

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME
P.N.L.P.
Av.

Version du
2014

PROJET DE POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME

Kinshasa, juin 2014

PREFACE

En République Démocratique du Congo, (RDC), le paludisme occupe le premier rang des motifs de consultations, d'hospitalisation, de décès et d'absentéisme tant scolaire que professionnel malgré les efforts déployés par les autorités et l'appui des partenaires au développement.

Les effets néfastes du paludisme sur l'état de santé et sur la productivité des populations font de cette maladie un obstacle sérieux au développement économique et social du pays.

La RDC a adhéré à l'initiative « Roll Back Malaria/Faire Reculer le paludisme », à la déclaration des Chefs d'Etat et de Gouvernement à Abuja le 25 avril 2000, ainsi qu'aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) qui réaffirment l'engagement de la communauté internationale à agir ensemble pour réduire la mortalité et la morbidité dues au paludisme en vue de la réduction de la pauvreté

Par ailleurs, la Revue des Performances du Programme Paludisme, (RPP) en 2012 a relevé des progrès certes avec une contribution importante du Gouvernement et ses partenaires pour l'achat des médicaments antipaludiques, et les Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA) mais également des faiblesses et des contraintes.

Parmi les faiblesses il a été noté entre autres:

- *La disponibilité insuffisante des MILDA dans les ménages,*
- *l'insuffisance de l'utilisation des MILDA par les groupes vulnérables;*
- *l'insuffisance de l'IEC/ mobilisation sociale ;*
- *l'insuffisance dans la gestion des activités de lutte contre le paludisme aux différents niveaux*
- *les ruptures fréquentes d'intrants au niveau des formations sanitaires*

Face à cette situation et en prenant en compte les recommandations de la Revue de Performance du Programme PNLN organisée en Novembre 2012, les nouvelles stratégies et orientations mondiales et régionales de lutte contre le paludisme ainsi que la Politique Nationale de Santé (PNS), la RDC vient de procéder à la révision de sa politique nationale de lutte contre le paludisme.

Cette politique définit les grands axes stratégiques de la lutte contre le paludisme. Elle intègre de nouvelles orientations en matière de prévention et de prise en charge du paludisme en RDC.

Le gouvernement de la République Démocratique du Congo prendra les mesures appropriées pour mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre efficace de la présente Politique Nationale de lutte contre le Paludisme sur l'ensemble du territoire national. Cette mise en œuvre se fera à partir de plans stratégiques, de plans de mise en œuvre et de plans de travail.

J'invite les responsables socio-sanitaires, les responsables politiques et administratifs, les partenaires au développement et les communautés à considérer ce document de politique réactualisé, le Plan Stratégique National et les directives techniques qui le renforceront comme la référence nationale en matière de lutte contre le paludisme.

*La Ministre de la Santé Publique
Dr Felix Kabange Numbi M*

A REVOIR

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.1
1. DECLARATION DE POLITIQUE NATIONALE	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.3
1.1. AVANT-PROPOS	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.3
1.2. PREAMBULE	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.3
1.3. ANALYSE DE LA SITUATION.....	74
1.4. ENONCE DE POLITIQUE NATIONALE	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.6
1.5. MISSION DU PNLP	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.6
1.6. LES OBJECTIFS	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.6
1.7. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.6
1.7.1. <i>Stratégies de base</i> :	Fehler! Textmarke nicht definiert.6
1.7.1.1. La prise en charge des cas	Fehler! Textmarke nicht definiert.6
1.7.1.2. La Prévention	Fehler! Textmarke nicht definiert.7
1.7.1.3. La Surveillance Epidémiologique	Fehler! Textmarke nicht definiert.7
1.7.1.4. Renforcement des capacités institutionnelles	Fehler! Textmarke nicht definiert.7
1.7.2. <i>Stratégies d'appui</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.7
1.8. LES PRINCIPES DIRECTEURS.....	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.8
1.8.1. <i>Coordination</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.8
1.8.2. <i>Décentralisation</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.8
1.8.3. <i>Intégration</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.8
1.8.4. <i>Collaboration intrasectorielle, multisectorielle et pluridisciplinaire</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.Erreur!
1.8.5. <i>Partenariat</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.8
1.8.6. <i>Participation communautaire</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.9
1.8.7. <i>Amélioration de la gestion</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.9
1.9. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.9
1.9.1. <i>Cadre institutionnel</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.9
1.9.1.1. Au niveau central	Fehler! Textmarke nicht definiert.9
1.9.1.2. Au niveau intermédiaire	Fehler! Textmarke nicht definiert.9
1.9.1.3. Au niveau périphérique	Fehler! Textmarke nicht definiert.9
1.9.2. <i>Partenariat</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.Erreur! Signet non défini.
1.9.3. <i>Cadre général</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.9
ANNEXE I	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.10
DIRECTIVES TECHNIQUES EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.10
1. PRISE EN CHARGE DES CAS	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.10
1.1. <i>Prise en charge à domicile (le ménage)</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.10
1.1.1. Diagnostic	Fehler! Textmarke nicht definiert.10
1.1.2. Traitement	Fehler! Textmarke nicht definiert.11
1.1.3. Recours.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.11
1.2. <i>Prise en charge au niveau de la communauté (l'agent de santé communautaire)</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.11
1.2.1. Diagnostic	Fehler! Textmarke nicht definiert.12
1.2.2. Traitement	Fehler! Textmarke nicht definiert.12
1.2.3. Recours.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.12
1.2.4. Protection des femmes enceintes.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.13
1.3. <i>Prise en charge au niveau du Centre de Santé</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.13
1.3.1. Diagnostic	Fehler! Textmarke nicht definiert.13
1.3.2. Traitement	Fehler! Textmarke nicht definiert.14
1.3.3. Recours.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.15
1.4. <i>Prise en charge au niveau de l'HGR</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.15

1.4.1. Diagnostic	Fehler! Textmarke nicht definiert.	15
1.4.2. Traitement	Fehler! Textmarke nicht definiert.	15
1.4.3. Recours.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.	18
1.5. <i>Prise en charge au niveau de l'Hôpital Tertiaire</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.	18
1.5.1. Paludisme simple	Fehler! Textmarke nicht definiert.	18
1.5.2. Paludisme grave	Fehler! Textmarke nicht definiert.	18
1.6. <i>Diagnostic de laboratoire</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.	18
1.6.1. Diagnostic microscopique	Fehler! Textmarke nicht definiert.	18
1.6.2. Diagnostic par test rapide	Fehler! Textmarke nicht definiert.	18
1.7. <i>Paludisme pendant la grossesse</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.	19
1.7.1. Paludisme simple	Fehler! Textmarke nicht definiert.	19
1.7.2. Paludisme grave	Fehler! Textmarke nicht definiert.	19
2. PREVENTION DU PALUDISME	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.	20
3. SURVEILLANCE ET SUIVI	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.	22
4. RECHERCHE OPERATIONNELLE (RO) ET APPLIQUEE	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.	23
5. PARTENARIAT SOCIAL	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.	23
ANNEXE II	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.	24
NORMES DE LA LUTTE ANTIPALUDIQUE	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.	24
1. INTRODUCTION	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.	24
2. DEFINITION	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.	24
3. NORMES SPECIFIQUE EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.	24
3.1. <i>Normes sur la Prise en charge</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.	24
3.1.1. Normes sur le diagnostic clinique	Fehler! Textmarke nicht definiert.	24
3.1.2. Normes techniques sur le diagnostic de laboratoire du paludisme.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.	25
3.1.3 Normes sur les médicaments antipaludiques/adjuvants	Fehler! Textmarke nicht definiert.	27
3.2. <i>Normes sur la prevention</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.	27
3.2.2. <i>Du traitement des Matériaux à l'insecticide</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.	28

I. Document de Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme en RDC

1.1. INTRODUCTION

Les efforts de la lutte contre le paludisme ont commencé réellement en 1995 avec la mise en place du Groupe spécial sur la lutte antipaludique en Afrique. En 1997, l’OMS a, pour la première fois dans son histoire, débloqué 10 millions de dollars américains pour appuyer l’accélération de la lutte contre le paludisme en Afrique. Cette action faisait suite aux demandes formulées par les Etats membres et les gouvernements. Un montant équivalent a été fourni l’année suivante et ces fonds ont été utilisés pour aider 21 pays à renforcer leurs moyens afin d’accélérer la mise en œuvre des activités.

Les sommets des Chefs d’Etat Africains tenus successivement à Harare (juin 1997) et à Ouagadougou (juin 1998) avaient adopté des déclarations relatives à la lutte contre le paludisme dans le cadre du redressement et de la relance économique de l’Afrique.

En juillet 1998, l’OMS, UNICEF, Banque Mondiale et d’autres partenaires avaient lancé conjointement l’Initiative Faire Reculer le Paludisme.

Et en avril 2000, les Chefs d’Etat et des Gouvernements africains réunis à Abuja (Nigeria) adoptèrent la déclaration d’Abuja portant sur la mise en œuvre effective de l’initiative FRP dans la Région Africaine de l’OMS.

La RDC s’est appropriée depuis 2001 l’initiative « Faire Reculer le Paludisme » et s’est résolument engagée, à l’issue du premier forum national de consensus organisé à cet effet en février 2001 à mettre en œuvre, avec l’appui de ses partenaires, les stratégies adoptées au niveau international.

Les cibles étaient les groupes vulnérables, notamment les enfants de moins de cinq ans (18% de la population totale) et les femmes enceintes (4,5% de la population générale).

Pour atteindre les résultats escomptés, il faut nécessairement étendre la couverture des interventions de prévention, de traitement et de soutien pour lutter contre le paludisme. à l’ensemble de la population, avec un accent particulier pour les enfants de moins de cinq ans, les femmes et enceintes.

Devant ce constat la RDC a décidé d’adopter la couverture universelle pour faire bénéficier à l’de tous les intrants de lutte contre le paludisme. Ainsi, un programme de mise à échelle accélérée des interventions de base est nécessaire.

Le traitement par l’artésunate-amodiaquine a souffert de la réticence de certains professionnels de santé et la non administration judicieuse des CTA est encore observée aussi bien dans le secteur

public que privé (17%, EDS-RDC II 2013-2014). Aussi dans le cadre du traitement du paludisme grave, des récents développements de molécules nécessitent une actualisation des schémas thérapeutiques.

Eu égard à cet engagement politique au niveau mondial, africain et national et compte tenu de récent développement des stratégies et des outils de la lutte antipaludique tels que l'accès universel aux services, implication du secteur privé et de la société civile, le traitement préventif intermittent chez le nourrisson, la gestion de résistance aux insecticides des vecteurs du paludisme et les recommandations de la RPP du PNLN en 2012, la reformulation d'une politique nationale de lutte contre le paludisme adaptée au contexte aussi bien nationale, régionale qu'international s'avère indispensable. Elle permet d'avoir la nouvelle vision globale de la lutte en RDC et de tracer les grandes orientations qui constitueront l'ossature des prochains plans stratégiques.

1.2. JUSTIFICATION

La Politique Nationale Sanitaire (PNS) s'inspire de la Stratégie des Soins de Santé Primaires. En vue de son opérationnalisation, le pays est divisé en 516 Zones de Santé. Celles-ci constituent le dernier maillon de la chaîne sanitaire où sont mis en œuvre tous les paquets d'interventions, y compris ceux liés à la lutte contre le paludisme.

L'organisation de la lutte contre le paludisme en RDC a évolué d'abord comme un projet du ministère de la santé (Projet de Lutte Anti Paludique – PLAP de 1977 à 1982), ensuite comme un volet de la Lutte Anti Paludique (LAP de 1982-1998) au sein du Programme Elargi de Vaccination et de Lutte contre les Maladies Transmissibles de l'Enfance (PEV-LMTE) et enfin comme Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP de novembre 1998 à ce jour).

Actuellement, l'initiative FRP dans laquelle le PNLN s'inscrit pour organiser la lutte contre le paludisme en RDC a vu le jour dans un contexte marqué par :

- l'ampleur toujours croissante de cette maladie dans les pays où elle est endémique ;
- la faiblesse des systèmes de santé de nombreux pays pauvres et leur incapacité à lutter efficacement contre cette endémie ;
- la modicité des ressources mises en œuvre révélée par la baisse des investissements aussi bien dans le secteur privé que public ;

L'initiative FRP vise notamment à :

- obtenir un engagement politique au plus haut niveau de l'Etat et de ses partenaires ;
- rendre disponibles les moyens et les approches coût efficacité appropriés pour la lutte contre le paludisme ;
- renforcer considérablement les ressources humaines et mobiliser toute la communauté ;
- développer un partenariat actif.

Ainsi les exigences de cette lutte dépassent le seul cadre du Ministère de la Santé pour impliquer plusieurs autres secteurs, les institutions de recherche et académiques et à tous les niveaux, en vue d'une mobilisation accrue des ressources.

1.3. Analyse de la situation

1.3.1. Situation sociopolitique.

La RDC est un Etat unitaire fortement décentralisé qui comprend 11 provinces. Chaque province est divisée en districts, ces derniers le sont en territoires, les territoires en Chefferies ou secteurs et ceux-ci en villages ou localités. La RDC compte 25 districts Administratifs, 21 villes, ~~145~~, 145 territoires administratifs et 77 communes.

La A ce jour, cette nouvelle disposition n'est pas encore mise en place. Ce découpage doit permettre une décentralisation et une déconcentration du pouvoir vers les provinces grâce à une plus grande autonomie de gestion.

Constitution de la Troisième République prévoit le passage de 11 à 26 provinces. Votée en février 2006, cette nouvelle organisation territoriale devait prendre effet dans les trois ans qui ont suivi l'installation effective des institutions politiques prévue par la Constitution (Article 226).

1.3.2. Ecosystème, environnement et climat.

La RDC est géographiquement située entre le 5ème degré de latitude Nord et le 14ème degré de latitude Sud. Sa superficie est de 2.345.000 km². Elle partage une frontière de 8.165 km avec 9 pays dont 4 (Rwanda, Burundi, Ouganda, Tanzanie) sur la ceinture des grands lacs, régions de hautes altitudes, zone à risque épidémique potentiel pour le paludisme, d'une part, et d'autre part, la République Centrafricaine, le Soudan, la République du Congo, l'Angola et la Zambie.

La pluviométrie annuelle en RDC est généralement élevée. Elle varie entre 1500 et 2000 mm près de l'équateur, et entre 1400 et 1500 mm dans les zones tropicales et montagneuses. Elle est à la base de multiples crues et du développement de nombreux marécages, gîtes potentiels d'anophèles.

La RDC est située à cheval sur l'Equateur avec un climat équatorial chaud, humide au centre et tropical au Sud et au Nord

Le climat équatorial au centre retrouvé dans la Cuvette centrale avec des précipitations autour de 2000 mm de pluie par an, sans véritable saison sèche, une humidité atmosphérique constamment élevée (70 à 85%) et des températures variant à peine autour d'une moyenne de 25 à 27 °C.

Le climat tropical et humide au Nord et au Sud retrouvé dans le Katanga méridional ou six mois secs alternent avec six mois pluvieux, avec une pluviométrie moyenne annuelle de 1.000 à 1.500 mm et des précipitations totales voisines de 500 mm. Les deux climats, chauds avec une pluviométrie importante, favorisent le développement du moustique, vecteur du paludisme et le Plasmodium, son agent.

Le climat tempéré en altitude à l'Est : les précipitations varient de moins de 1.000 mm (810 mm) sur la frange littorale à plus de 2.500 mm dans les régions montagneuses à l'Ouest du Lac Kivu. Ces hautes terres, aux températures tempérées, comparables à celles du Rwanda

et du Burundi voisins, contrastent vigoureusement avec les étendues chaudes et humides de l'intérieur du bassin.

Le climat de type montagnard : à l'extrême Est, du Lac Kivu au Lac Mobutu, avec des températures moyennes oscillant entre 16 à 18 °C.

Les ressources en eau de surface (immense réseau fluvial, plaines inondées et lacs) représentent 52% des réserves totales du continent et couvrent environ 86.080 km², soit 3,5 % de la superficie du pays.

Cet important réseau hydrographique offre des gîtes propices à la prolifération de nombreux hôtes intermédiaires et vecteurs de nombreuses maladies, notamment les anophèles.

Les problèmes environnementaux se posent beaucoup plus en termes de destruction de principaux écosystèmes à savoir les forêts, les sols, les eaux...devant coexister harmonieusement. Cette destruction est susceptible de favoriser l'éclosion de la maladie et donc la prolifération du vecteur transmetteur.

On note une forte détérioration de l'écosystème en raison du relâchement des mesures d'hygiène individuelle et collective et de salubrité publique, renforcé par l'insuffisance de l'approvisionnement en eau saine.

Par ailleurs, le lancement des grands chantiers de réhabilitation de l'infrastructure routière a occasionné l'aménagement des tranchées et la création d'empreintes des roues de grands engins qui ont multiplié des gîtes larvaires favorisant le foisonnement des moustiques, vecteurs de nombreuses maladies, notamment les anophèles contribuant ainsi aux flambées de fièvres présumées palustres dans plusieurs localités.

1.3.3. Données démographiques

La République Démocratique du Congo est le pays le plus vaste et le plus peuplé de l'Afrique Centrale. A l'accession du pays à l'indépendance en 1960, sa population était estimée à 14.106.000 habitants. Lors du recensement scientifique de 1984, la population était chiffrée à 30.731.000 habitants. Actuellement, elle est estimée à 86.453.301 habitants (population validée en mars 2013 par l'équipe mixte PEV-Partenaires).

Du point de vue de la répartition de la population par milieu de résidence, les résultats du Recensement Scientifique de la Population (RSP) de 1984 indiquaient qu'environ 70 % de la population congolaise vivaient en milieu rural contre près de 30 % en milieu urbain. Mais avec les multiples mouvements de population occasionnés par les conflits armés de ces dernières années, la proportion de la population vivant en milieu urbain devrait avoir augmenté, selon EDS- RDCII (2013-2014).

Le pays a une faible densité de population avec seulement 24 habitants au km², sauf dans la Ville Province de Kinshasa qui a une très forte densité (577 habitants au km²) suite à la concentration des infrastructures économiques, sociales et ainsi que des institutions administratives et politiques.

1.3.4. Données socio- économiques

La majorité de la population pratique l'agriculture. Certains vivent exclusivement de la chasse, de la pêche, de la cueillette et de l'élevage. Le PNB est de moins de 100 USD / an / habitant, ce qui place le pays parmi ceux à plus faible revenu du continent.

La crise socio-économique que traverse le pays depuis bientôt une trentaine d'années, a engendré des implications sur le revenu familial qui agit négativement sur l'accessibilité de la population aux soins de santé de base.

Cette situation dramatique est aggravée depuis 1998 par un conflit armé qui a entravé toutes les actions de développement dans le pays. Par conséquent, les nombreux déplacés, l'inflation et le chômage constituent, à l'heure actuelle, des problèmes prioritaires en RDC.

1.4. Analyse du système de santé

1.4.1. Structure organisationnelle du système de santé

Le Ministère de la Santé Publique est structuré en 3 niveaux, à savoir : le niveau central, le niveau Intermédiaire ou Provincial et le niveau périphérique.

Le niveau central est constitué du Cabinet du Ministre, du Secrétariat Général qui compte 13 Directions et 52 Programmes Spécialisés, les Hôpitaux nationaux. Il a une responsabilité normative et de régulation, de prestation de soins tertiaires. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil et le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre en provinces.

Le niveau intermédiaire ou provincial comprend 11 Divisions/ Inspections Provinciales de la Santé et 65 Districts Sanitaires et les Hôpitaux provinciaux. Il assure un rôle d'encadrement technique, de suivi et de la traduction des directives, stratégies, des politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre au niveau périphériques ou des Zones de Santé. Le niveau intermédiaire a aussi pour mission d'offrir à travers l'Hôpital Provincial, les soins de santé de référence secondaire. Avec la décentralisation en cours, le pays comptera 26 Divisions et 26 Inspections Provinciales de la Santé à partir de janvier 2015.

Le niveau périphérique comprend 516 ZS avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8504 aires de santé (AS) planifiées dont 8266 disposent d'un Centre de Santé. Ce niveau est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire. La mission du Centre de Santé (CS) est d'offrir à sa population de responsabilité les soins de santé qui relèvent du Paquet Minimum d'Activités (PMA), tandis que celle de l'Hôpital Général de Référence du niveau primaire est d'offrir les soins qui relèvent du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) et d'apporter un appui au développement des PMA de qualité dans les Centres de Santé.

1.4.2. Problématique du système de santé

En 2006, le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires ont adopté la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) qui se fixe pour but d'améliorer l'offre et l'utilisation des soins de santé de qualité par l'ensemble de la population congolaise. Cette stratégie a identifié les problèmes prioritaires du secteur de la santé parmi lesquels (i) Problèmes liés à la longue période caractérisée par la situation d'urgence, (ii) Absence d'un cadre de référence correcte pour la définition des services de zone, (iii) Effets pervers du financement de la santé, (iv) Participation communautaire mal comprise, (v) Absence de

leadership du Ministère sur le secteur et (vi) Problème lié à la gestion de l'information sanitaire.

Pour ce faire, la SRSS dans sa seconde édition prévoit six (6) axes stratégiques dont (i) le développement de la Zone de Santé(ZS), (ii) Le renforcement de la gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé, (iii) le développement des ressources humaines pour la santé, (iv) la réforme du secteur du médicament, (v) la réforme du financement de la santé et (vi) la collaboration intra et inter sectorielle.

Place de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles (A compléter par le PNLP)

Collaboration avec le secteur privé de la santé

Bien que le secteur privé pose encore des difficultés en termes de régulation et de qualité des prestations des services et des rapports, le Ministère de la Santé Publique à travers son Programme National de Lutte contre le Paludisme ce secteur comme étant un partenaire privilégié dans la mesure où 80% au moins des cas de paludisme sont traités à ce niveau. Le PNLP accorde beaucoup d'importance à la formation du personnel du secteur privé à la prise en charge des cas, à la prévention, à la gestion des données (collecte, traitement, analyse et production de rapport) du paludisme. C'est donc, une opportunité que doit profiter le PNLP pour mettre à la disposition des structures sanitaires privées des fiches techniques pour la bonne prestation des services.

Dans ce cadre, le Ministère de la Santé doit encourager l'implication du Secteur Privé dans tout le processus de lutte à partir de la planification jusqu'à la mise en œuvre du PSN et développer des modèles innovants d'organisation et de participation du secteur privé de la santé afin d'étendre l'accès aux CTA et aux TDR subventionnés aux patients utilisant les structures de soins privées.

1.5. Analyse de la situation du Paludisme en RDC

1.5.1. Epidémiologie

1.5.1.1. Parasites du paludisme

Trois espèces plasmodiales sont rencontrées en RDC, à savoir *Plasmodium falciparum*, responsable des formes graves du paludisme et l'espèce la plus fréquente (95%); *Plasmodium ovale* et *Plasmodium malariae*, les espèces souvent en infections mixtes avec *Plasmodium falciparum*, et enfin certaines publications ont révélé la présence du *plasmodium vivax* en RDC1.

1.5.1.2. Vecteurs du paludisme

Sur base des données disponibles jusqu'à ce jour l'Anophèles gambiae (92%), Anophèles funestus (vecteur principal pour la région des hauts plateaux de l'est), Anophèles nili, Anophèles moucheti, Anophèles brunnipes, et Anophèles paludis demeurent les vecteurs les plus couramment rencontrés.

1.5.1.3. Stratification et Transmission

La stratification épidémiologique du paludisme au niveau du pays reste peu détaillée et nécessite d'une mise à jour pour permettre une meilleure connaissance des facteurs et des zones à risque. Les 3 faciès épidémiologiques en RDC :

Le Faciès équatorial (forêts et savanes) :

La transmission est intense et permanente pouvant atteindre jusqu'à 1000 piqûres infectées par personne et par an. Ce qui permet une acquisition précoce de la prémunition. Les 30 à 50 % des fièvres chez enfants de moins de 5 ans sont attribuées au paludisme et les formes graves du paludisme dans cette tranche d'âge sont décrites.

Le Faciès tropical (zones humides) :

La transmission est à recrudescence saisonnière longue, saison des pluies durant de 5 à 8 mois, (60 à 400 piqûres infectées par personne et par an). La prémunition apparaît plus tardivement, vers l'âge de 10 ans. La morbidité est plus importante en saison des pluies ; les formes graves du paludisme sont décrites jusqu'à un âge plus avancé.

Le Faciès montagnard (zones entre 1000 et 1500 mètres d'altitude)

Représente la *Strate IV* de l'OMS. Dans ces zones, la période de transmission est très courte avec parfois des années sans transmission. La prémunition est absente, les formes graves du paludisme sont observées dans toutes les tranches d'âge et le paludisme s'exprime sous forme épidémique ou sous forme de recrudescences aiguës annuelles.

1.5.1.4. La dynamique de la transmission du Paludisme et le niveau d'endémicité

97% de la population vit dans les zones à paludisme stable caractérisé par les faciès équatorial et tropical. La transmission est permanente au niveau de la cuvette centrale. Cette cuvette est une zone d'hyper endémie (50 à 75% des personnes infectées) et d'holoendémie (plus de 75% des personnes infectées).

Les 3% restant vivent dans les régions montagneuses de l'Est de la RDC où le paludisme est instable avec risque de survenue des épidémies. La transmission est sporadique et saisonnière sur les hauts plateaux de l'Est (Katanga), les provinces du Sud, du Nord Kivu, et dans l'Ituri (Province Orientale).

Le taux d'inoculation moyenne varie entre 2,8 et 620,5 piqûres/personne/an à Kinshasa et l'indice sporozoïtique va jusqu'à 7.2 % en milieu urbain.

1.5.1.5. Morbidité et mortalité

La RDC occupe le 2^{ème} rang en termes de mortalité palustre dans le monde après le Nigeria (Rapport Mondial sur le Paludisme 2012).

Prévalence de la fièvre

L'EDS-RDC II 2013-2014 a révélé que 29.5% des enfants de moins de 5 ans ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête. Parmi ces enfants, 29.2 % ont reçu des antipaludiques et seulement 14.6% d'entre eux ont reçu un traitement antipaludique dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre. Des 29.2 % des enfants mis sous antipaludiques pour paludisme simple, les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) représentent seulement 7.9 % (5.6+2.3) (y compris 2.3 % dans les sites des soins

communautaires) contre 63.0 % pour la quinine, 5.5 % pour l'Amodiaquine, 2.6 % pour la chloroquine, 5.5 % pour la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP), et 6.3 % pour les autres antipaludiques.

Cas et décès

En 2012 il y a eu 2.656.864 cas confirmés par la goutte épaisse et 2.134.734 cas confirmés par le TDR ; soit un total de 4.791.598 cas confirmés sur 9.128.398 cas rapportés, ce qui correspond à un taux de confirmation de 52,5%.

Entre 2008 et 2013, on a enregistré une augmentation du nombre des malades décédés en hospitalisation pour toutes causes confondues, soit des 398.562, parmi lesquels ceux décédés du paludisme. Notons que certains décès dus à d'autres pathologies fébriles sont encore mis sous le compte du paludisme.

Flambées des cas de fièvres présumées palustres en 2012.

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

1.6. Performance du programme de lutte contre le paludisme

1.6.1. Historique de la lutte contre le paludisme

L'organisation de la lutte contre le paludisme en RDC a évolué d'abord comme un projet du Ministère de la Santé (Projet de Lutte Anti Paludique – PLAP de 1977 à 1982), ensuite comme un volet de la Lutte Anti Paludique (LAP de 1982-1998) au sein du Programme Elargi de Vaccination et de Lutte contre les Maladies Transmissibles de l'Enfance (PEV-LMTE) et enfin comme Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP de novembre 1998 à ce jour).

Le Programme National de lutte contre le Paludisme, PNLN en sigle, est un service spécialisé du Ministère de la Santé Publique, doté d'une autonomie financière et administrative, placé sous l'autorité hiérarchique du Ministre ayant la Santé dans ses attributions. Créé par l'arrêté Ministériel n° 1250/CAB/MIN/SP/008/1998 du 22 Juillet 1998 son mandat, sa mission et ses objectifs sont bien définis.

Mission

La mission du PNLN est d'élaborer et faire appliquer des stratégies garantissant l'accès universel aux interventions les plus efficaces de lutte contre le paludisme à tous les habitants de la RDC à un coût abordable et de contribuer ainsi à la réduction des pertes socioéconomiques attribuables à cette endémie.

Principes directeurs

Il s'agit de (i) Leadership, (ii) Partenariat coordonné et inclusif, (iii) Bonne gouvernance et redevabilité, (iv) Stratégies basées sur les évidences et les résultats dans la mise en œuvre et en fin (v) L'équité dans la mise en œuvre des interventions.

1.1.1. Les différents plans stratégiques du PNL

2002- 2006, le premier Plan Stratégique de première génération avec comme objectif l'augmentation de la couverture des interventions clés de lutte contre le paludisme en mettant l'accent sur la couverture des populations les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de 5ans et les femmes enceintes.

2007- 2011, deuxième Plan Stratégique de deuxième génération avec objectif de mettre à l'échelle les interventions pour couvrir toutes les populations vivant dans les zones à risque de paludisme afin d'assurer un impact sur la morbidité et la mortalité.

2013 – 2015, troisième Plan Stratégique de troisième génération pour une mise en œuvre compréhensive des politiques et stratégies de lutte contre le paludisme afin d'atteindre la couverture universelle pour toutes les interventions de lutte contre le paludisme (MILD, PID, ACT, TDR et....)

L'actuel PSN est le résultat des recommandations de la revue des performances du programme.

1.1.2. Résultats de la lutte entre 201-2013

Les progrès observés des principaux indicateurs de résultats et d'impact du PNL sont présentés dans le tableau et graphiques ci-dessous:

Indicateurs	MICS 2001	EDS 2007	MICS 2010	EDS-RDC II 2013-14
% des ménages possédant au moins une MIILD	ND	9	51	70.0
% d'enfants de moins de 5 ans qui utilisent la MIILD	0.7	6	38.1	56.0
% des femmes enceintes qui utilisent la MIILD ND	ND	7	42.6	60.0
% des femmes enceintes qui ont bénéficié du TPI conformément à la politique nationale	ND	5.1	20.8	14.0
% enfants de moins de 5 ans avec une fièvre les 2 semaines précédant l'enquête ayant eu un prélèvement au doigt ou au talon pour le test de paludisme	ND	ND	17.2	18.6
% enfants de moins de 5 ans ayant eu la fièvre au cours de 2 semaines précédant l'enquête mis sous un antipaludique	ND	29.8	39.0	29.2
% enfants de moins de 5 ans ayant eu la fièvre au cours des 2 semaines précédant l'enquête mis sous antipaludique qui ont reçu un traitement de 1ère ligne recommandé pour le paludisme simple.	ND	ND	6.1	5.6+2.3 =7.9
% enfants de moins de 5 ans avec fièvre	41	30.8	27	29.5

1.2. Cadre de la Politique de lutte contre le Paludisme en RDC

1.2.1 . Vision

La présente déclaration de Politique de lutte contre le Paludisme s'inscrit dans la vision de la RDC qui se veut un pays émergent et sans paludisme.

1.2.2. But

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de la RDC par la réduction du fardeau humain et socio- économique du au paludisme.

1.2.3. Objectifs de lutte contre le paludisme en RDC

1. Réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme au sein de la communauté et en particulier chez les enfants de moins de 5ans et chez les femmes enceintes ;
2. Réduire le fardeau socio-économique dû au paludisme.

1.2.4. Orientations stratégiques

En se basant sur les résultats de la Revue des Performances du Programme de lutte contre le paludisme, l'orientation stratégique majeure de la politique nationale visant le contrôle du paludisme s'inscrit dans l'accélération de la mise à échelle des interventions en vue d'une couverture universelle, et la pérennisation des acquis pouvant conduire à un impact durable sur la morbidité et la mortalité dues au paludisme.

La contribution au renforcement du système de santé restera également une priorité. L'accent sera mis sur la planification décentralisée, l'amélioration du système d'approvisionnement en intrants, la prise en charge des cas (tester, traiter et suivre), l'extension des interventions à base communautaire, le renforcement du système d'information sanitaire, la pharmacovigilance et le renforcement du leadership.

La Politique Nationale de lutte contre le paludisme insiste sur la collaboration avec les programmes en charge de la santé de la mère et de l'enfant. Le partenariat notamment avec le secteur privé et confessionnel sera renforcé afin d'optimiser des opportunités de financement et de coordination des interventions

La multisectorialité préconisée dans la lutte contre le paludisme impliquera les communautés, les différents ministères, les universités et les Ecoles de santé, les institutions de recherche scientifique, les Associations et les Organisations non gouvernementales nationales et internationales, le secteur privé et les partenaires au développement. Cette multisectorialité sera aussi développée en vue de prendre en compte les déterminants qui ne relèvent pas du secteur de la santé notamment **l'assainissement de base**. Les collectivités locales et les communautés seront fortement impliquées dans la planification, la mobilisation des ressources et la mise en œuvre des interventions.

Afin d'améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins et services de lutte contre le paludisme à travers la mise en place de système de couverture universelle (suivi et contrôle des couts de recouvrement, mutuelle de sante, tiers payant etc ...) et l'appui direct aux zones de santé non appuyées par les partenaires.

Les Plans Stratégiques indiqueront les mécanismes en place pour assurer une gestion efficiente de la lutte et des ressources allouées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les principaux axes stratégiques

(a) Prévention

(b) Prise en charge des cas

(c) Préparation et réponse aux épidémies de paludisme et situations d'urgence

(d) Gestion du programme

(e) Plaidoyer, IEC et mobilisation communautaire

(f) Gestion des achats et des stocks (GAS)

(g) Surveillance épidémiologique, suivi – évaluation et recherche opérationnelle

1.2.5 Interventions

La politique nationale de lutte contre le paludisme s'appuie sur des interventions spécifiques permettant la mise en œuvre des stratégies retenues :

Stratégie 1 : Prévention du paludisme

Intervention 1.1 : Lutte antivectorielle

La lutte contre les vecteurs du paludisme en RDC s'articule autour de trois interventions: la promotion de l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'Action (MILD), la lutte anti larvaire et la pulvérisation intra domiciliaire (PID) focalisée au niveau de certaines zones.

1. Prévention du paludisme par l'accès aux MILD et leur utilisation.

1.1. Approche de mise en œuvre 1 : Distribution de masse des MILD

Les MILD de type rectangulaire de couleur blanche sont distribuées gratuitement en campagne de masse à toute la population tous les deux ans en vue d'atteindre la couverture universelle d'une (1) MILD pour deux (2) personnes, conformément à la recommandation de la Revue des Performances du Programme, réalisée en 2012.

Il sera également question de documenter l'expérience du 1er cycle de distribution afin de ressortir les leçons apprises pour orienter le second. En plus des données de couverture et d'utilisation des MILD, les évaluations pré et post campagnes seront orientées vers la cartographie des vecteurs et leurs sensibilités aux insecticides ainsi que vers l'évaluation de la durabilité des MILD sur le terrain et ses déterminants en contexte local.

1.2. Approche de mise en œuvre 2 : Distribution de routine des MILD

Les MILD seront distribuées aussi gratuitement en routine aux femmes enceintes et aux enfants âgés de moins d'un an. La distribution de MILD en routine se fera à la CPN pour les femmes enceintes et à la CPS pour les enfants de moins d'un an complétant leur calendrier vaccinal. Cette approche vise à maintenir la couverture globale post campagne et le taux d'utilisation des MILD dans les populations les plus vulnérables que sont les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

Il sera ainsi distribué, chaque année, un nombre de MILD équivalent à 7,49% de la population. Des approches alternatives de distribution de MILD en routine seront explorées afin de trouver le meilleur moyen d'assurer le maintien de couverture entre les campagnes de distribution de masse.

2. Prévention du paludisme par la pulvérisation Intra Domiciliaire (PID).

La pulvérisation intra domiciliaire (PID) gratuite, s'applique actuellement dans la province du Katanga avec l'engagement des entreprises minières. Initialement prévue dans 4 zones de

santé, elle ne s'applique actuellement que dans la ZS de Fungurume. Dans l'actuel cycle de planification la PID pourra s'étendre à la zone de santé de Kasongo au Maniema. Afin d'assurer un bon suivi de la mise en œuvre de cette intervention, une assistance technique s'avère indispensable pour la formation des agents du PNLP sur cette stratégie.

Il est également prévu de mettre à échelle la PID dans les zones de santé à potentiel épidémique des hauts plateaux de l'Est du Katanga, du Sud Kivu, du Nord Kivu et de l'Ituri en province Orientale.

Face à l'émergence de la résistance des vecteurs aux insecticides rapportés (Rapport mondial sur le paludisme 2012), le Programme a développé un Plan de Gestion de la Résistance aux Insecticides des vecteurs du paludisme, selon les recommandations de l'OMS.

3. Prévention du paludisme chez la femme enceinte par le TPI.

La RDC renforce sa politique de prévention du paludisme chez la femme enceinte basée sur le Traitement Préventif Intermittent (TPI) **gratuit**, telle qu'adoptée en 2002 avec l'utilisation de la Sulfadoxine - Pyriméthamine (SP).

Le Traitement Préventif Intermittent (TPI) consiste à administrer une dose thérapeutique d'un antipaludique efficace au cours des visites de consultations prénatales (CPN), dès l'apparition des mouvements actifs du fœtus

L'OMS recommande un calendrier d'**au moins quatre consultations prénatales** au cours de la grossesse. Il est recommandé aux femmes séropositives de prendre une dose de la SP chaque fois qu'elles se présentent à la CPN.

En commençant le plus tôt possible au cours du **second** trimestre, le TPI-SP est recommandé pour toutes les femmes enceintes lors de chaque consultation prénatale programmée jusqu'au moment de l'accouchement, à condition que les doses soient administrées à au moins **un mois d'intervalle soit 4 doses**. La SP ne doit pas être administrée lors du premier trimestre de grossesse. Toutefois, la dernière dose de TPI-SP peut être administrée jusqu'au moment de l'accouchement sans qu'il y ait de risques.

Le TPI-SP doit, de préférence, être administré sous surveillance directe sous forme de trois comprimés de Sulfadoxine-Pyriméthamine (chaque comprimé contenant 500 mg/25 mg de SP), pour un dosage requis total de 1 500 mg/75 mg de SP. La SP peut être administrée à jeun ou avec de la nourriture.

Il sera en outre nécessaire de mettre en place un programme de communication intégrée pour s'assurer que les femmes enceintes consultent suffisamment tous les services des CPN. Ce programme ciblera, les prestataires des soins, les femmes en âge de procréer, les leaders communautaires, les professionnels des mass médias.

Les capacités des agents de santé communautaires, des matrones, et des autres professionnels de santé seront renforcées pour qu'ils soient à même d'appuyer l'équipe de zone de santé et du district dans l'organisation des séances d'éducation sanitaire et la promotion du paquet intégré CPN (TPI, Utilisation des MILDA, recherche précoce des soins en cas de maladie fébrile), y compris la dissémination des messages clés et la sensibilisation des différentes audiences.

Les médicaments pour le TPI sont distribués gratuitement aux femmes enceintes pendant les consultations prénatales. Toutefois, en collaboration avec des institutions de recherche, des études sur l'efficacité de la SP seront poursuivies (marqueurs de résistance).

Dans le cadre de la collaboration étroite entre le PNSR et le PNLP, ce dernier doit mener un plaidoyer conjoint auprès des responsables sanitaires à tous les niveaux et des partenaires, organiser des sessions de formation des agents en charge des consultations prénatales, de sensibiliser des Paires éducateurs en CPN recentrée et d'approvisionner régulièrement en SP toutes les structures de manière à permettre de relever les défis de l'amélioration de la couverture en TPI.

4. Prévention du paludisme chez le nourrisson par le TPI (TPIIn).

Ces dernières années, pendant que la couverture en MILD s'accroît, nous assistons à des recrudescences de cas de fièvre présumés palustres dans les zones de santé qui n'en avaient point connues avec une telle ampleur par le passé. Cette situation a résulté en un accroissement de la mortalité palustre, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans.

Cette situation risque de compromettre l'atteinte des objectifs poursuivis par le programme, en particulier en raison de la faible utilisation des services curatifs d'une part et de l'émergence de la résistance du vecteur aux Pyréthroïde, d'autre part.

C'est ainsi que le Traitement Préventif Intermittent du Nourrisson et la Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) chez les enfants de moins de 5 ans s'imposent comme des stratégies à mettre en œuvre en RDC en vue de contribuer à la réduction de mortalité palustre.

A cet effet, des études de faisabilité menées au cours de l'année 2014, seront suivies d'études pilotes avant le passage à l'échelle par une approche progressive et contextuelle en fonction du profil de résistance du parasite aux antipaludiques recommandés par la présente politique pour ces stratégies.

La priorité sera accordée aux zones de santé confrontées aux recrudescences saisonnières importantes en particulier si ces zones de santé font état d'une faible accessibilité et/ou utilisation des services curatifs.

La posologie et le calendrier

L'infirmier responsable du Centre de Santé ou son délégué est chargé d'administrer les doses de TPIIn-SP au nourrisson de la manière suivante :

- Première dose (TPIIn-SP1): au moment de la vaccination DTC2/Penta2, à l'âge de 8 à 10 semaines
- Deuxième dose (TPIIn-SP2): au moment de la vaccination DTC3/Penta3, à l'âge de 12 à 14 semaines
- Troisième dose (TPIIn-SP3): au moment de la vaccination contre la Rougeole à 9 mois

En fonction du poids :

- SP : ½ comprimé pour 10 kg en dose unique
- AQ : ~10 mg/kg par jour pendant 3 jours

En fonction de l'âge:

3 mois-11 mois :

SP (500mg/25mg) :1/2 comprimé en dose unique

AQ (153 mg base) : 1/2 comprimé pendant 3 jours

12 mois-59 mois :

SP (500mg/25mg) :1 comprimé en dose unique

AQ (153 mg base) :1 comprimé pendant 3 jours

Si les vaccins sont en rupture de stock au moment où l'enfant vient au Centre de Santé, il faut profiter de cette occasion pour administrer le TPIIn-SP seul.

Mesures d'accompagnement pour s'assurer de l'efficacité de l'intervention?

5. Méthodes complémentaires de lutte contre les vecteurs

Assainissement du milieu et Gestion de l'environnement

En complément des interventions de lutte anti-vectorielle adoptées, des mesures d'assainissement du milieu et de gestion de l'environnement doivent être mises en place en collaboration avec des représentants d'autres Ministères, des municipalités et des communautés.

Les principales actions doivent porter sur la législation environnementale et une meilleure planification de la viabilisation des zones d'habitations.

Stratégie 2 : Prise en charge correcte des cas de paludisme

Intervention 2.1 : Confirmation biologique des cas de paludisme dans les formations sanitaires intégrées et la communauté.

Tout cas suspect de paludisme sera confirmé par un examen microscopique ou un TDR avant l'instauration du traitement. Un diagnostic précoce et correct des cas suivi d'un traitement rapide avec un antipaludique approprié et efficace constitue l'élément clé pour la réduction effective de la mortalité palustre.

Le diagnostic consiste en la réalisation d'un prélèvement sanguin pour la confirmation biologique chez tous les cas suspects de paludisme par l'utilisation des tests de diagnostic rapide (TDR) dans les centres de santé (CS), ou la microscopie au niveau des centres hospitaliers/formations sanitaires de référence par le personnel de santé qualifié et la réalisation des TDR au niveau communautaire par les « relais communautaires prestataires »

La réussite de cette intervention, repose sur un approvisionnement régulier en réactifs de laboratoire, tests de diagnostics rapides (TDRs) et autres consommables de laboratoire tels que le coton, les gants, l'alcool, etc. et des microscopes fonctionnels. Le PNLN prendra toutes

les mesures nécessaires afin que l'acquisition des TDR réponde aux normes d'assurance qualité et que ceux-ci soient correctement utilisés à la fois dans le secteur public et le secteur privé. Une formation de courte durée sera organisée au niveau des zones de santé pour une pratique de qualité et une meilleure interprétation des résultats microscopique et des TDR. La sélection et l'acquisition des TDR doivent se faire suivant les normes de l'OMS.

Les examens microscopiques restent la méthode de choix pour l'analyse des échecs thérapeutiques contre le paludisme et le suivi des patients atteints de paludisme sévère. Il sera ainsi demandé aux établissements de soins et structures habilités de garantir le service de microscopie pour le paludisme afin que ceci ne fléchisse pas au fur et à mesure que l'utilisation des TDR s'élargit.

Par l'arrêté ministériel n° xxxxxx, du xxxxxxxx, l'utilisation de la monothérapie dans la prise en charge des cas de paludisme simple a été bannie. **été**

Implication du secteur privé et confessionnel

(cfr PNLP pour le complément d'informations)

Intervention 2.2 : Traitement correct des cas de paludisme confirmés, dans les formations sanitaires intégrées et la communauté

Le plus grand défi pour la mise en œuvre de la nouvelle politique basée sur les CTA est la disponibilité de la combinaison, la gestion des effets secondaires et le contrôle de qualité.

Les cas du paludisme simple seront traités avec les CTA suivants : Artésunate-Amodiaquine (ASAQ) et l'Artéméther-Luméfántrine. Les doses sont reprises dans les Fiches Techniques en annexe.

Les médicaments antipaludiques pour la prise en charge du paludisme grave seront disponibles de façon permanente et gratuite dans toutes les formations sanitaires publiques et à moindre coût dans les formations sanitaires privées/entreprises.

Le paludisme grave sera traité avec l'artésunate injectable ou la quinine en perfusion si l'Artésunate fait défaut.

Les faiblesses actuelles du système de santé de la RDC caractérisé à la fois par une faible qualité des soins et une faible accessibilité des populations aux soins font que les appuis actuellement axes sur les services publics pourraient ne pas apporter l'impact attendu.

C'est ainsi que , le PNLP appuie le volet communautaire en le renforçant pour accélérer la couverture en prise en charge correcte des cas, notamment a travers les sites de soins communautaires.

Cette approche communautaire fait partie intégrante du récent plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile de la RDC (Appel à l'action - Une Promesse Renouvelée).

L'importance du secteur privé et la fréquence du recours a l'automédication posent la problématique de l'accès aux CTA de qualité à travers le secteur privé (formations sanitaires privées et points de vente des médicaments). Cette approche fera l'objet d'une expérience pilote avec l'appui des partenaires afin d'en déterminer la valeur ajoutée dans le contexte local.

Pour la disponibilité des ACT, le financement doit être assuré avec l'appui des partenaires de mise en œuvre et des bailleurs de fonds du Programme. Un plaidoyer sera fait auprès du Gouvernement en vue d'augmenter le budget alloué à la lutte contre le paludisme afin de couvrir les zones non appuyées ou celles qui le sont insuffisamment.

La mise à échelle des CTA devra impérativement impliquer les secteurs publics, privés/entreprises, pharmaceutiques et communautaires.

Le système de Pharmacovigilance pour tous les médicaments antipaludiques, spécialement pour les CTA, est de rigueur et est mis en œuvre pour la surveillance des effets secondaires. Il devra être mis à jour pour intégrer la surveillance des effets indésirables de tous les antipaludiques recommandés en RDC.

A cet effet, des mini laboratoires disponibles doivent servir de contrôle de qualité des antipaludiques qui circulent dans le pays. Les données issues des analyses de qualité des antipaludiques qui circulent dans le pays seront mises à contribution, en complémentarité avec celles issues du système de pharmacovigilance, pour réorienter les recommandations sur la PEC du paludisme en RDC.

Comme mentionné précédemment, la diffusion et le suivi des protocoles nationaux de traitement des cas de paludisme se fera tant au niveau du secteur public qu'au niveau du secteur privé/entreprises, mais aussi au niveau des Sites de Soins Communautaires (SSC).

Stratégie 3 : Préparation et réponse aux épidémies de paludisme et situations d'urgence

- Détection précoce et riposte aux épidémies*
- La surveillance épidémiologique du paludisme dans le cadre du système national doit permettre d'évaluer de façon régulière la situation palustre dans le pays et détecter précocement les augmentations anormales de cas de paludisme qui demandent des mesures de contrôle précoces.
- L'intervention consiste à mettre en place des mécanismes permettant d'améliorer le système de surveillance du paludisme. Le paludisme fait partie du système de surveillance intégré des maladies et riposte.
- Du fait des spécificités de chaque zone de transmission, des sites sentinelles de surveillance épidémiologique et entomologique doivent être mis en place au niveau des provinces vue d'assurer une meilleure documentation de la situation, notamment l'investigation systématique autour de chaque situation de recrudescence. Un accent particulier doit être mis sur une meilleure documentation des épidémies/recrudescences de paludisme avec une investigation systématique de toute situation d'épidémie ou de recrudescence confirmée.
- Des sites sentinelles de surveillance devront être mis en place en tenant compte des différents facies épidémiologiques du pays. Des sites sentinelles existants seront renforcés.

- La surveillance épidémiologique au niveau des sites sentinelles se fera par la collecte et l'analyse des données des formations sanitaires sélectionnées en fonction de leur emplacement géographique, leur capacité à assurer une prise en charge correcte (diagnostic et traitement), à élaborer les rapports de qualité et à le transmettre à temps les informations.
- Dans le cadre de la réponse, des stocks de médicaments antipaludiques et de matériels essentiels (solutés glucosés, MILDA, Insecticides) doivent être pré-positionnés en permanence au niveau des districts pour répondre de façon prompte aux éventuelles situations d'épidémies ou de recrudescence.
- Des équipements et des insecticides seront pré positionnés au niveau DPS tandis que des kits de prise en charge d'urgence (médicaments antipaludiques et tests de diagnostic rapide...) seront pré-positionnés dans tous les districts et zones de santé concernées.
- Une collaboration étroite entre le PNLN et ses partenaires devra être renforcée afin d'avoir des données à temps réel sur les précipitations (service de météorologie), les intrants disponibles au niveau du pays et leur pré-positionnement (la centrale d'achat des médicaments), la logistique (le service des armées, le MSP), la disponibilité des ressources humaines (en cas de déploiement du personnel médical dans les zones/districts affectés), etc.
- La définition de l'alerte à vérifier est clairement définie comme la suivante : dépassement simultanément des deux seuils : nombre absolu des cas et pourcentage de suspicion des cas de paludisme parmi les consultations.
- La détection d'une alerte se fait à partir d'un outil mis à la disposition de chaque Formation Sanitaire concernée par la surveillance : un graphique comparant l'évolution moyenne de la morbidité avec un seuil critique (calculé à partir des données des années antérieures : moyenne + 2 écarts-type)
- En cas d'épidémie, la riposte consiste à donner de l'Artéméther- Luméfantrine (A- L) ou Artésunate-Amodiaquine (ASAQ) aux malades. Suivant le contexte épidémique une chimiothérapie de masse peut être indiquée.
- Les mesures d'urgence, en cas d'épidémie, à exécuter de façon simultanée sont les suivantes :
 1. le traitement complet en 3 jours des cas de paludisme simple par A- L ou ASAQ
 2. le traitement de cas graves par l'artéméther injectable ou l'artésunate injectable ou la quinine injectable ;
- Dans le cas où la présence des vecteurs est confirmée, Les activités de lutte antivectorielle contribueront à la réduction de l'incidence des cas, notamment:
 - ✓ l'aspersion intra domiciliaire d'insecticide
 - ✓ l'utilisation de MII
 - ✓ la destruction des gîtes larvaires par l'utilisation des larvicides

- Le système de riposte fonctionne suivant un plan opérationnel de riposte pré élaboré par les zones de santé.
- Ce plan inclut la disponibilité d'un stock d'urgence, la mobilisation et la participation communautaire et prendra en compte l'identification des tâches spécifiques et leurs responsables (prise en charge, lutte anti-vectorielle, mobilisation sociale), ainsi que le budget.
- Pour bien contrôler les épidémies, il faut renforcer/intensifier la surveillance dans les communautés affectées et mobiliser des appuis pour lutter contre les épidémies au niveau communautaire.

Strategie 4 : Gestion du programme

Cadre de mise en œuvre du Programme

L'action essentielle du programme sera guidé par les principes directeurs que sont la coordination, l'intégration, la décentralisation des activités, le partenariat, la collaboration intra et inter sectorielle, la participation communautaire, la gestion axée sur les résultats et l'équité dans l'accès aux soins.

Le leadership dans le cadre de la planification, la mobilisation des ressources, la coordination des interventions et le suivi évaluation du programme seront assurés par la PNLP selon le principe des « Trois Uns » : un plan stratégique unique, un système de suivi-évaluation unique et un système de coordination unique.

Le niveau central, la DPS et la zone de santé assureront le leadership à chaque niveau de la pyramide sanitaire en matière de la lutte contre le paludisme.

Les responsables aux différents niveaux y compris les points focaux paludisme des DPS les Médecins Chefs des zones de santé seront formés sur la gestion des programmes. A cet effet le cours national de paludologie sera organisé chaque année pour permettre au PNLP d'avoir une masse critique d'agents formés dans la lutte contre le paludisme. Les ressources humaines seront renforcées aux différents niveaux et le Ministère de la Santé Publique veillera à leur stabilité au poste. Des moyens matériels et financiers nécessaires seront mis à leur disposition.

Renforcement des capacités

Un accent particulier sera mis sur le volet formation notamment la révision/élaboration des documents de formation, y compris les curricula de formation en collaboration avec les institutions de formation. Le programme veillera à une mise en place et à jour régulière d'une base de données des personnes formées à différents niveaux et dans différents secteurs. La formation du personnel du PNLP, des prestataires des soins et services au niveau des formations sanitaires publiques, confessionnelles, privées ainsi que les relais communautaire pour une prise en compte adéquate des nouvelles directives de lutte contre le paludisme sera assurée en cascade par des pools de formateurs nationaux, régionaux et de district.

Planification

Un Plan Stratégique National (PSN) quinquennal sera élaboré avec l'ensemble des partenaires « Faire Reculer le Paludisme ». Ce plan précisera de façon détaillée les objectifs du programme, les stratégies de lutte, les interventions prioritaires, les principales activités, le chronogramme, le budget et le cadre de mise en œuvre

Le PNLP établira un plan de travail annuel découlant du PSN en collaboration avec tous ses partenaires. La planification est ascendante et participative impliquant tous les acteurs à tous les niveaux pour un plan de travail unique et consolidé.

Les étapes suivantes seront mises en œuvre :

- Elaboration et validation des micro-plans des zones de santé, des districts de santé ;
- Consolidation et validation des micro-plans des Districts de Santé en plans provinciaux;
- Consolidation et validation des plans provinciaux en plan national.

Ce processus implique l'organisation des revues annuelles aux différents niveaux.

Mobilisation et gestion des ressources

Un business plan sera élaboré et réactualisé chaque année pour mobiliser les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du programme en vue de la couverture universelle auprès de :

- Etat y compris les fonds pour la gratuite et les subventions
- Partenaires
- De même des projets seront soumis aux différents partenaires techniques et financiers

Le PNLP veillera à une consommation acceptable des fonds alloués à la lutte contre le paludisme. Et pour assurer la gestion transparente de toutes les ressources mobilisées, le PNLP devra, en collaboration avec les services spécialisés du Ministère de la Santé:

- Mettre en place des procédures standards de gestion financière à tous les niveaux ;
- Former les acteurs de la mise en œuvre aux procédures de gestion financière;
- Systématiser l'audit annuel des comptes des acteurs impliqués;
- Intégrer la supervision financière dans les grilles de supervision de la lutte contre le paludisme.

Coordination et intégration des activités

La coordination de la lutte contre le paludisme au niveau central va bénéficier de l'appui de la hiérarchie supérieure du programme.

La DPS (niveau intermédiaire) est chargée de coordonner, de planifier la mise en œuvre, suivre et évaluer les activités de lutte contre le paludisme au niveau de chaque province.

Le District est chargé de coordonner, de planifier la mise en œuvre, suivre et évaluer les activités de lutte contre le paludisme au niveau de chaque District,

Au niveau de la zone de santé, les activités de lutte seront intégrées, sous la responsabilité du Médecin chef de zone de santé dans le cadre des Paquets Minimum d'Activités (PMA) et Paquet Complémentaire d'Activités (PCA).

Au niveau de la communauté, les infirmiers titulaires superviseront les Relais communautaires prestataires et assureront la coordination de la lutte au niveau des villages. Ils seront aidés par les leaders communautaires et les partenaires. Les Comite de Santé et de Gestion assureront l'interface entre la communauté et les formations sanitaires.

Strategie 5 : Plaidoyer, IEC et mobilisation communautaire

Un Plan Intégré de Communication (PIC) en faveur de la lutte contre le paludisme devra être élaboré avec l'implication des différents communicateurs et institutions du secteur public et privé pour prendre en compte les nouvelles interventions et orientations. Le PIC doit mettre l'accent sur le renforcement de la mobilisation sociale et le plaidoyer.

La lutte contre le paludisme doit être basée sur un engagement des communautés et des décideurs afin d'obtenir une appropriation des actions qui y seront menées et d'aboutir aux changements de comportements souhaités:

- Utilisation correcte et régulière des MILDA;
- Adhésion des populations à la PID, la chimio prévention du paludisme chez le nourrisson et aux aspects environnementaux qui y sont liés ;
- Adhésion des populations à l'utilisation correcte des services de CPN et du TPI.
- Le recours aux soins dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes en cas de maladie.

Les relais communautaires constituent pour cela, un canal de communication des messages clés sur le paludisme et il est capital d'améliorer leur compétence en matière d'IEC.

Plusieurs techniques de communication choisies selon les cibles et leurs particularités (la communication interpersonnelle, les médias de masse comme la télévision ou les radios locales) seront utilisées pour le changement de comportement, les mass-médias pour la mobilisation sociale et le plaidoyer pour l'adhésion des décideurs et leaders.

Les supports de communication produits doivent suivre les normes, et intégrer les messages du PNLN traduits en dialecte local et prétextés. Le document des normes et procédures en communication précisant le paquet d'activités en communication pour la lutte contre le paludisme à tous les niveaux sera vulgarisés.

Mobilisation sociale

Elle requiert l'utilisation de la communication de masse à travers différents canaux et supports. Elle peut s'appuyer sur des événements locaux, nationaux ou internationaux mais aussi sur les mass medias nationales et les acteurs de communication de proximité.

Les thèmes seront axés sur l'utilisation des services offerts, l'acceptation des activités préventives et la réalisation d'activités promotionnelles préconisées par le PNLP. La mobilisation communautaire sera appuyée par le renforcement des capacités des leaders et des relais communautaires à partir des documents élaborés par le PNLP et ses partenaires.

Les organisations à base communautaire seront aussi sollicitées pour la mobilisation communautaire. Elles seront identifiées selon les particularités des localités.

Plaidoyer

Un plan national de plaidoyer comprenant les objectifs, les cibles, les indicateurs et les activités à mener sera élaboré et mise en œuvre. En outre, les documents techniques élaborés, relatifs à la lutte contre le paludisme seront mis à la disposition de tous les intervenants et archivés au niveau du PNLP.

Cette activité facilitera ultérieurement le plaidoyer pour la mobilisation de ressources et l'engagement des bailleurs et partenaires internationaux, qui seront informés à temps de toutes les réalisations du pays dans le cadre de la lutte contre le paludisme.

La célébration de Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme sera mise à profit pour la sensibilisation et le plaidoyer à l'endroit des décideurs et des autorités au niveau national, régional et district pour la mobilisation des ressources.

Strategie 6 : Gestion des achats et des stocks (GAS)

Le PNLP mettra en place en son sein une unité de gestion des achats et des approvisionnements et disposera d'un logisticien. Cette unité veillera à l'estimation des besoins de la base (Besoins communautaires, Aires de santé, zone de santé, district sanitaire et province) et assurera une bonne planification des approvisionnements.

Les outils de gestion seront élaborés pour les différents niveaux et le personnel formés à leur utilisation.

Le PNLP s'appuiera sur les partenaires qui ont déjà des capacités pour l'approvisionnement et la gestion des intrants tels que les médicaments, les TDRs, les moustiquaires et les insecticides, etc. pour le maintien et le renforcement d'un système efficace de prévision, de quantification et d'approvisionnement afin d'éviter les ruptures de stocks préjudiciables à l'accès aux soins.

Le secteur privé notamment les formations sanitaires confessionnelles et privées lucratives ainsi que les officines et dépôts de pharmacies privés seront impliqués dans le processus de mise à la disposition des patients des médicaments recommandés par le PNLP.

L'autorisation de mise sur le marché sera sujette à une approbation après consultation de la Direction de la Pharmacie des Médicaments et Laboratoire (DPML) et du Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP). L'enregistrement tiendra compte du niveau d'efficacité actuelle des antipaludiques utilisés.

Le PNLP et la DPML veilleront à l'application effective des directives ministérielles sur le retrait et la non utilisation des monothérapies.

Seuls les produits qui répondent aux critères de pré qualification de l'OMS seront commandés et distribués aux populations. Tous les nouveaux médicaments antipaludiques devront être soumis à la réglementation en vigueur avant la mise sur le marché.

Strategie 7 : Surveillance épidémiologique, Suivi-évaluation et recherche opérationnelle

La mise en œuvre des interventions de lutte doit être complétée par un dispositif de suivi et d'évaluation capable de fournir des informations fiables et à temps pour l'amélioration des performances.

Le PNLP, conjointement avec le SNIS, renforcera le système de suivi et évaluation des interventions de lutte contre le paludisme en incluant l'appui au système d'information sanitaire intégré avec le paludisme comme point d'entrée. Un plan détaillé de suivi et évaluation sera développé, le système de surveillance épidémiologique et de collecte de routine ainsi que les supervisions seront renforcées.

Le plan de suivi/évaluation qui sera développé doit être budgétisé et prendre en compte divers aspects relatifs aux outils de collecte de données, au renforcement des capacités des parties prenantes, au développement des compétences des acteurs à tous les niveaux, à la documentation des bonnes pratiques sur le paludisme et au contrôle de qualité des informations stratégiques disponibles.

Le suivi/évaluation doit permettre le suivi en routine des résultats du programme et l'évaluation périodique de ses performances, y compris les effets et l'impact. L'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication doit être mise à profit pour la transmission des données en temps réel.

Supervision

Un guide de supervision sera élaboré pour prendre en compte les nouvelles directives de lutte contre le paludisme et adapté à chaque niveau. La fréquence sera en fonction du niveau et des ressources disponibles et s'alignera sur les orientations nationales.

Les responsables aux différents niveaux (chefs bureaux/sections PNLP, Equipes Cadre de Province, de District et de zone de santé) seront formés en techniques de supervision.

Deux fois par an, la Coordination du PNLP réalisera des visites de suivi/supervision dans les districts sanitaires et les zones de santé afin de s'assurer de l'application effective des directives.

Suivi des activités

Le suivi des activités vise à mesurer les progrès enregistrés dans la mise en œuvre de ces activités de lutte contre le paludisme. Il va consister à la collecte systématique des données provenant du système national d'informations sanitaire (SNIS), leurs analyses, leurs interprétations.

La collecte des données s'effectuera à l'aide des outils harmonisés et adaptés. Le PNLP participera à la production des outils harmonisés et validés.

Les Points focaux Paludisme au niveau des provinces assureront la coordination des interventions de lutte ainsi que la supervision. Les moyens seront mis à leur disposition à cet effet. Ils seront en charge de i) la collecte des rapports d'activités, leur vérification et validation, ii) la compilation des données, et iii) leur soumission aux bureaux De la coordination du PNLP. Les principaux indicateurs seront renseignés, analysés et diffusés

Les points focaux, les responsables de suivi/évaluation (S/E) aux différents niveaux seront formés en S/E. Le bureau S/E du PNLP, les équipes cadre de province, de district et de zone de santé seront dotés en matériels informatiques pour le traitement et la transmission des données.

La base de données du PNLP donnera des informations sur les données administratives (finances, matériels, ressources humaines, organisationnelles et structurelles) et les données techniques sur la mise en œuvre des activités et les performances du programme en termes de produits, résultats et impact.

- Suivi de l'efficacité des antipaludiques

Un système de surveillance de l'efficacité thérapeutique, y compris la pharmacovigilance, doit être établi pour mieux endiguer le problème de santé publique rencontré lors du traitement des cas de paludisme par les antipaludiques. Le suivi de l'efficacité thérapeutique doit être fait périodiquement, donc, tous les deux (2) ans et concerner un certain nombre de médicaments antipaludiques (ACT et la Quinine) retenus pour le traitement du paludisme à *P. falciparum* sans complication, conformément au protocole OMS mis à jour en 2012.

La mise en œuvre du programme de surveillance doit se faire à travers les onze (11) sites sentinelles du pays.

Sur base du Protocole OMS, le PNLP a un noyau d'experts qui travaillent en étroite collaboration avec ceux des universités nationales, de Laboratoire National de Référence et des partenaires pour la gestion de l'activité.

Suivi de la résistance des insecticides

Dans le cadre de la lutte anti-vectorielle, un système de surveillance de la sensibilité des vecteurs aux insecticides doit être mis en place au niveau de sites sentinelles, y compris le contrôle de qualité des MILDA, conformément aux recommandations du WHOPES.

En effet, dans la mise en œuvre du Plan de Gestion de Résistance aux Insecticides, le PNLP accorde une attention particulière au Suivi de la résistance des Insecticides et mobilise des ressources suffisantes auprès des partenaires pour cette activité.

Evaluation

Un système de revues annuelles du programme sera mis en place ; l'évaluation à mi-parcours des Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le paludisme sera organisée tous les deux ans et demi. Les indicateurs de résultats et d'impact du programme seront mesurés périodiquement par l'intermédiaire des enquêtes démographiques et de ménages (EDS, MICS, MIS) ainsi que par les données du SNIS.

A la fin de chaque Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme, une évaluation finale des interventions se fera au cours d'une revue de performance du programme (RPP). Cette évaluation finale du PSN sera conduite par une équipe des évaluateurs locaux avec des experts internationaux.

Les observations et recommandations issues de cette évaluation vont permettre l'élaboration d'un nouveau plan stratégique.

Recherche opérationnelle

S'il existe un cadre de collaboration entre le PNLP et les institutions de recherche, il doit être renforcé pour une meilleure coordination des projets de recherche d'intérêts communs.

La conduite d'une recherche opérationnelle se fera sur une base contractuelle avec les organisations et institutions de recherche ayant des compétences avérées dans les domaines identifiés ou avec des personnes ressources.

Les axes prioritaires de recherche doivent être définis en fonction des priorités du programme en étroite collaboration avec les parties prenantes et les institutions de recherche.

Les résultats de recherches réalisées doivent être utilisés par le PNLP et disséminés aux acteurs nationaux et aux partenaires techniques et financiers.

Les capacités du PNLP notamment les compétences de son personnel seront renforcées pour les permettre de conduire des recherches opérationnelles en collaboration avec les institutions de recherche locales ou internationales.

Stratégie 8 : Partenariat

La lutte contre le paludisme doit bénéficier d'un appui important du budget de l'Etat. Cependant, les ressources nécessaires pour mettre en place les stratégies de lutte dépassent les moyens que l'Etat peut allouer.

Ainsi, un partenariat actif doit s'établir entre les décideurs politiques, et les autres partenaires du développement notamment les membres de la société civile, la coopération bilatérale et multilatérale, les ONG de santé, le secteur de la recherche pharmaceutique et les opérateurs économiques et autres

Il s'agit de la complémentarité dans les interventions fondée sur la collaboration intra sectorielle et multisectorielle. La lutte antipaludique ne peut plus être l'exclusivité du seul secteur de la santé. La collaboration des autres secteurs est indispensable.

Cette collaboration influe en plus sur le développement socio-économique du pays.

Pour mener les actions de manière coordonnée, concrète et concertée, il est recommandé la mise en place d'un comité consultatif de lutte contre le paludisme « Task Force » (TF) réunissant tous les secteurs partenaires œuvrant dans la lutte contre le paludisme. La TF a comme rôle principal de conseiller le programme national par des avis éclairés.

Le Comité national consultatif qui sera mis en place servira pour la coordination des interventions des partenaires et pour la planification des appuis techniques au programme national.

Ce comité impliquera tous les partenaires clés du programme, notamment les autres départements ministériels concernés par la lutte contre le paludisme, les Agences du Système des Nations Unies, les Organismes de coopération bi et multilatérale, les ONG Internationales et Nationales, la société civile, le secteur privé, les Institutions de formation, les formations médicales et officines pharmaceutiques privées ainsi que tout autre organisme susceptible d'apporter un appui au programme dans le cadre de cette politique.

Des groupes ou comités techniques d'appui au PNLP en rapport avec les différentes thématiques de lutte contre les maladies seront mis en place.

La cartographie des interventions des partenaires sera régulièrement mise à jour en vue d'assurer une synergie d'action et l'utilisation efficiente des ressources.

Stratégie 9 : Participation communautaire

Elle vise à développer dans la communauté les capacités et compétences permettant sa propre prise en charge et ce de manière permanente.

A compléter (OMS)

Comment sera organisée cette participation communautaire ? Les outils pour rendre cette participation communautaire effective ?

Responsabilités de chaque niveau de la pyramide sanitaire ?

Références bibliographiques

Annexes :