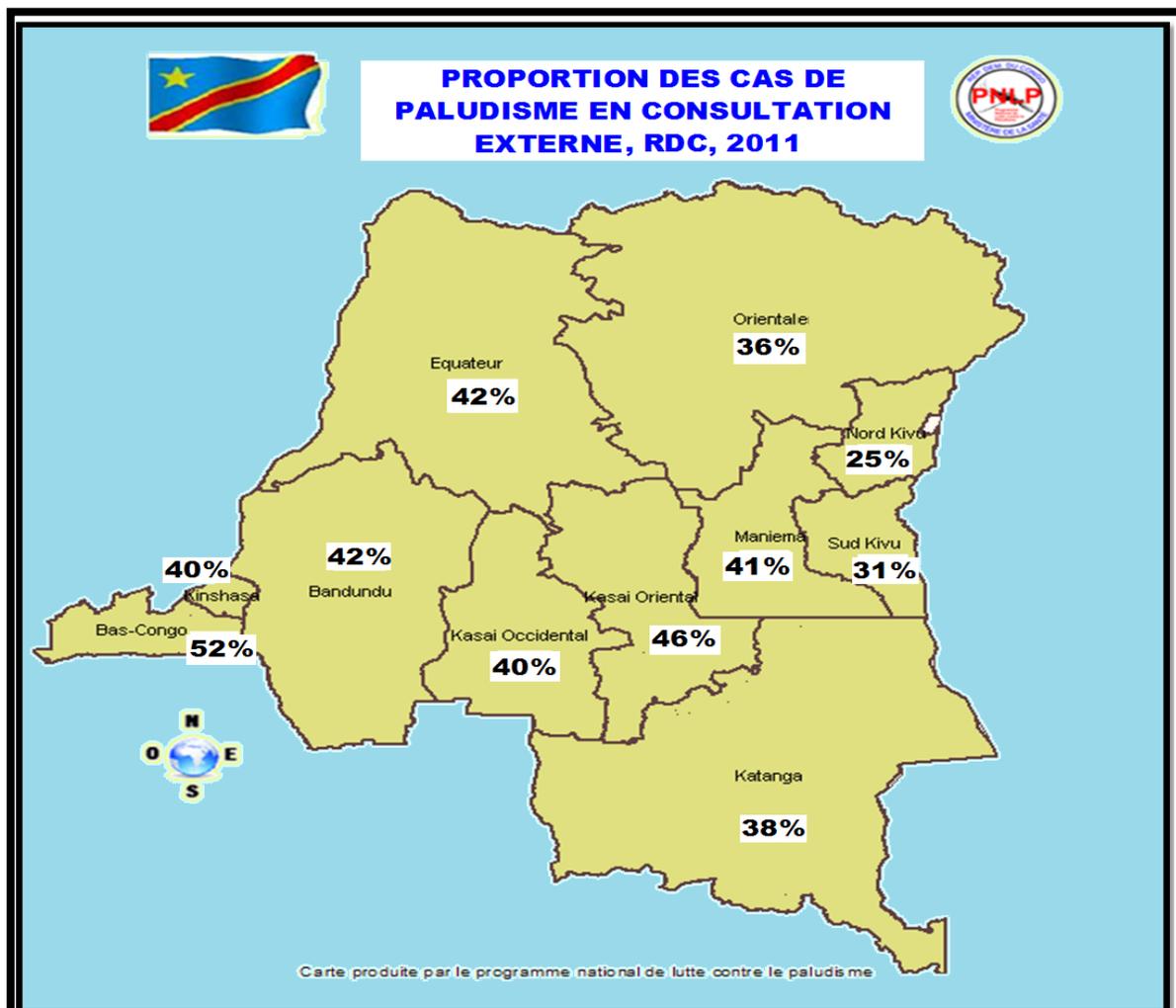
Cette figure indique l'augmentation dans le temps du nombre des malades reçus en consultation externe pour toutes causes confondues, dont ceux ayant souffert du paludisme. Cette augmentation s'explique en grande partie par l'amélioration du taux de complétude des rapports mensuels d'activités de zones de santé ainsi que l'amélioration de la complétude interne des structures sanitaires qui rapportent vers les BCZS. 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 des zones de santé de la RDC, 2007-2011



Cette proportion montre une tendance à la stagnation entre 2010 et 2011 autour de 38%.

Figure 20 : Morbidité spécifique due au paludisme par province en RDC, 2011



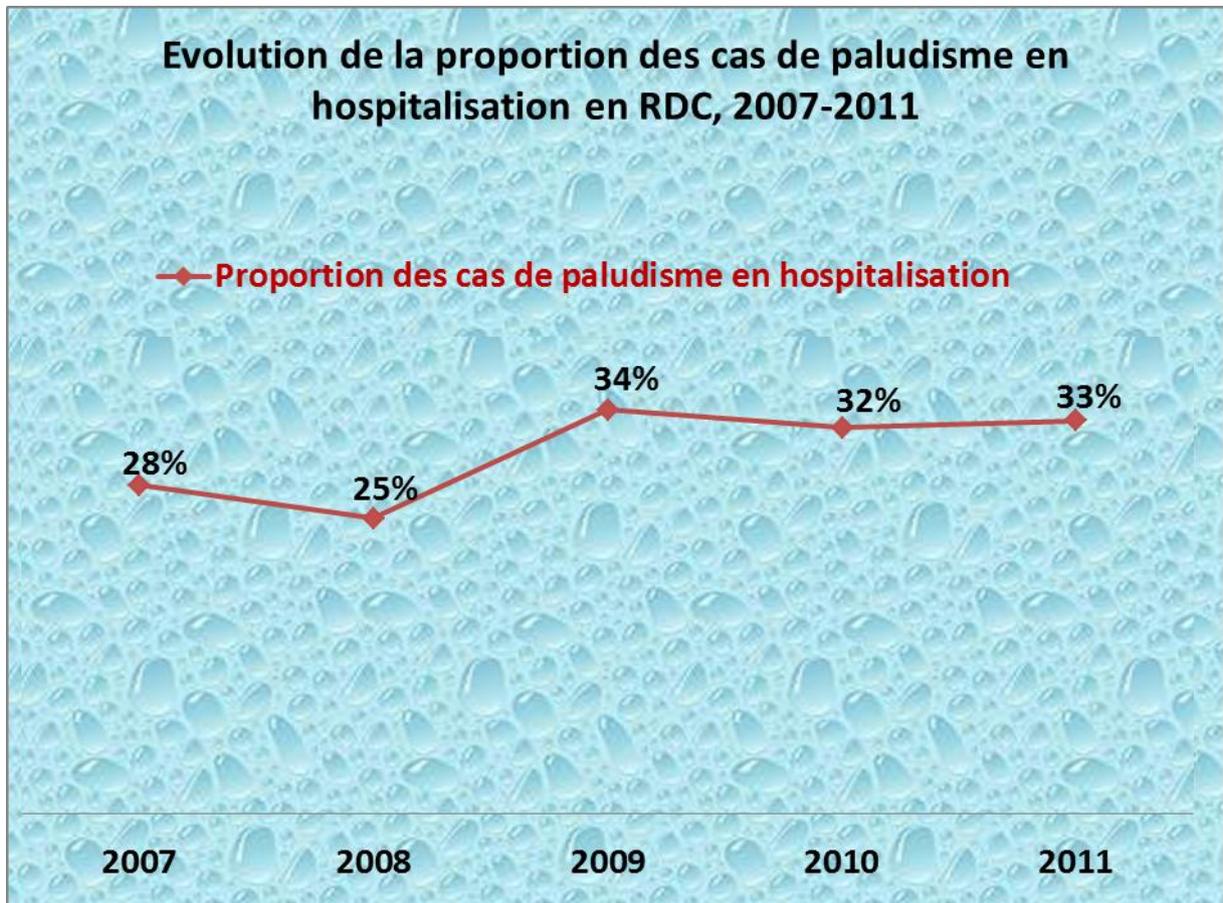
On note la proportion la plus élevée au Bas Congo et la plus faible au Nord Kivu.

Figure 21 : Evolution du nombre de malades hospitalisés dans les structures sanitaires de ZS en RDC, 2007-2011



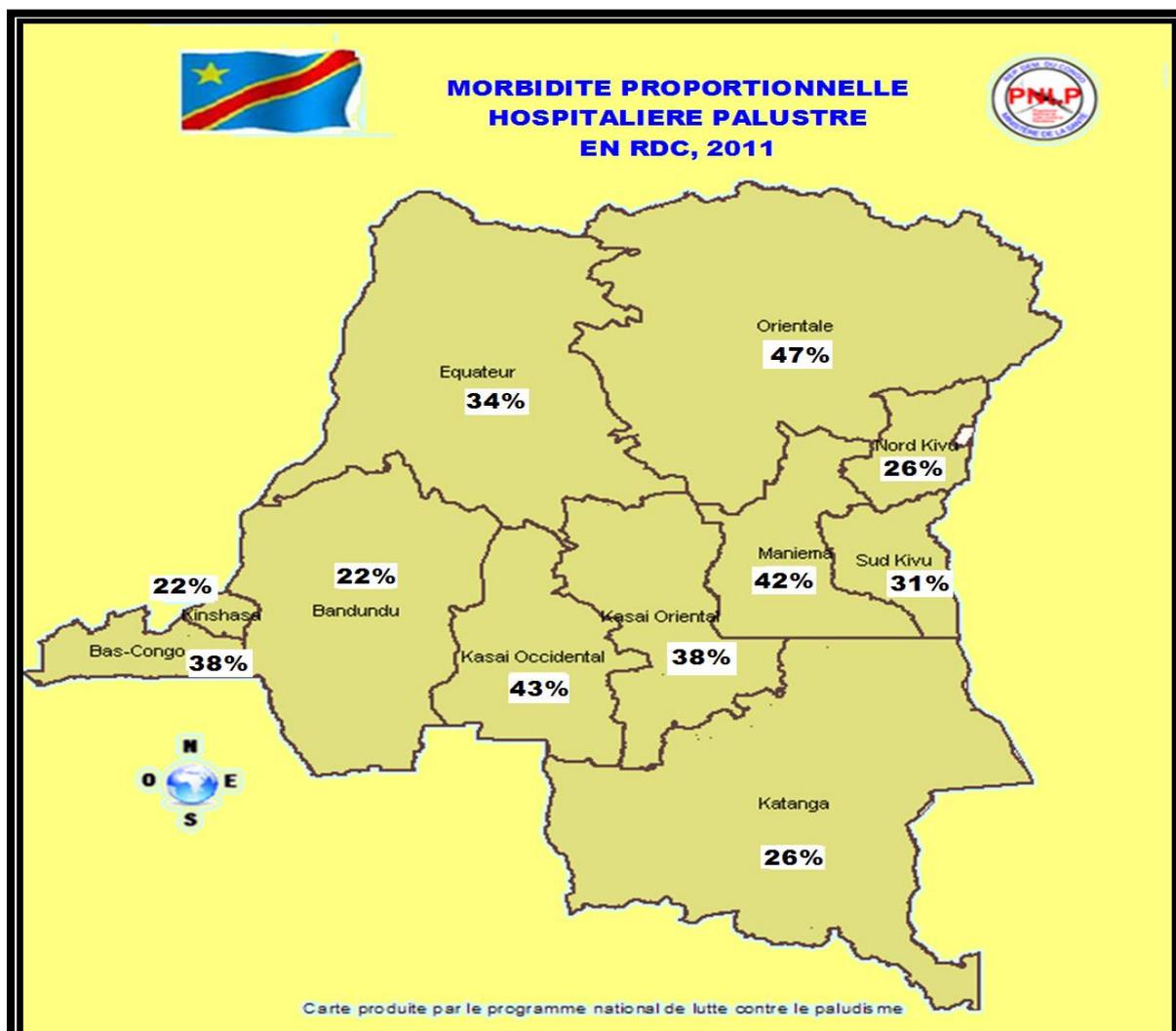
Cette figure indique aussi bien l'augmentation du nombre des malades hospitalisés pour toutes causes confondues, dont ceux ayant souffert du paludisme. Cette augmentation s'explique en grande partie par l'amélioration du taux de complétude des rapports mensuels d'activités de zones de santé ainsi que l'amélioration de la complétude interne des structures sanitaires qui rapportent vers les BCZS. Aussi faudra-t-il noter qu'au stade actuel, la plupart des cas d'autres pathologies fébriles sont mis systématiquement sur le compte du paludisme dans la mesure où le diagnostic demeure encore largement clinique.

Figure 22 : Evolution de la proportion des malades souffrant du paludisme grave parmi les hospitalisés dans les formations sanitaires de référence en RDC, 2007-2011



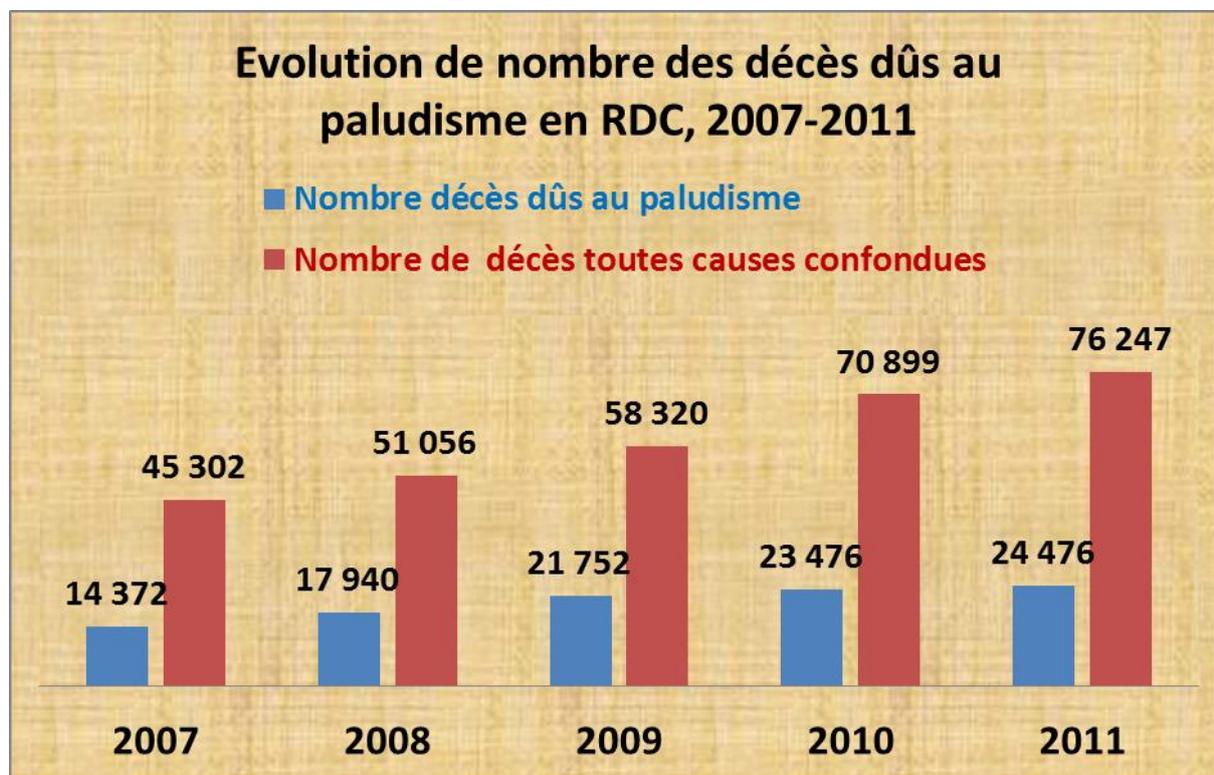
Cette proportion montre une tendance à la stagnation à partir de 2009.

Figure 23 : Proportion des malades souffrant du paludisme grave parmi les hospitalisés par province en RDC, 2011



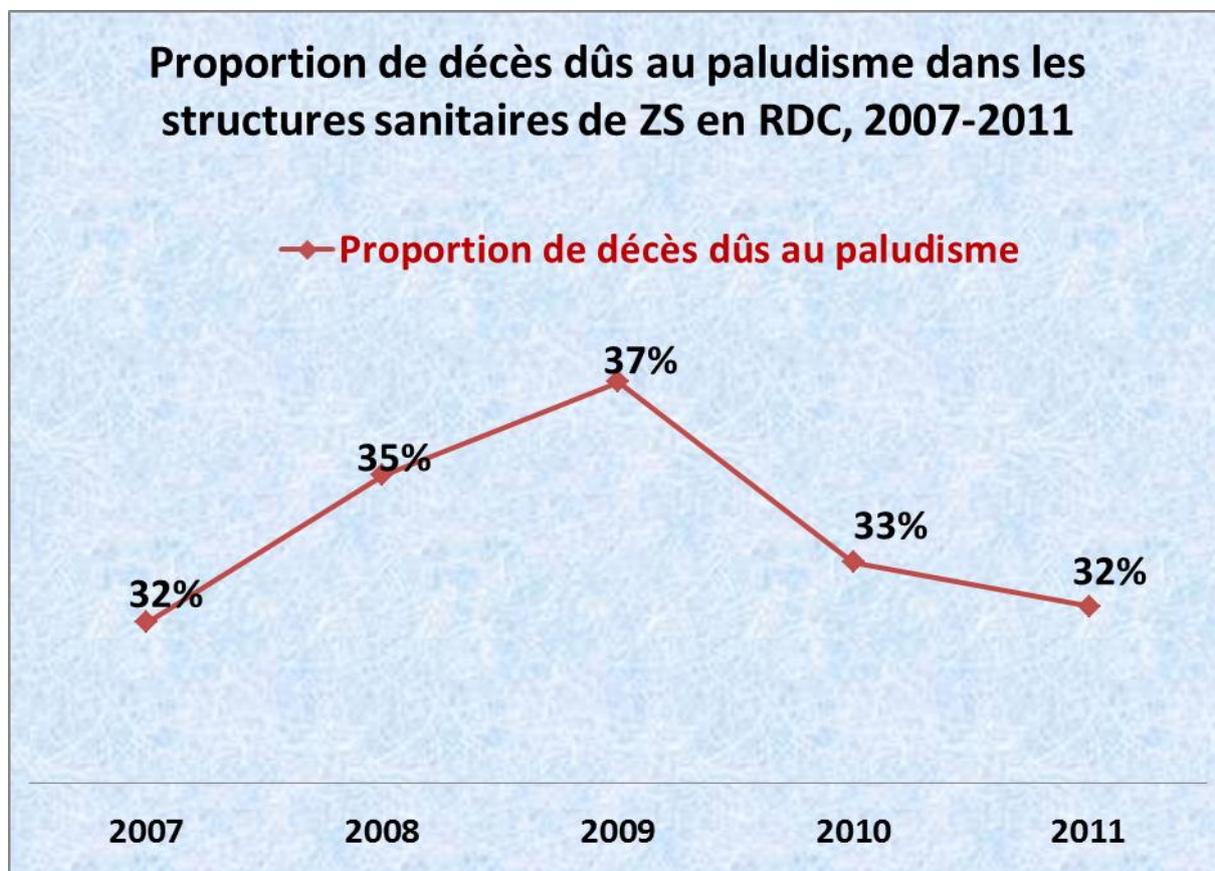
La Province Orientale enregistre la proportion la plus élevée. Par contre les Provinces du Bandundu et de Kinshasa connaissent les proportions les plus faibles du pays.

Figure 24 : Evolution des malades décédés dans les structures sanitaires de ZS en RDC, 2007-2011



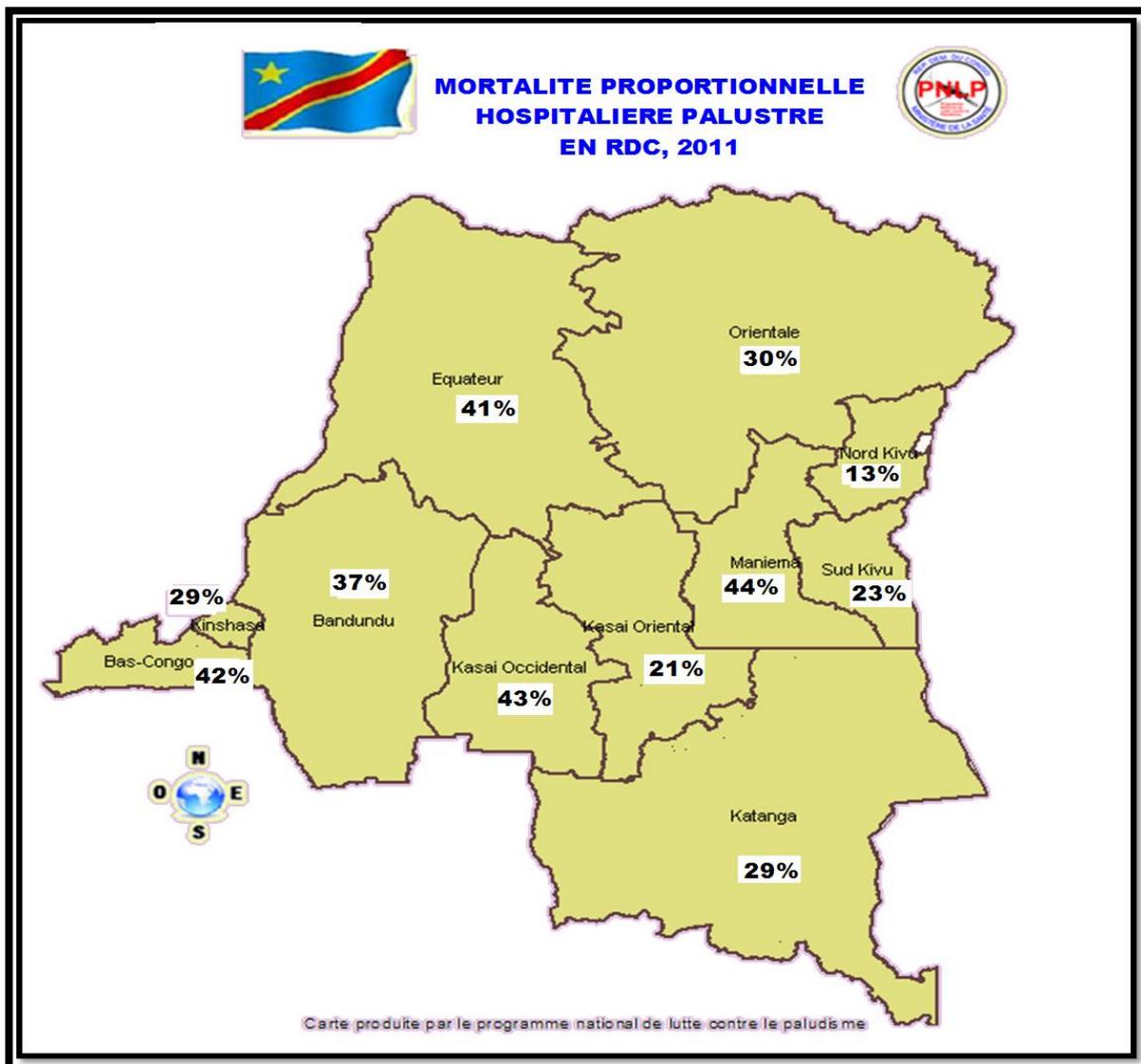
Entre 2007 et 2011, on enregistre une augmentation du nombre des malades décédés pour toutes causes confondues parmi lesquels ceux décédés du paludisme. Cette augmentation peut s'expliquer par l'amélioration du taux de complétude des rapports mensuels d'activités de zones de santé ainsi que l'amélioration de la complétude interne des structures sanitaires qui rapportent vers les zones de santé. Notons aussi que la plupart des cas ainsi 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 parmi les hospitalisés dans les structures sanitaires de référence, RDC, 2007-2011



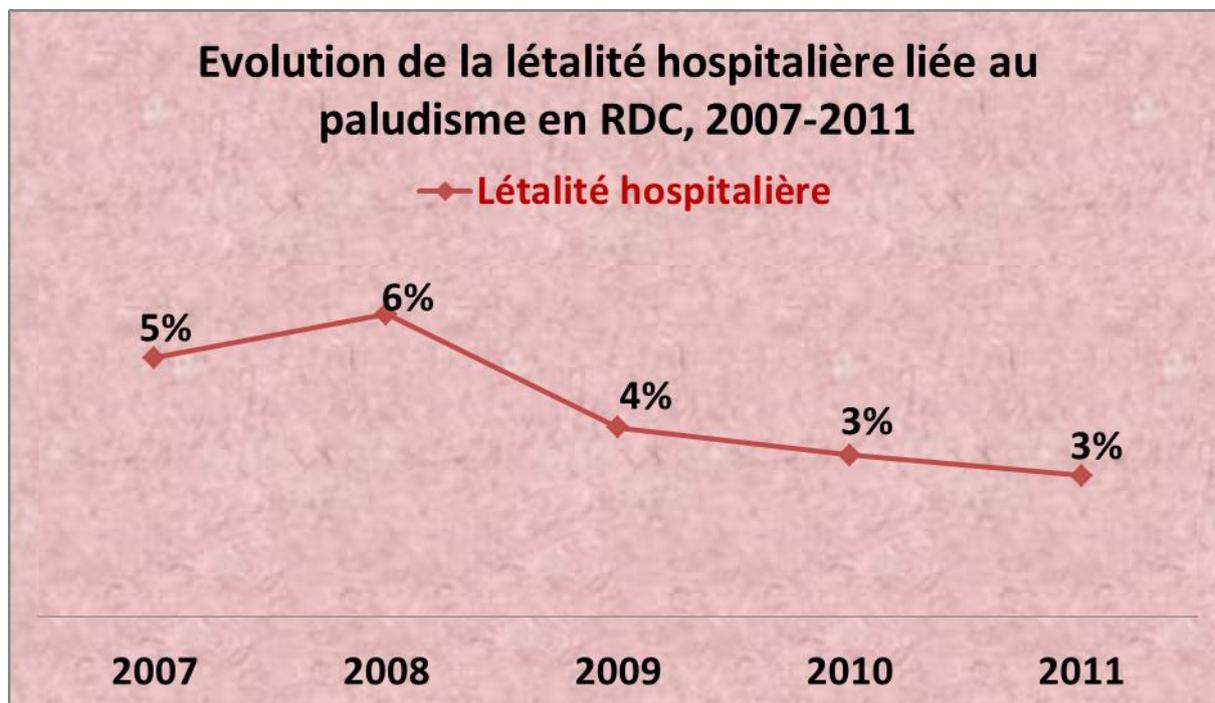
Cette proportion montre une tendance à la stagnation entre 2010 et 2011.

Figure 26 : Evolution de la proportion de décès dus au paludisme parmi les hospitalisés dans les structures sanitaires de référence, RDC, 2007-2011



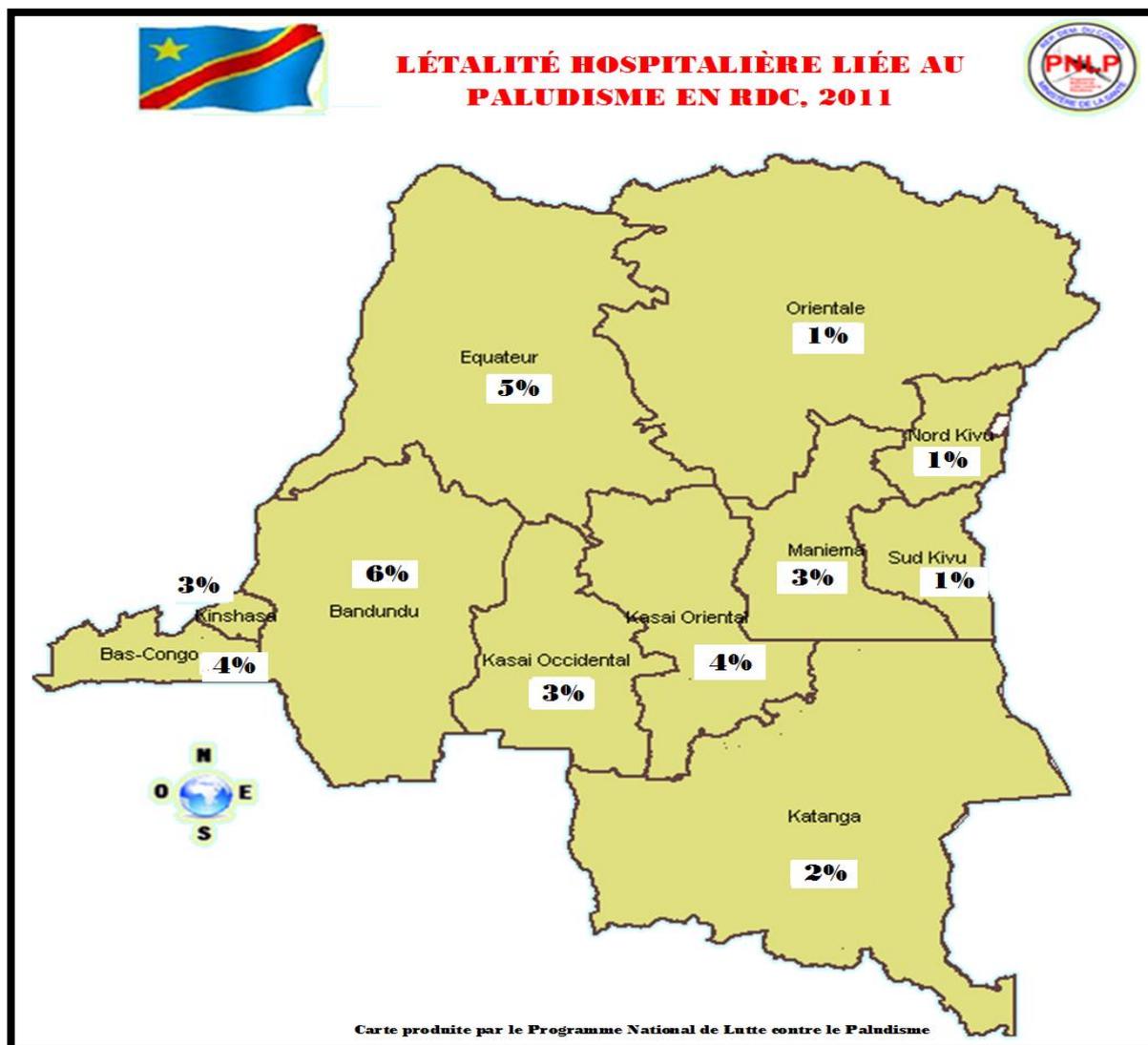
On note la proportion la plus élevée au Maniema et la plus faible au Nord Kivu.

Figure 27 : Evolution de la létalité hospitalière liée au paludisme dans les structures sanitaires de références, RDC, 2007-2011.



Cette figure montre que la létalité hospitalière liée au paludisme a connu une légère augmentation de 2007 (5%) à 2008, (6%), une baisse à partir de 2009 et stagnation entre 2010 et 2011.

Figure 28 : Létalité hospitalière liée au paludisme par province en RDC, 2011.



Les provinces du Bandundu, de l'Equateur, du Bas Congo et de Kasai Oriental ont connu le niveau de létalité le plus élevé. Par contre les Provinces du Nord Kivu, Sud Kivu et la Province Orientale ont enregistré une létalité à la limite acceptable au stade actuel du contrôle de la maladie dans le pays.

VII. PARTENARIAT ET UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP, l'un des programmes spécialisés du Ministère de la Santé Publique qui est appelé à édicter les normes et directives dans le domaine de la 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 » créée 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 sein du programme au niveau national et des provinces regroupant les services publiques de l'Etat, 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 2011

1. Partenaires d'appui technique et bailleurs de fonds

- Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
- Banque Mondiale
- USAID/PMI
- 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

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 CIELS	CRS CARE PSI/ASF HORIZON SANTE FDSS ECC/DOM CDI/BWAMANDA IRC
---	---

5. Unité de mise en œuvre

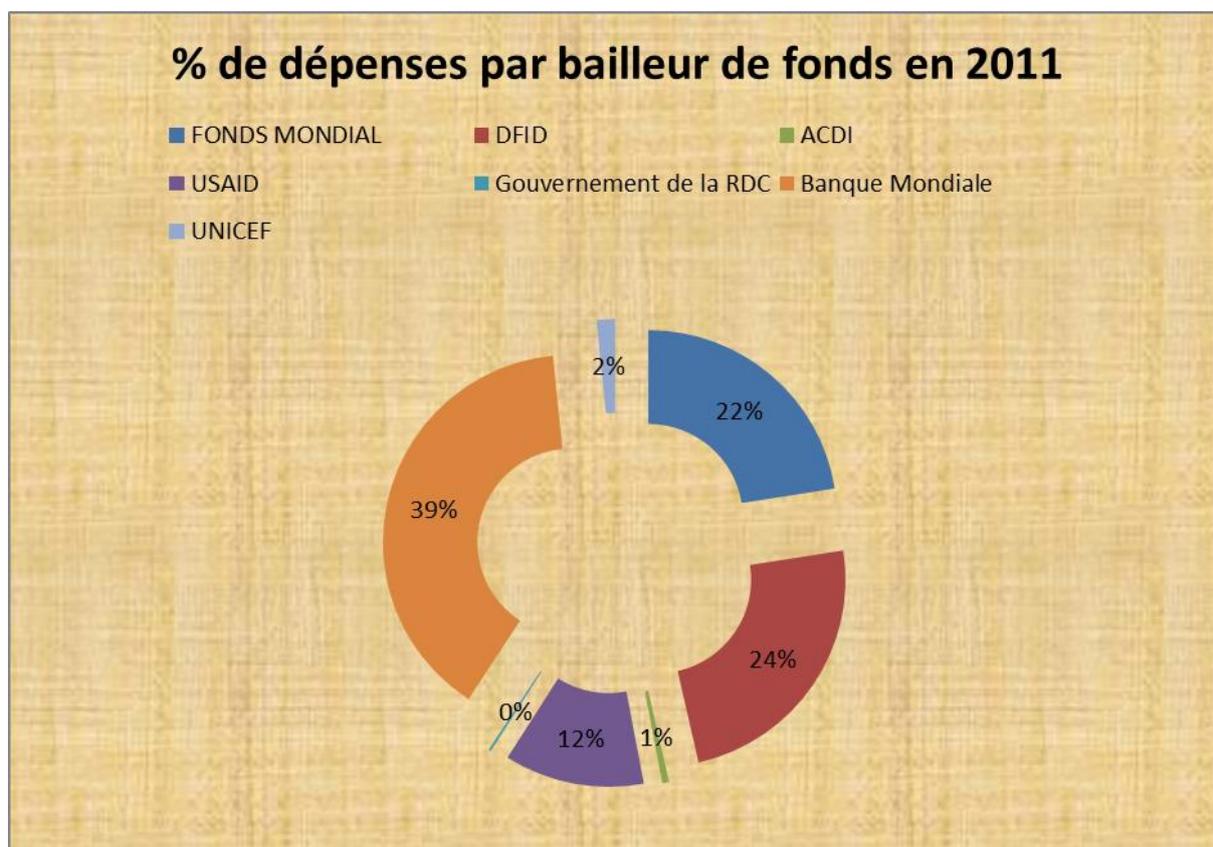
Il s'agit de la zone de santé avec les composantes suivantes :

- Bureau Central de la Zone de Santé
- Hôpital Général de référence
- Centres de santé
- Sites des soins communautaires

Tableau 9 : Dépenses par catégorie des couts en 2011 en faveur de la lutte contre le paludisme (USD)

<i>Catégories</i>	<i>Gouvernement de la RDC</i>	<i>FMP/SANRU</i>	<i>FM/PNUD</i>	<i>PSI/DFID</i>	<i>FM/PSI</i>	<i>ACDI/PSI</i>	<i>USAID/PMI</i>	<i>Banque Mondiale</i>	<i>UNICEF</i>	<i>Total</i>
<i>Ressources humaine et appui technique</i>	296 443	2 183 002	1 535 230	1 483 505	362 185	100 828	1 217 720	-	278 669	7 457 582
<i>Formation</i>	-	69 178	1 783 673	342 926	227 374	296 282	1 400 000	6 902	138 248	4 264 582
<i>MILD</i>	-	4 095 043	-	20 039 962	5 487 834	-	10 000 000	57 500 000	-	97 122 839
<i>Diagnostic du paludisme (TDR, microscopie)</i>	-	3 344 810	-	-	-	-	300 000	-	-	3 644 810
<i>Antipaludiques</i>	-	6 101 827	-	-	-	134 468	322 280	1 241 934	135 056	7 935 564
<i>Gestion des approvisionnements</i>	-	3 559 061	48 083	8 699 173	375 798	158 525	100 000	-	595 051	13 535 690
<i>Infrastructure et équipement</i>	-	34 890	232 497	700 527	103 981	-	-	-	102 162	1 174 058
<i>Communication et plaidoyer</i>	-	102 407	-	1 261 598	212 081	25 811	2 100 000	57 000	64 711	3 823 608
<i>Suivi et évaluation</i>	-	208 070	587 706	1 503 496	106 763	6 824	1 900 000	-	334 985	4 647 844
<i>Planification, administration, frais généraux</i>	-	1 361 072	345 784	1 141 329	688 510	136 645	-	-	741 082	4 414 421
<i>Autres</i>	-	-	380 035	734 089	238 399	-	660 000	-	-	2 012 523
<i>Total</i>	296 443	21 059 360	4 913 008	35 906 606	7 802 924	859 382	18 000 000	58 805 836	2 389 963	150 033 522

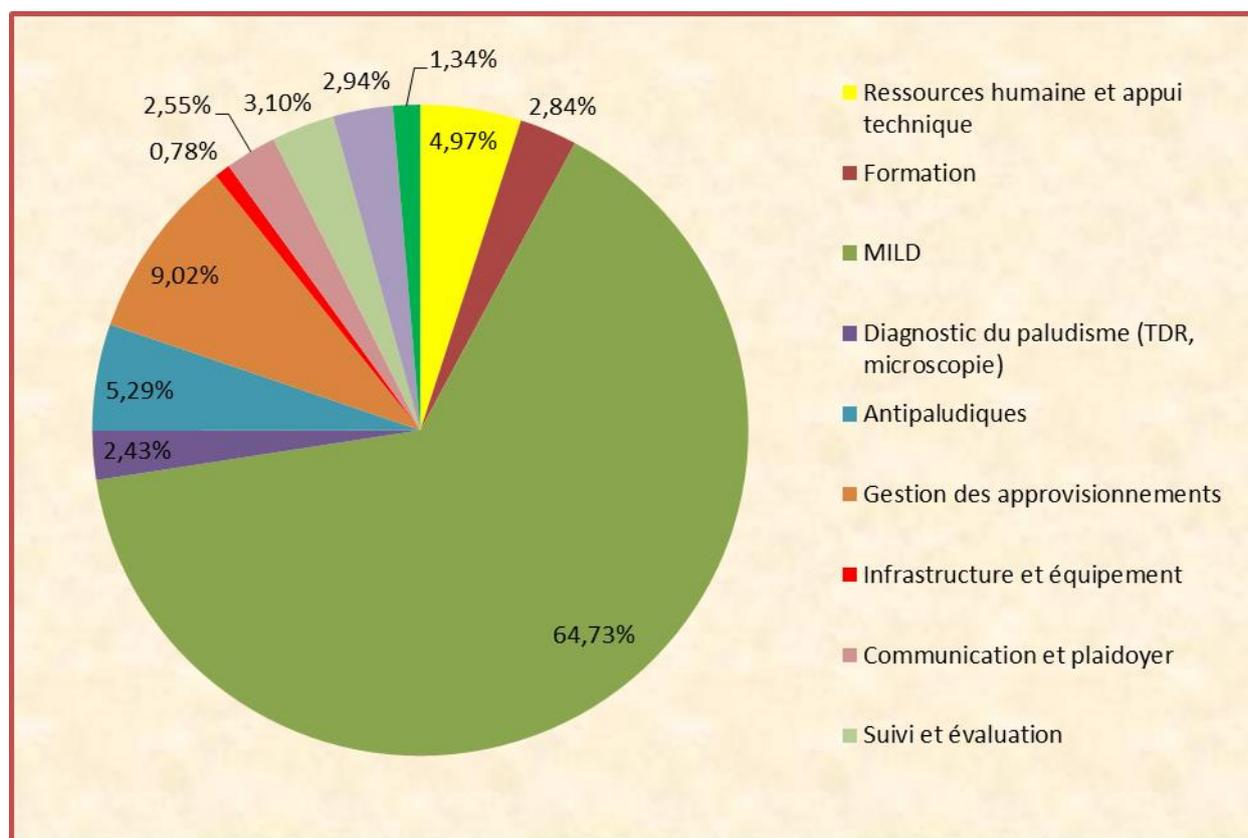
Figure 29 : Proportion des dépenses pour la lutte contre le paludisme par bailleur de Fonds en 2011



En 2011, les dépenses sont réparties entre différents bailleurs, à savoir :

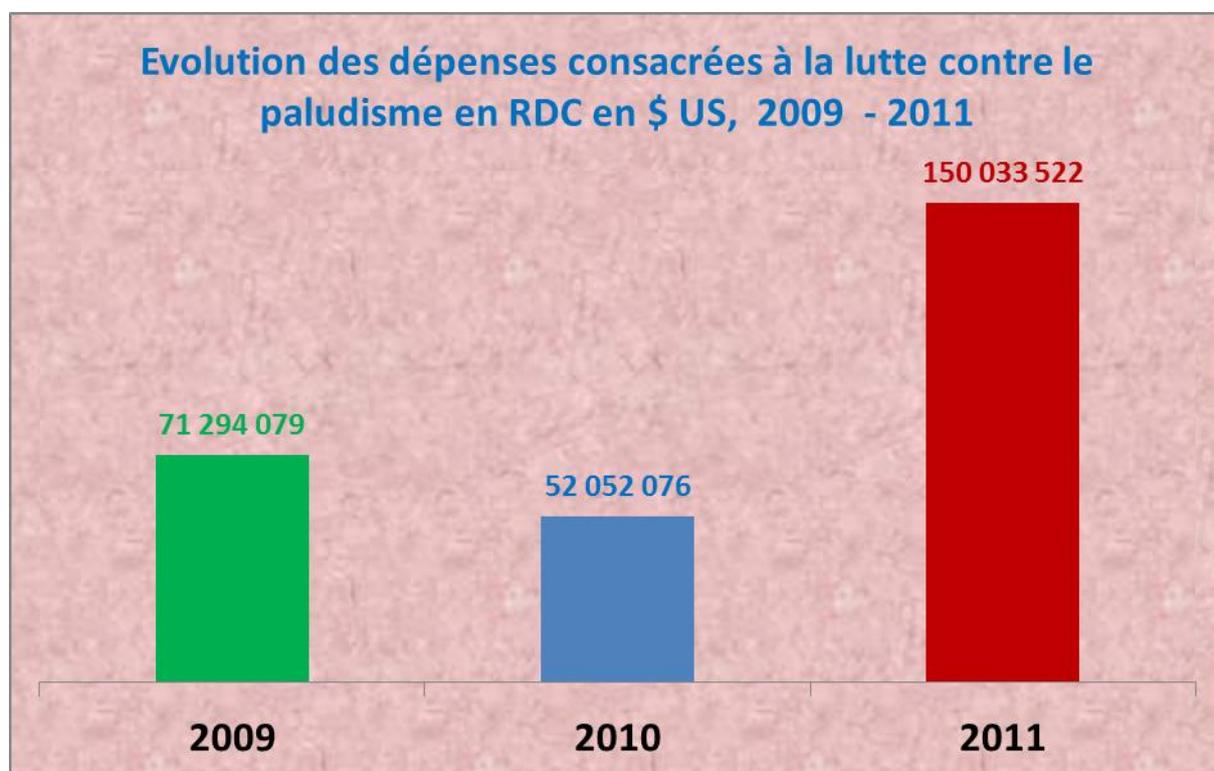
- Banque Mondiale 39%
- DFID 24 %
- Fonds Mondial 22 %
- USAID/PMI 12 %
- Unicef 2 %
- ACDI 1 %
- Gouvernement de la RDC 0,20 %

Figure 30 : Proportion des dépenses par grandes lignes budgétaires en 2011



En 2011, les dépenses en faveur de la promotion de la MILD (campagne et routine) ont été les plus importantes (64,73%) suivi des dépenses en faveur de la Gestion des Achats et des Stocks (9,02%) ainsi que des approvisionnements en faveur de la prise en charge des cas de paludisme 7,7% (antipaludiques 5,29% et diagnostic 2,43%). Il se dégage 4,97% consacré aux ressources humaines pour le compte de PR, SB et autres unités de mise en œuvre. En outre, on note 3,10% pour le Suivi et évaluation et 2,94% pour la communication

Figure 31: Dépenses consacrées à la lutte contre le paludisme en RDC exercice 2009 – 2011 en \$ US



On note une amélioration dans ma mobilisation des ressources financières à l'échelle nationale.

VIII. EVALUATION DE PERFORMANCE DU PROGRAMME PAR PROVINCE

A) Performance liée à la mise en œuvre des interventions de lutte antipaludique

L'évaluation de la performance des provinces a été réalisée par rapport à la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme dans les zones de santé. Une cotation allant de 0 à 10 a été appliquée selon le niveau de réalisation dans la mise en œuvre des interventions en termes de PMA de lutte antipaludique (cfr tableau 1).

Le tableau ci-après reprend la cotation par province pour le PMA

Tableau 10 : Performance des provinces dans la mise œuvre du PMA

N°	Province	Cote sur la mise en œuvre du PMA
1	BAS CONGO	7,42
2	BANDUNDU	7,88
3	EQUATEUR	1,74
4	KATANGA	6,57
5	KASAI OCCIDENTAL	6,82
6	KASAI ORIENTAL	5,49
7	KINSHASA	5,71
8	MANIEMA	8,89
9	NORD KIVU	9,58
10	ORIENTALE	3,61
11	SUD KIVU	10,00

Nous constatons que la province du Sud Kivu est la mieux couverte en PMA de lutte antipaludique, suivie de la province du Nord Kivu, du Bas Congo et du Maniema. L'Equateur est la moins couverte en intervention de lutte antipaludique.

B) Performance liée au suivi des interventions

L'évaluation de la performance des provinces a été réalisée par rapport au suivi des interventions de lutte contre le paludisme dans les zones de santé. Une cotation allant de 0 à 10 a été appliquée selon le niveau de réalisation en 2011 (cfr figure 17).

Le tableau ci-après reprend la cotation par province

Tableau 11 : Performance des provinces dans le suivi des interventions de lutte antipaludique.

N°	Province	Cote sur le suivi des interventions
1	BAS CONGO	9,97
2	BANDUNDU	9,46
3	EQUATEUR	8,29
4	KATANGA	5,47
5	KASAI OCCIDENTAL	9,79
6	KASAI ORIENTAL	8,10
7	KINSHASA	9,79
8	MANIEMA	9,17
9	NORD KIVU	9,76
10	ORIENTALE	8,10
11	SUD KIVU	9,75

Ce tableau montre que pratiquement toutes les provinces ont été performantes en rapportage car le taux de complétude des rapports mensuels d'activités des ZS dépasse la norme nationale qui est de 80% en dehors de la province du Katanga qui accuse une contre-performance avec un taux de complétude de 55% (cfr figure 13).

C) Performance liée à l'impact

L'évaluation de la performance des provinces a également tenu compte des paramètres suivant :

- Taux de morbidité spécifique au paludisme
- Proportion des hospitalisations pour paludisme
- Mortalité spécifique au paludisme
- Létalité hospitalière du paludisme

La cotation est inversement proportionnelle aux résultats annuels de chaque province allant de 0 à 10

Le tableau ci-après reprend la cotation par province par rapport à l'impact des interventions

Tableau 12 : Performance des provinces par rapport à l'impact des interventions de lutte antipaludique.

N°	Province	Morbidité (paludisme simple)	Morbidité (paludisme grave)	Décès
1	BAS CONGO	4,84	6,17	5,83
2	BANDUNDU	5,77	7,75	6,28
3	EQUATEUR	5,85	6,55	5,92
4	KATANGA	6,16	7,41	7,08
5	KASAI OCCIDENTAL	6,02	5,73	5,70
6	KASAI ORIENTAL	5,44	6,20	7,94
7	KINSHASA	5,97	7,77	7,11
8	MANIEMA	5,88	5,80	5,65
9	NORD KIVU	7,45	7,44	8,74
10	ORIENTALE	6,41	5,29	7,00
11	SUD KIVU	6,92	6,90	7,69

D) Synthèse

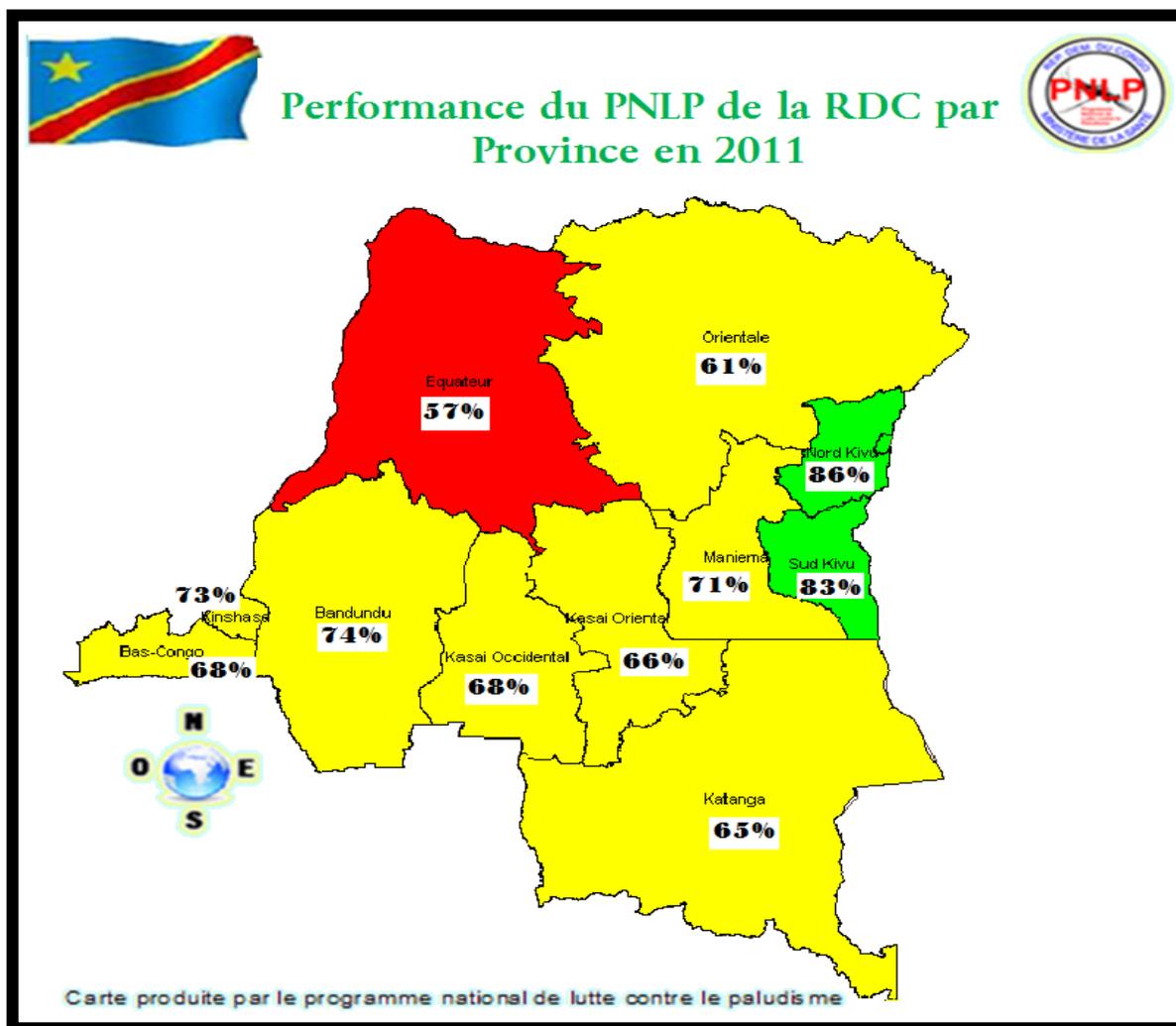
La synthèse tient compte à la fois de la mise en œuvre et du suivi des interventions ainsi de l'impact obtenu au cours de l'année.

Tableau 13 : Synthèse de la performance globale du programme par province.

N°	Province	Mise en œuvre du PMA	suivi des interventions	Morbidité (paludisme simple)	Morbidité (paludisme grave)	Décès	Total obtenu	Maximum	%
1	BAS CONGO	7,42	9,97	4,84	6,17	5,83	34,24	50	68,5%
2	BANDUNDU	7,88	9,46	5,77	7,75	6,28	37,15	50	74,3%
3	EQUATEUR	1,74	8,29	5,85	6,55	5,92	28,34	50	56,7%
4	KATANGA	6,57	5,47	6,16	7,41	7,08	32,69	50	65,4%
5	KASAI OCCIDENTAL	6,82	9,79	6,02	5,73	5,70	34,06	50	68,1%
6	KASAI ORIENTAL	5,49	8,10	5,44	6,20	7,94	33,17	50	66,3%
7	KINSHASA	5,71	9,79	5,97	7,77	7,11	36,36	50	72,7%
8	MANIEMA	8,89	9,17	5,88	5,80	5,65	35,38	50	70,8%
9	NORD KIVU	9,58	9,76	7,45	7,44	8,74	42,98	50	86,0%
10	ORIENTALE	3,61	8,10	6,41	5,29	7,00	30,41	50	60,8%
11	SUD KIVU	10,00	9,75	6,92	6,90	7,69	41,27	50	82,5%

E) Classement

Figure 32 : Classement des provinces selon la performance globale du PNLP



On note :

- ✓ Un niveau satisfaisant pour les provinces du Nord Kivu et Sud Kivu ;
- ✓ Un niveau moyen pour le Bandundu, Kinshasa, Maniema, Bas-Congo, Kasai Occidental, Kasai Oriental et le Katanga ;
- ✓ Un niveau faible pour la province de l'Equateur.

IX. ANALYSE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES

6.1 Points forts

- Accroissement de la disponibilité des médicaments et des MILD
- Maintien de la complétude des rapports mensuels d'activités de zone de santé à un niveau supérieur à 80%.
- Diminution progressive de la létalité hospitalière liée au paludisme ;

6.2 Points faibles

- Faible couverture en TPI malgré la fréquentation élevée (MICS CPN) ;
- Absence des données sur les doses des CTA fournis au secteur privé ;
- Faible reporting sur la consommation des CTA 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 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.

X. RECOMMANDATIONS

- Renforcer la coordination des interventions à l'échelle des provinces et mettre un accent particulier sur les bénéficiaires réels des interventions et des financements.
- 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 (notamment FM round 10 et KOICA) et la prise en compte du paquet complet des interventions dans les zones de santé (CTA et TDR, MILD, TPI).
- 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 CTA.
- Promouvoir la mise à échelle du diagnostic biologique du paludisme.
- Mettre à jour la définition des cas du paludisme simple dans le cadre de la surveillance des maladies à potentiel épidémique en RDC.
- Améliorer le taux de promptitude ainsi que la qualité des données
- Promouvoir la distribution des MILD en marketing social.
- Plaidoyer pour améliorer la contribution financière du gouvernement en faveur de la lutte contre le paludisme.
- Rendre la confirmation biologique du paludisme avant le traitement.
- Mettre à jour la définition de cas du paludisme dans le cadre de la surveillance intégrée de la maladie.

XI. CONCLUSION

La mise en œuvre du PMA de lutte contre le paludisme en 2011 a été rendue harmonieuse grâce la collaboration étroite entre le Ministère de la santé publique, les partenaires bailleurs de fonds, partenaires techniques et les partenaires d'appui opérationnel. Un plaidoyer a été également mené avec succès par le PNLP auprès des autres bailleurs de fonds en vue de renforcer la mobilisation des ressources au profit du pays.

Cependant, il faut reconnaître que le niveau de réalisation des activités est faible par rapport à celui qui a été prévu en cause certains financements promis au cours de l'année 2011 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 2012 et par conséquent respecter les

besoins des ZS en intrants antipaludiques et éliminer le retard des approvisionnements de ces intrants à l'échelle