DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

APPUI À LA LUTTE CONTRE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE, PHASE 4

RD CONGO

CODE DGCD : NN 3004509
CODE NAVISION : RDC 0710211 ET RDC 0811411

La coopération belge au développement .be

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES 2
ABRÉVIATIONS 4
RESUMÉ 7
FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION 12
1. ANALYSE DE LA SITUATION 13
1.1 Contexte géographique 13
1.2 Situation socio-économique 14
1.3 Politique nationale de santé 17
1.4 Evolution de la CTB en RDC 22
1.5 Description de l'endémie de la THA au Congo 24
1.6 Lutte contre la THA : analyse des problèmes 28
2. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES 36
2.1 Cadre conceptuel 36
2.2 Stratégies 43
2.3 Les bénéficiaires 49
3. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE 51
3.1 Objectif général 51
3.2 Objectif spécifique 51
3.3 Résultats attendus et activités 52
3.4 Indicateurs et sources de vérification 79
3.5 Partenaires intervenant dans la mise en œuvre 79
4. RESSOURCES 81
4.1 Ressources financières 81
4.2 Ressources humaines 81
4.3 Ressources matérielles 82
5. MODALITÉS D'EXÉCUTION 83
5.1 Cadre légal 83
5.2 Responsabilités administratives et techniques 83
5.3 Structures d'exécution et de suivi 83
5.4 Modalités financières de mise en œuvre de la contribution des parties 85
5.5 Gestion de la contribution belge 87
5.6 Mécanisme d'approbation des adaptations du DTF 90
5.7 Monitoring, évaluation et audit 91
5.8 Clôture de la prestation 92
6. THEMES TRANSVERSAUX 94
6.1 Environnement 94
6.2 Genre et droits de l'enfant 94

6.3 Economie Sociale 94
6.4 HIV / SIDA 95
7. ANNEXES 96
7.1 Cadre logique 96
7.2 Chronogramme 106
7.3 TdR personnel long terme 107
7.4 Topo de financement PFMT – Portefeuille santé 116
7.5 Budget 117

ABRÉVIATIONS

AC	Ancien cas
AS	Aire de santé
ASE	Aire de santé endémique
ASHE	Aire de santé hyperendémique
ASSNIC	Appui au système de santé au niveau national intermédiaire et central
ASSNIP	Appui au système de santé au niveau intermédiaire et périphérique
AT	Assistance Technique, assistant technique
ATB	Assistance Technique Belge
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
CAP	Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques
CATT	Card Agglutination Trypanosomiasis Test
CDI-Bwamanda	Centre pour le développement intégré de Bwamanda
CDTC	Centre de dépistage, diagnostic, traitement et contrôle
CNRTHA	Centre National de Référence pour la THA
COGE	Comité de gestion
COSA	Comité de santé
CS	Centre de santé
CSR	Centre de santé de référence
CT	Centre de traitement
CTB	Coopération Technique Belge
CTC	Centrifugation en tubes capillaires (WOO)
CUM	Chef d'unité mobile
DA	Dépistage actif
D4	4ème Direction du Ministère de la Santé (Lutte contre la maladie)
D5	5ème Direction du Ministère de la Santé (Soins de santé primaires)
DEP	Direction d'études et de planification
DFMO	Di-fluoro-méthyl-ornithine
DGCD	Direction générale de la Coopération au Développement
DOA	Dossier d'appel d'offre
DP	Dépistage passif
DSCRP	Document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté
DTF	Dossier technique et financier
ECP	Equipe cadre provinciale
ECZ, ECZS	Equipe cadre de la zone de santé
ESP	Ecole de Santé Publique
FS	Formation(s) sanitaire(s)
FAS	Financial activity statement
FMI	Fonds Monétaire International
GE	Goutte épaisse
GIBS	Groupe interbailleur santé
GRH	Gestion de ressources humaines
HGR	Hôpital Général de Référence
IEC	Information, éducation et communication
INRB	Institut National de Recherche Biomédicale
IMP	Inspection Médicale Provinciale
IMT, IMTA	Institut de Médecine Tropicale d'Anvers
IPS	Inspection provinciale de la santé
IT	Infirmier titulaire
LAV	Lutte antivectorielle

LCR	Liquide céphalo-rachidien
LNRTHA	Laboratoire National de Référence pour la THA
mAECT	Micro anion exchange centrifugation technique (mini-colonne)
MAF	Manager administratif et financier du portfolio
MCP	Médecin Coordonnateur Provincial
MCZ	Médecin chef de zone
MEMISA	Medische Missie Actie
MinSan	Ministère de la Santé
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MSF-B	Médecins Sans Frontières Belgique
MSP	Ministère de la Santé Publique
MUM	Mini unité mobile (de la ZS)
NC	Nouveau cas
OAC	Organisation à assises communautaires
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations non gouvernementales
ONGD	ONG de développement
PAP	Paquet d'activités promotionnelles
PARSS	Programme d'appui à la réhabilitation du système de santé
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PDS, PDSZ	Plan de développement sanitaire de la ZS
PG	Ponction ganglionnaire
PF	Portfolio
PFMT	Portfolio Management Team
PEV	Programme élargi de vaccination
PM	Portfolio Manager
PMA	Paquet minimum d'activités
PMU	Project Management Unit (= UGP)
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PNL	Programme national de lutte contre la lèpre
PNLO	Programme national de lutte contre l'onchocercose
PNLS	Programme national de lutte contre le Sida
PNLTHA	Programme national de lutte contre la THA
PNT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PPTE	Pays pauvres très endettés
PVD	Pays en voie de développement
RAF	Responsable administratif et financier
RDC	République Démocratique du Congo
RECO	Relais communautaire
RH	Ressources Humaines
RM	Rapport mensuel
RR	Représentant Résident
SF	Sang frais
SLA	Service level agreement
SMCL	Structure mixte de concertation locale
SRSS	Stratégie de renforcement du système de santé
SSP	Soins de santé primaires
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
TI	Taux d'infection
TDR	Termes de reference

TTT	Traitement
UGP	Unité de gestion du projet (= PMU)
UM	Unité mobile
WOO	Centrifugation en tubes capillaires
ZS	Zone de santé
ZSE	Zone de santé endémique

RESUMÉ

La présente prestation de coopération est le renouvellement de l'appui belge à la lutte contre la Trypanosomiase humaine africaine (THA) en RDC pour une nouvelle période de 4 ans. Cette prestation vise le contrôle effectif de la THA dans le cadre d'une lutte décentralisée, basée sur la nouvelle politique de renforcement du système de santé qui recommande d'une part l'intégration des activités de la lutte dans les structures fixes des SSP et d'autre part la pérennisation de l'action grâce à l'implication et à la contribution d'un plus grand nombre de partenaires financiers et opérationnels.

La structure de présentation répond au modèle CTB compartimenté en sections commençant par l'analyse de la situation, l'explication des orientations stratégiques proposées, suivies de l'exposé sur la planification opérationnelle qui constitue le socle de l'intervention sous forme d'un cadre logique déroulant tour à tour les objectifs, les résultats et les activités y afférentes, comme suit :

Objectif général : « L'état de santé de la population résidant dans les zones endémiques de la THA en RDC est amélioré en ce qui concerne la mortalité et la morbidité dues à la THA. »

L'indicateur objectivement vérifiable est la réduction annuelle de nouveaux malades et du nombre de décès causés par la THA.

Objectif spécifique: « L'endémie de la THA est sous contrôle dans toutes les zones de santé endémiques où la lutte contre la THA est appuyée dans le cadre de la prestation. »

L'indicateur objectivement vérifiable est : le taux d'infection des zones endémiques est en diminution chaque année de façon à ce qu'en 2012 il est inférieur à 0.1 %.

Pour atteindre l'objectif spécifique, 9 résultats intermédiaires ont été définis et sont présentés en 3 composantes de la manière suivante:

Composante 1 : Soins intégrés, globaux et de qualité (4 Ri)

La première composante intitulée "Soins intégrés, globaux et de qualité" vise une plus grande efficacité des activités de lutte contre la THA à travers 4 résultats intermédiaires :

1. la planification basée sur l'évidence épidémiologique ("evidence based") de la lutte contre la THA dans le cadre des PDSZ
2. l'amélioration de l'action des unités mobiles
3. l'intégration des activités de lutte contre la THA dans les PMA, PCA et PAP des FS des ZS endémiques et l'amélioration de la prise en charge des cas de THA
4. la surveillance épidémiologique comme outil de suivi et de contrôle

La composante 1 a repris les activités encore pertinentes des résultats intermédiaires de la phase 3 tout en y ajoutant les innovations suivantes :

- Niveau ZS endémiques : elles deviennent elles-mêmes auteurs de la planification de la lutte contre la THA et celle-ci fait dorénavant partie intégrante des PDSZ et des plans annuels (dans ce travail elles seront assistées par le PNLTHA)
- Niveau UM : leur action sera rendue plus efficace entre autres par l'organisation d'actions d'envergure et l'application du traitement des cas sérologiques dans les ZS hyperendémiques
- Niveau FS (HGR, CSR, CS): les ressources et activités liées à la lutte contre la THA sont intégrées dans les PMA, PCA et le paquet des activités promotionnelles en fonction du niveau de l'endémicité de la THA dans la ZS. La nouvelle stratégie du renforcement du système de santé (SRSS) préconise d'aller progressivement vers l'horizontalisation dans la délivrance des soins globaux et de qualité de manière à favoriser l'accessibilité financière des populations aux soins.
- Survepi : harmonisation des systèmes de récolte de données THA du PNLTHA et des ZS

RESULTAT PRINCIPAL ATTENDU POUR LA COMPOSANTE 1

Le principal résultat attendu est une claire définition et articulation des paquets d'activités : PMA, PCA, PAP où les ressources (humaines, matérielles et financières) apportées par le projet d'appui phase 4 sont utilisées aux côtés d'autres appuis, toutes formes et origines confondues, pour la résolution des problèmes de santé dans une zone de santé donnée, conformément aux plans de développement sanitaires élaborés par les ZS.

Composante 2 : Renforcement structurel, décentralisation, collaboration intra- et intersectorielle & transfrontalière, et suivi scientifique (3 Ri)

La composante 2 qui vise surtout l'accompagnement du processus d'intégration, se décline en 3 résultats intermédiaires :

R2.1 Un appui institutionnel adapté à la configuration nouvelle (décentralisation, SRSS, intégration) est fourni aux niveaux central (PNLTHA, 4° Direction) et provincial (ECP, ECZ)

Depuis la 1ère phase, le projet « Appui à la lutte contre la THA » se caractérise par un appui institutionnel au PNLTHA fourni par une assistance technique belge dans les domaines technique, logistique, administratif et financier. Le succès relatif de la prestation justifie la continuité de cette assistance mais celle-ci devra tenir compte des défis liés aux réformes en cours qui proposent des stratégies qui tiennent compte de l'étendue de la zone d'intervention (décentralisation, intégration).

R 2.2 L'accompagnement du processus de l'intégration et le suivi scientifique de la lutte contre la THA sont assurés tout au long de l'intervention

Les réformes en cours au niveau du pays (décentralisation), du secteur (SRSS) et du domaine spécifique (intégration de la lutte contre la THA) dépassent de loin le cadre strict du PNLTHA et de son assistance technique car elles supposent l'implication durant ce processus d'un nombre d'experts et d'acteurs de différents horizons.

La démarche de l'intégration des activités d'un programme vertical dans une action horizontalisée constitue en effet à coup sûr un processus profond et à long terme car il est basé sur une conversion de mentalité dans le concept même de travail. L'objectif à long terme est de réussir la

réorganisation poursuivie dans la SRSS. Cette démarche *processus* entreprend l'intégration de la lutte contre la THA en tenant compte de la nouvelle configuration de la gestion du pays (décentralisation) et du secteur (SRSS). Pour apporter des solutions aux contraintes issues d'une longue tradition de travail en vase clos, cette démarche ne pourra se faire sans un suivi par un comité d'accompagnement coordonné par la Direction du Ministère de la Santé chargée de la lutte contre la maladie (D4) et composé des experts de l'Ecole de santé publique, l'OMS et d'autres partenaires.

Les thèmes importants à traiter par le comité d'accompagnement seront énumérés dans le chapitre résultats et activités.

R6 La collaboration intra zonale, intersectorielle et transfrontalière est renforcée

Le premier concerné par la THA reste la communauté exposée. Le cycle maladie pauvreté est évident chez les malades souffrant de la maladie de sommeil. L'incidence économique sur elle du fait du manque à gagner occasionné par cette diminution de la force de travail ne trouvera de solution durable que quand la communauté dans son ensemble acceptera de participer et de contribuer vigoureusement à la lutte contre la maladie de sommeil d'où l'importance de l'amélioration de la mobilisation des organisations à assise communautaire (OAC) et l'implication des ONGD opérant dans les ZS endémiques et d'autres partenaires qui peuvent contribuer positivement à la lutte.

En outre, au-delà du secteur de santé, la lutte contre la maladie de sommeil est par essence une action multisectorielle. Il est temps de sortir de cette lutte de tranchée impliquant le seul service de santé et de s'ouvrir vers les autres secteurs concernés par la THA. (Environnement, Education, Agriculture & Développement rural, Organismes de recherche scientifique locaux et externes, Média…). La lutte anti vectorielle ciblant les zones de transmission active, une des stratégies de lutte du programme, englobe des activités de plusieurs acteurs (ZS, communauté, éleveurs, RECO etc.)

La frontière en matière de santé publique est devenue une notion virtuelle. Le mouvement des populations en interne, comme à travers les frontières physiques délimitant les contours des pays, aident à la dissémination de la maladie de sommeil. La lutte transfrontalière par une collaboration inter pays devient chaque jour plus qu'indiquée, voire obligatoire pour la protection des populations respectives.

RESULTAT PRINCIPAL ATTENDU POUR LA COMPOSANTE 2

Le résultat attendu est l'accompagnement d'une démarche *processus* qui vise l'intégration de la lutte contre la THA en tenant compte de la nouvelle configuration de la gestion du pays (décentralisation) et de la SRSS.

Composante 3 : Financement global multi bailleurs à moyen et long terme (2 Ri)

La 3ème composante vise l'implication d'autres bailleurs que la Belgique, l'OMS et la Suisse dans la lutte contre la THA en RDC et ceci à moyen et long terme.

L'analyse du financement de la lutte contre la THA montre que :

- les moyens actuels fournis par le Gouvernement congolais, la Belgique et l'OMS, Memisa et MSF-Suisse sont insuffisants pour atteindre l'objectif de contrôle
- le financement des activités ne passe pas par la ZS
- 80 % des ZS endémiques bénéficient ou bénéficieront d'un appui global mais la lutte contre la THA n'est pas prise en compte dans la plupart de ces appuis
- 50 % des 20 ZS les plus endémiques ne bénéficient d'aucun appui global
- il existe de multiples possibilités de synergies tant en faveur de la lutte contre la THA que pour les ZS endémiques
- par leur adhésion à la SRSS, les bailleurs de fonds sont favorables à un appui à la lutte contre tous les problèmes de santé dans les ZS y compris la THA.

Une opportunité s'est ouverte avec l'avènement de la SRSS, la Stratégie de Renforcement du Système de Santé adoptée par le Ministère de la Santé, qui a permis aux partenaires, nouveaux et traditionnels, d'allouer des financements importants pour appuyer le développement des ZS, y compris les ZS endémiques pour la THA. Ce développement des ZS constitue un des préalables pour mieux réussir la lutte. Il est donc important que les partenaires qui appuient le développement des ZS soient au courant des financements spécifiques par le PNLTHA oeuvrant dans ces mêmes ZS et vice versa afin de permettre des synergies, une meilleure programmation budgétaire des activités et des économies d'échelle.

Une concertation entre Gouvernement congolais et bailleurs de fonds sur cet aspect du « long terme » de la lutte contre la THA est indispensable afin de dégager les meilleures hypothèses par rapport à des mécanismes de contrôle durable et afin d'harmoniser les engagements par rapport aux moyens nécessaires pour garantir cette surveillance dans le long terme. En cas d'obtention d'un consensus sur des engagements fermes d'adhésion des bailleurs au principe de l'incorporation d'un volet trypano dans le planning des zones de santé, les chances sont réelles que dans l'avenir le terrain gagné sur la maladie pourra mieux être consolidé que par le passé.

Tenant compte des éléments ci-dessus et en visant un financement par plusieurs bailleurs de la lutte contre la THA dans le moyen et long terme, les résultats intermédiaires et les activités y afférentes proposés pour la composante 3 sont ceux-ci :

R7 La cartographie des appuis globaux et particuliers aux ZS endémiques THA est réalisée et actualisée et les besoins non satisfaits sont identifiés

R8 La lutte contre la THA est prise en compte et budgétisée dans les PDS des ZS endémiques et des financements couvrant les besoins identifiés sont obtenus.

RESULTAT ATTENDU POUR LA COMPOSANTE 3

Le résultat attendu est de réaliser une cartographie des ZS à problème trypanosomiase conformément à la SRSS et proposer des pistes pour concrétiser la participation des différents intervenants dans les dites zones de santé et les amener à prendre à bras le corps les problèmes de santé de la zone nonobstant l'origine des moyens et autres ressources apportées et ce sur base des plans de développement des ZS.

Les sections qui suivent la planification opérationnelle résumée ci-dessus, passent en revue respectivement : les ressources et budgets à la mise en œuvre ; les modalités d'exécution du projet ; l'impact attendu sur les thèmes transversaux supportés par la CTB (environnement, genre & droit de l'enfant, économie sociale, VIH/SIDA). La dernière contient les annexes.

FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION

Titre de la prestation	Appui à la lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine, Phase 4
Pays	République Démocratique du Congo
N° d'intervention DGCD	
Code Navision CTB	RDC 0710211 et RDC 0811411
Secteur (codes CAD)	250
Institution partenaire	Ministère de la Santé Publique
Contribution du pays partenaire	605 140 €
Contribution belge	10 000 000 €
Contribution totale	10 605 140 €
Durée de l'intervention	48 mois pour l'exécution
Objectif général	L'état de santé de la population résidant dans les zones endémiques de la THA en RDC est amélioré en ce qui concerne la mortalité et la morbidité dues à la THA.
Objectif spécifique	L'endémie de la THA est sous contrôle dans toutes les zones de santé endémiques où la lutte contre la THA est appuyée dans le cadre de la prestation.
Résultats intermédiaires de la 1ère composante de l'intervention : « Soins intégrés, globaux et de qualité »	R1 La lutte contre la THA est planifiée par les ZS selon l'évidence épidémiologique.
	R2 L'action des UM est rendue plus efficace.
	R3 Les activités de lutte contre la THA (dépistage, diagnostic, traitement et suivi postthérapeutique, IEC) font partie intégrante du PMA, PCA et PAP des FS des ZS endémiques et la prise en charge des cas de THA est améliorée.
	R4 Les données épidémiologiques sont utilisées comme outil de suivi et de contrôle dans le cadre de la surveillance des maladies.
Résultats intermédiaires de la 2ème composante de l'intervention « Renforcement structurel, décentralisation, collaboration intra & intersectorielle et transfrontalière, et suivi scientifique »	R5 Un appui institutionnel adapté à la configuration nouvelle (décentralisation, SRSS, intégration) est fourni aux niveaux central (PNLTHA, 4° Direction) et provincial (ECP, ECZS).
	R6 L'accompagnement du processus de l'intégration et le suivi scientifique de la lutte contre la THA sont assurés tout au long de l'intervention.
	R7 La collaboration intrazonale, intersectorielle et transfrontalière est renforcée.
Résultats intermédiaires de la 3ème composante de l'intervention : « Financement global multi bailleurs à moyen et long terme »	R8 La cartographie des appuis globaux et particuliers aux ZS endémiques THA est réalisée et actualisée et les besoins non satisfaits sont identifiés.
	R9 La lutte contre la THA est prise en compte et budgétisée dans les PDS des ZS endémiques et des financements couvrant les besoins identifiés sont obtenus.

1. ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE

La République Démocratique du Congo se trouve en Afrique centrale. Sa superficie est de 2.345.885 km^2. Elle partage ses frontières avec 9 pays: l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi, la Tanzanie, la Zambie, l'Angola, la République du Congo, la République Centrafricaine et le Soudan.

Le réseau hydrographique est dense. Le fleuve Congo qui traverse presque toute la république est long de 4700 km et a de nombreux affluents. Une grande partie du pays est couverte par la forêt. Le pays connaît plusieurs climats: climat tropical et humide au nord et au sud, climat équatorial au centre et climat tempéré en altitude à l'est.

Selon les projections de l'Institut National de Statistiques, à partir des données du dernier recensement scientifique de 1984, le pays compterait plus de 60 millions d'habitants en 2007, soit 25 habitants au km^2. La majorité de la population habite en milieu rural (60%). La population est jeune: en effet plus de la moitié de la population est âgée de moins de 20 ans.

La langue officielle du pays est le français. Quatre langues nationales y sont parlées: le swahili, le lingala, le kikongo et le tshiluba.

Le pays est divisé en 11 provinces :

La Ville de Kinshasa
La Province du Bas-Congo
La Province de l'Équateur
La Province du Kasaï Oriental
La Province du Kasaï Occidental
La Province du Katanga
La Province du Maniema
La Province du Nord Kivu
La Province Orientale
La Province du Bandundu
La Province du Sud Kivu

Les provinces sont subdivisées en districts et territoires La nouvelle constitution prévoit l'évolution de découpage du pays en 26 provinces dotées d'une autonomie de gestion et d'administration.

Figure 1: Carte de la République Démocratique du Congo

1.2 SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE

1.2.1 Du point de vue social

Des progrès vers la paix et la reprise économique ont lieu dans un contexte de crise économique aiguë et la situation sociale demeure épouvantable. Un grand nombre des communautés congolaises sont réduites à l'autarcie et vivent dans des conditions effroyables à cause de l'effondrement du système de transports et des conditions d'insécurité dans certaines régions. 71% de la population vivent avec moins d'un dollar par jour. Les femmes adultes et les jeunes filles sont touchées de façon disproportionnée par la violence et la pauvreté. Bien qu'il n'existe pas de données précises à ce sujet, des agences spécialisées indiquent que les victimes de violences sexuelles sont très nombreuses et que le nombre d'orphelins et d'enfants de rue va en augmentant. Dans l'ensemble on estime que 16 millions de personnes ont des besoins alimentaires critiques et que la majeure partie de la population consomme moins de deux tiers de calories journalières nécessaires pour conserver une santé adéquate.

Le taux de chômage reste élevé, notamment dans les villes. Les salaires sont inadaptés et généralement non régulièrement payés. Les retraites ne sont pas organisées.

L'insuffisance de routes, de navigation et des poches de conflits ne permet pas d'optimaliser la production agricole et d'en assurer l'écoulement. Cette situation contribue à l'insécurité alimentaire des villes et à l'appauvrissement des campagnes.

La malnutrition des enfants de 0 à 5 ans est ainsi en forte augmentation.

Les chiffres suivants du DSCRP, tous des indicateurs des OMD illustrent la situation catastrophique en RDC en ce qui concerne les indicateurs sociaux [1]:

[1] Extrait du Cadre d'Assistance au Pays ("CAF") qui est un processus par lequel un certain nombre de donateurs ont développé une approche stratégique commune d'assistance économique à la RDC pendant la période post-élection

Tableau 1: INDICATEURS OMD/RD Congo

Indicateur social	Dernières statistiques pour la RDC
Taux de mortalité infantile (0-1 an)	129 décès pour 1.000 enfants
Taux de mortalité infantile (0-5 ans)	205 décès pour 1,000 enfants
Taux de mortalité maternelle	990 décès pour 100.000 naissances vivantes
Taux brut d'inscription en cours primaire	64%
Population ayant accès à l'eau potable	22%
Population ayant accès à des services sanitaires adéquats	9%

Les populations n'ont pas accès aux services parce qu'ils représentent un rapport qualité-prix faible. Les faibles taux d'utilisation au Congo indiquent que pour la plupart des gens les services sociaux proposés ne valent pas le prix. Les services sont souvent géographiquement inaccessibles, de mauvaise qualité, et manquent des médicaments essentiels. Les services sont aussi prohibitifs, surtout pour les pauvres. Par exemple, des estimations approximatives indiquent que les foyers payent en moyenne 20 % de leur revenu pour chaque enfant qu'ils envoient à école. Le DSCRP souligne l'importance des barrières financières dans la restriction de l'accès. Confrontés à la combinaison d'un accès limité, de la mauvaise qualité et des charges élevées, beaucoup de pauvres ont cessé d'utiliser des services officiels.

Partout aussi, l'accès aux autres services publics tels l'eau potable, l'électricité, l'assainissement, le transport, sont en constante régression.

Bien que cette aggravation de la pauvreté soit généralisée, de nombreuses parties du territoire, enclavées et/ou insécurisées, connaissent des situations encore plus dramatiques. Les populations déplacées, dont certaines en mouvement constant, y sont particulièrement vulnérables.

1.2.2 Du point de vue économique

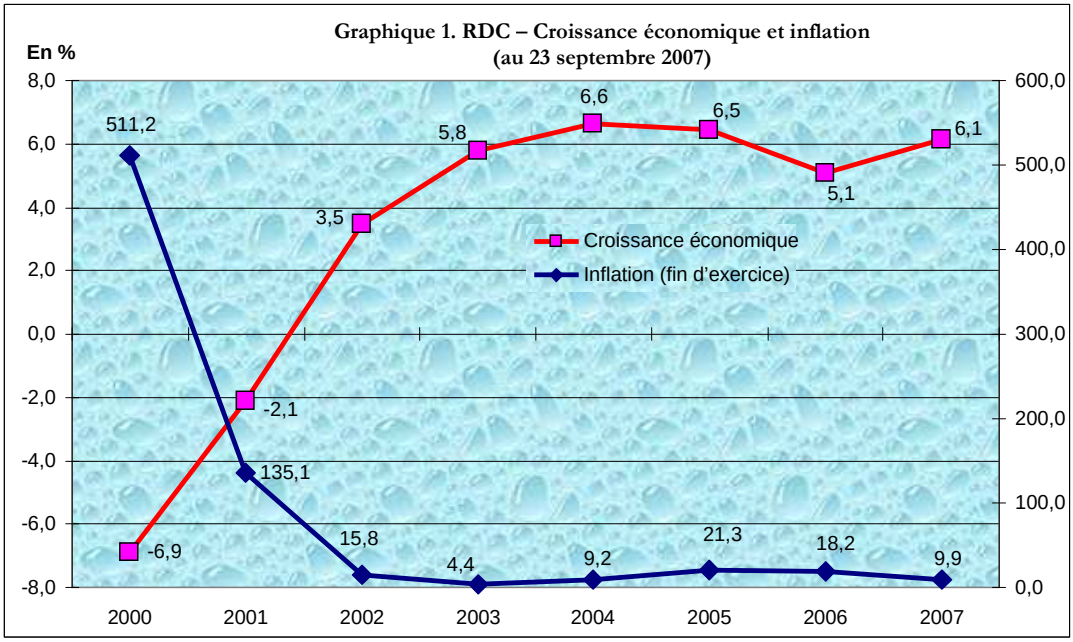
En dépit de ses richesses naturelles et du dynamisme et l'esprit d'entreprise de sa population, la RD Congo reste un des pays le plus pauvre du monde, avec un produit intérieur brut (PIB) par habitant atteignant environ 139 dollars en 2006. Ce PIB fut de 360 dollars en 1960, de 224 en 1990.

Avec le soutien des institutions de Bretton Woods, le gouvernement a mis en place un programme solide de reformes économiques comprenant la réglementation des investissements, de travail et le secteur minier. Cette nouvelle réglementation a favorisé la transparence et a permis d'attirer beaucoup d'investisseurs.

Suite à ces reformes la croissance a repris en 2002 après dix années d'étranglement. Malgré l'insuffisance des données statistiques, tous les indicateurs disponibles convergent vers une image de progrès. Le taux de croissance se situant actuellement au tour de 6 % par an traduit la reprise de la vie économique qui a suivi le rétablissement de la sécurité et la réunification du pays (un modèle typique aux pays en situation de post-conflit), particulièrement dans les secteurs du commerce, des transports, des constructions et de l'agriculture, par un boom dans certaines productions manufacturières (par ex. l'agro-entreprise, les matériaux de construction) et par la reprise des activités minières (à partir d'une base très faible).

Depuis 2003, le gouvernement a enregistré les nouveaux investissements de l'ordre de 2,7 milliards de dollars. Ce qui représente le potentiel de croissance et le niveau d'intérêt des investisseurs pour les immenses ressources naturelles du pays.

Le graphique* ci-dessous traduit les résultats des efforts entrepris par le gouvernement.



*Voir le document de la Banque Mondiale/ Groupe consultatif pour la République Démocratique du Congo, p 4.

La performance enregistrée par la RDC a également facilité l'accès du pays à l'initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE). En 2002, le Gouvernement a réglé ses arriérés dus aux principaux créanciers (y compris la Banque, le FMI et la Banque Africaine de Développement) et repris le service de sa dette conformément aux échéances, après environ dix ans d'interruption. En septembre 2002, le Club de Paris a consenti une réduction importante de la dette bilatérale et en juillet 2003, la RDC a atteint le Point de Décision PPTE – avec un allègement total estimé à $6,3 milliards en termes de Valeur Actuelle Nette (VAN) (pour un stock total de dette extérieure non réglée estimé à $7,9 milliards en termes de VAN et $10,7 milliards en terme nominal en fin 2002). Les Conseils d'Administration de la Banque et du FMI se sont mis d'accord sur un Point d'Achèvement flottant, avec des déclencheurs relatifs à : (i) l'achèvement d'un Cadre Stratégique complet de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) et sa mise en œuvre pendant un an ; (ii) une performance macroéconomique performante ; (iii) l'utilisation efficace des économies budgétaires, résultant de l'allègement de la dette, en faveur de programmes sur la pauvreté ; (iv) des améliorations dans la gestion des dépenses publiques ; (v) le renforcement de la prestation de services et de la gouvernance dans les secteurs prioritaires (santé, éducation, développement rural et infrastructure) ; (vi) l'adoption de stratégies sectorielles satisfaisantes et les plans d'exécution y afférents pour les secteurs de la santé, l'éducation et le développement rural ; (vii) des améliorations dans la gestion de la dette publique. La date approximative d'atteinte du Point d'Achèvement dépendra de l'engagement du Gouvernement en faveur des réformes et sa

performance dans l'exécution. Les efforts de réduction de la dette devront s'achever par un accord avec le Club de Londres pour environ $900 millions de dette publique due au secteur privé.

1.3 POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ

1.3.1 Généralités

Depuis son adhésion à la stratégie des soins de santé primaires et sa souscription en 1980 à la charte africaine de développement sanitaire, la République Démocratique du Congo a toujours défini sa politique sanitaire partant des principes de base d'organisation et de fonctionnement des services de santé à finalité publique.

Le nouveau découpage sanitaire compte 515 zones de santé et a pour objectif d'améliorer l'accessibilité géographique des soins et faire correspondre les limites sanitaires aux limites administratives. Le but de la Politique Sanitaire est de promouvoir l'état de santé de toute la population en fournissant des soins de santé de qualité, globaux, intégrés et continus avec la participation communautaire, dans le contexte global de la lutte contre la pauvreté. Une attention particulière est accordée à la production des soins et services de santé de qualité par entre autre la gestion des épidémies et la lutte contre les maladies.

Le système de santé se compose de trois niveaux ayant chacun une mission spécifique :

- Stratégique pour le niveau central ;
- Technique pour les niveaux intermédiaires (les provinces et districts) ;
- Opérationnelle pour les niveaux périphériques (les zones de santé)

Au niveau périphérique, la ZS est l'unité d'organisation et de distribution des SSP avec le CS et l'HGR comme base opérationnelle des SSP. L'organe de gestion est le bureau central de la zone de santé (BCZS) dirigé par le médecin Chef de Zone (MCZ). Le système sanitaire comprend aussi plusieurs programmes spécialisés (THA, lèpre, onchocercose, tuberculose, VIH/ sida,…)

La Politique Sanitaire du pays détermine les mécanismes de participation communautaire :

- Au niveau de la ZS, il existe un Conseil d'Administration qui définit la politique générale de la ZS et qui est présidé par le MIP ; le comité de gestion (COGE) chargé de l'exécution, est présidé par le MCZ ;
- Au niveau de l'HGR, il existe un COGE qui définit la politique générale de l'HGR ;
- Au niveau du CS, il existe un COSA composé de dix à vingt membres de la communauté.

Le Ministère de la Santé accorde une importance prioritaire à la production des soins et des services de santé de qualité, entre autres par :

- La réaffirmation de la stratégie des SSP comme option fondamentale de la politique nationale de santé ;
- La réaffirmation de la ZS, réalisant un paquet minimum et paquet complémentaire d'activités, comme unité opérationnelle ;

- L'approvisionnement régulier en médicaments essentiels y compris en produits biologiques et réactifs de laboratoire.

Le Ministère reconnaît cependant comme points faibles du système sanitaire actuel :

- L'insuffisante collaboration entre les différents services de santé ;
- L'allocation insuffisante des ressources financières à la réalisation effective de la politique sanitaire nationale ;
- La faible participation communautaire à la prise de décisions d'intérêt commun ;
- La démotivation du personnel de santé ;
- Le délabrement des infrastructures et le non renouvellement des équipements ;
- Le désordre dans le secteur pharmaceutique.

1.3.2 Reformes en cours dans le secteur

5.3.2.1 La décentralisation

La nouvelle Constitution du 18 février 2006 établit un nouvel ordre politique qui affirme le caractère unitaire, mais fortement décentralisé de la République Démocratique du Congo et institue des innovations fondamentales au plan de l'organisation politique, administrative et territoriale. Dans cette Constitution de la troisième République, une nouvelle architecture institutionnelle, articulée en trois paliers d'exercice de l'autorité publique, est définie: le Pouvoir Central, les Provinces et les Entités Territoriales Décentralisées (ETD).

La même Constitution énonce les principes de la délégation et du partage de pouvoirs entre le niveau central et les provinces. Pour matérialiser ces principes, la Constitution fait mention d'une série de lois organiques qui doivent être élaborées pour mieux concrétiser les grands changements qu'elle introduit dans le pays et définit les compétences du pouvoir central et des provinces.

Les matières relatives au secteur de la Santé Publique sont, soit de la compétence exclusive du pouvoir central, soit de la compétence concurrente du pouvoir central et des provinces, soit de la compétence exclusive des provinces.

Selon les instructions du Gouvernement[2], la loi portant statut, organisation et fonctionnement des provinces ne va pas régler les matières sectorielles. Le Gouvernement a donc décidé que chaque secteur élabore une loi-cadre sectorielle pour concrétiser la décentralisation au sein du secteur.

Etant donné le temps que prennent l'élaboration d'une loi, son adoption par les deux chambres du Parlement ainsi que sa promulgation par le Chef de l'Etat, le Ministère de la Santé a organisé en mars 2008 un atelier sur la « Préparation de la décentralisation dans le secteur de la santé et les mesures transitoires à prendre ». Ces mesures qui devront aider à gérer harmonieusement le secteur, sans porter préjudice aux textes réglementaires en vigueur, concernent : (i) l'organisation du système de santé dans le cadre de la décentralisation, (ii) les Ressources Humaines pour la Santé (RHS), (iii) la carte sanitaire nationale, (iv) la coordination des appuis au niveau intermédiaire et (v) l'approvisionnement en Médicaments Essentiels et la gestion de Centrales de Distribution Régionale (CDR). Elles seront appliquées sur toute l'étendue du territoire national et vont permettre de résoudre les différents problèmes en suspens, afin d'élaborer une programmation des actions prioritaires en fonction des ressources disponibles.

[2] Lettre n° 25/CAB/MINETAT/INTERDESEC/3301/2007 portant Instructions des Ministres aux Autorités Provinciales

Les participants à cet atelier ont insisté sur les points suivants :

- La mise en œuvre de la décentralisation doit se faire à travers un processus graduel, long et complexe, comprenant différentes rencontres de concertation et surtout une programmation d'actions prioritaires dans le temps et dans l'espace en fonction des ressources disponibles et de l'intérêt général.
- La décentralisation dans le domaine de la santé doit prendre en considération les changements institutionnels produits en RDC du fait de l'adoption de la nouvelle constitution, y compris l'installation des Gouvernements Provinciaux et des Assemblées Provinciales. Elle doit tenir particulièrement compte du pouvoir que le constituant reconnaît aux entités locales de se prendre en charge, de concevoir des solutions adaptées à leurs conditions particulières et de les mettre en œuvre.
- Les matières sectorielles qui sont de la compétence exclusive du pouvoir central ou des provinces ne sont pas négociables. Cependant, celles qui relèvent de compétences concurrentes nécessitent la mise en place d'un cadre permanent de concertation entre les délégués des deux niveaux et ceux des partenaires au développement du secteur.
- L'appui au secteur de la santé devra prendre en compte la création de nouvelles provinces et donc va modifier le profil des acteurs. Les provinces Orientale, de l'Equateur, du Bandundu et les deux Kasaï seront subdivisées en nouvelles provinces alors que la province du Bas-Congo reste unifiée.

Conséquences de la décentralisation pour les programmes spécialisés dont le PNLTHA

Dans ce contexte de cette décentralisation et de la reforme du système de santé il y a lieu de considérer plusieurs réalités :

(1) Au niveau national la reforme prévoit la réduction d'un certain nombre de programmes spécialisés du Ministère de la santé. Les programmes spécialisés qui subsisteront seront ceux qui sont censés apporter une grande contribution par rapport au problème de santé à résoudre et plusieurs réflexions comptent le PNLTHA parmi les programmes spécialisés à garder à coté de PNLS, PEV, PNLP, PNL, PNT…

(2) A l'issue de la reforme, les directions centrales et les programmes spécialisés vont fonctionner conformément à la décentralisation et la politique de la SRSS, en relation avec l'équipe cadre provincial dont les mécanismes de la mise en place sont évoqués par les mesures transitoires en attendant les lois cadres des secteurs de la santé et la fonction publique.

(3) Si le rôle de l'équipe cadre provincial et le mécanisme de sa mise en place sont bien définis, son profil et son organisation de travail ne le sont pas encore. Cette équipe cadre devra nécessairement tenir compte des compétences nécessaires à intégrer en son sein notamment l'appui administratif, l'enseignement de sciences de santé, l'appui technique hautement spécialisé nécessaire à la lutte contre les maladies (laboratoires, coordinations des programmes spécialisés en province, gestion des épidémies, urgences et catastrophes, l'information sanitaire…), etc.

Par rapport à l'avenir des médecins coordinateurs il se dessine deux alternatives à l'horizon : soit ils deviendront membres à part entière de l'ECP, soit ils viendront en appui de l'ECP.

Dans la situation actuelle les coordinations provinciales du PNLTHA vont continuer à jouer leur rôle sous la responsabilité de Médecin inspecteur provinciale qui est à son tour sous la double responsabilité du Ministre provincial de la santé et du niveau central.

Dans ce cadre, en appui au MIP et de l'ECP, le MCP jouera son rôle de coordinateur et conseiller en matière de la lutte dans la province en faisant respecter les politiques, les normes et les directives techniques et gestionnaires, provenant du niveau central.

Dans la situation à venir, lorsque les nouvelles provinces vont se mettre en place (en principe avant les prochaines élections en 2011), il faut envisager soit de redéployer, soit d'affecter des nouveaux coordinateurs dans les nouvelles provinces en concertation avec les autorités provinciales, conformément aux mesures transitoires en rapport avec la nomination, l'engagement ou l'affectation des cadres de commandement.

5.3.2. 2 La SRSS et la stratégie de l'intégration:

Au niveau du secteur de la santé, en 2006, à l'occasion de la Revue Annuelle, le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires ont adopté la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS). Elle a pour but de réorganiser l'ensemble du système de santé afin de lui permettre de remplir à terme la mission qui est la sienne, celle d'offrir des soins de santé de qualité à l'ensemble de la population congolaise. Cette Stratégie a été cooptée par le Ministère du Plan et intégrée dans le DSCRP comme stratégie sectorielle de lutte contre la pauvreté.

Quant au 1er axe de la SRSS, le développement des ZS, les articles 342 et 343 du DSCRP précisent :

> 342. Le développement des zones de santé constitue l'axe principal de la stratégie de renforcement du système de santé. Il a pour but d'améliorer le degré de fonctionnalité des hôpitaux et des centres de santé en vue de fournir les soins de santé de qualité à la population.
>
> 343. Les actions prioritaires à mener dans le court et moyen terme visent :
> (i) le développement d'un leadership intégré au niveau de la zone de santé (équipe cadre de la zone de santé) ;
> (ii) la promotion du développement des ressources humaines ;
> (iii) la rationalisation du fonctionnement des structures de santé ;
> (iv) l'amélioration de la couverture sanitaire de la zone de santé et de la qualité des soins ;
> (v) la promotion du partenariat communautaire dans le cadre de la mise en oeuvre de la politique sanitaire
> (vi) le financement d'un service de santé accessible aux utilisateurs de la santé
> (vii) le renforcement du partenariat intra- et intersectoriel dans la zone de santé incluant les organisations religieuses et les ONG.

Le second axe, qui est en fait un axe d'appui au premier, consiste en une réorganisation du niveau administratif intermédiaire et central en vue d'aider à développer les zones de santé.

Par rapport à la rationalisation du niveau central l'article 345 du DSCRP écrit :

> 345. Le besoin de contrôle des problèmes de santé prioritaires conduit à la nécessité de rationaliser le niveau central pour lui permettre de jouer efficacement son rôle normatif. La rationalisation aura donc pour objet à ce niveau une configuration qui répond réellement aux besoins identifiés en périphérie pour le fonctionnement des zones de santé.

La SRSS et l'intégration des activités de lutte contre la THA dans les ZSE

Le DTF de la 3ème phase du projet « Appui à la lutte contre la THA » démarrée en 2004, prévoyait dans une logique de complémentarité et de potentialisation de l'action des structures spécifiques du

PNLTHA au niveau de chaque résultat intermédiaire la mise en œuvre d'activités impliquant les structures des ZSE. Plusieurs MCP, anciens MCZ, ont réussi – en application du DTF – à rapprocher les structures spécifiques du PNLTHA et les structures des ZS (ECZ, HGR, CS) amorçant ainsi le processus d'intégration au niveau des ZSE. Par rapport à ce processus en cours au niveau de la lutte THA, la SRSS est tombée au bon moment, le développement des ZS qu'elle prône étant un facteur facilitateur crucial pour réussir cette intégration. En effet dans des ZSE non développées toute tentative d'intégration d'activités est vouée à l'échec. Les bailleurs de fonds ayant unanimement adhéré à la SRSS, des meilleures perspectives se dessinent donc non seulement pour les ZS mais aussi par rapport aux chances de réussite de la lutte contre d'autres maladies dont la THA.

Si la SRSS évoque les effets négatifs d'une trop forte verticalisation des programmes sur le fonctionnement du système de santé, elle apporte toutefois peu de précisions sur les modalités de l'intégration des activités des programmes spécialisés dans les zones de santé.

Il est néanmoins évident que l'ECZ dans sa mission d'assurer le pilotage du développement de la ZS en tant que système intégré, doit avoir des compétences suffisantes pour la prise en charge de la THA.

Au niveau des CS et des HGR le dépistage et traitement de la THA feront obligatoirement partie des PMA et PCA, « le dépistage et le traitement des maladies » étant une des composantes de la SRSS.
En attendant que l'atelier sur l'intégration des activités des programmes spécialisés apportera plus de lumière sur cet aspect la vision de la D4 est la suivante :

« Pour y arriver le niveau central doit produire des politiques, normes et directives permettant aux équipes du terrain de travailler dans la logique de l'intégration. Par ailleurs les activités de lutte contre les maladies assurée par les différents programmes spécialises doivent être suivis par les directions en charge des soins au niveau des structures, des politiques de santé et la Direction de la lutte contre la maladie. Cela requiert la coordination et l'accompagnement des programmes spécialisés par la Direction de la lutte contre maladie (appuyés par la direction des soins de santé primaires et la direction d'études et planification, voire l'école de santé publique)

Dans la situation actuelle il existe déjà une expérience d'intégration des interventions de lutte contre les maladies par le PNLTHA et d'autres programmes spécialisés. Cependant ces expériences sont limitées et ne sont pas généralisées. Dans la perspective du renforcement du système de santé et du renforcement du principe de l'intégration, il y a lieu de considérer que la tâche va demander l'implication de tous les acteurs de la lutte, le ministère de la santé (niveau central et provincial), les partenaires et les gouvernements provinciaux. Car la généralisation de cette politique d'intégration requiert des ressources pour renforcer le système de santé notamment au niveau des structures de soins. Les actions à mener dans le cadre de l'intégration des activités de lutte contre la THA seront principalement les suivantes :

- *Définitions des interventions de lutte contre la maladie du sommeil*
- *Elaboration des plans de développement sanitaire et de lutte contre la maladie*
- *Intégration des interventions dans le PMA, PCA, PPA*
- *Formation/supervision du personnel pour la réalisation de ces interventions*
- *Gestion adéquate des ressources humaines basée sur une politique de rétribution équitable*
- *Appui au fonctionnement des formations sanitaires des ZSE*
- *Redéploiement des ressources des équipes mobiles et des CDTC en situation de faible endémicité*
- *Mobilisation des ressources pour appuyer les plans*
- *Assurer le suivi et l'évaluation du processus d'intégration*

La mise en oeuvre de toutes ces activités va demander la participation active du PNLTHA, des zones de santé, des provinces et des directions du ministre de la santé en charge de la lutte contre les maladies, des soins et des politiques de santé dans le pays et des partenaires, d'où la nécessite de l'accompagnement du programme.

Il faut cependant signaler que la politique de l'intégration a pour finalité l'efficacité/efficience des résultats avec les ressources généralement limitées. Ainsi pour maintenir les résultats dans le cadre de la lutte contre la trypanosomiase le dépistage actif reste la stratégie de base dans les foyers hyperendémiques ; d'où la nécessite de l'entretien d'un certain nombre des équipes mobiles qui vont appuyer les actions de lutte dans les zones de santé. Par ailleurs la formation du personnel étant plus aisée dans les foyers où la maladie est très importante, le personnel appelé à reprendre les activités de contrôle de la maladie au moment où les foyers sont nettoyés participera aux activités des équipes mobiles pour acquérir les aptitudes à mener les activités de lutte contre la maladie du sommeil. En définitive l'intégration ne s'oppose pas aux activités des équipes mobiles, cependant elle potentialise leurs résultats et activités en améliorant le dépistage passif qui donnera une orientation au travail des équipes mobiles. Par ailleurs dans le but d'éviter le gaspillage de ressources la question du redéploiement ou de réorientation des centres de traitement sera toujours envisagée en fonction du niveau de l'endémie. »

1.4 EVOLUTION DE LA CTB EN RDC

1.4.1 Portfolio Management Team - PFMT

Afin de faire face à la croissance importante des activités de la CTB en RDC et d'atteindre une plus grande efficacité dans la mise en œuvre des prestations, la CTB a redéfini depuis début 2008 ses processus de gestion et d'intervention en RDC.

Ainsi, au niveau de la RDC, un ensemble de projets en exécution et/ou en préparation, ont été regroupés par « portefeuille » sur base d'une logique d'ensemble. Cette logique est axée sur le contenu des projets et est dans la plupart des cas une logique sectorielle ou thématique.

Cette approche permet de dégager les avantages suivants :

- Elle optimalise la gestion d'un ensemble de projets, afin que celui-ci s'inscrive mieux dans la stratégie de l'organisation que la somme des projets individuels et favorise en conséquence les synergies entre projets appartenant au même portefeuille ;
- Elle génère des économies d'échelles pour certaines fonctions d'appui aux projets ;
- Elle permet à l'unité de gestion du projet (UGP) de se concentrer en première instance sur la responsabilité première d'atteinte des résultats prévus par le projet ;
- Elle donne à chacun une spécialisation dans son domaine de compétence ;
- Elle peut aider à ce que les projets s'inscrivent dans la logique de la Déclaration de Paris ;
- Il sera possible de démarrer déjà des activités dans un portefeuille avant que l'équipe de projet soit mise en place.

Le projet « Appui à la lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine, Phase 4 » fera partie du portefeuille santé.

Au sein de ce portefeuille, une équipe, dénommée « **Portfolio Management Team** » a les responsabilités suivantes pour l'ensemble des projets appartenant au Portfolio et est composé d'une équipe regroupant :

1/ Un **Portfolio Manager** (**PM**). Le PM est responsable de la coordination du portefeuille. Il/elle a principalement les responsabilités suivantes :

- Responsable principal pour la gestion de la coordination[3] de tous les aspects des projets ;
- Initiateur pour la préparation et la tenue des réunions des SMCL ;
- Garant que le contenu[4], la qualité, le timing et le coût répondent aux objectifs initialement définis ;
- Gestion globale des risques ;
- Responsable de l'organisation des cercles de développement des AT et du MAF ;
- Responsable de la préparation, de la coordination des contributions locales et des modalités opérationnelles des formulations au sein de son portefeuille ;
- Donner un input en ce qui concerne le suivi du portefeuille dans le cadre du PIC (programme indicatif de coopération).

2/ Un **Manager Administratif et Financier** (**MAF**). Le MAF, assisté par une équipe est responsable de garantir une gestion optimale des processus administratifs et financiers des projets au sein du portefeuille dont il/elle a la responsabilité dans les domaines suivants :

- Démarrage et clôture administrative et financière des projets ;
- Gestion budgétaire et programmation financière ;
- Comptabilité ;
- Trésorerie et paiements ;
- Administration du personnel ;
- Logistique ;
- Gestion de l'équipe administrative et financière.

Le portfolio management team se pose donc en support et soutien aux projets, en exécutant une série d'activités qui étaient auparavant exécutées par l'UGP. Les cadres de l'UGP, sans se décharger pour autant de leur responsabilité de gestion, se concentrent sur leur rôle prioritaire, à savoir l'atteinte des résultats prévus par le projet.

Financement :

Puisque l'équipe qui s'occupe des aspects administratifs et financiers travaille sur différents projets, les frais de ces activités (personnel, fonctionnement) seront partagés entre ces projets. Le montant de cette participation dépendra entre autre du budget total de chaque projet.

---

[3] Gestion de la coordination : comprend les activités nécessaires pour la coordination des divers processus et activités de gestion de projet et de portefeuille. Cette coordination consiste à faire les choix nécessaires en matière de concentration des ressources, à anticiper les problèmes potentiels, à traiter ces problèmes avant qu'ils atteignent un seuil critique et à coordonner le travail pour le bénéfice des projets et du portefeuille. L'effort de coordination consiste également à faire des compromis entre des objectifs et des alternatives en concurrence.

[4] Contenu : les résultats du projet et tout le travail nécessaire pour les atteindre.

Le coût des portfolio managers ainsi que leurs frais généraux seront pris en charge par la CTB, étant donné qu'il s'agit d'une fonction plus de coordination et moins d'exécution. Le coût émargera donc des frais de gestion.

Ainsi, pour tout nouveau projet, la participation à une partie du financement des coûts du Portfolio sera prévue lors de l'élaboration du budget du projet.

Une vue globale du financement du PFMT par les projets est résumée dans le document « Topo de financement PFMT - portefeuille santé » repris en annexe du DTF. Ce document résume la participation de chaque projet au financement du PFMT en question.

En raison du caractère variable de la composition du portfolio, le document « Topo de financement PFMT - portefeuille santé » sera mis à jour annuellement afin de prendre en compte l'évolution du portefeuille.

1.4.2 Cellule Procurement et Marches publics

Dans la même logique, une partie de l'exécution des processus marchés publics des projets au-delà de 20.000 € sera pris en charge par la Cellule Marchés Publics RDC. Cette cellule se compose d'un responsable international, entouré d'une équipe de collaborateurs locaux. Cette cellule devrait nous amener à exécuter des marchés publics au Congo de manière plus qualitative et plus rapidement.

Les projets participeront également aux coûts de la cellule marchés publics puisqu'il s'agit d'une activité directement liée à l'exécution d'un projet. La participation dépendra du nombre de dossiers de passation de marchés traités chaque année.

1.5 DESCRIPTION DE L'ENDÉMIE DE LA THA AU CONGO

1.5.1 Préambule

Parmi les maladies transmissibles, la THA présente ceci de particulier que toutes les personnes contaminées finissent par en mourir, ce qui n'est pas le cas pour les maladies aussi dangereuses telles que la rougeole, la tuberculose ou la malaria.

En RDC l'infection est causée par le *Trypanosoma brucei gambiense* et transmise par les glossines du groupe palpalis. La maladie se déroule de manière chronique, les premiers symptômes ne se distinguant guère d'un épisode paludéen ou grippal. C'est au cours de la deuxième phase - le stade nerveux - que les symptômes caractéristiques d'apathie et de somnolence se déclarent, les patients décédant en absence de traitement.

La THA est une des maladies qui a provoqué des épidémies les plus dévastatrices au début de l'ère coloniale. Entre 1885 et 1920, cette parasitose a décimé la population congolaise déclenchant un dépeuplement de plusieurs contrées du pays. La deuxième épidémie contemporaine a débuté vers 1920 pour atteindre son apogée entre 1930 et 1940. A la veille de l'indépendance, le taux d'infection avait atteint le niveau résiduel admis pour interrompre la chaîne de transmission de la maladie, soit 0,01 % (1 NC pour 10.000 habitants par an).

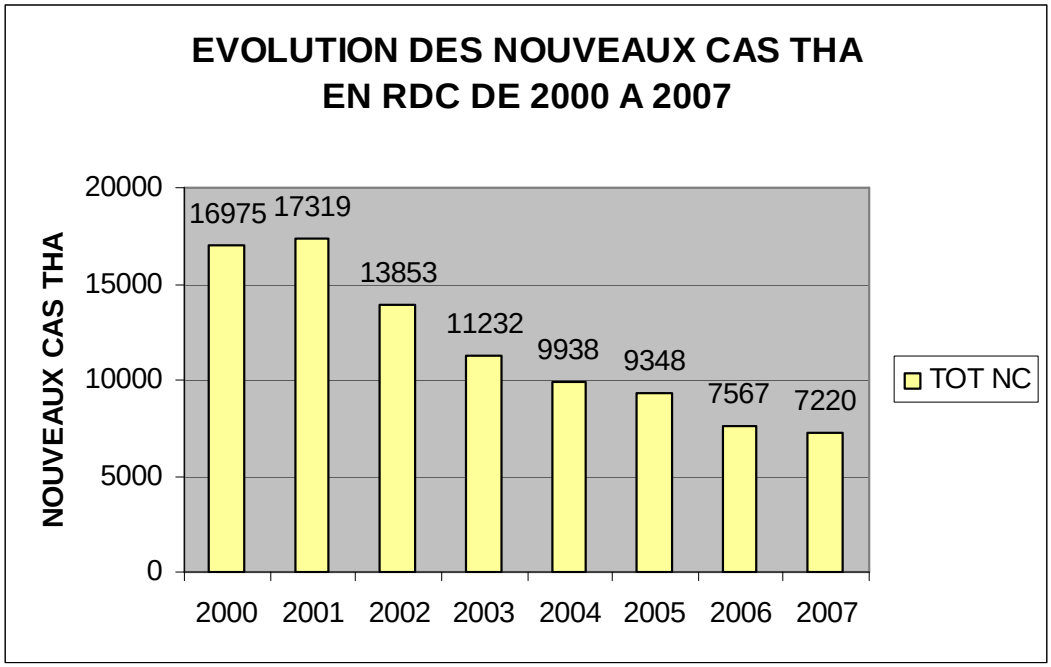
Après l'indépendance, du fait du relâchement des activités de lutte, une recrudescence progressive de la THA dans presque toutes les anciennes zones endémiques fut observée. Depuis 1964 quelques unités mobiles spécialisées reprenaient le dépistage, mais la THA resurgit dans les régions non contrôlées. Après la rupture de la coopération belgo-zaïroise en 1990, les activités de contrôle furent mises en veilleuse. Suite à l'alerte donnée par plusieurs ONG et services de santé, la

Belgique reprend son appui à la lutte, d'abord dans le cadre de l'aide humanitaire, ensuite de façon structurelle. En plus le dépistage par des nouvelles techniques sérologiques (test CATT) fut généralisé. Au cours de l'année 1998 plus de 27.000 nouveaux cas de maladie du sommeil ont été déclarés en RDC, soit plus de 70 % des cas déclarés en Afrique.

1.5.2 Les tendances épidémiologiques

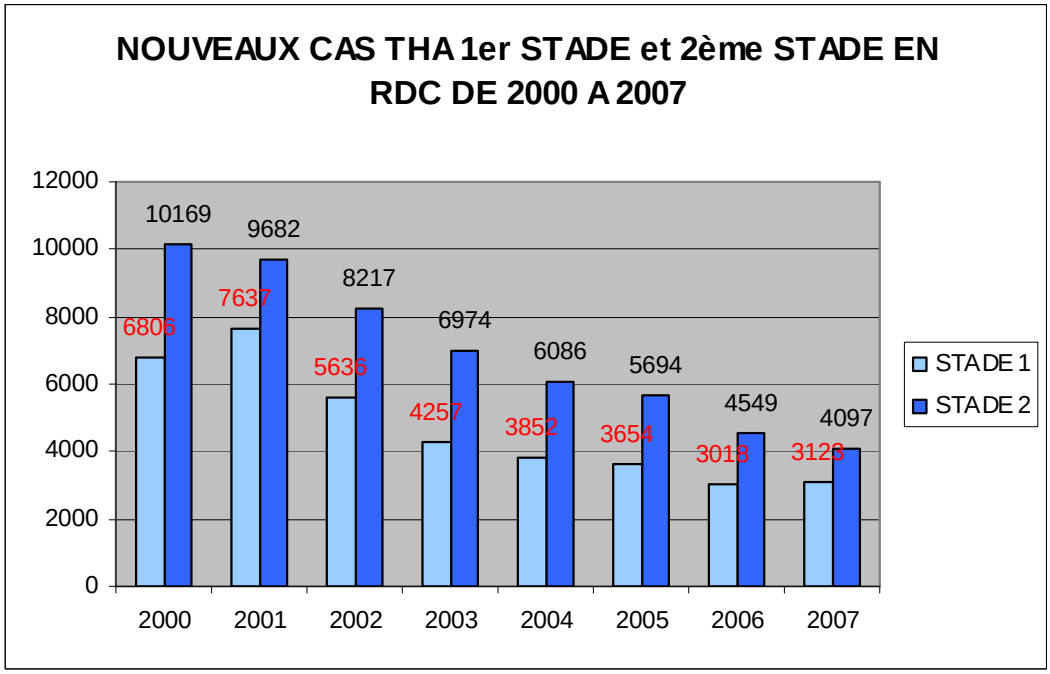
Les tendances épidémiologiques ces dernières années indiquent que le nombre de nouveaux cas et le taux d'infection sont en régression (voir graphiques ci-dessous)

Graphique N° 2:

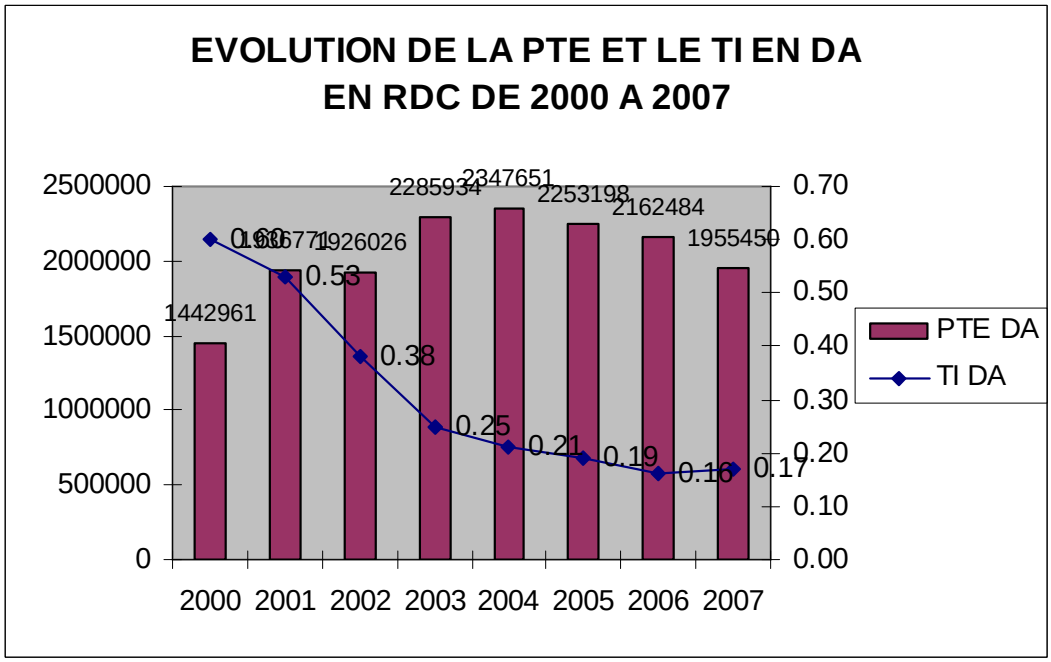


Remarque : les données de la Provinciale Orientale (Doruma et Isangi) ne sont pas incluses

Graphique N° 3:

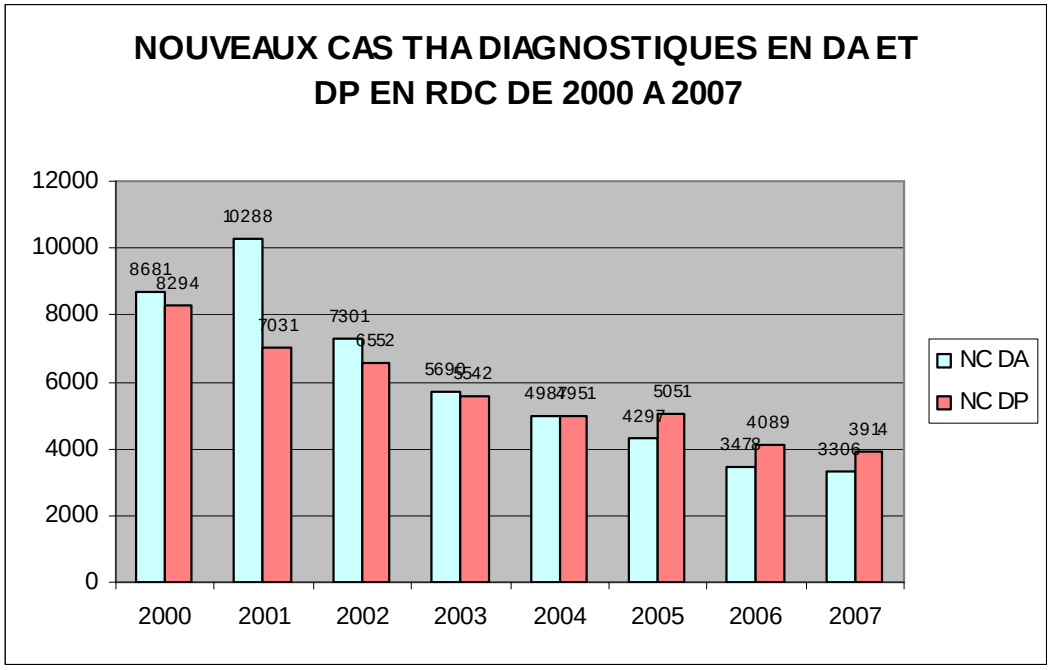


Graphique N° 4:



Il faut cependant signaler que le nombre de cas dépistés en surveillance passive augmente par rapport à ceux du dépistage actif cfr figure ci-dessous.

Graphique N° 5:



Le taux global de détection en dépistage actif pour les zones d'intervention dans le cadre du projet est de 0,17 % alors que l'objectif fut d'atteindre 0.10 %.

Si au Bas-Congo et en Equateur l'objectif du projet semble atteint on n'y est pas encore au niveau résiduelle de 0.01 % prôné par l'OMS. La situation du terrain montre que la maladie est toujours présente et que la recrudescence est toujours possible. Au Bandundu et au Kasaï il y a une tendance lente à l'amélioration, mais il reste des foyers très actifs comme dans les zones de santé de Bonga Yassa et Masi-Manimba et Kwamouth au Bandundu et de Bibanga au Kasaï.

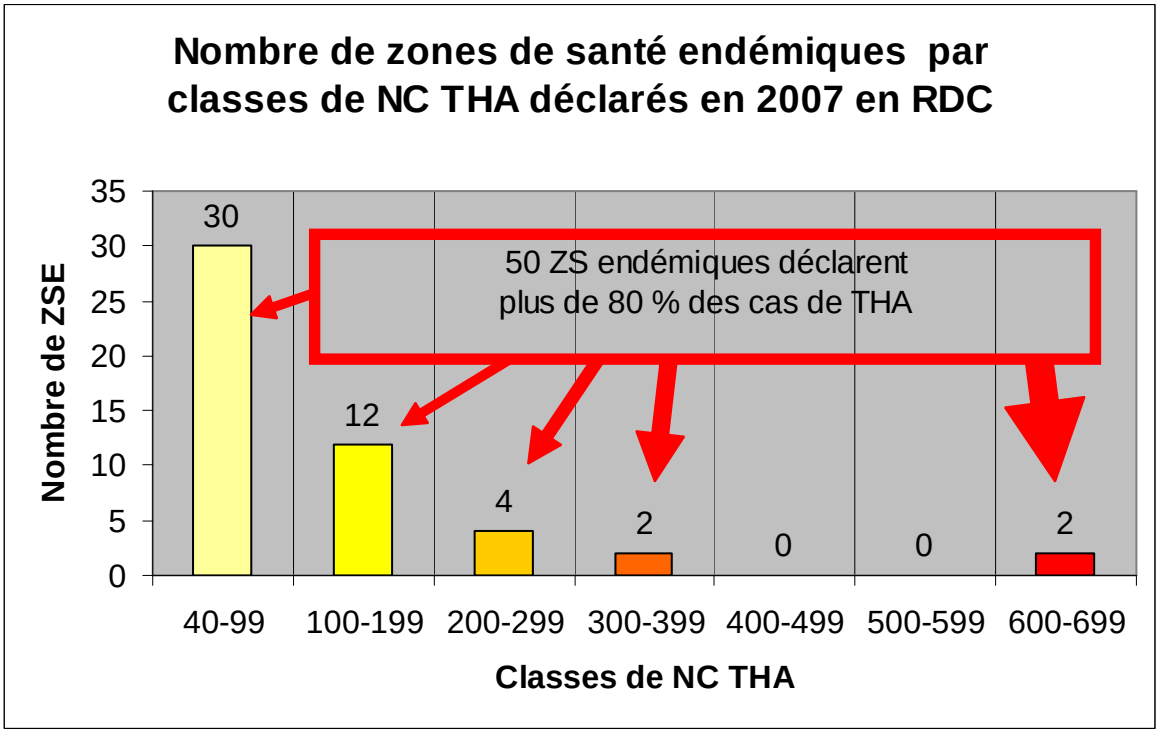
La flambée d'un foyer aux portes de Kinshasa au cours de l'année 2007 (environ 200 nouveaux cas diagnostiqués à 35 km du centre ville) a une fois de plus montré que la capitale n'est pas à l'abri de la THA. Au Maniema la situation semble s'améliorer mais étant donné l'accès difficile à cette région il est difficile de juger sur cette évolution. Vu le caractère très focalisé et insidieuse de la THA l'interprétation des statistiques doit se faire avec prudence. Il est encore beaucoup trop tôt pour dire que la situation est sous contrôle.

Les techniques sensibles ne sont pas encore appliquées en routine dans toutes les coordinations. La non utilisation des techniques sensibles peut être à la base d'une sous-estimation du nombre des nouveaux cas et donc du taux d'infection.

Sur les 515 ZS que compte actuellement la RDC, 236 ont déclaré au moins 1 NC de THA entre 2003 et 2007.

En 2007, 194 ZS ont déclaré au moins 1 NC de THA. De ces 194 ZS, 50 ZS ont déclaré 40 NC ou plus et de ces 50 ZS il y en a 20 qui ont déclaré au moins 100 NC avec un maximum de 689 NC dans la ZS de Doruma. Il est important de noter que parmi les 20 ZS les plus touchées la moitié ne

bénéficie d'aucun appui structurel au développement de la ZS. Pour plus de détails : voir graphiques ci-dessous qui classent les ZSE en 6 catégories selon le nombre total de NC y déclarés (de 1 à 39 NC, 40 à 100 NC, 101 à 200 ; 201 à 300 etc. :



1.6 LUTTE CONTRE LA THA : ANALYSE DES PROBLÈMES

Les principaux problèmes de la lutte contre la THA en RDC relevés au cours de la phase 3, de l'évaluation à mi parcours en octobre 2006, de l'évaluation de la DGCD en novembre 2007 et de l'identification et de la formulation de la phase 4 sont les suivants :

1) **Le poids de l'endémie reste très important dans le pays :**

- Principalement dans les provinces de Bandundu, le Kasaï Oriental et le Kasaï Occidental (75 % des cas proviennent de ces 3 provinces) et la Province Orientale. Le nombre de cas actuellement déclarés (environ 8000 par an, chiffre le plus élevé pour l'Afrique) est une sous-estimation de la situation réelle étant donnée la couverture insuffisante du dépistage actuel.
- La potentialité de la recrudescence de la THA dans les ZS à faible endémicité, constitue toujours une menace et cela dans toutes les provinces. Même si la tendance est à la baisse, la plupart des ZSE sont encore loin du taux résiduel de 0,01% (1 NC cas de THA par an sur 10.000 habitants) prôné par l'OMS. Quelques exemples de recrudescences récentes qui illustrent la caractéristique de la maladie de réapparaître : l'épidémie dans la ZS de Masa à 35 km de Kinshasa en 2007 (voir graphique 6, chapitre 7.2) ; les ZS de Bonga Yasa et Bolobo au Bandundu ; la ZS de Doruma en Province Orientale ; la ZS de Ntondo en Equateur Sud.
- Le nombre de cas réfractaires au mélarsoprol est en augmentation résultant fréquemment en des échecs thérapeutiques surtout au Kasaï et en Equateur Nord; le

risque de voir apparaître des rechutes après traitement au DFMO est réel et constitue - en l'absence de nouvelles molécules - une menace pour l'avenir.

- Les effets toxiques des trypanocides actuels sont responsables pour un pourcentage significatif de décès et des complications neurologiques irréversibles
- Il existe en plus une mortalité due à la THA qui n'est pas notifiée mais qui est probablement plus importante que soupçonnée (cas de THA « ratés » par les FS ; ZSE non couvertes)
- Les soins mentaux étant peu développés, les patients qui ont gardé des séquelles neurologiques (troubles psychiques etc.) ne sont pas assez encadrés.
- L'impact sur le fonctionnement des familles touchées par la THA est souvent dramatique (poids économique très lourd, stigmatisation sociale).

2) Le rendement de l'action des UM n'est pas optimal

La majorité des UM preste un travail admirable dans des conditions de terrain souvent très difficiles. Toutefois pour obtenir un impact important et durable, plusieurs conditions doivent être à la fois réunies. Il existe – en particulier dans les provinces de Bandundu, Kasaï Oriental et Kasaï Occidental – différentes raisons qui peuvent expliquer pourquoi la tendance à la baisse est plutôt lente :

- Le <u>faible taux de participation de la population au DA</u>. Ce problème concerne surtout la province du Kasaï Oriental car dans les autres provinces les taux de participation se sont améliorés durant la phase 3. Les causes de ce phénomène sont multiples. Des actions d'IEC efficaces (basées sur une enquête CAP) seront nécessaires pour y remédier.
- Les <u>rayons d'action trop grands de certaines UM</u> (surtout au Bandundu) : une trop grande dispersion et des périodes trop longues (> 12 mois) entre deux passages annulant l'impact des dépistages précédents en sont la conséquence.
- La <u>non utilisation systématique des techniques plus sensibles</u> tel le WOO : certaines équipes (surtout en Equateur Nord et au Maniema) n'utilisent pas encore ces techniques et laissent échapper un certain nombre de cas.
- La <u>non utilisation du CATT sur sérum dilué pour les CATT positifs sur sang total non confirmés parasitologiquement</u> ; la conséquence en est que les cas très suspects (dilution $\geq$ 1/8) ne sont pas identifiés ni traités et qu'ils continuent alors à transmettre la maladie. La décision a été prise lors de la phase 3 mais elle n'a pas encore mise en pratique, vu la réticence à traiter par des médicaments potentiellement toxiques des cas où le parasite n'a pas été mis en évidence. Il a manqué une politique nationale qui tienne compte de la prévalence et de la performance du test CATT et du test CATT dilution.
- Une <u>population examinée trop faible</u> (moins de 300 personnes/jour en moyenne) (ex. : Equateur Sud)
- Des <u>problèmes organisationnels</u> comme par exemple la répartition inégale de la charge de travail au sein des équipes : les trois microscopistes aideraient mieux à tour de rôle le laborantin chargé du sérodépistage au CATT pour faire avancer plus vite le travail et examiner un plus grand nombre de personnes
- Problèmes d'esprit d'équipe et <u>problèmes d'ordre motivationnel</u>
- L'interférence de facteurs peu rationnels dans le <u>ciblage</u> des villages (<u>non evidence based</u>)
- <u>Faible articulation avec le système de santé</u> (ZS, ECZ, FS, IT) : les UM profitent trop peu des services que la ZS peut lui offrir en termes de mobilisation de la population, contacts avec les leaders d'opinion, collaboration avec le personnel soignant etc.

Pour la plupart de ces problèmes, il existe des solutions qui peuvent être mises en œuvre avec l'appui des MCP et les ECZ des ZSE.

3) La lutte contre la THA est peu intégrée au niveau des zones de santé endémiques :

Une intégration progressive des activités de lutte contre la THA dans les FS des ZSE est en cours depuis la phase 3 dans la plupart des provinces. (Bas-Congo, Kinshasa, Bandundu Nord, Bandundu Sud, Kasaï Occidental, Kasaï Oriental, Equateur, Maniema, Nord Katanga).
A part la faible fonctionnalité de certaines ZSE et l'insuffisance de moyens, il y a d'autres raisons pourquoi ce processus se déroule plutôt lentement :

- Les ECZS ne sont pas l'auteur de la planification des activités de lutte contre la THA dans leur propre ZS ;
  Il a été constaté à maintes reprises que la lutte contre la THA est rarement inscrite dans les plans d'action annuels des ZSE. Ceci s'explique par le fait que la lutte contre la THA se mène à travers les structures spécifiques de lutte du PNLTHA, les UM et les CDTC, dont les activités sont planifiées et coordonnées par les coordinations provinciales du PNLTHA. Comme ces structures périphériques ne dépendent donc pas des ZS mais directement du PNLTHA et que la planification et la supervision de leurs activités ainsi que la gestion de leurs ressources humaines, matérielles et financières échappent aux ECZS, ces dernières oublient souvent – même dans les ZS hyperendémiques – d'inscrire la lutte contre la THA dans les plans des ZS. Il faut y ajouter que contrairement à d'autres programmes spécialisés comme le PEV, le PNT, le PNLO etc. le PNLTHA n'alloue pas de moyens matériels ni financiers aux ECZS par exemple pour la supervision des activités, la mobilisation etc. et qu'il manque donc des « incentives » pour que les ECZ s'impliquent activement dans la lutte.
  A partir de la phase 3 le PNLTHA a néanmoins commencé à changer sa politique en associant quelques MCZ des ZS les plus endémiques aux ateliers annuels provinciaux. L'année 2008 a marqué un tournant décisif dans l'approche du PNLTHA par l'invitation de toutes les ECZ des ZSE aux ateliers provinciaux annuels de planification et l'élaboration de micro-plans de lutte contre la THA par celles-ci. Cette nouvelle approche est en harmonie avec la SRSS pour qui l'ECZ est la structure de référence et de commande pour la planification, la coordination et le suivi de toutes les activités dans la ZS.

- Peu de formations sanitaires polyvalentes des ZS endémiques (HGR, CS) sont capables et outillées pour prendre en charge les cas de THA (suspicion, dépistage, diagnostic, traitement, suivi) par manque de formation et d'équipements et consommables spécifiques.
  Cette situation connaît la même cause que celle expliquée ci-dessus : la lutte à travers des structures spécialisées sans implication des formations sanitaires polyvalentes, publiques et privées, a fini par aliéner ces dernières de la prise en charge de la THA tant en milieu rural qu'urbain et aussi bien au bas de la pyramide sanitaire (centres de santé), au niveau de référence (HGR) qu'à son sommet (niveau universitaire). Une conséquence directe du manque de compétences des personnels en matière de THA dans le pays le plus touché en Afrique par ce fléau est le pourcentage élevé de cas « ratés » de THA par les formations polyvalentes citées ci-dessus. Il conduit souvent à un « medical shopping » appauvrissant pour les familles en quête d'une solution pour leurs malades qu'ils finissent par perdre si ceux-ci ne sont pas référés à temps dans un centre du PNLTHA où le diagnostic sera posé. Le personnel des FS n'a pas reçu une formation appropriée et pratique sur la THA, basée sur des ordinogrammes et ce problème n'est pas

spécifiquement repris lors de la supervision. En conséquence, il ne développe pas les bons réflexes par rapport aux cas suspects de THA et les confondent souvent avec le paludisme, la tuberculose, la fièvre typhoïde, le Sida, la méningite, les troubles psychiques… Le fait qu'ils ne disposent ni des CATT tests qui sont conçus pour le dépistage de masse et uniquement disponibles au niveau des structures spécifiques du PNLTHA, ni des techniques sensibles comme la centrifugation en tubes capillaires (WOO), est un autre handicap qui contribue aux erreurs de diagnostic.

- Système de récolte de données n'est pas intégré
  - Le PNLTHA dispose depuis de nombreuses années d'un système de récolte et de rapportage de données performant et uniforme à travers les rapports mensuels des UM. Il s'agit d'un système parallèle au SNIS qui lui résume les informations par rapport à la THA en 2 lignes.
  - Les rapports des UM qui contiennent des informations utiles sur l'évolution de la THA et les activités de lutte ainsi que sur les données démographiques des AS visitées, ne sont pas systématiquement et en entièreté remis au ZSE. Ceci est dû au fait que les UM sont souvent à cheval sur plusieurs ZS.
  - Les FS des ZSE ne disposent pas d'outils spécifiques de récolte de données pour la THA, les fiches de déclaration et de traitement étant uniquement disponibles dans les UM et les CDTC du PNLTHA. Même si les FS diagnostiquent des cas, elles ne sauront pas les déclarer à leur nom du fait qu'elles ne disposent pas des fiches de déclaration
  - Les cas référés par les FS aux CDTC et aux UM ne leur sont pas crédités.

  Il y a donc un besoin de mettre sur pied un système harmonisé et efficace de récolte et d'analyse de données par rapport à la lutte contre la THA qui ne surcharge pas les FS et qui soit accessible à tous les utilisateurs et qui intègre à la fois les données des formations sanitaires des ZSE et celles des UM et CDTC tout en évitant les doublons. Il existe déjà un protocole de la surveillance épidémiologique de la THA mais celui-ci doit encore être testé et validé. Une collaboration avec la 5ème direction appuyée pour le SNIS par le projet santé du 9ème FED devrait permettre la mise au point d'un système de récolte harmonisé.

- Les réactifs (CATT) ne sont pas disponibles en dehors du réseau PNLTHA et dans leur conditionnement actuel ils se prêtent moins à leur utilisation au niveau des FS.

  Durant la phase 3 l'utilisation du CATT au niveau des CDTC et des HGR (le sérodépistage en passif) a été promue. Le CATT étant conçu pour le dépistage actif il se prête moins pour le dépistage passif sauf dans les FS qui ont une fréquentation d'au moins 50 personnes par semaine et qui disposent d'une chaîne de froid fiable. Le projet a adressé une demande à l'IMT pour produire des CATT en flacons de 10 tests au lieu de 50 pour permettre l'utilisation de CATT sans gaspillage dans des FS qui ont une utilisation hebdomadaire moyenne inférieure à 50 cas et supérieur à 10.

- Disparités dans la rémunération des agents du PNLTHA et les agents polyvalents comme source de frustration et obstacle à l'intégration

  Le fait que les agents du PNLTHA travaillant dans les UM et les CDTC recevaient régulièrement des primes de rendement qui étaient supérieurs aux traitements salariaux des agents des FS de la ZS a toujours été une source de frustration et de démotivation de ces derniers et une des causes des résistances à s'impliquer dans les activités de diagnostic et de traitement des malades au niveau des FS. Dans les ZSE bénéficiant d'un appui global où les personnels non-THA bénéficient moyennant des contrats de performances de primes de rendement et de certains avantages, ces disparités sont en train de diminuer

à tel point que certains personnels du PNLTHA ont déjà suggéré leur alignement aux autres.

- Opposition de la part des personnels des CDTC à s'intégrer dans les HGR
  Lors de la phase 3, il a été constaté à plusieurs reprises que des agents du PNLTHA travaillant aux CDTC s'opposaient à l'idée d'intégrer le labo de l'HGR des ZSE pour y faire le dépistage sérologique à tout venant afin d'améliorer la couverture en dépistage passif. Ce refus s'explique probablement par la crainte de perdre certains intérêts et l'autonomie relative dont ils bénéficient en restant au CDTC où ils sont à l'abri de l'autorité de l'hôpital, la tarification imposée par celle-ci etc. Cette attitude s'oppose à l'amélioration de la couverture en dépistage passif car le nombre de personnes qui consultent le CDTC est inférieur au nombre de consultants à l'hôpital.

- Grand fossé entre UM et ZS
  - Une des activités proposées par la phase 3 était la participation des CUM et responsables des CDTC aux réunions mensuelles de monitorage des ZS. L'objectif était de rapprocher les UM des ECZ et les IT des ZSE et vice versa en échangeant les informations sur la THA et les activités dans les AS. Le taux de réalisation de cette activité est resté faible, les CUM et responsables des CDTC n'ayant pas reçu une instruction formelle de la part des coordinations à ce propos. Le fait que la plupart des UM est à cheval sur plusieurs ZS et l'incompatibilité des calendriers y contribue aussi. Toutefois les responsables des CDTC pourraient participer plus régulièrement à ces réunions.
  - La collaboration entre CUM et les MCZ est parfois difficile du fait que le CUM ne dépend pas directement du MCZ et qu'un certain nombre d'informations échappent au MCZ. Il arrive que les contacts se limitent à l'envoi d'une lettre d'information tout comme il y a des ZS où la collaboration se déroule de façon plus fructueuse.
  - La phase 3 préconisait l'implication de la MOSO c'est-à-dire la cellule de la mobilisation sociale de la ZS dans les activités de sensibilisation autour de la THA. Le manque d'un budget conséquent a handicapé la mise en œuvre de cette activité.

4) La lutte contre la THA est peu enracinée dans les autres secteurs tels l'enseignement, l'environnement, l'agriculture & l'élevage, les média et la communauté elle-même.

La maladie du sommeil qui compte sur le plan international parmi les maladies « négligées » du fait qu'il n'y a pas assez de recherche pour trouver de nouvelles molécules pour la traiter, souffre également d'une certaine « négligence » sur le plan intérieur où elle est beaucoup moins à la une des médias que d'autres maladies importantes comme le Sida, la tuberculose, le paludisme, l'Ebola etc. Durant la phase 3 des efforts ont été consentis avec un certain succès pour remettre la THA dans l'attention publique mais pour une campagne nationale plus de moyens seront nécessaires. Il n'existe non plus une approche multisectorielle pour lutter contre la THA alors que plusieurs secteurs pourraient contribuer positivement à l'efficacité de la lutte tels l'enseignement, l'environnement, l'agriculture & l'élevage, le développement durable.

5) Au niveau central, l'articulation avec la Direction de Lutte contre les Maladies (D4) et les autres directions comme DEP et D5 est encore faible.

Comme beaucoup d'autres programmes spécialisés, le PNLTHA est relativement indépendant de la D4 qui bénéficie d'un appui beaucoup moins important que la plupart des programmes qu'elle est sensée d'encadrer. Un projet pour revaloriser la D4 et rationaliser la lutte contre la maladie en recentrant les appuis sur elle est en cours de préparation et sera formulé par la CTB durant la 2ième moitié de l'année 2008. Plus d'osmose avec la DEP et D5 sont aussi souhaitables pour améliorer l'efficacité de la lutte.

6) **Les ressources financières pour assurer la lutte contre la THA sont insuffisantes par rapport aux besoins.**

Quant au financement de la lutte contre la THA en RDC, plusieurs aspects nécessitent d'être évoqués :

Le premier problème est l'insuffisance de moyens financiers pour contrôler dans toutes les ZS endémiques (236 sur 515) de cet immense pays difficile d'accès à moyen terme la transmission de la maladie et ensuite assurer une surveillance efficace à long terme. La contribution financière du Gouvernement se limite aux paiements des salaires des agents. Le financement de la Belgique maintenu depuis plus de 10 années a permis d'éviter la catastrophe humaine qui se préparait mais il n'a pas suffi pour contrôler de façon durable dans toutes les provinces concernées la maladie. A titre d'illustration: le budget de la 2ième phase qui estimait les besoins à 15 millions d'euro sur 3 ans n'avait été couvert à 50 % et cela par un seul bailleur notamment la Coopération belge ; le même scénario s'est répété pour la 3ième phase et risque de se répéter pour la 4ième phase si des moyens supplémentaires ne sont pas trouvés. Pour assurer un fonctionnement normal des structures du PNLTHA durant la phase 4 et en même temps rendre possible l'intégration progressive des activités, les besoins financiers minimaux ont été chiffrés à 18.000.000 euro pour une période de 4 ans (hormis ZS Doruma).

Une des raisons pour lesquelles d'autres bailleurs sont difficiles à trouver semble être le fait que le financement belge est perçu comme assez important et par conséquent suffisant alors qu'en réalité il ne couvre qu'une partie des besoins. Une autre cause de la non obtention de financements supplémentaires pourrait être la faible intensité des actions de plaidoirie. Durant la phase 3 des efforts ont été fournis pour mieux informer le personnel de santé et le public sur la THA mais les bailleurs dans le domaine de la santé ont été moins ciblés ce qui explique pourquoi le groupe des partenaires s'intéressant à la lutte ne s'est pas beaucoup élargi.

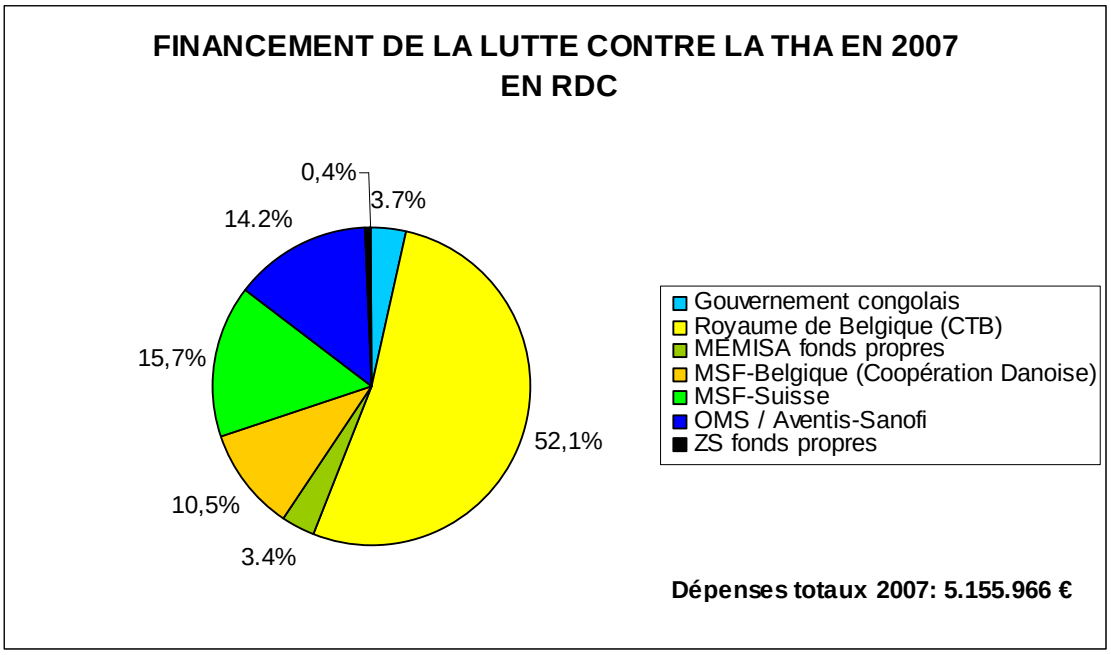
La preuve que des financements importants peuvent néanmoins encore être trouvés pour la lutte contre la THA a été fournie par les MSF-B et MSF-Suisse. Ces financements ne couvrent malheureusement que 2 zones de santé (Isangi et Doruma) et sont de courte durée.

Pour renforcer les activités de lutte dans les foyers les plus difficiles à contrôler et assurer par la suite une surveillance fiable dans les ZS antérieurement endémiques, des moyens additionnels devront donc être trouvés auprès d'autres bailleurs que la Belgique et l'OMS/Aventis grâce à des actions de plaidoirie plus efficaces.

Un deuxième problème concerne le mécanisme du financement. Actuellement la lutte contre la THA ne bénéficie pratiquement d'aucun financement dans le cadre des appuis globaux pour le développement des ZS. Les financements actuels de la lutte contre la THA en RDC sont spécifiques et transitent vers le terrain soit via le PNLTHA soit via

des ONG. Le fait que la lutte contre la THA est financée par un mécanisme qui n'implique pas directement les ECZS semble une des raisons pourquoi celles-ci préfèrent plutôt s'investir dans d'autres activités notamment celles dont le financement passe directement par la zone de santé. Cette situation explique aussi pourquoi dans la grande majorité des ZS endémiques de la THA, on ne trouve dans les plans d'action aucune trace d'activités de lutte contre la THA. La THA n'étant pas évoqué par l'ECZS comme un problème prioritaire, les partenaires non plus prévoient un budget pour la lutte contre la THA. La logique de la SRSS (et du DSCRP) exige néanmoins à ce que toutes les activités prioritaires à mettre en œuvre dans les zones de santé puissent être reprises dans les plans de développement des zones de santé et que les ECZS soient impliquées dans la réalisation d'activités budgétisées.

La faible contribution actuelle de la part des ZS (et de leurs partenaires) à la lutte contre la THA est illustrée dans le diagramme et le tableau suivants :



Bailleur/intervenant	Montant en €	% du total
Gouvernement congolais	190 612 €	3,7%
Royaume de Belgique (CTB)	2 687 023 €	52,1%
MEMISA fonds propres	173 435 €	3,4%
MSF-Belgique (Coopération Danoise)	543 000 €	10,5%
MSF-Suisse	808 571 €	15,7%
OMS	731 275 €	14,2%
ZS fonds propres	22 000 €	0,4%
TOTAL	**5 155 916 €**	**100,0%**

L'avènement de la SRSS à laquelle tous les bailleurs ont adhéré est donc une opportunité qui devrait permettre de dégager des moyens financiers en faveur de la lutte contre la THA dans le cadre des projets d'appuis globaux aux ZS (entre autres pour la formation, le dépistage, le diagnostic, le traitement, le suivi postthérapeutique, la lutte antivectorielle et la sensibilisation dans les ZSE)

Un troisième point concerne le moment où le financement via les ZS devrait intervenir.
Ici l'hypothèse que la prise en charge des activités de la lutte par les structures des ZS et donc aussi leur financement ne devraient intervenir qu'au moment où la maladie est contrôlée grâce à l'action des UM, n'est plus soutenue par le PNLTHA. Le PNLTHA est d'avis que même pendant la phase hyperendémique les structures de la ZS (ECZS, HGR, CS) doivent pleinement s'impliquer dans la lutte afin de développer leurs compétences et de préparer le moment du retrait des UM dès que la situation est sous contrôle. Cette vision anticipe donc l'épineux problème de la pérennisation de la surveillance de la THA.

EN RESUME

Les principaux problèmes à résoudre sont les suivants:

- atteindre les objectifs de réduction de l'endémie THA à 0,1 %
- empêcher toute recrudescence épidémique de la THA
- mettre en œuvre l'intégration de la lutte contre la THA pour résoudre les 2 problèmes précédents

2. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

2.1 CADRE CONCEPTUEL

L'appui à un système de dépistage par unités mobiles spécialisées est justifié aussi longtemps que la gravité de l'endémie dépasse les capacités de riposte du système de santé en place : tant que la prévalence est trop haute, les services de santé de base ont besoin d'un appui spécifique, limité dans le temps, qui leur est fourni par les unités mobiles. Dans les endroits où la THA constitue un problème majeur et le personnel des centres de santé fixes n'a pas la possibilité de faire un dépistage total de la population de son aire de santé, les unités mobiles peuvent être mises à leur disposition. Au-dessus d'une prévalence de 0,1%, un screening de la totalité de la population avec des méthodes de détection sérologique est nécessaire pendant au moins 3 ans pour ramener la prévalence à un niveau résiduel tel que les services de santé peuvent prendre en charge le contrôle de la maladie. Le projet va développer des activités pour mieux impliquer les services de santé dans les ZS afin de les rendre capables de prendre en charge le diagnostic, le contrôle et le traitement des malades une fois que le taux de prévalence est ramenée au-dessous de 0,1%, dans le cadre de l'intégration des activités de la lutte contre la THA.

La démarche de l'intégration des activités d'un programme vertical dans une action horizontalisée constitue à coup sûr un processus profond et à long terme car il est basé sur une conversion de mentalité dans le concept même de travail. Positionner la lutte contre la THA dans la routine des activités dans le cadre des SSP va nécessiter un « coaching » faisant intervenir aux côtés des responsables du programme, un comité d'accompagnement et un suivi scientifique externe.

2.1.1 Introduction : rappel des stratégies nationales de lutte contre la THA en RDC

Lors de la Revue Annuelle Santé de 2007 le Médecin Directeur du PNLTHA a fait un rappel dans son exposé « Expérience des programmes spécialisés dans l'intégration. Cas du PNLTHA » des stratégies principales en matière de lutte contre la THA en RDC telles qu'elles sont contenues dans la « Déclaration de la politique nationale de lutte contre la THA en RDC » de 1998 validée en 2001 :

- La lutte contre la THA est basée d'une part sur le dépistage précoce, la prise en charge correcte de cas par les unités mobiles et les structures de santé de base dans les ZS à risque
- et d'autre part sur la lutte antivectorielle sélective à base communautaire au niveau des villages des ZS à risque.

Des grandes percées dans le domaine de diagnostic et de traitement ne s'annonçant pas à court terme ces stratégies resteront d'application pendant la phase 4.

L'intégration des activités de lutte contre la THA

Sur la question souvent controversée de l'intégration de la lutte, la Déclaration apporte beaucoup de lumière. Elle précise qu'en 2000 l'intégration des activités de lutte contre la THA dans les structures de santé fixes était encore insuffisante : sur les 125 HGR des ZS ayant déclaré des cas (ancien découpage) seulement 30 hôpitaux (24 %) prenaient en charge des cas de THA et sur les 2.500 CS que devraient compter les 125 ZS à problème THA seulement 29 centres de santé et 30 CDTC, soit 2.36% était en mesure de diagnostiquer et traiter des cas de THA.

Face à cette situation de très faible couverture et faible intégration d'activités de lutte, les options fondamentales formulées par la politique nationale de lutte contre la THA, sont les suivantes :

- Faciliter le processus d'intégration au niveau opérationnel de ZS pour la continuité des activités de lutte à long terme
- Pour la recherche passive : intégration progressive des activités de lutte dans les structures de santé à problème trypanosomiase
- L'augmentation des centres de santé fixes capables de prendre en charge le problème de la THA dans le cadre de système d'alerte
- Le développement d'un partenariat responsable basé sur la collaboration avec entre autres les ZS et tous les acteurs sociaux (églises, opérateurs économiques, écoles etc.)

Dans la même logique, la Déclaration de la politique nationale met un accent important sur la responsabilité de la ZS et son implication active dans tous les aspects de la lutte contre la THA :

- La <u>création de nouvelles équipes mobiles</u> ainsi que le <u>recrutement de leur personnel</u> se fera de préférence en collaboration avec les MCZ concernés
- <u>LAV</u> : les activités de piégeage seront conduites par la communauté au niveau des aires de santé concernées sous la supervision de la Zone de Santé. Le BCZS fait rapport de la LAV à l'UM.
- <u>Formation et recyclage</u> : la formation s'adressera principalement aux catégories du personnel suivantes :
    - MCZ et médecins des hôpitaux, infirmiers superviseurs de ZS
    - Infirmiers traitants
    - Infirmiers des CS, les laborantins des hôpitaux et des CS, les agents de santé communautaire
- <u>Surveillance épidémiologique et suivi</u> : les cas déclarés par les CS seront signalés au niveau du BCZS et de l'UM qui vont chacun en ce qui le concerne condenser les données sous forme de tableau suivant le canevas du rapport établi par le PNLTHA. Après traitement des données une rétro-information sera fournie aux CS et ZS pour participer au suivi.
- <u>Supervision des activités</u> : les organes chargés de la supervision sont la Direction du PNLTHA, les Coordinations provinciales et les MCZ ; La supervision p ar les ZS vise les HGR et les CS collaborants.
- <u>Cadre institutionnel niveau périphérique</u> : le programme sera exécuté par l'ensemble des agents de santé (secteur public et privée) sous la coordination du Médecin Chef de ZS assisté dans cette tâche par l'Infirmier Superviseur de la ZS et le Chef d'Unité Mobile opérant dans sa ZS.

La politique nationale en matière de lutte contre la THA en RDC formulée il y a plus de 10 ans et qui est toujours d'actualité, vise donc clairement l'intégration des activités de lutte contre la THA dans les ZSE tout en maintenant la stratégie du dépistage actif précoce par des unités mobiles et la lutte antivectorielle en situation d'endémicité modérée et sévère.

2.1.2 Justification de l'intégration

L'appui à un système de dépistage par unités mobiles spécialisées est justifié aussi longtemps que la gravité de l'endémie dépasse les capacités de riposte du système de santé en place : tant que la prévalence est trop haute, les services de santé de base ont besoin d'un appui spécifique, limité dans le temps, qui leur est fourni par les unités mobiles. Dans les endroits où la THA constitue un problème majeur et le personnel des centres de santé fixes n'a pas la possibilité de faire un dépistage total de la population de son aire de santé, les unités mobiles peuvent être mises à leur

disposition. Au-dessus d'une prévalence de 0,1%, un screening de la totalité de la population avec des méthodes de détection sérologique est nécessaire pendant au moins 3 ans pour ramener la prévalence à un niveau résiduel tel que les services de santé peuvent prendre en charge le contrôle de la maladie. Le projet va développer des activités pour mieux impliquer les services de santé dans les ZS afin de les rendre capables de prendre en charge le diagnostic, le contrôle et le traitement des malades une fois le taux de prévalence est ramené au-dessous de 0,1%, dans le cadre de l'intégration des activités de la lutte contre la THA.

La démarche de l'intégration des activités d'un programme vertical dans une action horizontalisée constitue à coup sûr un processus profond et à long terme car il est basé sur une conversion de mentalité dans le concept même de travail. Positionner la lutte contre la THA dans la routine des activités dans le cadre des SSP va nécessiter un « coaching » faisant intervenir aux côtés des responsables du programme, un comité d'accompagnement et un suivi scientifique externe.

Arguments pour l'intégration des activités de lutte contre la THA dans les FS des ZSE

On pourrait douter de l'utilité de la stratégie de renforcement des capacités des personnels des FS polyvalentes en matière de diagnostic de la THA dans les ZSE en argumentant que le gain en termes d'impact sur le contrôle de la THA restera marginal du fait que le diagnostic aux centres fixes se fait souvent au stade tardif de la maladie alors que pour contrôler la THA il faut privilégier le dépistage précoce. Les arguments en faveur de l'extension de la couverture en dépistage passif au-delà des CDTC du PNLTHA et comme action complémentaire à celle des UM, sont pourtant nombreux et solides :

- Arguments épidémiologiques :
    - L'importance du nombre de NC dépistés en passif : le nombre de NC en passif dépistés principalement par les CDTC, dépasse actuellement le nombre de NC dépistés en actif. Il s'agit en fait de "patients" qui ont des raisons de consulter. Il y a donc plus de probabilité qu'ils aient une maladie. Les FS constituent la voie d'entrée la plus adaptée à ces personnes: elles sont censées trouver une réponse à leur problème, près de chez elles. L'extension des activités de dépistage passif à d'autres centres, contribuera donc dans une première phase au dépistage d'un plus grand nombre de cas qu'actuellement dépistés par un nombre insuffisant de CDTC. L'extension du réseau de centres de traitement capables d'une prise en charge correcte se justifie donc par le fait que la couverture en passif des CDTC du PNLTHA est insuffisante par rapport à la zone géographique à risque.
    - La contribution potentielle du DP au diagnostic précoce : Pépin & al.[5] ont démontré que jusqu'à 25 % des patients dépistés en passif étaient encore au 1er stade de la maladie ce qui confirme la thèse que le DP peut contribuer de façon significative au dépistage précoce.
    - Les centres fixes peuvent fournir des informations épidémiologiques très utiles : la découverte en 2007 de 200 NC dans le microfoyer de Muwana (jusque là inconnu) près de Kinshasa grâce à l'hospitalisation d'un seul cas référé par le CS en est un frappant exemple. L'extension du réseau de centres fixes capables de poser le diagnostic et en contact permanent avec les UM par l'intermédiaire de l'ECZ, ne peut que contribuer à une meilleure connaissance de la situation épidémiologique grâce à l'utilisation d'un dénominateur bien connu des AS et un contrôle plus

[5] Pepin et al. WHO, 1989

rapide. Encore faut-il que le rapportage soit adapté à l'objectif d'alerte et de risposte précoce.

- Arguments éthiques

Aussi bien le contrôle de la THA par le dépistage actif et le traitement précoce que le traitement des cas détectés souvent tardivement au niveau des FS polyvalentes, servent le même but notamment celui de diminuer la souffrance humaine en réduisant la morbidité et la mortalité dues à la maladie. Constatant que de nombreux malades échappent encore au dépistage actif, le système de santé ne peut déroger à son obligation morale de répondre à l'appel des familles en détresse en récupérant un maximum de malades qui se sont présentés tardivement même si à ces stades la guérison du malade aura plus un impact individuel/familial que sur le plan de contrôle de la maladie (impact collectif).

- Arguments d'accessibilité et de la qualité de soins

La SRSS vise l'amélioration de la couverture sanitaire en soins de qualité accessibles en revitalisant les ZS, considérées comme les entités fonctionnelles du système de santé. Par sa conception la SRSS offre un cadre intéressant pour la détection et le traitement des maladies, dont la THA, à partir d'un réseau organisé en FS de 1er et 2ème niveau.

L'intégration des activités de lutte (dépistage, diagnostic, traitement et suivi postthérapeutique) au niveau de CS et HGR fonctionnels des ZSE devrait en principe conduire à des meilleures perspectives d'accessibilité et de qualité des soins pour les malades atteints de la THA à condition que la gratuité des soins soit maintenue.

- La formation des personnels des CS en THA sur le budget d'un appui global dans le cadre de la SRSS, la réhabilitation et l'équipement de leurs centres (en microscopes par exemple) devrait rehausser le niveau de fonctionnalité profitant aussi aux malades THA qui seront plus rapidement détectés et éventuellement référés. Le fait que la population sache qu'une maladie aussi grave que la THA puisse se diagnostiquer et se traiter en partie dans un CS supervisé augmentera sa crédibilité et en contrepartie son utilisation. Il s'agit de lancer un "cercle vertueux".
- L'intégration et la globalité des soins faisant partie de la structuration même des CS, constitue un avantage certain de réconfort pour les patients et leur famille.
- Dans une approche non intégrée les patients détectés (et leurs accompagnateurs) sont souvent obligés de se déplacer très loin pour accéder au traitement. L'intégration du traitement au niveau des CS, diminue très considérablement la distance entre le lieu du diagnostic et le lieu du traitement améliorant ainsi l'accès géographique et financier et l'assiduité au traitement en raccourcissant les délais.
- Quant au traitement des cas de 2ème stade auparavant la grande majorité des malades étaient traités et suivis dans des CDTC à l'écart des hôpitaux et sans médecins permanents alors que les effets toxiques des trypanocides pour le 2ème stade provoquent fréquemment des complications graves qui, dépassant les compétences des infirmiers, nécessitent un suivi médical par un médecin appuyée par une équipe d'infirmiers plus nombreuse que celle de la majorité des actuels CDTC. L'intégration du traitement du 2ème stade

au niveau des HGR devrait normalement conduire à une prise en charge de meilleure qualité suite à la présence de médecins.

- Le CS est l'échelon où le suivi de patients peut s'exercer de la manière la plus efficiente. Le personnel connaît la population dont il est responsable et la structure du CS constitue le meilleur potentiel de récupération de malades. (Voir Conditions d'intégration)
- La participation de la population aux activités de dépistage-traitement se conçoit surtout dans un contexte plus global que celui de la THA stricte. C'est précisément la façon de travailler du CS. Il s'agit de donner une information sur tous les problèmes qui se posent à la population, de gagner sa confiance et ensuite, de cogérer avec elle un certain nombre d'activités.

- Arguments de durabilité/pérennité

L'intégration des activités de lutte contre la THA offre de meilleures perspectives quand les FS sont impliquées dans toutes les étapes de la lutte. La détection précoce de recrudescences éventuelles de la THA dans une ZS antérieurement contrôlée suppose la présence d'une masse critique de ressources humaines compétentes ayant connu la maladie auparavant. Si cette masse critique n'est pas formée, ni des réflexes en matière de détection de la THA développées au niveau des FS au moment de la phase active de la lutte dans les ZSE, il sera trop tard pour le faire une fois que la situation s'améliore et que les cas deviennent sporadiques, compromettant ainsi l'impact durable des résultats obtenus.

- Problèmes des ZS peu fonctionnelles

Il est un fait connu que plusieurs zones de santé – parmi lesquelles plusieurs ZSE THA – n'atteignent actuellement pas un degré de développement suffisant pour offrir un PMA au niveau des CS et un PCA au niveau de l'HGR et dans lesquelles l'intégration des activités posera des problèmes. Une observation importante est d'ailleurs que 50 % des ZS les plus touchées par la THA comptant pour 60 % des cas déclarés en 2007 en RDC ne bénéficient actuellement d'aucun appui global et sont donc à plus haut risque d'être moins fonctionnelles que les ZS appuyées. Au début de la 4ème phase il sera question d'étudier au cas par cas la situation dans ces ZSE peu fonctionnelles et comment les activités de lutte contre la THA pourraient y contribuer à leur tour au renforcement du système de santé.

2.1.3 Conditions pour une intégration réussie

Difficultés de l'intégration des programmes verticaux

Actuellement, les problèmes de santé en RDC sont pris en charge par une cinquantaine de programmes spécialisés dont un certain nombre ne sont pas intégrés aux services de santé globale et résistent aux tentatives de l'effectuer. Les raisons sont complexes, aussi bien techniques que psychologiques et financières. En général, les services spécialisés n'ont pas confiance en la compétence spécifique des services globaux qui eux, se plaignent de devoir faire le travail sans bénéficier des mêmes moyens.

Conjoncture favorable en ce qui concerne la lutte contre la THA

Une Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) a été lancée en 2006, suivant en cela une longue tradition de la politique de santé de la RDC. Elle préconise explicitement l'intégration et surtout le renforcement du système HGR - CS qui intègre la lutte contre la maladie dans ses soins globaux. Le PNLTHA lui-même dans sa nouvelle approche a effectué un renversement de perspective, préconisant un appui du programme aux ZS plus qu'une simple collaboration des FS au programme. En effet, on perçoit actuellement l'inefficience de certaines structures spécialisées en cas de faible endémicité. Heureusement, des initiatives d'intégration ont déjà été prises dans plusieurs ZS. Elles demandent d'être systématisées. Des outils existent. Les procédures de diagnostic - traitement sont actuellement normalisées et peuvent donc être transmises aux services globaux. La nouvelle technique de géo référence se révèlera probablement aussi comme un outil important pour augmenter la couverture et assurer la continuité des soins. Bien plus, les nouvelles techniques utilisées (laboratoire, fiches diverses, etc.) et cette "expérience" d'intégration renforceront l'efficience des FS et des entités qui les gèrent.

Le projet" d'Appui à la lutte contre la THA, phase 4" constitue donc une opportunité à ne pas manquer. Quelles sont les conditions pour réussir cette intégration. Elles s'imposent au niveau opérationnel des FS qui accueillent la population et les patients (intégration opérationnelle) mais il faut aussi que ce processus soit soutenu par une organisation bien coordonnée (intégration administrative).

Conditions pour l'intégration opérationnelle au niveau des FS

Le manque de compétence spécifique des FS pour la THA n'est, en fait, pas le problème le plus important: on peut relativement facilement organiser une formation. Il faut surtout que le système de santé HGR - CS soit lui-même intégré et fonctionnel. Qu'est-ce que cela suppose?

Chacun des 2 échelons doit assurer les soins avec les avantages qui sont les siens si on veut que les services globaux s'approprient la lutte contre la THA.

L'HGR doit disposer de ressources techniques (médecins, hospitalisation, moyens diagnostiques et thérapeutiques) qui peuvent en faire un vrai lieu de référence.

Les CS doivent avoir mis à profit leur proximité de la population pour développer des outils performants qui leur permettront d'accomplir des activités que les structures spécialisées ou centralisées ne peuvent réaliser. Un certain nombre d'outils et d'activités doivent avoir été mis en place comme :

- la responsabilité pour une population définie et connue
- la collaboration avec un comité santé
- un travail en équipe polyvalente (que ne doit pas troubler l'arrivée d'un spécialiste exclusif de la THA)
- une gestion de l'information individuelle et familiale coordonnée à un mécanisme de suivi des malades chroniques (il ne faut pas que le suivi se borne à récupérer des malades sur ordres externes)
- des supervisions régulières par l'ECZ

On ne peut donc pas demander aux FS d'effectuer des tâches pour lesquelles elles ne sont pas faites comme, par exemple, prendre la responsabilité de lieux très enclavés, sans leur donner les moyens ou demander d'effectuer des interventions d'urgence qui les empêcheraient de remplir leur

mission ordinaire. Les objectifs et les attentes ne seront donc pas les mêmes que pour les structures spécialisées qui, elles, ne doivent pas intégrer leurs activités dans un paquet de soins globaux, intégrés et continus. Ainsi les FS travaillent plus à moyen et à long terme que dans l'urgence. Le recueil de données doit lui aussi participer à l'objectif global d'améliorer la gestion et d'éviter les résurgences et non d'accumuler les données qui devraient servir à une recherche opérationnelle.

En ce qui concerne les CS, cette qualité de globalité suggère aussi que la formation soit donnée dans un contexte global d'activités intégrées, considérées comme un tout indissociable. Pour cela, la formation par stage dans des FS qui ont déjà intégré les activités sera privilégiée. En outre, on portera une attention spéciale aux procédures afin qu'elles soient claires, réalistes et non ambiguës.

Enfin, on évitera d'imposer l'intégration si on ne peut pas en même temps assurer les ressources en personnel (pour des tâches spéciales), en équipement et en consommables. Ce serait garantir l'échec plutôt que la réussite. A cet égard, il va de soi que les CS qui intègrent la lutte contre la THA ne seront pas mis en concurrence avec des DTCT. Ceux qui sont situés à proximité de l'HGR y seront intégrés.

Bref, il s'agira de ne pas se décharger de la mission sans fournir de ressources, ni concurrencer, ni de "spécialiser" les FS.

Ces conditions seront concrétisées dans l'adoption de critères d'intégration de la lutte contre la THA autres que les critères d'endémicité.

Intégration "administrative"

Il s'agit de répartir les tâches d'appui et de coordination qui ne concernent pas directement le contact avec la population et les patients. Intégrer signifie ici: ne pas avoir de fonctions qui se concurrencent ni de fonctions dont aucune structure n'a pris la responsabilité.

Ainsi la supervision des CS se fera par les ECZ (accompagnées occasionnellement, à titre technique mais non autoritaire, par le MCP) tandis que l'évaluation de la lutte contre la THA se fera par le PNLTHA (le MCP, par exemple) avec rétroaction rapide aux FS afin que les superviseurs puissent corriger le tir. De même, le coaching de l'ECZ se fait par l'ECP à laquelle le MCP est associé.

A cet égard, après que le plan provincial d'intégration ait été confectionné avec l'aide du PNLTHA, la planification annuelle se fera par ZS, avant d'être synthétisée au niveau de la province. Le PDSZ (intégrant la THA) se fera à la ZS avec l'aide technique du PNLTHA (MCP - CUM) et de l'ECP et non dans un atelier général organisé par le PNLTHA et l'ECP au niveau de la province.

Il revient au programme spécialisé de produire des stratégies et des instructions spécifiques de la lutte contre la THA, en concertation avec les structures horizontales car elles auront une influence sur toute l'organisation du CS ou de l'HGR. La formation technique du personnel peut être assurée par le PNLTHA mais il faudra veiller à ce qu'elle s'intègre dans le paquet global des tâches (PMA) des FS.

Enfin, au niveau des FS, on veillera à ne pas avoir de double ligne de commande ni de rapportage ou de financement.

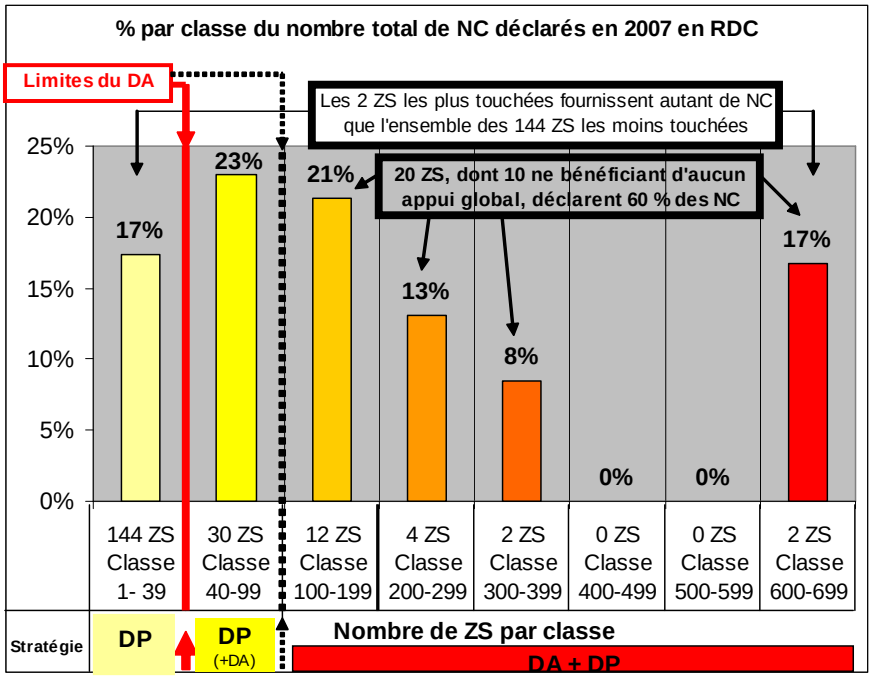
2.2 STRATÉGIES

2.2.1 Stratégie 1 : Rendre l'action des UM plus efficace

La stratégie de dépistage actif précoce à l'aide du CATT par des UM des populations à risque suivi par le traitement des cas diagnostiqués restera la pierre angulaire durant la phase 4 de la lutte contre la THA dans les aires de santé à endémicité modérée et sévère.

Dans le chapitre « Analyse de la situation » un certain nombre de problèmes (ainsi que leurs causes) par rapport au fonctionnement actuel des unités mobiles a été évoqué. L'hypothèse est que la solution de ces problèmes va rendre les UM plus efficaces et contribuera à une atteinte plus rapide des résultats. Les actions suivantes sont envisagées :

1. Orientation des UM sur les foyers actifs et les ZS hyperendémiques notamment dans les ASHE des ZSE les plus touchées (cfr schéma ci-dessous). Eviter le DA dans des AS hypoendémiques.
2. Diminution du temps entre deux passages de 12 mois à 6 mois
3. Actions de grande envergure dans les foyers les plus actifs où la lutte stagne
4. Utilisation obligatoire des techniques plus sensibles (WOO, mAECT, centrifugation LCR)
5. Utilisation systématique du CATT sur sérum dilué chez les CATT + sur sang total sans preuve parasitologique pour la détection des cas hautement suspects et leur traitement
6. Contrôle de qualité rigoureux et périodique des examens de labo par CUM, MCP, niveau central
7. Meilleure répartition du travail à l'intérieur des équipes ; utilisation de 2 rotateurs au lieu de 1
8. Coaching plus régulier des UM par les MCP et superviseurs
9. Recyclage des personnels des UM
10. Renforcement de la chaîne de froid et de la logistique des UM
11. Amélioration du taux de participation au DA par une IEC intensive avec ZS et OAC
12. Facilitation de l'évacuation des malades vers les lieux de traitement
13. Renforcement du suivi actif des malades traités
14. Rapprochement entre UM et ECZ et FS (CS, HGR) des ZSE



Afin d'améliorer le rendement des UM et de les redynamiser, chaque UM fera l'objet d'une évaluation la 1ère année du projet. A l'issue de ces évaluations des ajustements seront faits et des recommandations à suivre formulées. Une 2ème évaluation une année plus tard, mesurera le degré d'application de ces recommandations et les progrès faits.

2.2.2 Stratégie 2 : Intégrer les activités de lutte contre la THA dans les Paquets d'activités des ZS

Le processus d'intégration des activités engagé depuis la phase 3 et accéléré récemment sous l'impulsion de la SRSS dans la plupart des provinces, sera poursuivi et plus activement appuyé lors de la phase 4 afin d'améliorer la couverture nécessaire pour une surveillance efficace

L'intégration des activités de la lutte contre la THA est basée sur une approche ***dynamique*** dictée par les variations endémo-épidémiques de la maladie du sommeil, conformément à l'objectif spécifique stipulé comme suit : l'endémie de la THA est sous contrôle dans toutes les zones de santé endémiques où la lutte contre la THA est appuyée dans le cadre de la prestation. L'indicateur retenu est exprimé comme suit : « *le taux d'infection (TI) des zones endémiques est en diminution chaque année de façon à ce qu'en 2012 il soit inférieur à 0,1%.* »

S'il est vrai que le contrôle de la THA ne peut se faire qu'en mettant l'accent et un maximum d'appui aux activités de dépistage, de diagnostic adéquat et de traitement des malades diagnostiqués, le paradoxe de la situation est qu'en période d'endémicité basse les laborantins ne verront que très rarement un vrai cas de THA et risquent donc de perdre la capacité de détecter la trypanosomiase. Ainsi l'intégration est souhaitable déjà en période de haute prévalence.

La priorité sera donnée aux activités périphériques de la lutte contre la THA non seulement au moyen des UM mais aussi à travers les structures fixes des ZS et les communautés de base, via le niveau décentralisé « la coordination provinciale » dans les zones endémiques.

Il est cependant admis que dans des endroits à basse endémicité, le dépistage actif par équipe mobile devient problématique après un certain temps, et aussi il n'est pas efficient de garder des CDTC isolés quand la THA a été ramenée à des niveaux très faibles.

Ainsi l'UM est appelée à s'arrimer à l'évolution épidémiologique de la maladie en cédant, au passage, le relais aux formations fixes pour la suite du contrôle de la maladie.

Comme l'analyse des problèmes l'a bien mis en évidence (DTF 3) une coordination performante et décentralisée au niveau de la province est la clé de l'efficacité des actions périphériques !

Evolutions récentes

La phase 3 du projet, conformément à la Politique Nationale qui favorise l'intégration des activités de lutte, a permis d'amorcer le processus d'intégration dans les provinces durant les années précédentes. Plusieurs ECZ formées en management de la THA sont actuellement activement associées à la planification et la mise en œuvre des activités dans leurs ZSE ; des personnels des FS ont été formés en THA ; des HGR et des CSR ont été équipés en matériel de sérodépistage et la couverture en sérodépistage passif s'est améliorée ; tous les coordinateurs de la lutte en province sont actuellement animés par la volonté de promouvoir l'intégration des activités de lutte contre la THA au niveau des FS des ZSE (cfr nombre croissant de FS collaborantes dans les fiches provinciales en annexe).

Plus récemment, en 2006, la SRSS est venue contribuer positivement à cet élan d'ouverture du PNLTHA vis-à-vis le développement d'activités de lutte contre la THA dans les ZSE. Ceci a conduit à la formulation des activités de lutte contre la THA à intégrer dans les PMA et PCA dans le cadre de la mise en œuvre de la SRSS.

Lors de l'atelier sur la formulation du présent projet, elles ont été présentées par le médecin-directeur adjoint qui a précisé que le contenu du PMA et PCA dépend de la situation épidémiologique :

Tableau : Activités de lutte contre la THA à intégrer dans les PMA et PCA en fonction de l'endémicité

Activités	**AS non endémique**		**AS endémique**		**AS hyperendémique**	
Niveau	**CS**	**HGR**	**CS**	**HGR**	**CS**	**HGR**
Paquet d'activités	**PMA**	**PCA**	**PMA**	**PCA**	**PMA**	**PCA**
Dépistage clinique (suspicion)	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**
Dépistage sérologique (CATT)		**X**		**X**	**X**	**X**
Diagnostic	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**
Détermination du stade		**X**		**X**	**X**	**X**
TTT 1er stade		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**
TTT 2ème stade		**X**		**X**		**X**
Suivi post-thérapeutique		**X**		**X**	**X**	**X**
TTT cas réfractaires		**X**		**X**		**X**

Taux d'infection	**0 %**	**> 0 % et < 1 %**	**≥ 1%**

Orientations par niveaux opérationnels[6]

Bien que les signes cliniques du premier stade de la THA soient peu spécifiques, l'étendue de l'endémie en RDC exige que le personnel des CS soit capable de suspecter un cas de la THA sur base de ces signes.

Les médecins et les paramédicaux de tous les HGR doivent être capables d'assurer le dépistage tant clinique que sérologique, le diagnostic, le traitement et le suivi post-thérapeutique de la THA.

L'équipe cadre de la zone doit être capable de planifier, d'organiser et d'évaluer la lutte contre la trypanosomiase dans sa zone de Santé dans le cadre de son plan de développement de la santé.

L'hypothèse est que la rationalisation des CS et des HGR dans le cadre de la mise en place de la SRSS offrira à la plupart de ces structures de santé des ressources matérielles nécessaires pour l'offre d'un paquet complet d'activités.

Le PNLTHA pour sa part donnera essentiellement un appui technique pour développer les compétences et un appui matériel pour les activités spécifiques de la prise en charge de la THA dans les aires de santé endémiques.

Concrètement les activités pourront se traduire aux différents niveaux opérationnels de la façon suivante :

CENTRES DE SANTE

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de renforcement de système de santé (SRSS) « le dépistage et le traitement des maladies » est une des composantes importantes du paquet minimum d'activités (PMA) d'un centre de santé dans la quelle doivent s'inscrire également le dépistage et le traitement de la THA. Le dépistage clinique, le diagnostic, le traitement et le suivi post-thérapeutique des malades THA au 1er stade doivent donc être intégrés dans le paquet minium d'activités (PMA) des CS :

- Les CS des AS non endémiques sont supposés d'être capable de suspecter et diagnostiquer des cas pour la simple raison que la THA est présente dans la plupart des provinces et qu'il y a beaucoup de mouvements migratoires. Des personnes contaminées voyageant d'une région endémique vers des régions peu ou non endémiques, peuvent tôt ou tard se présenter dans les CS. C'est par exemple le cas de Kinshasa où beaucoup de patients sont détectés avec énormément de retard dû au fait que le personnel des FS n'est pas au courant de la THA et ne développe aucune activité dans ce domaine.
- Les CS des ASE doivent être capables non seulement de dépister et de diagnostiquer mais aussi de traiter les cas du 1er stade.
- Certains CS, situés dans des ASHE, bénéficieront d'un appui spécifique du programme national de lutte contre la trypanosomiase (PNLTHA) pour le sérodépistage (dépistage plus sensible) et pour les examens parasitologiques de recherche plus sensibles (WOO et mAECT).

Les ordinogrammes pour CS, actualisés en 2007, comporte 8 portes d'entrée pour la suspicion clinique de la THA. Ces ordinogrammes sont destinés à être utilisés dans tous les centres de santé du pays.

[6] Adaptée sur base du draft de la nouvelle approche proposée par le PNLTHA

S'inscrivant dans la logique de la SRSS, le PNLTHA envisage dans le cadre de la phase 4 :

⇨ de donner aux CS un appui technique pour le dépistage clinique et diagnostic de la THA avec les examens de routine (développer les compétences pour le dépistage clinique et mise en évidence du parasite) ;

⇨ de donner aux CS des aires endémiques un appui matériel et technique pour le dépistage (eventuellement sérologique), le diagnostic, le traitement et le suivi post-thérapeutique de la THA;

⇨ d'approvisionner certains CS en trypanocides et adjuvants pour la prise en charge des malades trypanosomés.

HOPITAUX GENERAUX DE REFERENCE :

Les dépistages clinique et sérologique, le diagnostic de la THA par les examens de laboratoire plus sensibles, le traitement des malades au 1er et 2ème stade ainsi que des cas réfractaires et le suivi post-thérapeutique doivent être intégrés dans le paquet complémentaire d'activités (PCA) des hôpitaux généraux de référence, sur base du système de référence-contreréférence.

S'inscrivant dans la logique de la SRSS, le PNLTHA envisage dans le cadre de la phase 4.

⇨ de donner aux HGR un appui matériel et technique pour le dépistage sérologique, le diagnostic le traitement et le suivi post-thérapeutique de la THA.

Dans le but d'améliorer la couverture et la détection des cas tout en ne faisant pas concurrence aux CS, le dépistage sérologique gratuit ciblera les groupes de personnes suivantes dans les HGR des ZSE :

- les consultants (à la consultation ambulatoire)
- les hospitalisés
- les candidats donneurs de sang
- les femmes référées la CPN
- les accompagnateurs des malades
- toute personne volontaire

A l'aide des registres simples l'évolution de la couverture globale en sérodépistage de la population hospitalière et des couvertures spécifiques (des sous-populations) pourra être évaluée chaque mois.

Dans le cadre du système de santé intégré (réseau HGR - CS), le recueil de l'origine des patients contribuera aussi au calcul de l'endémicité dans les AS.

En principe chaque HGR situé dans une ZSE devra disposer des équipements et consommables nécessaires pour exécuter les examens parasitologiques plus sensibles tels WOO, mAECT et simple centrifugation modifiée ainsi que le CATT sur sérum dilué comme test de confirmation sérologique ; de même pour certains CSR et hôpitaux secondaires situés dans des ASE.

Quant au traitement des cas du 2ème stade, l'amélioration de la qualité de soins sera visée en s'appuyant sur la formation des médecins et l'équipe de nursing, des supervisions régulières et un approvisionnement régulier en trypanocides et adjuvants pour la prise en charge des malades trypanosomés.

EQUIPE CADRE DE ZONE DE SANTE

La SRSS exige «des stratégies de modification ou d'intervention qui sont des actions que la ZS comme unité opérationnelle de la Politique Nationale de Santé se propose d'entreprendre dans le moyen terme pour améliorer sa réponse aux problèmes de santé identifiés ».

Conformément aux normes d'activités, l'ECZ est une équipe polyvalente à la fois avec des responsabilités cliniques au sein de l'HGR ainsi que la responsabilité de planifier les actions sanitaires et de développer les services déconcentrés.

Ainsi dans sa mission d'assurer le pilotage du développement de la ZS en tant que système intégré, l'ECZ doit avoir des compétences suffisantes pour la prise en charge de la THA.

S'inscrivant dans la logique de la SRSS, le PNLTHA envisage dans le cadre de la phase 4 :

⇨ d'appuyer les ECZ pour le développement de compétences pour la planification et la mise en œuvre de la lutte contre la THA dans leurs ZS ;

NB : Rôle de l'Equipe Cadre Provinciale (ECP)

Au niveau provincial, l'équipe cadre sera également en charge de l'intégration les activités de lutte contre la THA dans le plan de développement sanitaire de la province et des différentes zones de santé endémiques. Cette équipe provinciale accompagnera la coordination provinciale dans la mise en œuvre, suivi et évaluation des activités de lutte contre la THA et veillera à cette occasion à assurer le relais avec le niveau central.

Intégration progressive

Dans la Stratégie de Renforcement du Système de Santé, "le principe de base de la revitalisation des zones de santé est celui du développement progressif des ZS". Le développement de l'intégration de la lutte contre la THA, lui non plus, ne pourra pas être entrepris dans toutes les ZSE à la fois. Il y a, en effet, un problème financier. Mais il est certain aussi que toutes les entités administratives et opérationnelles n'ont pas les mêmes capacités d'absorption de la nouvelle stratégie. Le début du processus demandera un processus de validation (par le comité d'accompagnement) des méthodes de diagnostic traitement déléguées au FS Il faudra ensuite un suivi intensif de la part des experts en santé publique et en THA qui font partie de l'ECP dans le respect des responsabilités respectives. L'intégration ne constituera donc en aucun cas un pis-aller destiné à résoudre un problème de rentabilité.

Il faudra donc organiser la transition. Cette phase commencera par 55 ZS en 4 ans. L'établissement de conditions pour rejoindre le processus aidera à planifier l'ordre de priorité de l'inclusion progressive des ZS. Cette planification se fera au niveau des provinces.

Parallèlement, sera mise en place un système logistique sans faille car la disponibilité des ressources et des intrants est une condition sine qua non pour la réussite du processus. Sans cela, on risque d'imputer à tort aux services globaux un échec éventuel de l'intégration.

2.2.3 Stratégie 3 : Accompagner la démarche d'intégration

Il s'agit d'une démarche innovante qui consiste à capitaliser et transférer, sur le long terme, les expériences d'un programme vertical pour une utilisation dans le cadre de soins de santé primaires

tels que définis dans la stratégie de renforcement des soins de santé (SRSS), et ce dans un contexte politico-administratif axé sur la décentralisation.

Le niveau central ne sera soutenu que dans ses attributions d'appui technique et logistique, de recherche opérationnelle, de monitoring et suivi.

L'intégration étant un processus à long terme, il est de la responsabilité du ministère de tutelle de l'organiser, soit directement soit au travers d'un organisme d'accompagnement mis en place sous sa conduite. Le point d'ancrage au niveau central est la Direction de la lutte contre la maladie qui a mandat global de lutte contre la maladie dans le pays. Dans ce cadre, elle (direction) assure la coordination des programmes spécialisés et prend totalement en charge les maladies et les problèmes de santé qui ne sont pas pris en charge par les programmes de santé. La démarche a un coût qui a été prévu dans la phase 4 du projet au bénéfice de l'organisme en charge de l'accompagnement de l'intégration des activités.

L'opportunité est ainsi donnée ici au ministère de tutelle de s'impliquer de manière active dans la réalisation de la SRSS à travers la démarche d'horizontalisation entamée par le PNLTHA.

Sur le plan opérationnel, la direction de la maladie (DLM) avec l'appui de la D5 et la DEP accompagneront le PNLTHA dans la mis en oeuvre de la politique d'intégration et aussi dans la recherche d'autres financements auprès de l'Etat et d'autres partenaires engagés dans le développement sanitaire du pays (cfr 6.1.6).

2.2.4 Stratégie 4 : Revaloriser une approche multisectorielle

La lutte contre la maladie de sommeil est par essence une action multisectorielle. Il est temps de sortir de cette lutte de tranchée impliquant le seul service de santé. Des passerelles avec d'autres secteurs doivent être mises en place. Cela couvre une collaboration non seulement au niveau des intervenants dans la ZS mais également la conduite des activités communes avec les secteurs intervenant dans l'aménagement et le développement du territoire, les instituts d'enseignement et de recherche au niveau local et externe.

2.2.5 Stratégie 5 : Recherche des sources additionnelles de financement

Une démarche active doit être entreprise pour mobiliser plus de moyens financiers permettant de contrôler à terme la THA en RDC jusqu'à un niveau d'élimination. Le Ministère de la Santé, sur base du plan élaboré par le PNLTHA présentera un plan global budgétisé à long terme pour intéresser les bailleurs potentiels. Dans le cadre des appuis globaux aux ZS (PARSS, PS9FED, ASSNIP, USAID) des ressources additionnelles pourront très probablement être obtenus pour appuyer des activités comme la formation et l'intégration des activités de lutte contre la THA dans les PMA et PCA des ZSE. Pour le contrôle des foyers les plus actifs d'autres financements supplémentaires devront être cherchés pour compléter l'appui actuel de l'OMS-Aventis, la Belgique et la Suisse.

2.3 LES BÉNÉFICIAIRES

Localisation du projet

[7] Pepin et al. WHO, 1989

Le projet se met en œuvre dans les provinces suivantes : Bas Congo, Bandundu, Equateur, Kasaï Occidental, Kasaï Oriental, Maniema, Katanga, Ville de Kinshasa, Province Orientale.

Les bénéficiaires directs et indirects sont les mêmes que ceux couverts dans la phase 3. Il s'agit:

(a) Les malades du sommeil sur lesquels l'action a un effet curatif et les sauve d'un décès certain. Il s'agit principalement de personnes vivant dans les aires de santé endémiques des milieux ruraux des provinces du Bas Congo, Bandundu, Equateur Nord, Equateur Sud, Kasaï, Maniema-Katanga et Kinshasa. Toutes les classes d'âge sont concernées par la maladie (de 0 ans à 80 ans). La classe d'âge la plus touchée est la population active entre 20 et 40 ans du fait que par ses occupations (agriculture, pêche etc.) elle est la plus exposée aux piqûres infectantes des glossines. Les deux sexes sont touchés de façon égale quoiqu'il existe des différences locorégionales comme au Kasaï Oriental où ce sont surtout les creuseurs de diamant (hommes) qui sont plus souvent victimes de la THA. Une moyenne annuelle de 8.000 malades a été traitée les trois dernières années. On s'attend à une augmentation du nombre de NC par an dès l'application du traitement sérologique car celui-ci se base sur une définition plus large du «NC de THA ».

(b) Les populations rurales et périurbaines habitant dans les régions endémiques de la THA, particulièrement les agriculteurs, les pêcheurs, les **femmes** et les enfants fréquentant les points d'eau etc. L'action a un impact préventif important sur ces communautés en éliminant les réservoirs de parasites qui sont à l'origine de la pérennisation du cycle de transmission. Environ 2 millions de personnes habitant des régions endémiques bénéficieront annuellement d'un examen sérologique permettant de détecter précocement la maladie et de contrôler mieux la maladie dans leur région.

(c) Les communautés affectées par la THA: le projet aidera à créer une ouverture envers les trypanosés, à diminuer leur stigmatisation et à promouvoir la solidarité envers les malades et leur famille. La lutte contre la THA contribuera certainement à diminuer la pauvreté des patients, de leur famille et de la population endémique.

(d) La société congolaise: le projet diminuera le 'burden of disease' dû à la THA, rétablira la productivité de la population et réduira ainsi la pauvreté.

Les bénéficiaires indirects du projet sont:

(e) Le personnel des services de santé (CS, HGR, ZS) et des UM qui sera formé et motivé par l'acquisition des outils de travail et des moyens de fonctionnement qui lui confèreront un surcroît de crédibilité dans la population.

(f) Le cadre dirigeant du projet profitera aussi du projet par la formation ponctuelle et continue qu'il recevra, de façon que leurs capacités de planification, de gestion, et d'évaluation augmentent, ce qui résultera dans des performances améliorées.

(g) La DEP, à travers les directions 4 et 5 pourra capitaliser l'expérience de l'intégration des activités de la lutte contre la THA, pour la répliquer, mutatis mutandis à d'autres programmes.

(h) Les personnels des ONG locales et internationales, institutions (Ecole de santé publique, université, instituts de recherche nationaux) par un effet d'entraînement, de démonstration, de possibilité de stage

(i) Les média, écoles primaires et secondaires des zones endémiques, les relais communautaires et les piégeurs et toutes autres personnes et organisations impliquées dans la lutte contre la THA.

3. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

3.1 OBJECTIF GÉNÉRAL

« L'état de santé de la population résidant dans les zones endémiques de la THA en RDC est amélioré en ce qui concerne la mortalité et la morbidité dues à la THA. »

L'indicateur objectivement vérifiable est la réduction annuelle de nouveaux malades et du nombre de décès causés par la THA. (cfr cadre logique)

« Comme indiqué dans l'arbre à objectifs, développé dans le dossier d'identification de la phase 3, l'objectif global retenu mène à la réduction et la prévention de la pauvreté. La maladie du sommeil touche principalement les populations rurales qui vivent de l'agriculture, de la pêche, et particulièrement les femmes et les petits enfants accompagnant leur mère dans ses activités agricoles, de lessive, etc.…La glossine vivant près des rivières et des sources d'eau, fréquentées par la population, il y a lieu d'éviter à ces endroits un contact entre la mouche et l'homme infecté pour rompre la chaîne de transmission. Une fois cette rupture réalisée, les mouches ne sont plus infectées, les malades guéris peuvent reprendre leurs activités productives (réduction de la pauvreté) et cette rupture empêche les hommes sains de s'infecter, ce qui a comme résultat un effet de prévention de la pauvreté. » (repris du dossier d'identification de la phase 3)

3.2 OBJECTIF SPÉCIFIQUE

L'endémie de la THA est sous contrôle dans toutes les zones de santé endémiques où la lutte contre la THA est appuyée dans le cadre de la prestation.

L'indicateur objectivement vérifiable est : le taux d'infection des zones endémiques est en diminution chaque année de façon à ce qu'en 2012 il est inférieur à 0.1 %.

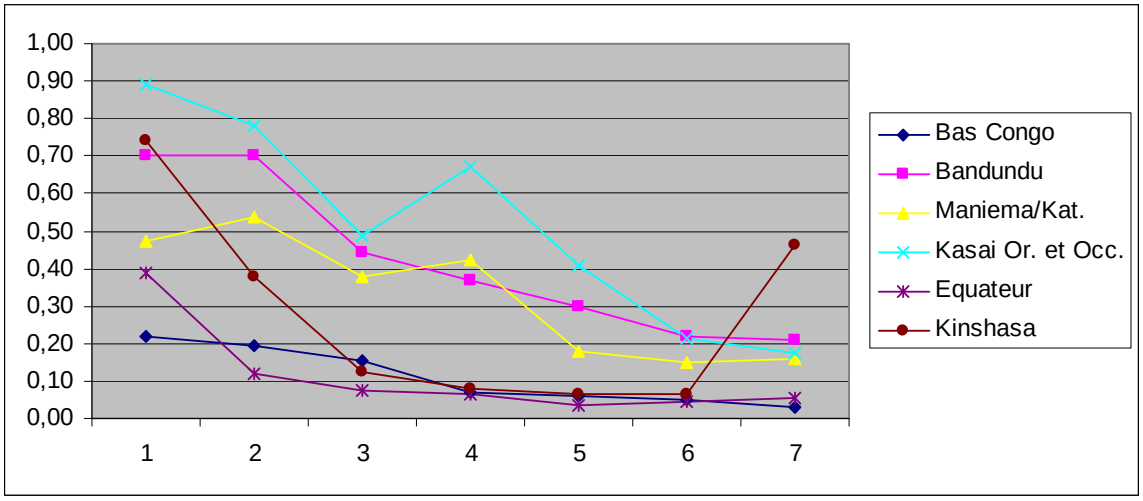
« Pendant les années 2001-2007, les résultats cité ci-après ont été obtenus dans les provinces appuyées. Pour être apprécié plus précisément, les indicateurs (taux d'infection) devraient être disponibles par village ou aire de santé.

Cet objectif nécessite donc un indicateur par village/aire de santé. Une fois par an, lors des réunions des SMCL l'évolution de ces indicateurs devrait faire l'objet d'une discussion fondamentale. Les ressources mises à la disposition par la Coopération Congo belge, tant financières, qu'humaines dans le cadre de la prestation doivent être consacrées pour atteindre cet objectif spécifique. »

Tableau N° 2 : Données épidémiologiques 2001 – 2007

Données PNLTHA	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	TI DA	**TI DA**	**TI DA**	**TI DA**	**TI DA**	**TI DA**	**TI DA**
Bas Congo	**0,22**	**0,19**	**0,15**	**0,07**	**0,06**	**0,05**	**0,03**
Bandundu	**0,70**	**0,70**	**0,44**	**0,37**	**0,30**	**0,22**	**0,21**
Maniema/Kat.	**0,47**	**0,54**	**0,38**	**0,42**	**0,18**	**0,15**	**0,16**
Kasaï Or. et Occ.	**0,89**	**0,78**	**0,49**	**0,67**	**0,41**	**0,22**	**0,17**
Equateur	**0,39**	**0,12**	**0,07**	**0,07**	**0,03**	**0,05**	**0,05**
Kinshasa	**0,74**	**0,38**	**0,12**	**0,08**	**0,07**	**0,06**	**0,46**
RDC	**0,54**	**0,38**	**0,25**	**0,24**	**0,21**	**0,17**	**0,21**

Graphique N° 6 : Evolution Epidémiologique 2001-2007 (TI DA)



3.3 RÉSULTATS ATTENDUS ET ACTIVITÉS

Pour atteindre l'objectif spécifique, 9 résultats intermédiaires, 40 activités et 61 sous-activités ont été définis. Ils sont regroupés en trois composantes de la manière suivante :

- La 1ère composante « Soins globaux, intégrés et de qualité » peut être considérée comme la partie opérationnelle immédiate, à l'attention de professionnels de santé engagés dans la course de fond. Cette partie comporte 4 résultats intermédiaires, 25 activités et 45 sous-activités.
- La 2ème composante « Renforcement structurel, collaboration intra- et intersectorielle et transfrontalière et suivi scientifique » va nécessiter une démarche exigeant et incluant la participation des professionnels venant d'autres horizons, réunis dans un comité d'accompagnement et impliquant le ministère de tutelle. Il est en effet malaisé de demander à un programme vertical d'être juge et partie dans le processus d'intégration. L'opportunité est ainsi donnée ici au ministère de tutelle de s'impliquer de manière active et ce dès le départ dans la réalisation de la SRSS à travers la démarche d'intégration entamée par le PNLTHA. La 2ème composante compte 3 résultats intermédiaires, 10 activités et 15 sous-activités.
- La 3ème composante « Financement global multi-bailleurs à moyen et long terme » relève également du ministère de tutelle en particulier la DEP qui a déjà lancé la cartographie des intervenants dans les zones de santé. Il y va du rôle du ministère de définir, attribuer et assurer le suivi de l'action des différents partenaires dans l'unité opérationnelle qu'est la zone de santé, conformément aux prescrits de la déclaration de Paris. La 3ème composante compte 2 résultats intermédiaires et 5 activités.

La mission de formulation a estimé, au vu des discussions et échanges réalisés avec les responsables de terrain qu'il existe une uniformité dans l'utilisation des concepts définis dans les phases antérieures.

L'intervention « Trypano phase 4 » développera davantage les activités contenues dans le DTF de la phase 3 qui référaient déjà vers le processus d'intégration dans les ZSE et leurs formations

sanitaires fixes. L'intensification de ce processus va nécessiter une période de préparation et d'adaptation. C'est l'expression du rôle régalien du ministère de tutelle, en l'occurrence le Ministère de la santé publique et ses organes techniques (D4, D5, DEP), de conduire l'implication et l'alignement des partenaires en fonction des plans de développement sanitaires élaborés au niveau provincial. L'élaboration des PDS est un préalable incontournable dans cette optique.

3.3.1 Résultats et activités liées à la composante 1: Soins intégrés, globaux et de qualité (4 Ri)[8]

R1	**LA LUTTE CONTRE LA THA EST PLANIFIÉE PAR LE ZS SELON DES CRITÈRES OBJETIFS**
	Ce résultat intermédiaire remet – conformément à la SRSS – la responsabilité de la planification de la lutte contre la THA à la zone de santé endémique elle-même. Auparavant le niveau central planifiait annuellement la lutte par rayon d'action des UM ensemble avec les MCP et les UM. Les ECZ étaient rarement associées à ces ateliers. Au premier trimestre 2008 les ECZ de toutes les ZSE ont été invitées aux ateliers provinciaux de planification de la lutte pour élaborer leur micro-plan de lutte contre la THA en collaboration avec les UM, le MCP et une délégation du niveau national du PNLTHA. Cette formule qui s'inscrit dans la logique de la SRSS a été un succès et, dans le cadre de l'intégration, sera prolongée à l'avenir par une assistance concernant la lutte contre la THA lors de la confection du PDSZ à la ZS elle-même. Pour le planning des activités, l'ECZ, assistée par les « techniciens » du PNLTHA se basera sur les données épidémiologiques de la dernière année et celles des années précédentes. (« evidence based surveillance »), sur des critères de fonctionnalité des CS et lors du lancement de l'intégration dans une AS sur la disponibilité d'une supervision adéquate. Tous ces critères seront définis lors de l'atelier national sur l'inntégration qui aura lieu en 2008 (ACT.R(1)3.1).
ACT. A0101	**Organiser des ateliers provinciaux afin de programmer le lancement progressif de l'intégration de la lutte contre la THA dans les ZSE d'une province réunissant les ECZS endémiques, les UM, l'ECP et le niveau national**
	L'ECP et la coordination provinciale de la lutte contre la THA désignent ensemble avec les ZS, les ZSE capables d'intégrer en utilisant les critères d'intégration définis à l'atelier national. Elles programment le rythme de lancement en tenant compte du fait que chaque ZS devra bénéficier d'un coaching intensif. On ne peut donc commencer qu'avec une seule (ou deux) ZS par province. Cette première ZS devra servir de Recherche Action et de démonstration pour les ZS suivantes. Chaque ZS où l'intégration a été lancée pouvant devenir Zone de démonstration, un effet multiplicateur est attendu et la progression du nombre de ZS incluses dans le programme d'intégration s'accélérera. La phase 4 reprend donc les expériences d'intégration issus d'initiatives locales dans la phase 3 mais en les systématisant. Les ZS intégrant déjà la lutte contre

[8] La composante N° 1 ainsi que les activités y afférentes couvrent le niveau opérationnel périphérique

la THA pourront elles aussi servir à capitaliser les méthodes et servir de ZS de démonstration et de stage de formation.
Parallèlement, il faudra programmer le redéploiement des UM afin qu'il n'y ait pas de chevauchement de couverture entre les UM et les CS

ACT A0102	**Inscrire la lutte contre la THA dans les PDSZ et les plans opérationnels annuels des ZS endémiques**

Premier préalable pour que la lutte contre la THA se fasse vraiment au niveau des ZSE et que leurs structures (ECZ, HGR, CSR, CS) y participent, c'est qu'elle soit inscrite dans leur PDSZ. Auparavant les ZSE endémiques oubliaient souvent d'incorporer la lutte contre la THA dans leurs plans annuels du fait que le planning et la mise en œuvre se faisaient par les structures spécialisées du PNLTHA dont la supervision et la gestion leur échappaient complètement.
La THA comme problème de santé de la population de la zone de santé devra être analysée par l'ECZ, des solutions seront envisagées pour mieux prendre en charge la THA La stratégie envisagée et les activités à planifier et mettre en œuvre figureront dans les PDSZ et les plans opérationnels. Comme pour les plans provinciaux, le lancement de l'intégration sera progressif.
Le niveau d'intégration ne sera donc pas le même dans toutes les ZS d'une même province ni tous les CS d'une même ZS. Alors que les ordinogrammes intégrant les plaintes et signes suspects de THA seront rapidement fonctionnels, les techniques nouvelles ne seront mises en œuvre que si la ZSE répond aux conditions et si un coaching intensif est disponible au début du lancement.
Les PDZS et les plans opérationnels intégrent la lutte contre la THA dans les activités globales de la ZS. C'est donc à ce niveau qu'ils seront établis avec l'aide d'un coaching sur place, du MCP ou de l'ECP.

R2	**L'ACTION DES UM EST RENDUE PLUS EFFICACE**

Même si dorénavant l'intégration de plusieurs activités de lutte dans les FS des ZSE complètera l'action des UM, le dépistage actif et précoce des cas par celles-ci restera pendant la phase 4 le pilier principal de la lutte contre la THA. Toutefois les UM doivent être rendues plus performantes. L'évaluation à mi-parcours a mis le doigt sur un nombre de problèmes dont – surtout dans les provinces où la lutte stagne – les rayons d'action trop étendus, des périodes trop longues entre les passages successifs, une faible participation de la population, la non utilisation de techniques plus sensibles et des problèmes d'ordre logistique. D'autres problèmes observés sont la non application du traitement des suspects sérologiques dans des AS hyperendémiques, la faible fréquence de supervisions des UM par certaines coordinations, des problèmes d'esprit d'équipe dans certaines UM. C'est pourquoi une évaluation de toutes les UM est envisagée au début de la phase 4 devant permettre par la suite un fonctionnement plus efficace et plus rationnel et la réorientation de certaines équipes.

Il est clair que le rôle des UM doit être adapté étroitement à la tendance évolutive de l'endémie. En situation épidémiologique résiduelle, la performance des UM présente un rapport coût efficacité défavorable. Cependant le profil épidémiologique de la maladie n'est pas connu de manière exhaustive sur toute l'étendue du pays, plusieurs foyers restant jusqu'à présent inconnus, faute d'avoir été explorés pour des raisons

multiples. En plus des UM motorisées « classiques », les ZS peuvent faire preuve de créativité et d'initiative en mettant en place des unités mobiles locales basées sur différents moyens de tractation et qui participeront à une stratégie avancée, à l'instar de ce qui se fait dans le domaine de la vaccination en stratégie avancée par les équipes locales de ZS.

ACT. A0201 A0202 A0203 A0204		**Organiser le DA dans les ZS endémiques sur base de l'endémicité selon le plan annuel établi**
		32 UM dont 1 au Bas Congo, 8 au Bandundu Nord, 6 au Bandundu Sud, 3 au Kasaï Occidental, 5 au Kasaï Oriental (dont 1 au Sankuru), 2 au Maniema, 1 au Nord-Katanga, 1 en Equateur Sud, 1 en Province Oriental et 4 en Equateur Nord seront appuyées dans le cadre du projet pour effectuer le dépistage actif dans les AS endémiques durant 11 mois par an, itinérances de 20 jours pas mois. Ces équipes examineront en moyenne 300 personnes par jour au CATT. Tous les suspects sérologiques (CATT +) seront soumis - conformément à l'arbre décisionnel du PNLTHA - à des examens sérologiques et parasitologiques supplémentaires afin de confirmer ou infirmer le diagnostic. Tant qu'ils restent endémiques les villages seront examinés 3 fois successivement avec un espacement de 6 à maximum 12 mois entre deux passages en respectant le plan annuel établi en coordination avec les PDSZ. Les malades détectés seront référés vers les CT.
ACT. A0205		**Organiser des actions d'envergure (plusieurs UM) dans les ZS hyperendémiques selon le plan annuel établi**
		Dans des ZSE où depuis des années le dépistage n'a pas conduit aux résultats escomptés des actions d'envergure seront envisagées ainsi que dans des AS à haute transmission de la THA (hyperendémiques). Plusieurs UM travailleront au même moment ensemble afin d'obtenir un véritable effet « knock down » sur la transmission en réduisant aussi bien le réservoir humain que les vecteurs transmettant la maladie. Pour ces actions sont envisagées entre autre les ZSE suivantes : ZS de Bonga Yasa, ZS de Kwamouth, ZS de Bibanga.
ACT. A0206		**Améliorer la participation de la population cible au dépistage actif**
		La réalisation de cette activité se poursuivra à travers la sensibilisation des populations par l'IEC pour les motiver à participer aux activités de dépistage. L'éducation sanitaire mettra l'accent sur l'importance de l'aspect communautaire de la lutte, la sensibilisation de la population en général et des femmes en particulier au problème THA, et la nécessité de la récupération des non-participants au DA. Pour mieux cibler les thèmes de communication et sensibilisation, une enquête anthropologique portant sur la compréhension, la symbolique et les à côtés culturels liés à la maladie va être menée. (cfr R2.2.2) Le problème d'une faible participation au dépistage est souvent lié à plusieurs aspects : fatigue de la population après tant d'années de lutte, manque à gagner par le fait qu'on ne peut pas se rendre aux champs ou à ses activités le jour du dépistage, craintes des prélèvements, de la stigmatisation sociale et des effets

toxiques des médicaments (Arsobal), ignorance, conflits entre villages qui ne veulent pas se faire recenser au même endroit, faible motivation des leaders communautaires pour mobiliser leur population par manque de « motivation » (perdiem), faible sensibilisation par l'UM, négligence de la population flottante alors qu'elle constitue dans certains contrées presque la moitié de la population, délais d'attente trop importants par mauvaise organisation de l'UM, exclusion de certaines couches de la population difficile d'accès (pêcheurs, forestiers, cultivateurs en forêt etc.), obstacles culturels, non récupération des non répondants.

La réalisation des sous-activités énumérées ci-dessous (liste non exhaustive) doit normalement contribuer à l'obtention d'un taux de participation supérieur à 80 % ce qui est considéré comme le seuil minimal si on veut espérer à un impact rapide dans les villages endémiques. Pour une évaluation fiable du taux de participation, il est capital que le recensement se fasse correctement et que l'UM ne se limite pas à la population fixe mais aussi à la population flottante ainsi que la partie de la population inaccessible (en forêt ou en déplacement). Une collaboration étroite avec l'IT de l'AS est indispensable pour statuer sur la fiabilité des données démographiques et la participation obtenue. On se focalisera sur les villages où des cas de THA sont détectés mais où la participation est faible: l'UM insistera auprès des autorités pour sensibiliser leur population à se faire examiner afin de pouvoir détecter d'autres cas de THA.

En général le volet IEC sera conçu de façon à avoir un réel impact sur le comportement des populations exposées. A ce titre le matériel éducatif approprié sera développé, produit, diffusé avec la collaboration et la contribution de tout le personnel de la ZS. Le programme au niveau central et provincial lancera des campagnes de sensibilisation via les « mass media » et intéressera les artistes locaux à la problématique de la THA afin de produire des pièces de théâtre, jeux de rôles, chansons qui auront pour thème la lutte contre la THA. La visibilité de la lutte inclura également la publication dans les médias des résultats des enquêtes et autres recherches menées dans le cadre de la lutte contre la maladie.

A0206 1 Avertir l'IT de l'AS ainsi que la population à examiner (fixe et flottante) dans les délais prescrits

A0206 2 Impliquer l'ECZ et les IT des aires de santé endémiques dans la mobilisation de la population (fixe et flottante) pour le DA

A0206 3 Identifier les Leaders d'opinion et les OAC (organisations à assise communautaire) et les impliquer activement dans la mobilisation de la population (fixe et flottante) pour le DA

Le cycle maladie pauvreté est évident chez les malades souffrant de la maladie de sommeil. L'incidence économique sur la communauté du fait du manque à gagner occasionné par cette diminution de la force de travail ne trouvera de solution durable que quand la communauté dans son ensemble acceptera de participer et de contribuer vigoureusement à la lutte contre la maladie de sommeil. Cela passe par l'information et la formation de ses membres. L'appoint de la contribution de ces organisations à assise communautaire peut être déterminant dans la durabilité de l'action de la communauté, en plus du rôle de surveillance en flux continu

particulièrement utile en situation résiduelle de la maladie. (cfr R1.4.6)

A0206 4 Faire le recensement/mobilisation porte à porte

A0206 5 Identifier les causes d'une éventuelle faible participation et mener une IEC thématique afin de convaincre la population de l'importance de sa participation au DA

A0206 6 Organiser le DA de façon à réduire le temps d'attente

A0206 7 Développer et appliquer des approches appropriées pour les populations flottantes et les populations difficilement accessibles

A0206 8 Faire la récupération des non répondants (y compris les flottants) au DA

A0206 9 Utiliser des moyens de sensibilisation attractifs pour convaincre la population (affiches, vidéo, chansons, causeries…)

ACT. A0207 **Améliorer la détection de la THA lors du DA grâce à l'utilisation de <u>techniques</u> de dépistage et de diagnostic <u>efficaces</u> par toutes les UM**

Durant la phase 3 le WOO (centrifugation en tube capillaire) a été introduit comme technique plus sensible pour la détection des cas de THA à faible parasitémie. Actuellement la plupart des UM utilise cette technique. Le CATT sur sérum dilué et les mini-colonnes ne sont pas encore généralisées comme technique. Les objectifs durant la phase 4 sont : 1) d'exploiter encore plus le WOO (en renforçant surtout les aspects logistiques) ; 2) d'introduire dans toutes les UM le CATT sur sérum dilué pour permettre d'identifier les cas hautement suspects à traiter (surtout dans les ASHE) et de réduire la charge de travail ; 3) de généraliser également la mini-colonne pour la détection des cas à très faible parasitémie qui auraient échappé au WOO ; 4) En plus la simple centrifugation modifiée du LCR, sera promue dans toutes les UM.
La qualité des examens sera contrôlée de façon rigoureuse et périodique par les CUM, les MCP et le niveau central appuyé par l'ATB ce qui conduira à la diminution des erreurs et à une meilleure performance. Un fichier modèle pour le monitorage de l'utilisation des techniques plus efficaces utilisé actuellement au niveau central sera mis à la disposition des coordinations provinciales pour qu'elles en fassent usage elles-mêmes.

A0207 1 Appliquer systématiquement le sérodépistage au <u>CATT</u>

A0207 2 Appliquer en routine le <u>WOO</u> (cfr arbre décisionnel)

A0207 3 Appliquer systématiquement la <u>simple centrifugation modifiée du LCR</u>

A0207 4 Appliquer le <u>CATT sur sérum dilué</u> dans toutes les UM

A0207 5 Appliquer systématiquement la <u>mini-colonne</u> pour tous les suspects sérologiques à partir d'une dilution CATT + de ¼

A0207 1 Faire le contrôle de qualité rigoureux et périodique du sérodépistage et des examens parasitologiques

ACT. A0208		**Traiter systématiquement dans les AS hyperendémiques les cas sérologiques CATT + à 1/8**

A0208 1 En juillet 2007, à l'issue du comité consultatif scientifique, la direction du PNLTHA a accepté le principe du traitement des patients CATT + sur sérum dilué 1/8 sans preuve parasitologique dans les AS hyperendémiques. Ceci devra permettre d'obtenir dans des délais plus courts le contrôle de la THA dans ces AS où l'action de l'UM ne semble pas avoir l'impact attendu. L'expérience de MSF-B à Isangi où ce protocole avait été appliqué avec l'aval du PNLTHA est assez convaincante car une réduction rapide de l'épidémie a été obtenue en peu de temps comme dans d'autres pays (Soudan, Tchad, Congo Brazzaville…)

A0208 2 Instruire les MCP, les MCZ et les CUM

A0208 3 Il n'existe pas encore une instruction claire émanant du PNLTHA permettant les coordinations provinciales d'appliquer le protocole d'un traitement de séropositifs à partir d'une dilution CATT + à 1/8 dans les AS hyperendémiques.

A0208 4 Identifier les AS hyperendémiques (ASHE)

Les AS « hyperendémiques » sont définies comme ces aires de santé où le taux d'infection annuel est supérieur à 1%. Dans une interprétation plus large il peut s'agir également d'AS dans lesquelles l'endémie est en progression (augmentation du nombre de NC) et où on soupçonne une transmission très active des cas soit des AS dont l'endémicité avoisine le 1 % pendant des années malgré plusieurs passages des UM.

A0208 5 Traiter les cas sérologiques CATT + à 1/8 suivant le stade

Aucun patient ne pourra être traité sans la détermination du stade. Le traitement se fera soit par le personnel des FS proches du lieu de résidence des patients, soit – en cas d'absence de FS – par le personnel de l'UM même.

Chaque année l'impact de cette stratégie sera évalué afin de décider du moment où elle peut être arrêtée.

ACT. A0209		**Améliorer la gestion des ressources humaines au sein des UM (GRH UM)**

Le rendement des UM dépend de la motivation de ses ressources humaines et de l'esprit d'équipe.

Les absences prolongées (20 jours de terrain par mois, 11 mois par an !) et les difficultés rencontrées lors des itinérances (mauvaises routes, pannes de véhicules ou des équipements, intempéries, logement, maladies, faible participation de la population, insécurité…) mettent à l'épreuve les personnels des équipes mobiles. Seulement par un leadership approprié du CUM conduisant à un véritable esprit d'équipe en toutes circonstances et un « coaching » régulier et encourageant de la part du MCP et/ou superviseurs de la coordination, les performances des UM peuvent être maintenues ou améliorées. Il est donc capital que les MCP prêtent suffisamment d'attention à

l'aspect GRH afin que des dysfonctionnements éventuels au sein des équipes soient précocement décèles et que les solutions puissent y être apportées rapidement. Le paiement régulier des primes de rendement est un acquis depuis la phase 3 et doit être maintenu. Une augmentation de la prime mensuelle de 5 % a été prévue au début de la phase 4 dans l'espoir qu'elle puisse contribuer à une meilleure motivation des agents. Les supervisions par les MCP et superviseurs seront souvent « formatives » ; l'aspect formation et recyclage est toujours fort apprécié par les agents et contribue à leur motivation. Dans la mesure du possible la coordination se réunira avec les UM chaque semestre pour une évaluation de la situation, discussion des problèmes et réorientation éventuelle du planning. Le rapprochement des UM et des ECZ par des rencontres périodiques et la participation aux réunions mensuelles de monitorage, réduira le fossé qui existe encore souvent entre elles et conduira à une valorisation mutuelle.
Comme durant la phase 3, des solutions pour une sortie digne du programme seront cherchées pour ces agents qui pour raison d'âge ou de maladie sont obligés de quitter les équipes. D'éventuelles nouvelles unités seront recrutées judicieusement sur base des critères préétablis.
Hiérarchiquement, les l'UM – du fait qu'elles couvrent souvent plusieurs ZSE et qu'elles constituent des structures spécialisées – continueront à dépendre du MCP qui est le conseiller du MIP/ECP en matière de lutte contre la THA et du PNLTHA. Si des MUM sont créées par les ZS, elles ne couvriront que leur propre ZS et dépendront directement de l'ECZ tout en respectant sur le plan technique les stratégies du programme et les conseils des MCP.

A0209 1 Motiver les agents des UM moyennant une prime de rendement

A0209 2 Former et recycler

A0209 3 Superviser et faire le coaching régulièrement

A0209 4 Organiser de façon périodique des réunions d'échange d'information entre les ECZ et UM et faire participer les UM aux réunions de monitorage mensuelles des ZS endémiques

A0209 5 Organiser des revues semestrielles avec les UM

A0209 6 Assister par des mesures d'accompagnement les agents à démobiliser (personnes âgées, malades etc.)

A0209 7 Recruter de nouveaux personnels à la place des retraités selon des critères préétablis (compétence, qualités…)

ACT. A0210 **Etendre la couverture en DA des UM**

Il existe plusieurs ZSE où la mise en place d'une nouvelle UM se justifierait. Les limitations budgétaires ne permettant pas la création de nouvelles UM, des efforts seront faits pour adapter le planning des UM en les orientant davantage sur les foyers à problème, en renforçant les UM locales des ZS là où elles existent et en faisant la plaidoirie auprès des bailleurs et auprès des intervenants. Par exemple dans le district du Mai-Ndombe où la THA est

présente mais où il n'existe aucune UM, l'ONG Canadienne CCISD qui y exécute le PARSS sera approchée pour étudier dans quelle mesure elle pourrait dans le cadre de l'appui global contribuer au dépistage actif via une (M)UM.

A0210 1 Identifier les ZS où la couverture en DA est insuffisante

A0210 2 Réorienter les UM des ZS sous contrôle vers des ZS hyperendémiques (UM Kin, UM Popo, UM Maswika…)

A0210 3 Renforcer les MUM des ZS endémiques (MUM ZS Bonga Yasa, MUM ZS Vanga)

A0210 4 Mettre en place des nouvelles UM là où la couverture est insuffisante et la situation épidémiologique le justifie (ZS de Nioki, Kikongo, Kimputu, Mweka, Lubao.)

ACT. A0211 **Assurer la coordination des activités A0201 – A0210**

L'action des UM nécessite un encadrement et des compétences spécifiques qui ne sauront être trouvées actuellement qu'au niveau des coordinations provinciales dont les performances se sont améliorées en formant les MCP, les superviseurs et les personnels des cellules comptables et administratives et aussi en réduisant le rayon d'action de certaines coordinations durant la phase 3 (Bandundu et les 2 Kasaï) (Ri 7 de la phase 3). Il est donc important que l'appui aux coordinations puisse continuer et que les moyens nécessaires pour leur fonctionnement soient prévus tout en cherchant les moyens de réduire les dépenses, étant donné les contraintes budgétaires.

La performance des coordinations provinciales, comme acteurs et membres à part entière de l'ECP est conçue et réalisée dans le cadre du plan de développement sanitaire au niveau provincial et des zones de santé. Sa réalisation se poursuivra en faisant le monitorage des activités en fonction des résultats à atteindre (y compris la détection des résurgences et leur riposte) (MCP), en fournissant une logistique adéquate aux UM et ZS (MCP), en établissant une banque de données provinciale (MCP), en payant les primes mensuellement, en tenant la comptabilité à jour (MCP). Le niveau central à son tour supervisera les MCP, leur procurera conseil et suivi technique, les moyens de fonctionnement, en attendant que les ministères de santé provinciaux soient en mesure de le faire, et les évaluera sur base d'indicateurs de performance.

ACT. A0212 **Evaluer toutes les UM à l'aide d'une grille d'évaluation préétablie et effectuer les rétro-actions qui s'imposent**

Vu l'importance du volet dépistage pour l'atteinte de l'objectif de contrôle (et les moyens financiers y accordés), une évaluation périodique des UM est indispensable. Là où la phase 3 a mis l'accent sur l'amélioration des performances des coordinations comme acteurs clé de la lutte, ce seront – maintenant que ces coordinations assument pleinement leur rôle - les performances individuelles des UM qui feront l'objet d'évaluations. Une grille d'évaluation élaborée par le PNLTHA sera d'abord testée dans deux UM. Après amendement et validation de cette grille toutes les UM seront évaluées par le niveau national assisté par la CTB.

Des recommandations seront faites sur le fonctionnement et la planification des UM. Il se peut que certaines UM ne répondent plus à une situtation endémique suffisante et que - comme cela a été fait en Equateur Nord - on soit amené à en supprimer. Le problème des RH sera anvisagé comme pour les CDTC. Mais il faudra sans doute revoir la fonction de certaines UM plus orientées vers la détectin des résurgences et leur riposte.

Un an plus tard une 2ème évaluation évaluera le degré d'application des recommandations des premiers rapports d'évaluation.

A0212 1 Elaborer la grille d'évaluation

A0212 2 Tester et valider la grille d'évaluation

A0212 3 Evaluer toutes les UM à l'aide de la grille d'évaluation validée

A0212 4 Formuler les recommandations et les transmettre aux UM

A0212 5 Appliquer les recommandations

A0212 6 Réévaluer les UM après une année

R3 **LES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LA THA (dépistage, diagnostic, traitement et suivi postthérapeutique, IEC) FONT PARTIE INTEGRANTE DU PMA, PCA et PAP des FS des ZS ENDEMIQUES ET LA PRISE EN CHARGE DES CAS DE THA EST AMELIOREE**

La nouvelle stratégie du renforcement du système de santé (SRSS) préconise d'aller progressivement vers l'horizontalisation dans la délivrance des soins globaux et de qualité de manière à favoriser l'accessibilité financière des populations aux soins. La lutte contre la maladie de sommeil est incluse dans une des 8 composantes du paquet des activités au niveau des structures de santé au titre de « dépistage et traitement de la maladie ». Il est évident qu'en dehors de l'utilisation des unités mobiles « classiques » et l'usage des médicaments spécifiques dont le maniement est particulier, tous les autres actes à savoir le dépistage actif, le dépistage passif, la suspicion clinique et la plupart des traitements relèvent de techniques à la portée de tout professionnel de santé bien formé. L'utilisation des moyens, quels que soient leurs origine et provenance, doit être pensée en terme de coût-efficacité passant par une économie d'échelle dans leur usage et rendement. Le microscope permet de mettre en évidence divers germes. Par ailleurs, est-il éthique de donner des produits sanguins, sans s'assurer, en zones endémiques, que le trypanosome, à l'instar d'autres germes, n'est pas inoculé au malade nécessitant la transfusion? La notion des soins globaux et de qualité exige une démarche prenant en compte la présence avérée ou non des pathologies susceptibles d'être rencontrées dans la ZS. Ainsi l'important est la conjugaison dans l'utilisation des moyens pour résoudre les problèmes de santé propres à une entité géographique et sociale donnée.

La stratégie de renforcement du système de santé (SRSS) adoptée comme une

stratégie sectorielle du DSCRP pour la réduction de la pauvreté qui est l'un des objectifs du millénaire, veut amener le système de santé à une offre des soins de qualité aux problèmes de santé de la communauté desservie.
L'offre des soins est regroupée en PMA pour les centres de santé et en PCA pour les HGR en complément des compétences non développées dans les CS.
Un statut d'unité opérationnelle du système de santé est accordé à la ZS dont l'ECZ a la responsabilité de planifier, organiser, de mettre en œuvre et de coordonner les activités sanitaires.
La rationalisation des CS et HGR, moyennant l'appui des partenaires des zones de santé, lors de la mise en place de la SRSS offrira à la plupart de ces structures de santé des ressources matérielles nécessaires pour l'offre d'un paquet complet d'activités.
Le PNLTHA qui s'inscrit dans cette politique, contribuera par son appui technique à travers ce résultat au développement des compétences pour la lutte contre la THA au niveau des CS, HGR et ECZ dans les ZS endémiques.

La réussite de l'intégration demande de définir sans ambiguïté la stratégie à suivre. Certains éléments font déjà partie de la "Déclaration de politique nationale de lutte contre la THA en RDC" formulée en 1998, validée et publiée en 2001. Le projet devra fournir un appui afin de la compléter et de la mettre en œuvre. Il s'agit de définir les activités sanitaires qui seront exécutées par quelles structures selon quels critères. Le projet propose aussi un processus de mise en œuvre progressif.

ACT. A0301	**Valider lors de l'atelier national sur l'intégration du MinSan 4ème direction, l'intégration des activités de lutte contre la THA dans le PMA et le PCA**

L'intégration des activités de lutte contre la maladie dans le système est envisagée par la Direction de lutte contre la maladie qui propose organiser à ce sujet un atelier avant la fin de 2008.
Il s'agira de

- adapter les différentes activités de lutte contre la THA (y compris la riposte rapide en cas de recrudescence) à la lumière de techniques nouvelles
- définir les activités spécifiques des structures spécialisées et celles des FS
- définir pour les structures spécialisées et celles des FS, les critères épidémiologiques pour la prise en charge respective de ces activités, entre autres, les critères pour effecuer le traitement des cas CATT positifs à 1/8 sans preuve parasitologique
- définir des critères de lancement de l'intégration (épidémiologiques, de fonctionnalité, financiers, etc.) dans une ZS donnée
- définir les critères de priorité du plan d'inclusion des ZS dans le processus d'intégration de la lutte contr la THA
- définir l'organisation d'un contrôle de qualité des examens de laboratoire spécifiques

En plus des experts du PNLTHA et des cadres techniques venant des provinces, des consultants experts en THA et en intégration de services seront invités à l'atelier.

ACT. A0302		**<u>Rédiger et diffuser un manuel de stratégies et de procédures</u> des activités intégrées de lutte contre la THA dans les provinces et les ZS**
		Après l'atelier national sur l'intégration, un manuel technique (éventuellement provisoire) de stratégies et de procédures sera rédigé et sera diffusé comme moyen de mise en œuvre de la nouvelle politique d'intégration.La diffusion de ce manuel sera appuyée par une circulaire ministérielle.Les ECP seront briefées et vulgariseront ensuite la nouvelle politique et sa mise en œuvre auprès des ECZ et des partenaires d'appui des zones de santé concernés, selon les critères du plan de couverture progressive.
ACT. A0303		**<u>Appuyer la mise en œuvre</u> des PDSZ et les plans opérationnels des ZS endémiques**
		La stratégie envisagée et les activités à planifier et mettre en œuvre figureront dans les PDSZ et les plans opérationnels. Ils seront présentés à l'appui des partenaires qui sauront ainsicairement ce qu'implique la prise en compte des activités de lutte contre la THA dans les ZS endémiques.
ACT. A0304		**<u>Former</u> les personnels en THA selon le PDSZ (en privilégiant la polyvalence)**
		Les ECZ seront formés en management de prise en charge de la THA dans leurs ZS. Les IT, autres infirmiers et laborantins bénéficieront d'une formation plus pratique que théorique sur le dépistage, diagnostic, traitement et suivi post thérapeutique. Les formations et recyclages seront planifiés annuellement; le contenu des programmes de formation s'adaptera au réel besoin du personnel à former (en collaboration avec D4). Afin de ne pas perturber le fonctionnement des FS par des absences cumulées et surtout pour permettre d'intégrer la formation pratique spécifique de la lutte contre la THA, la formation se fera surtout par stage individuel supervisé dans des ZS et des ZS où toutes les activités sont déjà intégrées. Les formations/recyclages en session seront réservés à des techniques nouvelles et au personnel qui aura la possibilit de les appliquer sans délai. Le personnel formé sera supervisé par l'ECZ et évalué par le MCP sur le terrain.
ACT. A0305		**Mettre en œuvre les activités de <u>lutte contre la THA conformément au PMA et PCA</u>**
		La mise en œuvre des activités de lutte contre la THA dans les PMA et PCA se fera conformément au plan progressif d'intégration de l'ECP, aux PDS et plans d'actions annuels des ZSE et sera conditionnée par l'utilisation de procédures normalisées (Manuel), la formation des ECZ, IT, laborantins et infirmiers des FS, une supervision intensive au début ainsi que par l'acquisition de matériels de dépistage et de diagnostic. Des <u>fonds supplémentaires</u> seront alloués pour améliorer la couverture en DP dans les zones endémiques de manière à impliquer un nombre maximal de FS dans le dépistage clinique et le diagnostic de la THA au niveau périphérique avec la possibilité de référer les NC pour une confirmation diagnostique au niveau des structures spécialisées comme les CDTC, CS

et/ou HGR disposant des compétences pour l'utilisation de techniques diagnostic plus sensibles et le suivi thérapeutique. L'utilisation d'ordinogrammes plus sensibles dans les CS des aires endémiques, la formation du personnel et la mise à la disposition d'outils de diagnostic adéquat contribueront à une meilleure couverture.

Le dépistage de routine des accompagnateurs + membres de la famille des patients détectés en DP sera généralisé.

La standardisation de la détection sérologique sera un atout supplémentaire pour contrôler la maladie, dans la mesure où un diagnostic précoce aide à couper la transmission de la maladie. Les coûts pour l'utilisation des outils de diagnostic sensibles sont élevés mais ne seront mobilisés que progressivement. Les coûts autres que les intrants spécifiques dépendront des apports de différents partenaires et intervenants dans la ZS.

Les nouveaux malades (parasitologiques, séropositif CATT 1/8) et les malades réfractaires (CDTC, CS, HGR) seront traités correctement selon les normes définies. Les cahiers d'hospitalisation seront tenus à jour (CT, HGR).

Les malades traités seront suivis pendant au moins un an (CDTC, CS, UM, HGR). Les centres de traitement seront régulièrement supervisés et les protocoles de traitement standardisés mis à jour.

Le projet équipera et/ou aménagera, à la carte, certains centres de santé, fournira de manière opportune les trypanocides et médicaments essentiels (UM, CDTC, CS, HGR, MCP), ainsi que le matériel et les consommables médicaux (UM, CDTC, CS, HGR, MCP).

A0305 1 Assurer le dépistage clinique de la THA dans toutes les FS des ZS endémiques

A0305 2 **Assurer le sérodépistage dans les HGR, CDTC et CSR des ZS endémiques et dans les CS des AS hyperendémiques et le superviser par un système de contrôle de qualité standardisé**.

Toutes les mesures seront prises pour examiner au CATT un nombre maximal de personnes entrant en contact avec les services de santé : les personnes venant à la consultation, les malades hospitalisés, les accompagnateurs des malades, les candidats donneurs de sang, les femmes venant à la CPN, les femmes accouchées, le personnel. L'hypothèse qui sous-tend cette approche est que les personnes qui consultent les services de santé dans une ZSE ont un risque relatif plus élevé que la population moyenne pour toutes sortes de maladies y inclus la THA. L'examen sera gratuit et les résultats seront enregistrés dans un registre de labo et dans le carnet sanitaire des personnes examinées et le cas échéant, dans les dossiers des patients aux CS.

La couverture réelle en sérodépistage de la population transitant par la FS sera calculée mensuellement selon la formule suivante : Nombre de CATT faits/(nombre total de consultants + nombre d'hospitalisés + nombre de femmes à la CPN + nombre de candidats donneurs). On profitera de l'intégration et de la connaissance du dénominateur dans les AS pour calculer les taux d'infection selon l'origine des patients et des personnes examinées.

Une FS ne sera agréée pour le sérodépistage qu'après une formation de son personnel et de ses laborantins, un score suffisant au contrôle de qualité de l'exécution du CATT, la présence d'une chaîne de froid fiable, une utilisation

de service hebdomadaire d'au moins 50 personnes (sauf si on peut obtenir des conditionnements de produit plus petits).
En dehors du cadre strict des FS, le sérodépistage pourrait aussi être appliqué au même moment que d'autres actions sanitaires préventives par exemple lors des campagnes de vaccinations comme cela se fait déjà dans la ZS de Kongolo au Nord Katanga. (cft témoignage du MCZ lors de l'atelier de formulation)

A0305 3 Assurer le diagnostic de la THA dans les FS des ZS endémiques (avec les techniques plus sensibles au niveau des HGR) (+QC)
Si des AS sont hyperendémiques, la technique du CATT sera confiée aux CS concernés dans les mêmes conditions que dans les ZS hyperendémiques.

A0305 4 Assurer le traitement des malades du 1er stade dans les CS des AS endémiques.
Afin d'éviter des déplacements aux malades qui habitent loin de l'HGR, une RA sera entreprise pour déterminer les conditions dans lesquelles on peut confier la détermination du stade par PL à certains CS.

A0305 5 Assurer le traitement des malades du 2ème stade et les cas réfractaires au DFMO (+ Lampit) dans les CDTC, HGR (et evt. CSR) en y incluant le dépistage du HIV pour les malades qui doivent recevoir du DFMO

A0305 6 Assurer le suivi postthérapeutique des malades THA
Comme dans un système de soins intégré, l'information sanitaire individuelle est assurée par le CS (fiches opérationnelles, fiches de synthèse, dossiers familiaux), l'intégration se fera par priorité dans les ZS et les FS utilisant ces outils de suivis.

A0305 7 Assurer la sécurité transfusionnelle vis-à-vis de la THA dans les hôpitaux des ZSE.
Cfr 1.4.5

A0305 8 Inclure la THA comme thème dans l'IEC au niveau des FS. Cfr R2.3

A0305 9 Superviser les CDTC et faire le coaching des membres de l'ECZ travaillant à l'HGR régulièrement par le MCP

ACT. A0306 Intégrer les CDTC dans les HGR là où c'est justifié et possible

Une politique globale d'amélioration de la GRH en matière de formation (cfr R.3.5), déploiement, motivation, achats de performance, recouvrement des coûts sera mise en place. L'évolution de profil épidémiologique de la THA déterminera le redéploiement du personnel anciennement utilisé dans les centres spécifiques de dépistage, traitement et contrôle de la maladie. Les primes de motivation seront allouées après concertation impliquant les représentants du personnel. Les modalités de rétribution feront l'objet de discussions entre partenaires dans l'optique de l'alignement tel que recommandé par la déclaration de Paris. Le redéploiement du personnel des CDTC en période résiduelle de la maladie va exiger d'apporter des solutions qui préviennent des frustrations (panier commun des primes de motivation), le recyclage et/ou la formation polyvalente du personnel de santé.

A0306 1 Réaliser un audit technique d'utilisation des CDTC

A0306 2 Planifier, sur base des résultats de l'audit, le cahier de charges remis à jour des CDTC

A0306 3 Planifier le redéploiement du personnel et des ressources matérielles en fonction des résultats de l'audit et des supervisions

A0306 4 Etablir un chronogramme de changement de rôle et activités conformément à la SRSS

A0306 5 Motiver de façon équitable les agents des centres de traitement moyennant un panier commun au niveau des ZS et assurer la prime de rendement des agents des CDTC non encore intégrés

ACT. A0307	**Mener une lutte anti-vectorielle simultanée au DA ciblant les AS à haute transmission avec la participation de la ZS et de la communauté (OAC, RECO, ONGD locales)**

Le nombre de glossines infectantes sera diminué par une lutte antivectorielle à base communautaire appliquée de façon appropriée. Les lieux/villages pour une LAV sélective seront identifiés dans les provinces, les activités de LAV dans les villages seront régulièrement supervisées (UM, ZS, Service LAV), les lieux de contact mouche-homme seront identifiés (UM, ZS, Communautés, Service LAV), le fonctionnement et rendement de l'atelier de fabrication des pièges seront optimalisés, et les résultats de la LAV seront suivis de près et communiqués aux niveaux pertinents (UM, ZS, Service LAV).

La LAV relève autant de la responsabilité des UM que des FS. L'ECZ de la ZSE est supposée de s'impliquer activement dans la lutte contre les vecteurs qui transmettent des maladies (paludisme, onchocercose, THA) tout comme d'autres secteurs en particulier l'agriculture & l'élevage (THA animale), l'environnement et le développement rural, sont concernés par le problème des glossines.
Des ONGD peuvent être également intéressées à mettre en œuvre des activités de LAV. Tel a été le cas durant la phase 3 dans la périphérie de Kinshasa où une ONG locale a contribué avec succès à la réduction rapide de la transmission dans l'AS de Kimpakasa en complément du dépistage actif. Les moyens financiers prévus pour la stratégie LAV dans le cadre du présent projet sont insuffisants pour une action de grande envergure. Un impact peut néanmoins être attendu d'actions très ciblées, très intensives et pour des courtes périodes (6 à 12 mois) dans les AS hyperendémiques où des actions de dépistage actif se déroulent simultanément.
Quant à la « motivation » des piégeurs, l'approche a changé déjà durant la phase 3 : le bénévolat qui a montré ses limites a été abandonné en faveur d'une prime de performance pour les piégeurs en fonction du respect de contrats de performances conclus avec eux.
Des financements supplémentaires seront cherchés auprès d'autres bailleurs (comme le PATTEC) pour la LAV dans les aires de santé éligibles mais non couvertes.
La production des pièges dans les 3 ateliers (Kinshasa, Bandundu, Kananga) continuera à être appuyée.

L'introduction des écrans imprégnés sera envisagée dans la mesure où des

expériences documentées ont démontré leur efficacité à moindre coût par rapport aux pièges pyramidaux qui sont utilisés actuellement.

La lutte anti-vectorielle comportera aussi une composante « sensibilisation ». L'objectif sera de procurer à tous les CS de toutes les aires de santé endémiques - même si elles ne sont pas éligibles à la LAV – au moins un piège par an. Ce piège servira premièrement comme piège d'observation permettant de mesurer la densité glossinienne dans plusieurs villages de l'AS et deuxièmement comme piège de sensibilisation rappelant à la population et le personnel de santé qu'on se trouve dans une AS à risque car concernée par la THA (endémique ou antérieurement endémique).

ACT. A0308 A0309 A0310 A0311	**Assurer la coordination des activités A0301-A0307**

Pendant la première phase du projet, les MCP et les superviseurs appuieront en tant que spécialistes le processus d'intégration en cours au niveau des FS des ZSE.

Le rôle des MCP, en ce qui concerne l'intégration, est de

- diffuser la politique nationale telle que définie par l'atelier national
- contribuer à la rédaction et à la diffusion du manuel de procédures
- fournir les données nécessaires et expliquer les critères épidémiologiques au moment de la confection des PDS de province et de ZS
- s'assurer que tous les villages de leur aire de responsabilité sont couverts par une méthode ou une autre de lutte contre la THA
- participer à la formation
- effectuer le coaching des ECP et des ECS en ce qui concerne la lutte contre la THA, y compris l'accompagnement de certaines Recherches Action et Opérationnelles effectuées par les acteurs de terrain
- organiser la riposte en cas de recrudescence
- organiser le contrôle de qualité
- coordonner la fourniture des intrants spécifiques
- évaluer tout le processus au niveau de l'aire couverte par leur coordination

R4	**LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SONT UTILISEES COMME OUTIL DE SUIVI ET DE CONTRÔLE DANS LE CADRE DE LA SURVEILLANCE DES MALADIES**

Les <u>données pertinentes seront systématiquement récoltées, analysées et rapportées</u> mensuellement par les UM et les ZS (dans les limites d'une charge de travail supportable) à la coordination provinciale. Mensuellement un rapport sera rédigé sur base d'une analyse des données à tous les niveaux (ZS, UM, Coordination provinciale, niveau central). Les données recueillies seront introduites dans le logiciel déjà en usage pour obtenir des cartes épidémiologiques actualisées (niveau central et niveau provincial).

Les <u>techniques de surveillance</u> pour mieux connaître l'évolution de la situation épidémiologique seront <u>diversifiées</u> (sondages des groupes à haut

risque, analyses de cohorte etc.…)

Les cartes épidémiologiques pertinentes seront établies et actualisées annuellement. La planification des activités de lutte lors des ateliers provinciaux sera « evidence based » c'est à dire basée sur l'analyse de la situation épidémiologique.

De la même manière, la participation de la communauté à la surveillance épidémiologique sera basée sur des données concrètes liées à la tendance évolutive de la maladie.

L'élaboration de plans d'action opérationnels sera basée sur les résultats de l'analyse des données épidémiologiques. Les PDSZ seront agrégés par l'ECP. La partie qui concerne la lutte contre la THA sera transmise par le MCP au PNLTHA qui présentera le plan annuel budgétisé pour adoption à la SMCL.

ACT. A0401		**Actualiser les listes des villages et données démographiques par aire de santé des ZS, géoréférencer les villages des aires de santé endémiques à problème THA et produire des cartes épidémiologiques pertinentes**

.

Les listes des villages et données démographiques par village et AS existent déjà (cfr phase 3) mais elles nécessitent d'être actualisées régulièrement. Ce travail de recensement se fait non seulement par les UM mais aussi par les IT et RECO des AS de la ZS qui a besoin de dénominateurs fiables pour le calcul de ses indicateurs sanitaires. La confrontation des données des ZS et celles des UM qui font souvent des recensements de porte à porte, restera nécessaire pour détecter d'éventuels trop grands écarts entre les données.
L'utilisation de techniques modernes de positionnement géographiques des aires de santé par satellite (la géo référence) va être étendue.
Durant la phase 3, le projet, appuyé en cela par l'OMS, a pu développer une méthodologie simple pour géoréférencer avec l'aide de la ZS et à un coût acceptable de façon exhaustive les villages des ZSE. Tous les villages, les routes, les formations sanitaires et même les fermes figurent sur ces cartes satellitaires qui fournissent aussi de l'information sur la végétation et les cours d'eau. La géoréférence se fera – comme durant la phase 3 - avec le MCP, l'ECZ et les IT des AS qui après être formés parcouront toute leur AS pour enregistrer les coordonnées géographiques de tous les villages, fermes, routes et formations sanitaires dans la mesure où le service ordinaire à leur population n'est pas perturbée. Les données récoltées seront transférées dans un logiciel cartographique pour produire des cartes épidémiologiques fiables. Cette approche permettra de donner de façon définitive une identité sûre à chaque village et d'éviter des confusions dans les bases de données dues à des erreurs d'orthographe des villages. Ces cartes pourront aussi être utilisées par le MinSan, les ZS et leurs partenaires d'appui.

ACT. A0402		**Harmoniser le système de récolte et de rapportage des données du PNLTHA avec le système de récolte et rapportage des ZS (tester et mettre en œuvre le protocole de système de surveillance épidémiologique de la THA)**

Le rapportage des données THA dans le SNIS se résume à deux lignes seulement alors que celui du PNLTHA est très (trop) développé. Au niveau des ZS il n'existe pas d'outils spécifiques de récolte et de rapportage de données THA ; ceux-ci existent seulement au niveau des structures du PNLTHA. Dans le cadre de l'intégration des activités de lutte dans le PMA et le PCA la mise à la disposition des FS des outils de récolte du PNLTHA s'impose (fiche de déclaration, fiche de traitement…). Il existe déjà un protocole de surveillance épidémiologique de la THA au niveau du PNLTHA mais celui-ci doit d'abord être testé. Pour harmoniser ensuite les deux systèmes de récolte et en faire un seul, la tenue d'un atelier sera nécessaire. Une collaboration avec D5 / SNIS est envisagée.

ACT. A0403	**Mettre à jour et analyser mensuellement la banque des données THA au niveau périphérique, provincial et central et assurer le rapportage mensuel**

Lors de la phase 3 des bases de données informatisées ont été mises en place dans les coordinations provinciales. La mise à jour constante de ces bases de données est nécessaire pour qu'elles soient fiables et exploitables. Un suivi technique régulier et des recyclages sont encore nécessaires.

ACT. A0404	**Assurer la surveillance des cas de rechute**

Suite à l'observation de taux très élevés de rechutes après traitement à l'Arsobal au Kasaï et en Equateur Nord, le PNLTHA à dû instaurer le DFMO comme traitement de 1ère intention des cas de 2ème stade, alors que ce médicament était auparavant considéré comme le dernier recours. Il est donc extrêmement important non seulement que le traitement se donne lege artis mais aussi que la détection d'éventuels cas de rechute après traitement au DFMO se fasse de la façon la plus précoce possible pour éviter la dissémination de souches résistantes au DFMO.

ACT. A0405	**Diversifier les techniques de surveillance épidémiologique de la THA (sondages des groupes à haut risque, analyse de cohorte, sérosurveillance à partir de la sécurité transfusionnelle…)**

A force d'utiliser toujours la même méthode de surveillance, le risque existe que certaines réalités restent inaperçues. C'est pourquoi la formulation recommande de diversifier les techniques de survepi en fonction des circonstances.

Une méthode de surveillance de la THA (cfr 3.5.7) qui s'annonce efficiente et faisable est la séro-surveillance des candidats donneurs dans les HGR des ZSE (hyper- et hypoendémiques ou anciens foyers). Le screening obligatoire au CATT des candidats donneurs de sang tel envisagé par le PNTS protègera non seulement (à 95 %) les receveurs contre une infection de la THA suite à la transfusion mais elle permettra aussi de détecter des nouveaux cas de THA, d'en trouver d'autres à partir de ces cas et de renseigner constamment sur la situation épidémiologique de la THA dans la ZS étant donnée que le rayon d'action de l'HGR est supposé d'atteindre les limites de la ZS et aussi du fait que la tranche d'âge des candidats donneurs est la plus à risque pour la THA.

ACT. A0406	**Impliquer les structures de santé et les communautés dans les activités de surveillance (surveillance à base communautaire)**

Cfr R2.3.3. Lors de l'atelier de formulation, l'OMS a plaidé pour la mise en place d'un volet de surveillance de la THA à base communautaire. La THA étant une maladie qui concerne surtout les communautés en milieu rural, les arguments en faveur de cette approche sont nombreux. Du fait de sa chronicité et de son caractère insidieux, de nombreux malades THA sont diagnostiqués tardivement, après avoir infecté les mouches tsé-tsé. Une surveillance à base communautaire détectera précocement les suspects THA dès l'apparition de signes et symptômes et les orientera vers les formations sanitaires. De ce fait elle contribuera à la réduction de la transmission de la maladie. Les modalités de mise en œuvre et les aspects motivationnels feront l'objet de discussions au sein du comité d'accompagnement (voir composante 2 ci-dessous)

3.3.2 Résultats et activités liées à la composante 2:

Renforcement structurel, décentralisation, collaboration intra & intersectorielle et transfrontalière, et suivi scientifique (3 Ri)

R.5.	**UN APPUI INSTITUTIONNEL ADAPTE A LA CONFIGURATION NOUVELLLE (décentralisation, SRSS, intégration) EST FOURNI AUX NIVEAU CENTRAL (PNLTHA, 4° Direction) et PROVINCIAL (ECP, ECZS)**

Le niveau central et provincial seront appuyés dans leur rôle de coordination, planification, formation, appui technique, supervision et suivi, logistique et administration, par un appui institutionnel renforcé par la CTB.

L'appui institutionnel de la CTB s'adaptera durant la phase 4 à la nouvelle configuration caractérisée par la décentralisation et la SRSS. L'appui ne concernera pas seulement le niveau central du PNLTHA mais également la D4 et le niveau provincial. (ECP, coordinations provinciales)

ACT. A0501	**Mettre en place le nouveau PMU pour assurer la gestion journalière sur le plan technique (A0501 1), logistique (A0501 2), administratif et financier (A0501 3)**

Le Project Management Unit dirigé par le Médecin Directeur et le Chef de projet sera remis en place. L'ATB appuiera le PNLTHA sur le plan technique, logistique et sur le plan administratif et financier. (cfr TDR en annexe). La fréquence des réunions sera de 1 par semaine et les réunions seront verbalisées.

A0501 1	Appui technique
1.1	Appuyer le PNLTHA dans l'exécution des décisions de la SMCL
1.2	Appuyer le MINSAN (4° et 5° Direction, DEP, PNLTHA, ECP, ECZS) dans

l'actualisation et la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre la THA en fonction de la décentralisation et de la SRSS

1.3 Appuyer le PNLTHA dans la coordination, la supervision et le monitorage de la lutte contre la THA, dans la surveillance épidémiologique, la cartographie et la formation.

1.4 Appuyer le coaching des MCP (supervisions + revues semestrielles), les évaluer et favoriser leur collaboration avec les ECZS

1.5 Assurer le contrôle de qualité du sérodépistage et du diagnostic

1.6 Suivre la fabrication des mini-colonnes à l'INRB

1.7 Appuyer le PNLTHA dans la mise en œuvre des recommandations du comité d'accompagnement de l'intégration

A0501 2 Appui logistique

2.1 Renforcer la division logistique du PNLTHA au niveau central et les cellules logistiques au niveau des coordinations provinciales (commandes, stockage, approvisionnement, entretien, transport, inventaires etc.)

2.2 Procéder à la passation des marchés

2.3 Optimaliser le fonctionnement et le rendement des ateliers de fabrication de pièges (aux niveaux central et provincial)

A0501 3 Appui sur le plan administratif et financier

3.1 Appuyer le PNLTHA dans l'amélioration de la gestion des ressources humaines

Développer et proposer une politique de motivation « alignée »

Etablir des contrats de performance

Déterminer les besoins de formation en quantité et qualité et chiffrer le coût (costing)

Etablir des échéanciers de transfert des compétences entre l'AT et le personnel national

3.2 Assurer mensuellement le rapportage comptable pour la CTB

3.3 Renforcer les capacités administratives et comptables du personnel PNLTHA

3.4 Assurer les frais de gestion des prestataires de services et de l'AT

ACT. A0502 **Améliorer l'appui logistique aux UM et aux FS**

Les conditions de terrain difficiles (mauvaises routes, carburant et huiles de qualité douteuse, manque d'électricité etc.) raccourcissent souvent la durée de vie des équipements (véhicules, microscopes, tentes) malgré un entretien correct. Pour un bon fonctionnement des équipes et pour éviter des pertes de temps et d'argent à cause de réparations et d'immobilisations, le renouvellement des équipements amortis en temps opportun est indispensable. Egalement très important pour le bon fonctionnement des équipes est l'approvisionnement régulier de tous les consommables (médicaux et non-médicaux) dont elles ont besoin : carburant, huiles, imprimés, CATT, consommables de labo,

trypanocides et adjuvants, pièges, outils de sensibilisation (affiches etc.). Le suivi des activités de la logistique ne pourra bien se faire qu'à l'aide d'une grille d'indicateurs pour le monitorage logistique utilisée aux trois niveaux : périphérique, provincial et national.

A0502 1 Renouveler les équipements amortis (véhicules, baleinières et hors-bord, générateurs, matériel de campement, chaîne de froid, matériel médical, matériel de labo etc.)

A0502 2 Assurer l'acheminement des équipements et consommables à partir de l'unité logistique du PMU jusqu'à la coordination provinciale et ensuite jusqu'aux UM et aux FS

A0502 3 Assurer en permanence le fonctionnement des UM et l'approvisionnement en intrants spécifiques de la lutte contre la THA dans ls FS

A0502 4 Assurer à tous les niveaux une gestion de stocks performante et un monitorage permanent de la logistique des UM et des FS

ACT. A0503	**Primes Equipe Direction Programme**

R.6 L'ACCOMPAGNEMENT DU PROCESSUS DE L'INTEGRATION ET LE SUIVI SCIENTIFIQUE DE LA LUTTE CONTRE LA THA SONT ASSURES TOUT AU LONG DE L'INTERVENTION

La démarche de l'intégration des activités d'un programme vertical dans une action horizontalisée constitue à coup sûr un processus profond et à long terme car il est basé sur une conversion de mentalité dans le concept même de travail. Positionner la lutte contre la THA dans la routine des activités dans le cadre des SSP va nécessiter un « coaching » faisant intervenir aux côtés des responsables du programme, un comité d'accompagnement. Le travail entrepris dans le cadre de l'intégration de la THA est une démarche qui va nécessiter de la créativité et de la constance dans un esprit de remise en question sans complaisance. L'objectif à long terme est de réussir la réorganisation poursuivie dans la SRSS. La démarche va nécessiter des activités dans la recherche action et la conduite des études spécifiques pour éclairer et aider au changement de comportement de tous les acteurs. Les activités du comité d'accompagnement seront budgétisées avec un cahier de charge comportant les différentes échéances pour évaluer la progression de la démarche.

Etant donné que la majorité des personnes compétentes en matière de lutte contre la THA travaillent aujourd'hui au sein du PNLTHA et n'ont pas une grande expérience de l'intégration et que les personnels des zones de santé endémiques sont peu impliqués et donc peu expérimentées dans la lutte, il serait dangereux de vouloir intégrer les activités de lutte dans la précipitation. Il est jugé prudent et nécessaire d'accompagner sur le plan technique ce processus en réunissant des experts en santé publique, contrôle de maladies et en THA en un comité d'accompagnement chargé de donner son avis sur les meilleures voies et moyens pour réussir ce processus. Ce comité sera mis en place sous le pilotage de la D4 et à part les experts - aussi bien en THA qu'en Organisation des Services de Santé - du MinSan (D4, D5, DEP), de l'OMS, de l'ESP et de la CTB y seront représentés aussi les partenaires dans la lutte et les partenaires qui appuient globalement les zones de santé endémiques. Le projet

CTB d'appui à la D4 qui prendra cours fin 2008, travaillera en synergie avec le projet d'appui à la lutte contre la THA.
Le comité d'accompagnement qui fera en quelque sorte office de « task force » sera mis en place au début de la prestation après l'établissement de son cahier de charges. Son rôle principal sera de formuler en termes des stratégies et d'activités ce qui correspond à la meilleure adéquation entre les exigences spécifiques de la lutte contre la THA dans les phases différentes de l'endémie et le système de santé en évolution selon les politiques de la décentralisation et la SRSS.
Comme il s'agit d'un processus rarement mis en œuvre jusqu'à présent, son succès pourrait servir d'exemple à d'autres programmes de lutte contre les maladies et il faudra suivre les activités sur le terrain même afin de redresser certaines situations avant qu'elles ne mettent tout le processus en péril. Les acteurs de terrain devront être encouragés à évaluer leur propre action. C'est ainsi que le comité d'accompagnement appuiera ces "chercheurs" de terrain et décidera avec eux des recherches-actions pertinentes à mener.
Des évaluations externes (à mi-parcours et autres) viendront compléter les avis du comité d'accompagnement.
Pour se mettre au courant des dernières évolutions en matière de lutte contre la THA, la participation à des colloques internationaux sur la THA sera appuyée.

ACT. A0601	**Etablir les TDR et le cahier de charges du comité d'accompagnement, suivi scientifique et d'évaluation de l'intégration (PNLTHA, 4ème et 5ème directions MSP, DEP, Ecole de Santé Publique, Représentants des partenaires…) et le mettre en place ; établir le calendrier des réunions et des supervisions et l'exécuter ; documenter, publier et partager les leçons**

Thèmes importants à traiter par le comité d'accompagnement

Les objectifs de l'atelier national sur l'intégration (ACT R(1)3.1)sont de définir un certain nombre de critères nécessaires aux différentes phases de l'intégration. Le comité d'accompagnement prolongera ce travail en validant les critères et en les développant après application sur le terain.

D'autres thèmes seraient:
- L'évaluation de la sélection par l'ECP (incluant le MCP) (ACT R(1)1.1) des ZS dans lesquelles le travail d'intégration pourra être assuré.
- Capitalisation des « best practices » de l'intégration
- Mise au point d'une stratégie de riposte pendant la période de contrôle de la maladie
- Gestion des ressources humaines
- La gestion des ressources financières et matérielles avec une attention spéciale à l'étude des coûts et l'efficience de la logistique
- L'articulation PNLTHA et 4ème Direction
- L'articulation de la Coordination Provinciale de lutte contre la THA dans l'ECP dans le cadre de la politique nationale décentralisation
- Réorientation des UM et des CDTC en période résiduelle
- Plan global de lutte contre la THA
- Méthodologie de documentation du processus

ACT. A0602	**Appuyer la conception et l'exécution de recherches**

On peut considérer 3 types de recherches importantes pour la mise en œuvre de ce projet et pour son évaluation (comprise comme une étape dans l'amélioration du processus) avec pour chacune des exemples s'appliquant à la lutte contre la THA.

- la recherche action (organisation du suivi postthérapeutique, délégation de la PL de diagnostic au CS pour éviter de pénibles déplacement, organisation de la documentation, etc.)
- la recherche opérationnelle (calculs des coûts, meilleur indicateur du statut endémique, etc.)
- la recherche de base (une enquête anthropologique sur la compréhension et la symbolique de la maladie et la perception de la lutte)

Le projet se concentrera sur les recherches répondant à des problèmes rencontrés dans la mise en œuvre de la lutte contre la THA

Si la recherche de base et la recherche opérationnelle peuvent être dirigés par des chercheurs externes appuyés par les acteurs de terrain, pour la recherche action, c'est le contraire. Les acteurs tentent de résoudre les problèmes qu'ils rencontrent et partagent le résultat de leur tentative. Ces acteurs deviennent "chercheurs opérationnels": ils continuent à effectuer leur travail de terrain mais le documentent. Ils ont besoin pour cela de l'appui de "chercheurs externes".

ACT. A0603	**Organiser les missions d'expertise externe et les évaluations externes**

Mission d'évaluation à mi-parcours au 3ème trimestre 2010. Autres missions d'appui technique dans le domaine de techniques de labo etc.

ACT. A0604	**Appuyer la participation aux colloques internationaux et aux réunions de concertation inter pays**

R.7	**LA COLLABORATION INTRA ZONALE, INTERSECTORIELLE ET TRANSFRONTALIERE EST RENFORCEE**

La lutte contre la maladie de sommeil est par essence une action multisectorielle. Il est temps de sortir de cette lutte de tranchée impliquant le seul service de santé. Des passerelles avec d'autres secteurs doivent être mises en place. Cela couvre une collaboration non seulement au niveau des intervenants dans la ZS mais également la conduite des activités communes avec les secteurs intervenant dans l'aménagement et le développement du territoire, les instituts d'enseignement et de recherche au niveau local et externe. Il est d'ailleurs fort probable que le potentiel de collaboration avec des partenaires locaux dans les ZS comme les ONGD et des partenaires actifs d'autres secteurs tels l'enseignement, l'environnement, l'agriculture & élevage, le développement rural, les média…) soit beaucoup plus grand que ce que l'on soupçonne. Durant la phase 4 ce potentiel sera activement exploré tant au niveau périphérique, qu'intermédiaire et national. Cette exploration devrait conduire à la découverte de synergies et la conception de stratégies communes de mise en œuvre. Dans le cadre du présent projet les moyens pour financer ce genre d'activités seront limités. Toutefois le défi ne sera pas seulement de trouver des ressources financières supplémentaires mais surtout de faire mieux connaître la THA en faisant de la lutte contre la THA la lutte de tous. La tenue

régulière des forums trypano (national et provincial) peut y contribuer favorablement.

ACT. A0701	**Etablir un état des lieux de partenariat intrazonal (partenaires en ZS) et intersectoriel potentiel (Education, Environnement & Hygiène, Agriculture et Elevage, Développement rural, Média…), identifier les possibilités de synergies et concevoir les stratégies de mise en œuvre.**

ACT. A0702	**Planifier des actions pertinentes par secteur ; négocier les financements nécessaires et exécuter**

ACT. A0703	**Mettre en commun les expériences lors des forums trypano**

ACT. A0704	**Participer à l'organisation d'actions de lutte transfrontalière**

Un des aspects qui mérite une attention particulière est la lutte transfrontalière**.** La frontière en matière de santé publique est devenue une notion virtuelle. Le mouvement des populations en interne, comme à travers les frontières physiques délimitant les contours des pays, aident à la dissémination de la maladie de sommeil. Une collaboration inter pays devient chaque jour plus qu'indiquée, voire obligatoire pour la protection des populations respectives. Cette collaboration sera appuyée dans le cadre du projet d'appui régional à la lutte contre la THA via l'OMS-Afro.

3.3.3 Résultats et activités liées à la composante 3**:**

Financement global multi bailleurs à moyen et long terme (2 Ri)[9]

.

Tenant compte de l'analyse du financement de la lutte contre la THA au chapitre 5.5, les résultats intermédiaires et les activités y afférentes proposés pour la composante 3 sont ceux-ci :

R8	**LA CARTOGRAPHIE DES APPUIS GLOBAUX ET PARTICULIERS AUX ZS ENDEMIQUES THA EST REALISEE ET ACTUALISEE ET LES BESOINS NON SATISFAITS SONT IDENTIFIES**

.

ACT. A0801	**Mettre à jour la liste des intervenants dans les ZS endémiques et les cartographier par domaine d'intervention et par contribution**

Il existe déjà au niveau du PNLTHA un fichier qui réunit par ZS les données disponibles au niveau de la DEP sur les appuis dans le domaine de la santé et les données épidémiologiques THA de l'année 1999 à 2007. Ce fichier devra être

[9] La composante N° 3 ainsi que les activités y afférentes couvrent le niveau de responsabilité provinciale et centrale

actualisé régulièrement car le paysage des bailleurs est en constante évolution. Non seulement les appuis globaux sont pris en considération mais aussi les appuis plus spécifiques tels par exemple l'appui à la mise en place d'une chaîne de froid fiable par le PEV ce qui intéresse particulièrement le PNLTHA dans les ZSE pour la conservation des réactifs CATT.

A la demande de l'Ambassade, une première analyse des appuis (futurs ou en cours) des ZS endémiques a été effectuée lors de la formulation. Elle a montré que des 236 ZS ayant déclaré au moins 1 cas de THA entre 2003-2007, 197 ZS (83 %) bénéficient ou bénéficieront d'un appui global et/ou spécifique ce qui signifie que le potentiel est grand. L'analyse montre toutefois que des 20 ZS les plus touchées en 2007 par la THA seulement la moitié (50 %) bénéficient actuellement d'un appui global à la ZS. Il sera question d'attirer l'attention du gouvernement et des bailleurs (au sein du GIBS par exemple) sur la faible couverture des ZS hyperendémiques et de les inviter à trouver une solution à ce problème.

Lors de la mission de formulation, des contacts ont eu lieu avec les responsables des projets qui appuient le développement des ZS tels ASSNIP (Coopération belge), le PS9FED (l'UE) et le PARSS (Banque Mondiale) au sujet de la problématique du financement de la lutte contre la THA dans les ZS endémiques appuyées par ces acteurs. Ces échanges étaient fort positifs dans la mesure où ces acteurs reconnaissent dans la démarche d'intégration suivie par le PNLTHA l'application de la SRSS qu'ils appuient eux-mêmes.

ACT. A0802	**Identifier les besoins THA non satisfaits ni par les projets spécifiques de lutte contre la THA ni par les projets d'appuis globaux aux ZS**

Pour la phase 4 le PNLTHA s'est fixé comme objectif d'informer toutes les ZS endémiques (en priorité les plus touchées) et leurs partenaires ainsi que d'autres programmes de santé de l'usage potentiel et utile pour la lutte contre la THA des intrants apportés dans le cadre d'un appui global au développement de la ZS. Plusieurs partenaires qui appuient le développement global des ZSE, contribuent en fait indirectement à la lutte contre la THA. L'achat de microscopes, le paiement des primes, la réhabilitation des centres de traitement etc. sont toutes des activités qui peuvent bénéficier à la lutte contre la THA.

En même temps le PNLTHA informera ces mêmes ZS et leurs partenaires de l'apport spécifique qu'il peut fournir à ces ZS dans le cadre des projets qui financent spécifiquement la lutte contre la THA. Cet échange d'information qui se fera au niveau national en collaboration avec la DEP et au niveau provincial avec les ECP et les ECZS, devrait permettre d'identifier les « gaps » ou écarts par rapport aux besoins réels d'une lutte efficace contre la THA tenant compte de la situation épidémiologique des ZS concernées.

Cette démarche devrait non seulement aboutir à l'adhésion des ZS et leurs partenaires au principe d'inscription de la lutte contre la THA dans leurs PDSZ et de la financer mais aussi aider à clarifier les rôles et les contributions de chaque acteur et d'identifier les synergies (*) et complémentarités possibles. (voir liste non exhaustive ci –dessous)

ACT. A0803	**Briefer en collaboration avec la Direction 4 et la DEP régulièrement les partenaires sur l'évolution épidémiologique de la THA dans les ZS qu'ils appuient et solliciter leur appui complémentaire à la lutte contre la THA en fonction des besoins réels (tenue de forums trypano national et**

	provinciaux)
	Il est important que l'information récoltée sur la THA et sur les partenaires qui s'impliquent soit disponible et régulièrement partagé afin d'obtenir un effet d'entraînement sur les partenaires qui hésitent encore à s'engager dans la lutte.
R.9	**LA LUTTE CONTRE LA THA EST PRISE EN COMPTE ET BUDGETISEE DANS LES PDS DES ZS ENDEMIQUES ET DES FINANCEMENTS COUVRANT LES BESOINS IDENTIFIES SONT OBTENUS**
ACT. A0901	**Elaborer des plans budgétisés à long terme (national et provinciaux)**
	La lutte contre la THA ayant été inscrite dans les PDSZ et les plans d'actions des ZS (cfr ACT R(1)1.1), il va falloir également prévoir le financement lié aux activités à mettre en œuvre. Il est important que même dans les ZS où le problème semble être contrôlé, un budget soit prévu pour le moyen et le long terme pour financer des activités minimales de surveillance permettant la détection précoce d'éventuelles recrudescences.
ACT. A0902	**Faire la plaidoirie au niveau provincial et national pour le financement de ces plans**
	Le Ministère de la Santé, sur base du plan élaboré par le PNLTHA présentera un plan budgétisé à long terme pour intéresser les bailleurs potentiels. Le niveau central et le niveau provincial seront appuyés dans leur rôle de mobilisation des ressources, par un appui institutionnel renforcé des partenaires intervenant dans l'action, à côté de l'apport de la Belgique dont la CTB est l'agent d'exécution Plus que par le passé des actions de plaidoirie seront nécessaires afin de convaincre les bailleurs et intervenants d'appuyer la lutte contre la THA dans le cadre des appuis globaux aux zones de santé soit par des appuis spécifiques. Dès le début de la phase 4, la contribution à la lutte contre la THA des bailleurs et partenaires appuyant les ZS dans le cadre de la SRSS tels la Banque Mondiale (PARSS), l'UE (9ème FED Santé), la Belgique (ASSNIP) etc. sera activement sollicitée.

(*) Quelques exemples de synergies et complémentarités:

- Des microscopes achetés pour les CS dans le cadre d'un appui global à la ZS peuvent parfaitement servir à diagnostiquer non seulement les cas de paludisme mais aussi ceux de la THA tout comme des microscopes fournis par le PNLTHA à des CS des AS endémiques ne serviront pas seulement au diagnostic de la THA mais aussi de celui d'autres maladies.

- Des centrifugeuses à micro-hématocrite des HGR fournis dans le cadre d'un appui global permettent un des examens les plus sensibles pour le diagnostic de la THA notamment le WOO tout comme les mêmes centrifugeuses fournies par le PNLTHA peuvent servir également à mesurer l'hématocrite.
- Les chaînes de froid allouées aux HGR, CSR et CS des ZS endémiques dans le cadre d'un appui global ou par le PEV permettront, une fois l'ensemble des critères établis, l'extension de la couverture en sérodépistage passif de la THA tout comme des réfrigérateurs fournis par le PNLTHA peuvent servir non seulement à la conservation du CATT mais aussi des vaccins.
- Les banques de sang peuvent aider à la surveillance de la THA tant dans les ZS hyper- que dans les hypoendémiques en testant systématiquement au CATT les candidats donneurs de sang ; le PNLTHA pourra se charger de l'approvisionnement en CATT et accessoires de ces banques et du contrôle régulier de la qualité des tests exécutés.
- Les réunions mensuelles des IT des AS avec les ECZS offrent une opportunité idéale pour échanger sur l'évolution de la THA dans la ZS avec le personnel de l'UM.
- La présence et l'affectation de médecins dans les HGR des ZS endémiques est une occasion pour améliorer la qualité des soins et le traitement des malades au 2ème stade surtout au moment de la généralisation du DFMO comme traitement de 1ère intention pour les cas du 2ème stade.
- Le paiement des primes des personnels de santé travaillant dans les ZS diminuera la tension qui existait entre le personnel polyvalent des FS polyvalentes des ZSE (auparavant moins bien rémunéré) et le personnel des structures du PNLTHA (mieux et régulièrement payé) et augmente la probabilité que les soins pour les malades THA puissent être correctement administrés aussi dans ces FS polyvalentes.
- La disponibilité d'un budget pour la formation offrira la possibilité de financer la formation les personnels dans la prise en charge de la THA ; ainsi la compétence technique dont dispose le PNLTHA pourra mieux être exploitée que par le passé quand les moyens pour la formation étaient insuffisants.
- Les ordinogrammes (« de la plainte au traitement ») pour les CS qui ont été conçus avec l'appui technique du PNLTHA pour la partie THA, s'avèrent des outils très utiles pour la suspicion et le diagnostic de la THA.
- Du travail de géo référence des AS endémiques réalisé avec l'aide des IT et de l'ECZS encadrés par les spécialistes du PNLTHA, autant le PNLTHA que la ZS et ses structures en tirent un bénéfice en obtenant des cartes numériques fiables et détaillées pouvant servir à plusieurs fins utiles.
- Des supervisions intégrées et conjointes par les ECZS et les coordinations provinciales du PNLTHA peuvent être effectuées pour renforcer les capacités des ECZS tout en facilitant l'accès pour les superviseurs du PNLTHA aux FS polyvalentes.
- En cas de suspicion de l'émergence d'un nouveau foyer, ZS et personnel du PNLTHA peuvent s'entraider pour faire le point sur la situation par des sondages.
- Les matériels de locomotion du PNLTHA (véhicules 4 x 4, hors-bord) peuvent être utiles lors de journées nationales de vaccination etc.
- Des appuis fournis aux formations sanitaires qui prennent en charge des malades THA (réhabilitations, dotations en lits et matelas etc.) profitent aussi à d'autres malades et vice versa.

Bref, les synergies potentielles sont nombreuses non seulement avec les projets d'appui aux ZS mais également avec d'autres programmes spécifiques tels le PEV, le PNLP, le PNT, le PNLS et le PNLO qui apportent des intrants au niveau des ZS qui sont également utilisables dans le cadre de la lutte contre THA.

3.4 INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION

Les indicateurs objectivement vérifiables des résultats ainsi que les sources de vérification figurent dans le cadre logique (voir annexe). Les indicateurs d'output répondent aux conditions d'indicateurs pertinents. Les grilles d'indicateurs de performance des MCP et des UM et des moyens sont les mêmes que celles utilisées dans la phase précédente. Les indicateurs relatifs au contexte de décentralisation et de pérennisation de la lutte seront élaborés durant la première année par le comité d'accompagnement.

3.5 PARTENAIRES INTERVENANT DANS LA MISE EN ŒUVRE

Les bailleurs et intervenants impliqués actuellement dans la lutte contre la THA en RDC sont hormis le Gouvernement congolais et le Royaume de Belgique : l'OMS, Aventis-Sanofi, Memisa & CDI Bwamanda, MSF-Belgique (appuyé par la Coopération Danoise) et MSF-Suisse.

Plusieurs autres institutions interviennent dans la recherche sur la THA tels l'Institut Tropicale de Bâle, le DNDI (Drugs for Neglected Diseases Initiative) et FIND, appuyés par la fondation de Melinda & Bill Gates, l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (financements DGCD et de l'UE) et CDC Atlanta.

Liste non exhaustive de partenaires phase 4 :

Partenaires	Activité
OMS Genève Aventis-Sanofi	Appui à la formation Appui au sérodépistage Approvisionnement en trypanocides Appui à la surveillance épidémiologique
OMS Afro-RDC	Membre de la SMCL Vice-présidence du comité d'accompagnement Forum Trypano Surveillance à base communautaire Lutte transfrontalière Plaidoirie
Memisa	Lutte contre la THA en Equateur Nord et au Bandundu
CDI Bwamanda	Appui aux ZS du Sud Ubangi (ASSNIP 4)
MSF-Suisse	Lutte contre la THA dans la Province Orientale
MSF-Belgique	A préciser
MSF-Bordeaux Logistics	Expédition trypanocides
ADC	Lutte antivectorielle
INRB	Production des mini-colonnes Contrôle de qualité Amélioration du suivi postthérapeutique (Tharsat) Validation du CATT conditionné en flacons de 10 tests
Labovet	Lutte antivectorielle et trypanosomiase animale
Soeurs réligieuses de Kananga	Atelier de production des pièges
ESP KIN	Enquête CAP Comité d'accompagnement
ESP Lubumbashi	Formation universitaire / Lutte THA Katanga
PATTEC	Lutte antivectorielle, lutte transfrontalière
PARSS/BM	Appui global aux ZS

PS9FED	Appui global aux ZS
CTB / ASSNIP	Appui aux ZS au Bas Congo, Equateur Nord et Bandundu
UNICEF	Appui aux ZS (Seke-Banza, Ndjili, Kwilu Ngong …)
DEP/CTB ASSNIC	Appui au niveau central
Projet CDR-CTB	Approvisionnement en médicaments essentiels
D4 (Lutte contre la maladie)	Appui au niveau central Comité d'accompagnement
D5 (Soins de santé primaires)	Appui au niveau central Comité d'accompagnement
PEV	Renforcement chaîne de froid
PNTS	Appui à la sécurité transfusionnelle
BDOM	Appui aux ZS (à Kinshasa)
CCISD	Appui aux ZS des Plateaux et du district de Mai Ndombe
IMTA	Production des CATT Production mini-colonnes Suivi scientifique
CORDAID	Appui aux ZS (Kasaï Occidental)
COOPI	Appui au ZS (Tshuapa et Kasaï Oriental)
CROIX ROUGE	Récupération des malades
CARITAS	Appui ZS au Kasaï Occidental
MONUC, Radio Okapi	Sensibilisation, information
Fondation Vie Rurale	Appui FS de l'Equateur Sud (Mompono)
PAIDECO Kin	Sensibilisation via son journal
USAID	Projet AXXES (appui à la ZSE hyperendémique de Bibanga)
GTZ	Appui à la ZSE de Kenge
OSFAC	Appui à la cartographie numérisée
CRS	Appui aux ZS du Sankuru
PMURR/BM	Appui à la réhabilitation
Rotary Club de Belgique	Appui aux ZS à Kinshasa (Maluku, Nsele etc.)
Prosakin	Partenaire du Rotary club
Medicus Mundi Belgique	Appui à la ZS de Tchofa (KOR) et de Muetshi (KOC)
Medicus Mundi France	Appui à la ZS de Kongolo
ACDI (Canada)	Appui à la ZS de Nsele
IRC	PARSS à Kingasani et Kikimi (Kinshasa)
ECC/IMA	Appui à la ZS de Kaniama
ITS Bâle	Recherche nouvelles molécules
DNDI	Thérapie combinée DFMO-nifurtimox
CDC Atlanta	Surveillance de la résistance aux trypanocides
RTNC, RAGA, Antenne A…	Sensibilisation, information
Autres chaînes radio/télé	Sensibilisation, information
Vodacom, Celtel	Sponsoring de certaines actions

4. RESSOURCES

4.1 RESSOURCES FINANCIÈRES

La contribution belge au projet est de 10.000.000 € pour une période de 4 ans. Le budget prévu pour les différentes activités est détaillé dans l'annexe 11.5 du DTF.

Des ressources financières additionnelles nécessaires pour appuyer tant l'action des UM, la lutte anti-vectorielle et le processus d'intégration en cours, seront activement cherchées durant la première phase du projet.

4.2 RESSOURCES HUMAINES

Les ressources humaines impliquées dans la mise en œuvre du projet sont mentionnées énumérées par résultat et par activité dans le cadre logique.

Du fait de l'intégration progressive des activités de lutte contre la THA dans les ZS endémiques, l'implication du personnel de ces ZS sera plus importante que lors des phases précédentes tant au niveau de l'ECZS, qu'au niveau de l'HGR, les CSR et CS. Pour faciliter le processus de l'intégration, le projet a prévu un appui budgétaire complémentaire à 55 ZS endémiques. Pour les autres ZS (environ 150) qui ne recevront pas un appui budgétaire pour le volet prise en charge du personnel dans le cadre de la phase 4, des appuis seront sollicités sur les budgets dans le cadre des appuis globaux aux ZS.

Les ressources humaines des structures spécifiques (UM, CDTC, coordination provinciale et coordination nationale) du PNLTHA seront maintenues et continueront à bénéficier dans le cadre du projet des primes de rendement habituelles en attendant que leur rémunération puisse être reprise par les gouvernements provinciaux et qu'ils puissent être effectivement intégrées dans les structures des ZS et de la province. Toutefois – dans la mesure du possible – le processus d'intégration sera accéléré au niveau des CDTC qui se situent à proximité des HGR et dont le personnel sera repris dans le pool du personnel de l'HGR et/ou du CSR.

D'autres ressources humaines qui s'ajouteront par rapport à la phase 3 sont les membres du comité d'accompagnement mis en place au début du projet sur base d'un cahier des charges.

Pour rappel et de façon plus détaillée, le projet sera donc exécuté :

- par le personnel du PNLTHA qui comprend :
  - le personnel du niveau central : 30 agents y inclus la direction, le secrétariat, le personnel du garage, les chauffeurs, le personnel de labo, les surveillants et le personnel d'entretien
  - le personnel de 9 coordinations provinciales : MCP, superviseur, secrétaire, logisticien, chauffeur, surveillant
  - le personnel de 32 UM avec en moyenne 8 personnes par UM : le CUM, le secrétaire, 3 microscopistes, le chauffeur, le ASC, le gardien
  - le personnel des CDTC : entre 2 et 4 agents notamment le responsable du CDTC, 1 microscopiste, 1 infirmier traitant et 1 gardien
- le personnel des ZS endémiques :

- MCZ, autre personnel du BCZS dont le superviseur, les Médecins et les IT des aires de santé endémiques, les ASC et/ou RECO, le personnel soignant des CS, CSR et des HGR

- les piégeurs pour le volet LAV
- le personnel des ONG impliquées dans la lutte contre la THA dans le projet
- l'assistance technique belge :
  - le conseiller technique principal, le 2ème conseiller technique et le log & admin

Autres ressources humaines associées au projet :

- autorités politico-administratives : MIP, chefs de villages, leaders d'opinion, autorités religieuses
- les enseignants des écoles primaires et secondaires et professeurs des instituts supérieurs
- la population exposée des ASE, les OAC et les représentants de la société civile
- les journalistes
- des consultants externes (missions d'évaluation / expertises ponctuelles)
- les membres du comité d'accompagnement

4.3 RESSOURCES MATÉRIELLES

Les ressources matérielles à acquérir sont énumérées par résultat et par activité dans le cadre logique (voir annexe 7). Il s'y ajoute les infrastructures existantes et les matériels et équipements encore fonctionnels mis en place lors des phases précédentes tels les véhicules, hors-bord, microscopes, mobiliers, kits ordinateur, bureautiques etc.

Le choix du matériel à acquérir répondra aux critères de qualité fixés par le PMU. (Véhicules adaptés au terrain, microscopes de qualité et adaptés au transport, matériel de campement solide et durable etc.). La possibilité d'obtenir des dérogations par rapport à la réglementation des marchés publics pour l'acquisition de certains équipements devant répondre à des normes de qualité conditionnant la réussite des activités (par exemple les microscopes) et des consommables très spécifiques (comme le CATT) devra figurer dans la Convention Spécifique.

Tableau synthétique des équipements à acquérir

Description	Coût unitaire	Quantité	Montant
Microscopes	500 €	174	87 000 €
Matériels labo (centrifugeuses, pipettes, etc.)		85	133 000 €
Matériels médicaux	1 000 €	75	75 000 €
Rotateurs CATT	350 €	174	60 900 €
Véhicules 4 x 4		13	350 000 €
Baleinière & moteurs hors-bord	30 000 €	5	150 000 €
Motos	4 000 €	8	32 000 €
Vélos	70 €	452	31 640 €
Matériels de campement		42	106 000 €
Equipements pour personnel	250 €	43	10 750 €
Groupes électrogènes		31	53 200 €
Chaîne de froid	1 000 €	103	103 000 €
Kits Ordinateur	2 000 €	12	24 000 €
Photocopieuses	1 500 €	6	9 000 €
Mobiliers & équipements bureau		42	37 000 €
Intrants LAV			100 000 €
Total			**1 362 490 €**

5. MODALITÉS D'EXÉCUTION

5.1 CADRE LÉGAL

Le cadre légal sera fixé par la Convention Spécifique relative au projet d' « Appui à la lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine, Phase 4 » à signer entre le Royaume de Belgique et la République Démocratique du Congo à l'issu du processus de formulation du projet.

Le Dossier Technique et Financier, établi lors de la formulation, sera annexé à cette Convention.

5.2 RESPONSABILITÉS ADMINISTRATIVES ET TECHNIQUES

Conformément aux procédures de la coopération belge en vigueur en République Démocratique du Congo, le projet sera mis en œuvre en régie par la CTB en concertation avec l'ensemble des partenaires concernés et plus particulièrement avec le Ministère de la Santé.

5.3 STRUCTURES D'EXÉCUTION ET DE SUIVI

5.3.1 La Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL)

Les parties conviennent de créer, dès la signature de la convention spécifique, une Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL).

La Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) assurera une supervision générale de l'exécution de la prestation de coopération et prendra, sur la base des différents rapports et recommandations, toutes les mesures nécessaires à une adaptation du dossier technique et financier (DTF) sans toutefois modifier l'objectif spécifique, la durée et le budget global de la prestation.

5.3.1.1 Compétences et attributions

La SMCL aura comme attributions de :

- Mettre en place les structures d'exécution du projet ;
- Superviser l'exécution des engagements pris par les Parties ;
- Apprécier l'état d'avancement du projet et de l'atteinte de ses résultats sur base des rapports d'exécution du projet ;
- Approuver les plans d'activités du projet ;
- Approuver les ajustements ou les modifications éventuelles du dossier technique et financier, tout en respectant l'objectif spécifique, la durée et l'enveloppe budgétaire fixés par la Convention Spécifique et en veillant à la faisabilité de l'ensemble des actions ;
- Faire des recommandations aux autorités compétentes des deux Parties ;
- Résoudre, tout problème de gestion des ressources humaines, évaluer conjointement la compétence et les prestations des différents personnels mis à disposition du projet et prendre toute mesure d'encouragement ou de corrections nécessaires ;
- Résoudre, pour le bon déroulement du projet, tout problème de gestion qui se poserait, relatif aux ressources financières ou matérielles ;
- Superviser la clôture du projet et approuver le rapport final.

5.3.1.2 Composition

La composition de SMCL sera la suivante :

- Le représentant du Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération Internationale, président de la SMCL ;
- Le représentant du Ministère de la Santé;
- Le représentant du Ministère du Plan ;
- le Représentant Résident de la CTB, membre
- le Portfolio Manager Santé de la CTB, membre
- le Représentant de l'OMS, membre
- le Représentant de la société civile, membre
- le Représentant des ONG qui appuient les ZS, membre
- tout autre personne que la SMCL souhaite inviter, en qualité d'observateur ou d'expert, ou personne qui apporte une contribution au projet

Selon l'agenda de la réunion de la SMCL, toute autre personne qui apporte une contribution au projet peut être invitée en qualité d'observateur ou d'expert.

5.3.1.3 Mode de fonctionnement

- La SMCL établit son règlement d'ordre intérieur dans le respect des autres dispositions de la Convention Spécifique. Il est officiellement approuvé lors de la première SMCL du projet ;
- La SMCL est convoquée et présidée par le représentant du Ministère de la Santé ou par son délégué ;
- La SMCL se réunit ordinairement chaque semestre sur invitation de son président ou de façon extraordinaire à la demande d'un membre ;
- Elle prend ses décisions selon la règle du consensus ;
- Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal signé par tous les membres présents ;
- La SMCL tient également une réunion au plus tard trois mois avant la fin des activités du projet afin d'examiner la proposition de rapport final rédigé selon les normes de la CTB et d'assurer les formalités de clôture ;
- Le secrétariat de la SMCL est assuré par la direction du projet.

5.3.2 Unité de Gestion du Projet (UGP)

L'Unité de Gestion du Projet est l'instance de gestion quotidienne du projet qui assure la mise en œuvre des activités dès l'approbation du programme semestrielle par la SMCL. Dirigé par le Médecin Directeur du PNLTHA et le conseiller technique principal (chef de projet CTB) il sera composé de :

Pour la partie congolaise :

- le Médecin Directeur du PNLTHA
- le Médecin Directeur Adjoint, charge du suivi et de l'évaluation
- le responsable de l'administration et des finances du PNLTHA
- le médecin responsable de la surveillance épidémiologique
- le responsable du service LAV
- le chef de la division logistique

- les superviseurs nationaux

Pour la partie belge :

- le conseiller technique principal, chef de projet
- le 2ème conseiller technique
- le logisticien-administrateur
- le comptable

Pour permettre un bon pilotage du projet, le PMU se réunira au moins 1 fois par semaine.
Un règlement d'ordre intérieur décrivant le mode de fonctionnement du PMU sera élaboré au début de la phase 4 et un secrétaire sera choisi.

Le PMU fonctionnera dans un esprit de partenariat, de concertation, de transparence, de gestion conjointe et de bonne gouvernance.

5.4 MODALITÉS FINANCIÈRES DE MISE EN ŒUVRE DE LA CONTRIBUTION DES PARTIES

5.4.1 Contribution de la Partie congolaise

Les obligations et participations financières de la Partie congolaise, telles que prévues par la Convention Spécifique (CS) et le Dossier Technique et Financier (DTF) qui fait partie intégrante de la Convention, sont essentielles pour la réalisation des objectifs (global et spécifique) du projet. Leur inexécution, même partielle, pourra entraîner, après notification officielle, la suspension partielle ou totale des apports belges.

La Partie congolaise s'engage dès lors à tout mettre en œuvre pour assurer le succès du projet de coopération et notamment :

Concernant l'exécution et le financement du projet :

- à prendre les dispositions institutionnelles, administratives et budgétaires requises afin de garantir le bon déroulement du projet ;
- à n'utiliser en aucun cas la contribution belge au paiement d'impôts ou autres charges publiques, ni à l'apurement des droits d'entrée prévus par la législation de la République Démocratique du Congo.

Ceci implique entre autres :

- l'exonération de tout impôt, droits de douanes, taxes d'entrée et autres charges fiscales ou administratives sur les fournitures, travaux et projets de service faisant l'objet de la contribution belge au projet ;
- l'autorisation par la direction des douanes d'utiliser la procédure « d'enlèvement d'urgence » ;
- à assurer la libre circulation des membres de l'assistance technique belge et du personnel mandaté par celle-ci sur l'ensemble du territoire national, à leur faciliter l'obtention des visas et permis nécessaires à leur entrée, séjour et sortie de la République démocratique du Congo ;

- à accorder aux organismes et personnes congolais et expatriés oeuvrant dans le cadre du Projet toutes les facilités nécessaires à l'accomplissement des tâches qui leur sont confiées ;
- à assurer la maintenance des bâtiments des structures soutenues et les salaires du personnel au sein de ces structures ;
- à maintenir le matériel acquis avec les moyens du projet au sein de celui-ci ;
- à faciliter l'accès à toute documentation utile ou nécessaire pour l'exécution des activités ;
- à faciliter auprès de tous les services concernés les démarches nécessaires pour le bon déroulement du projet ;

Concernant le personnel national :

- à laisser ou à mettre à la disposition du projet le personnel nécessaire à sa réalisation au sein de chaque structure soutenue, étant entendu que ce personnel continuera à être rétribué par la République démocratique du Congo qui en assumera en outre les obligations découlant de leur statut ;
- prendre toutes les dispositions utiles pour que la qualification professionnelle du personnel nécessaire à la réalisation du projet au sein de chaque structure puisse être évaluées conjointement par les deux parties et à prendre, le cas échéant toute mesure d'encouragement ou de correction jugée indispensable en la matière ;
- à ne déplacer ou muter du personnel au sein des structures retenues qu'après concertation avec la SMCL ;
- à remplacer le personnel au sein des structures retenues en respectant les qualifications requises en fonction des responsabilités au sein du projet.

Concernant l'après projet :

- à prendre les dispositions institutionnelles, administratives et budgétaires nécessaires pour garantir la poursuite des activités au sein des structures retenues après la cessation de l'intervention belge ;
- à veiller à ce que les équipements et matériels acquis dans le cadre du présent projet deviennent propriété de l'Etat congolais après cessation de l'intervention belge et restent affectés aux structures pour lesquelles ils sont prévus.

5.4.2 Contribution de la Partie belge

Les obligations et participations financières de la Partie belge, telles que prévues par la Convention Spécifique (CS) et le Dossier Technique et Financier (DTF) qui fait partie intégrante de la Convention, sont essentielles pour la réalisation des objectifs (global et spécifique) du projet.

La contribution de la Partie belge sera mise en œuvre selon le guide de la CTB de la gestion financière des projets en régie. Elle couvrira essentiellement les activités inhérentes à l'atteinte de l'objectif spécifique et sera mise à la disposition du projet sous forme de contribution financière pour le financement des fournitures, travaux et services du projet.

Le budget détaillé et le chronogramme d'exécution de la contribution belge sont repris au point 4.2 du présent DTF.

5.5 GESTION DE LA CONTRIBUTION BELGE

La gestion de la contribution belge au projet sera assurée par la CTB en exécution d'une «Convention de Mise en Oeuvre (CMO) » conclue entre l'Etat belge et la CTB. La gestion de la contribution financière belge en régie et la mise à disposition des fonds se feront suivant les procédures internes de la CTB.

S'agissant d'un projet en régie, la réglementation belge relative aux marchés publics sera d'application.

5.5.1 Comptes et pouvoir de signature

Dès la signature de la Convention Spécifique, la CTB ouvrira un compte en EUR (compte principal) et un compte en monnaie local auprès d'une institution bancaire.

5.5.2 Mise à disposition des fonds

Premier transfert :

Dès la notification de la Convention de Mise en Oeuvre entre l'état belge et la CTB, un appel de fonds peut être introduit auprès du PFMT (Portfolio Management Team) auquel le projet appartient. Le montant demandé doit correspondre aux besoins des trois premiers mois.

Transferts suivants :

Afin de recevoir des fonds, l'assistant technique (AT) du projet doit introduire auprès du PFMT un appel de fonds au début du mois précédant le trimestre suivant.

Le montant de l'appel de fonds est égal aux besoins estimés en trésorerie pour le trimestre suivant avec une réserve.

Le transfert de fonds par la CTB se fait au début du trimestre. La CTB peut aussi appliquer un schéma de financement spécifique (paiements en plusieurs tranches ou paiement à la demande).
Le transfert des fonds se fait uniquement à condition que :

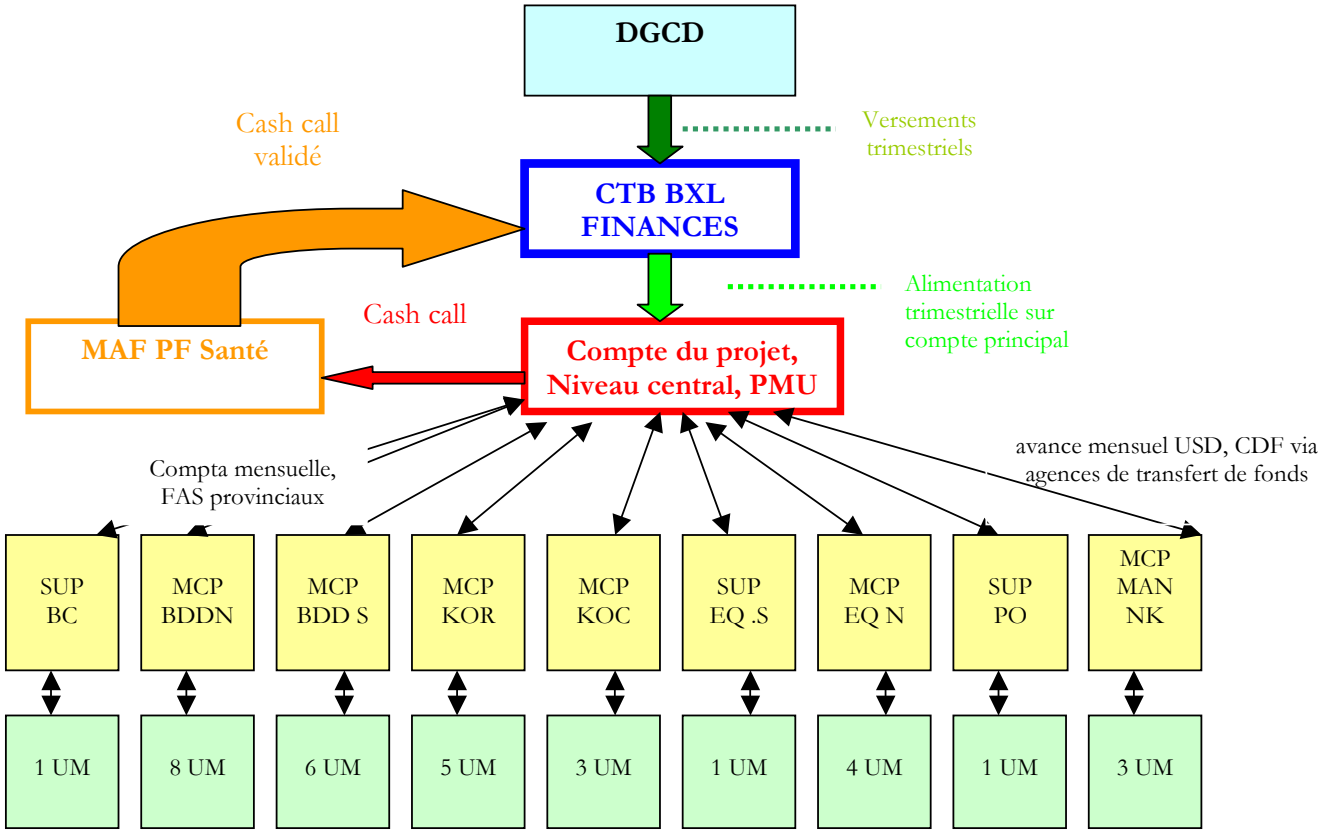
La comptabilité du trimestre précédant l'introduction de l'appel ait été transmise auprès du PFMT (Portfolio Management Team) du projet ;

La mise à jour de la programmation financière ait été transmise auprès du PFMT du projet ;

Le montant de l'appel de fonds ne soit pas plus élevé que le solde budgétaire.

En cas d'urgence, l'AT peut introduire un appel de fonds anticipé en justifiant le besoin.

Diagramme des flux financiers du projet Trypano phase 4



5.5.3 Comptabilité

Mensuellement, la comptabilité doit être élaborée et approuvée selon les procédures de la CTB. La comptabilité doit être signée pour accord par la direction du projet. La comptabilité à envoyer au PFMT (Portfolio Management Team) du projet, comprend un fichier électronique, les pièces justificatives ainsi que les extraits bancaires et états de caisse.

5.5.4 Programmation

Trimestriellement, la direction du projet doit élaborer une programmation financière pour les trimestres suivants et pour le trimestre en cours et les années suivantes. La programmation financière doit être faite selon les procédures de la CTB et doit être envoyée au PFMT du projet.

5.5.5 Gestion budgétaire

Le budget total ne peut pas être dépassé. Au cas où une augmentation budgétaire serait nécessaire, les mécanismes d'appropriation des adaptations au DTF (cfr ci-dessous) doit être suivi.

Le budget du projet donne les contraintes budgétaires dans lesquelles le projet doit être exécuté. Chaque changement de budget doit être approuvé par la SMCL sur base d'une proposition élaborée par la direction du projet et validé par le PFMT.

Les changements budgétaires possibles sont :

Changement de la structure du budget (par exemple ajout d'une ligne budgétaire)
Réallocation des montants entre lignes budgétaires
Utilisation de la réserve budgétaire
La gestion de changement budgétaire doit être faite selon les procédures de la CTB.

La réserve budgétaire peut uniquement être utilisée pour des activités de projet et après accord de la SMCL. Son utilisation doit toujours être accompagnée d'un changement du budget.

Les engagements doivent respecter les mandats (voir pouvoir de signature). La direction du projet doit assurer un bon suivi des engagements. Il n'est pas autorisé de prendre des engagements sur base d'un budget non approuvé officiellement.

5.5.6 Rapportage de suivi

Afin de permettre une bonne information de tous les partenaires concernés par l'exécution du projet, la direction du projet doit établir des rapports de suivi semestriels. Il s'agit d'un rapport sur l'avancement du projet à soumettre pour discussion et approbation à la SMCL. Cette dernière en tirera les conclusions pour l'orientation ultérieure du projet.

En outre, à chaque réunion de SMCL, la direction du projet doit présenter l'information financière suivante:

- Rapport d'exécution budgétaire
- Mise à jour de la programmation financière
- Liste des engagements importants
- Aperçu des soldes bancaires
- Paiements par le siège CTB
- Proposition de changement budgétaire si nécessaire
- Plan d'action lié aux recommandations d'un audit financier

5.5.7 Rapportage annuel

La direction du projet rédigera annuellement, et conformément aux canevas de la CTB, des rapports annuels qui apprécieront le degré de réalisation des résultats intermédiaires et de l'objectif, en se basant sur les indicateurs identifiés à cette fin et présentés dans le cadre logique.

Le rapport annuel est opérationnel et financier et comprend :

- l'examen de l'exécution correcte de la présente convention ;
- la recherche des causes des éventuels dysfonctionnements et des éventuels éléments nouveaux qui justifieraient la révision de la Convention Spécifique ;
- l'examen de la prestation de coopération au regard de son efficience, de son efficacité et de sa durabilité ;
- l'examen de la prestation de coopération au regard des indicateurs repris au DTF et notamment, sur la base des suppositions du cadre logique, l'examen de l'évolution du risque au regard de ces mêmes indicateurs.

Le rapport annuel sera remis au plus tard le 31 mars de l'année qui suit celle sur laquelle il porte, à l'Etat partenaire et à l'Etat belge, via la DGD à Bruxelles et l'Attaché de la Coopération internationale dans l'Etat partenaire.

5.5.8 Rapportage final

Le rapport final comprend :

- un résumé de la mise en œuvre et une synthèse opérationnelle de la prestation de coopération ;
- une présentation du contexte et une description de la prestation de coopération suivant le cadre logique ;
- une appréciation des critères de base d'évaluation de la prestation : pertinence, efficience, efficacité, durabilité et impact ;
- une appréciation des critères d'harmonisation et d'alignement : harmonisation, alignement, gestion orientée vers les résultats, responsabilité mutuelle, appropriation ;
- les résultats du suivi de la prestation de coopération et des éventuels audits ou contrôles, ainsi que le suivi des recommandations émises ;
- les conclusions et les leçons à tirer.

Le rapport final sera remis au plus tard 6 mois après l'échéance de la Convention Spécifique a l'Etat partenaire et à l'Etat belge, via la DGD à Bruxelles et l'Attaché de la Coopération internationale dans l'Etat partenaire.

5.6 MÉCANISME D'APPROBATION DES ADAPTATIONS DU DTF

Le DTF peut être modifié par le pays partenaire et la CTB quand cela s'avère nécessaire à l'exception de l'objectif spécifique, la durée et du budget total du programme pour lesquels une éventuelle modification doit se faire par un échange de lettre entre l'Etat congolais et l'Etat belge.

Les adaptations au DTF sont discutées et approuvées en SMCL.

Toutefois, la Partie congolaise et la CTB informent la Partie belge des éventuelles modifications suivantes apportées :

- Les formes de mise à disposition de la contribution de la Partie belge et de la Partie congolaise ;
- Les résultats, y compris leurs budgets respectifs ;
- Les compétences, attributions, composition et mode de fonctionnement de la structure mixte de concertation locale ;
- Le mécanisme d'approbation des adaptations du DTF ;
- Les indicateurs de résultat et d'objectif spécifique ;
- Les modalités financières de mise en œuvre de la contribution des parties.

Un planning financier indicatif adapté est joint le cas échéant.

Cette information se fait de deux manière : via le rapport annuel ou via la transmission du PV de la SMCL.

5.7 MONITORING, ÉVALUATION ET AUDIT

Le monitoring, l'évaluation et l'audit ont pour but non seulement de contrôler l'exécution technique et financière des activités du projet, mais surtout d'améliorer l'efficience et l'efficacité du projet pour qu'il puisse réaliser au mieux ses objectifs.

Les mécanismes suivants seront mis en place :

5.7.1 Monitoring du projet

Le suivi et le monitoring interne du projet seront facilités par la mise en oeuvre du système d'information, destiné à mettre à la disposition du projet et de l'ensemble des acteurs, des données sur l'avancement du projet sur base des indicateurs objectivement vérifiables tels que définis dans le cadre logique du projet.

Les études d'exécution décriront la situation existante et feront office de « baseline study ». Les données qui seront ensuite compilées la première année constitueront les références du projet qui permettront d'évaluer au terme du projet la performance et de mesurer objectivement l'impact du projet.

Gestion et suivi quotidien du projet

La gestion et le suivi quotidien du projet sont confiés à la direction du projet qui consiste de coordinateur national et l'assistant technique internationale.

Le coordinateur national est spécifiquement chargé de mobiliser les partenaires et les bénéficiaires du projet au moment du démarrage de chaque activité, de s'assurer des collaborations nécessaires au sein de l'administration nationale et provinciale, et de tenir informé le Secrétaire Général et les Directeurs au sujet des activités entreprises.

L'assistant technique est spécifiquement chargé de la programmation des activités et des budgets correspondants, des relations internes de la CTB, de la gestion du personnel d'appui, et de la préparation des rapports périodiques. Il a l'initiative de la mise en œuvre concrète et quotidienne des actions, une fois les programmes semestriels approuvés par la SMCL. Il s'assure du bon déroulement des actions une fois démarrées, et du respect par les intervenants des termes de référence. Il gère les finances du projet et en rend compte à la CTB et à la SMCL.

5.7.2 Evaluation du projet

Evaluation mi-parcours

Le MTR se situe à un moment spécifique durant lequel une équipe externe évalue la performance et l'avancement d'un projet sur base de critères prédéfinis dans les termes de références. Cette évaluation permet aux acteurs impliqués – en particulier la SMCL – d'être en mesure de prendre la meilleure décision par rapport à l'exécution future du projet.

Le MTR est initié par la SMCL, suivant les dispositions des TdR. Le MTR doit être compris en tant qu'exercice stimulant auprès du projet. Cela peut aussi être l'occasion d'une action conjointe où sont également impliqués les ministères et/ou autres donateurs (tel que décrits dans les TdR).

Le MTR suit les exigences de la SMCL et des bailleurs de fonds et répond aux objectifs suivants:

- Nécessité d'une validation externe du rapportage vers la SMCL et le bailleur de fonds ;
- Nécessité d'une maîtrise des risques pour la SMCL et le bailleur de fonds ;

- Nécessité pour la SMCL et le bailleur de fonds d'un suivi et d'une exécution axées vers les résultats.
- Nécessité de disposer d'un système de contrôle de qualité vis-à-vis du bailleur de fonds.

Le rapport d'évaluation mi-parcours doit être présenté en SMCL afin de juger et déterminer quelles recommandations sont retenues, qui est responsable et qui va les suivre (ces décisions sont intégralement reprises dans le PV de la SMCL).
L'évaluation mi-parcours se fait suivant les procédures internes de la CTB.

Evaluation finale

Comme pour l'évaluation mi-parcours, à la fin du projet, une évaluation finale sera exécutée par une équipe externe afin d'évaluer les résultats du projet sur base de critères prédéfinis dans les termes de références. Cette évaluation permet aux acteurs impliqués – en particulier la SMCL – d'être en mesure de prendre la meilleure décision par rapport à l'exécution future du projet.

L'évaluation finale se fait suivant les procédures internes de la CTB.

Evaluation DGCD

Dans le cadre du contrat gestion entre la CTB et le gouvernement belge, le Service public fédéral « Affaires étrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement » peut demander, sur un budget séparé, de faire une évaluation des projets en exécution ou d'accompagner une évaluation mi-parcours ou finale.

5.7.3 Audit

Audit Projet

Des audits financiers relatifs à la contribution belge se feront régulièrement selon le règlement interne de la CTB. L'audit portera sur la vérification des comptes du projet et sur le contrôle et le respect des procédures.

La SMCL peut demander des audits complémentaires si elle les juge nécessaire.

La SMCL chargera le PFMT (Portfolio Management Team) de l'élaboration des termes de référence et de la sélection du bureau d'audit. Ce bureau devra être certifié selon les standards internationaux et faire preuve d'une totale indépendance.

Le rapport d'audit doit être présenté en SMCL. Si nécessaire, la direction du projet doit élaborer un plan d'action afin d'améliorer les procédures et prouver que les mesures correctives ont été prises.

Audit CTB

Chaque année, les comptes de la CTB sont audités par un collège de commissaires. Dans ce cadre, ils réalisent également des audits de projets. Le comité d'audit de la CTB peut aussi demander qu'un projet soit audité par l'auditeur interne de la CTB.

La cellule audit interne du Ministère concerné peut être associée aux audits relatifs aux comptes CTB. De par ses fonctions, elle sera chargée de veiller à la conformité des procédures internes du Ministère.

5.8 CLÔTURE DE LA PRESTATION

Le délai d'exécution des différentes activités du projet est de 48 mois à compter de la date de signature de la Convention Spécifique. La durée de validité de la Convention Spécifique sera de 60 mois.

Six mois avant la fin du projet, un bilan financier doit être élaboré par la direction du projet selon les procédures de la CTB. Le bilan financier présenté à la SMCL de clôture devra d'abord être vérifié par la CTB.

Après la fin de la Convention Spécifique il n'est plus autorisé de faire des dépenses sauf si elles sont liées à des engagements pris avant la fin de la Convention Spécifique et qui sont actés dans le PV de la SMCL.

A la fin de la prestation de coopération, les sommes restées éventuellement disponibles sur les comptes du projet tomberont en annulation.

6. THEMES TRANSVERSAUX

6.1 ENVIRONNEMENT

Le présent projet a un impact positif sur l'environnement à travers la lutte contre la mouche tsé-tsé par les activités d'assainissement du milieu (débroussaillement, piégeage etc.) qui s'intègrent dans la lutte antivectorielle intégrée.

L'élimination correcte des déchets provenant des UM, hôpitaux de référence, CDTC et CS contribuera à la protection de l'environnement.

Un effort de sensibilisation sera faite au sujet du réchauffement climatique. Ainsi les déplacements en véhicule seront planifiés et rationalisés afin de diminuer l'output de gaz à effet de serre.

6.2 GENRE ET DROITS DE L'ENFANT

De par leurs activités comme la production et la récolte des produits alimentaires, le transport de l'eau et la collecte du bois pour la cuisine, les femmes et les enfants sont davantage exposés à la THA. Ces activités se menant en plein air, elles exposent femmes et enfants aux piqûres des glossines. La THA provoque chez la femme aussi des fausses couches et des problèmes de stérilité (aménorrhée), et chez pour le nouveau-né elle est un facteur de risque contribuant à une mortalité périnatale accrue.

Comme dans l'Afrique rurale – la RDC n'y fait pas exception – les femmes sont responsables de plus de 80 % de la production, du stockage et de la transformation des produits alimentaires, le projet est censé d'avoir un impact positif non seulement sur la disponibilité alimentaire mais aussi sur l'économie des familles elles-mêmes pour qui ces activités constituent la principale source de revenues.

Dans le but de sensibiliser les enfants sur la THA, des actions de sensibilisation seront menées dans les écoles.

Quant à la place de la femme au sein du programme : le projet encouragera l'engagement de femmes au niveau des centres fixes de diagnostic et de traitement et au niveau des cellules de coordinations provinciales, le travail des unités mobiles étant incompatible avec une vie normale de mère de famille.

6.3 ECONOMIE SOCIALE

L'objectif général du projet est de réduire la mortalité et la morbidité dues à la THA à un niveau compatible avec une vie productive normale des populations résidant dans les zones endémiques en RDC.

Pour y arriver, le programme et le projet veilleront à ce que l'accès financier au dépistage, diagnostic, traitement sera garanti pour toute personne, malade ou pas, ainsi que la gratuité des trypanocides rendu possible grâce à l'appui d'Aventis et d'autres firmes pharmaceutiques; le personnel soignant continuera à bénéficier de la motivation financière sous forme des primes.

La politique de gratuité (ou presque gratuité) se justifie du fait que dans le contexte actuel de faible pouvoir d'achat des populations rurales, l'introduction d'un système de recouvrement de

coût des soins des trypanosés risque de mettre en péril l'objectif de « contrôle » de la maladie à la suite d'une diminution de l'accès aux soins.

6.4 HIV / SIDA

Conformément à la politique nationale en matière de sécurité des prélèvements, injections et éliminations des déchets, le PNLTHA prend les précautions nécessaires contre la transmission du VIH lors du dépistage, diagnostic et traitement par l'utilisation de matériels stériles et à usage unique et la gestion des déchets souillés.

Durant la 4ème phase la collaboration avec le projet Sida transversal de la CTB et la cellule créée au niveau du PNLTHA sera intensifiée.

Une collaboration étroite avec le PNLS et le PNTS est envisagée dans les domaines suivants:

- problèmes de diagnostic différentiel: confusion entre SIDA et THA en stade terminal
- échecs thérapeutiques attribuables éventuellement au VIH
- risques de l'utilisation du DFMO sur des terrains immunodéprimés
- sécurité transfusionnelle
- séroprévalence du VIH dans les régions endémiques pour la THA

7. ANNEXES

7.1 CADRE LOGIQUE

RI	Activités	IOV	Moyen RH	Moyen RM	Hypothèses et risques	Sources de vérification
Composante 1 : Soins intégrés, globaux et de qualité Ri 4)						
R.1	La lutte contre la THA est planifiée par les ZS selon l'évidence épidémiologique	ateliers provinciaux réalisés/nombre de provinces endémiques ; ZSE avec plan annuel lutte THA			ZS fonctionnelle avec ECZ en place et disposant des données épidémiologique	
Act. R0101	Inscrire la lutte contre la THA dans les PDSZ et les plans opérationnels annuels des ZS endémiques		ECZS, ECP, MCP	transport local	Modèle de PDSZ disponible	PDSZ
Act. A0102	Organiser les ateliers provinciaux afin de programmer le lancement progressif de l'intégration de la lutte contre la THA dans les ZSE d'une province, réunissant les ECZ endémiques, les UM, l'ECP et le niveau national		MCP, ECZS, CUM, PNLTHA	transport, salle, fournitures, imprimés	Suffisance des moyens financer pour organiser ces ateliers	Rapports des ateliers provinciaux
R.2	L'action des UM est rendue plus efficace	réduction du TI à < 0,1%; Nbre d'UM appliquant systématiquement tous les tests	PNLTHA, MCP, CTB, ECP, ECZ, UM	frais d'investissement et de fonctionnement	Fiabilité données démographiques	
Act. A0201 A0102 A0203 A0204	Organiser le DA dans les ZS endémiques sur base de l'endémicité selon le plan annuel établi		ECZS, UM, MCP	véhicules, hors-bord, carburant, consommables médicaux	Pertubation exécution planning par insécurité, pannes véhicules, flambée inattendue d'un foyer	Plans annuels DA

Act. A0207	Améliorer la détection de la THA lors du DA grâce à l'utilisation de techniques de dépistage et de diagnostic efficaces par toutes les UM		ECZS, UM, MCP	CATT et accessoires, centrifugeuses, générateurs, mini-colonnes etc.	Disponibilité des équipements nécessaires	RM des UM; fichier suivi techniques sensibles
Act. A0208	Traiter systématiquement dans les AS hyperendémiques les cas sérologiques CATT + à 1/8		personnel FS, UM	micropipetteset accessoires	changement de la politique du PNLTHA autorisant le traitement "sérologique"	RMdes UM
Act. A0209	Améliorer la gestion des ressources humaines au sein des UM (GRH UM)		personnel UM, MCP		Résistance de la part du personnel	Rapports annuels des coordinations
Act. A0210	Etendre la couverture en DA des UM		PNLTHA, ECP, partenaires	"Kits complets UM"	Des financements supplémentaires sont trouvés	Rapports annuels des coordinations
Act. A0211	Assurer la coordination des activités A0201 -A0210		Coordinations provinciales	bureau, véhicule, ordinateur, mail, hors bord, dépôt	Reformes secteur de santé ne perturbent pas fonctionnement coordinations; des financement supplémentaires trouvés pour garantir continuité activités dans certaines coordinations	Rapport trimestriels des coordinations
Act.A0212	Evaluer toutes les UM à l'aide d'une grille d'évaluation préétablie et effectuer les rétro-actions qui s'imposent		PNLTHA-CTB	moyens de déplacement	Indépendance et objectivité des évaluateurs; les problèmes de RH sont résolus dans la dignité	Rapports d'évaluation UM

R3	Les activités de lutte contre la THA (dépistage, diagnostic, traitement et suivi postthérapeutique, IEC, LAV) font partie intégrante du PMA, PCA et PAP des FS des ZS endémiques et la prise en charge est améliorée	Nombre de ZSE ayant intégrée les activités de lutte dans le PMA, PCA et PAP; Existence d'un rapport d'atelier national sur l'intégration; lutte contre la THA repris dans le PMA et PCA; Nbre ZSE disposant du document de la nouvelle politique d'intégration THA; Nbre de plans opérationnels des ZSE appuyés; Nbre de FS avec PMA et PCA; Nbre personnels ZSE formés en THA; Nbre de CDTC intégrés dans les HGR, CS	SG, D4, D5, DEP, PNLTHA, ECP, partenaires, ECZ, HGR, CS, UM		L'intégration de la lutte contre la THA dans le PMA et le PCA est officiellement acceptée.	Rapports d'activités des ZS, rapports trimestriels des coordinateurs
Act. A0301	Valider lors de l'atelier national sur l'intégration du Minsan 4ème direction, l'intégration des activités de lutte contre la THA dans le PMA et le PCA		D4, D5, DEP, PNLTHA, ECP, MCP, experts en santé publique	salle, projecteur, imprimés	L'atelier a lieu au début de la phase 4	Rapport de l'atelier sur l'intégration
Act. A0302	Rédiger et diffuser un manuel de stratégies et de procédures des activités intégrées de lutte contre la THA dans les provinces et les ZS		SG, ECP, MCP, experts externes en édition	fabrication d'un manuel, moyens de communication et de transport	La diffusion suit vite la tenue de l'atelier et se fait de façon contrôlée.	Circulaire du MinSan adressée aux ZSE, Manuel distribué

Act. A0303	Appuyer la mise en œuvre des PDSZ et des plans opérationnels des ZS endémiques		Gouvernement & partenaires appuyant les ZS	moyens de communication et de transport	Il n'y a pas ou peu de retard dans les appuis aux ZSE par les partenaires	Rapports d'activités des ZS et des projets d'appui au ZS
Act. A0304	Former les personnels en THA selon les plans opérationnels		MCP, CUM, ECP, ECZ, IT superviseurs de stage	frais de stages pour MCZ et IT, salles, supports de formation	Les moyens financiers sont disponibles	Rapports de formation
Act. A0305	Mettre en œuvre les activités de lutte contre la THA conformément au PMA et PCA		ECZS, MD, IT et personnel des FS des ZSE, MCP, UM, personnel polyvalent supplémentaire dans les CS qui pratiqueraient le DA	transport local pour supervison intensive, moyens pour le dépistage, diagnostic et traitement en suffisance	Traitement de patients faux positifs	RM des FS (CS, HGR, CDTC), RM des UM, rapports trimestriels des coordinations
Act. A0306	Intégrer les CDTC dans les HGR/CS là où c'est justifié et possible		PNLTHA, MCP, ECZS, HGR	moyens de déplacement	Obstruction personnel CDTC au processus d'intégration; panier commun insuffisant pour motiver équipe élargi; obstruction ECZ par rapport à la prise en charge personnel CDTC	Rapports trimestriels des coordinations
Act. A0307	Mener une lutte anti-vectorielle simultanée au DA ciblant les AS à haute transmission avec la participation de la ZS et de la communauté (OAC, RECO, ONGD locales)		ECZS, UM, MCP, FS, OAC, RECO, ONGD	intrants pour la LAV	Disponiblité des intrants pour la LAV; financements supplémentaires (PATTEC ?)	RM LAV; contrats performance piégeurs; cahier captures glossines; RM UM; rapp. Trim. coordination

Act. A0308 A0309 A0310 A0311	Assurer la coordination des activités A0301 - A0307		MCP, superviseurs	bureau, véhicule, ordinateur, mail, hors bord, dépôt	Reformes en cours secteur santé ne perturbent pas fonctionnement coordinations; financements supplémentaires trouvés pour garantir continuité activités dans certaines coordinations (BC, Eq S, Eq N, Man, San, Kocc)	Rapports trimestriels des coordinations
R4	Les données épidémiologiques sont utilisées comme outil de suivi et de contrôle dans le cadre de la surveillance des maladies	Nbre ZSE appliquant un système de surveillance intégrée ; Nbre de malades traités suivis	Cellule survepi PNLTHA, AT CTB, D4, coordinations prov., ECZS	logiciels, GPS, ordinateurs	Les données récoltées sont analysées par ceux qui les ont récoltées	RM, bases de données informatisées
Act. A0401	Actualiser les listes des villages et données démographiques par aire de santé des ZS, géoréférencer les villages des aires de santé endémiques à problème THA et produire des cartes épidémiologiques pertinentes		ECZS, IT, MCP, PNLTHA	moyens de déplacement, GPS, logiciel de cartographie, ordinateur	Recensement annuel par les ZS; financement OMS pour les ZSE non géoréfrencées par le projet phase 4	Cartes satéllitaires des ZSE avec données épidémiologiques par villages et ASE
Act. A0402	Harmoniser le système de recolte et de rapportage des données du PNLTHA avec le système de recolte et rapportage des ZS (tester et mettre en œuvre le protocole de système de surveillance épidémiologique de la THA)		D4, D5, DEP, PNLTHA, ECP, MCP	salle pour atelier, outils de collecte	le juste milieu est trouvé entre le rapportage très détaillé des UM et le rapportage trop succinct du SNIS par les FS; risque de voir apparaître le phénomène de "doublons" si système n'est pas bien mis au point	Protocole survepi; fiches recolte de données ZS; rapports mensuels des UM

Act. A0403	Mettre à jour et analyser mensuellement les banque de données THA provinciales et assurer le rapportage		Coordinations provinciales	logiciel, ordinateurs, fournitures	le contrat de performance stipulant l'obligation d'actualiser les BD est appliqué	Base de données provinciales
Act. A0404	Assurer la surveillance des cas de rechute		UM, CDTC, HGR, MCP	centres de traitement et de suivi, matériel pour PL, fournitures, moyens de communication	méthodologie suivi actif basée sur THARSAT mise au point et moyens financiers pour l'appliquer trouvés	Registre de suivi
Act. A0405	Diversifier les techniques de surveillance épidémiologique de la THA (sondages des groupes à haut risque, analyse de cohorte, sérosurveillance à partir de la sécurité transfusionnelle…)		UM, HGR, MCP, CDTC, ECZS	Comsommables comme les testes CATT	Non intégration dans la routine	Rapports annuels des coordinations
Act. A0406	Impliquer les structures de santé et les communautés dans les activités de surveillance (surveillance à base communautaire)		ECZS, MCP	moyens de communication	Un appui technique par l'OMS est fourni	Rapport des ZS, rapports trim coord. prov.
Composante 2 : Renforcement structurel, décentralization, collaboration intra- et intersectorielle						
	et transfrontalière et suivi scientifique (Ri 3)					
R5	Un appui institutionnel adapté à la configuration nouvelle (décentralisation, SRSS, intégration) est fourni aux niveaux central (PNLTHA, D4), provincial (ECP) et périphérique	Nbre de SMCL ; Nbre de PMU	ATB		Disponiblité de l'AT	Rapports annuels de suivi et évaluation

Act. A0501	Mettre en place le nouveau PMU pour assurer la gestion journalière sur le plan technique (A0501 1), logistique (A0501 2), administratif et financier (A0501 3)		PNLTHA-CTB	salle de réunion, fournitures	Un ROI est élaboré et son application est rigoureusement respécté	PV des PMU
Act. A0502	Améliorer l'appui logistique aux UM et aux FS		PNLTHA, coordinations provinciales	moyens de communication et de transport	Délais raisonnables pour l'exécution des MP; financement suffisant pour l'acheminement parfois urgent	
Act. A0503	Primes Equipe Direction Programme		Direction programme	NA	demande exorbitante	Rapports financiers
R.6	L'accompagnement du processus de l'intégration et le suivi scientifique de la lutte contre la THA sont assurés tout au long de l'intervention	Comité d'accompagnement installé et opérationnel; Nbre de recherche-actions réalisées; Nbre d'évaluations réalisées; Augmentation du nombre de partenaires intrazonaux, intersectoriels et régionaux; Existence d'un plan multisectoriel de lutte contre la THA	D4, D5, DEP, PNLTHA, OMS, CTB, ESP, partenaires	salle, fournitures	Disponibité de la D4 pour piloter ce comiter	Rapports suivi & évaluation, rapports comité d'accomp., rapports d'évaluation
Act. A0601	Mettre en place le comité d'accompagnement de l'intégration		PNLTHA, 4ème et 5ème directions MSP, DEP, Ecole de Santé Publique, Représentants des partenaires, experts internationaux…	salle, projecteur, imprimés	Dynamisme des membres du comité	Cahier de charges comité d'accompagnement, PV des réunions

Act. A0602	Appuyer la conception et l'exécution de recherche-actions par des organismes de recherche scientifique locaux et externes (enquête anthropologique sur la compréhension et la symbolique de la maladie et la perception de la lutte)		CTB-PNLTHA, comité d'accompagn.	moyens de déplacement, fournitures	Protocole de recherche bien élaboré	Protocole de recherche; rapports de recherche action
Act. A0603	Organiser les missions d'expertise externe et les évaluations externes		CTB	moyens de déplacement	Disponibilité des experts	Rapports de mission
Act. A0604	Participation aux colloques internationaux et aux réunions de concertation inter pays		CTB	moyens de déplacement	Des financements supplémentaires sont trouvés	Rapports de mission; rapports des conférences
R7	La collaboration intra zonale, intersectorielle et transfrontalière est renforcée		partenaires en ZS, secteurs Environnement, Agriculture&élevage, Enseignement, Média, autres partenaires…	salle de réunion, fournitures	Les partenaires potentiels sont intéressés à s'impliquer activement dans la lutte contre la THA	PV des réunions multisectorielles sur la THA
Act. A0701	Etablir un état des lieux de partenariat intrazonal (partenaires en ZS), intersectoriel potentiel (Education, Environnement & Hygiène, Agriculture et Elevage, Développement rural, Média…), et transfrontalière; identifier les possibilités de synergies et concevoir les stratégies de mise en œuvre.		ECZS, MCP, ECP, PNLTHA, CTB, partenaires	salle de réunion, fournitures	Des financements supplémentaires sont trouvés	Listes des partenaires potentiels par ZS, coordination provinciale et au niveau national

Act. A0702	Planifier des actions pertinentes par secteur ; négocier les financements nécessaires et exécuter		PNLTHA, DGCD, CTB IS	salle de réunion, fournitures	Des financements supplémentaires sont trouvés	Plan multisectoriel de lutte
Act. A0703	Mettre en commun les expériences lors des forums trypano		PNLTHA, partenaires, CTB	salle de conférence	Participation active des inivtés	PV des forums trypano
Act. A0704	Participer à l'organisation d'actions de lutte transfrontalière		PNLTHA	moyens de déplacement	Reprise de l'appui régional à la lutte contre la THA en Afrique Centrale via OMS Afro	Rapport activités transfrontalières et PV des réunions
Composante 3 : Financement global multi bailleurs à moyen et long terme (Ri 2)						
R8	La cartographie des appuis globaux et particuliers aux ZS endémiques THA est réalisée et actualisée et les besoins non satisfaits sont identifiés	Nbre de cartes THA - partenaires faites par province; Nbre ZSE avec besoins non satisfaits identifié; Nbre ZSE avec besoins non satisfaits couvertes par des financements supplémentaires	PNLTHA, CTB, DEP, MCP, ECZS	ordinateur, fichiers des partenaires dans la santé	Le fichier des partenaires au niveau de la DEP est régulièrement mis à jour	Fichier partenaires appuyant ZSE; états de besoins par ZSE pour THA
Act. A0801	Mettre à jour la liste des intervenants dans les ZS endémiques et les cartographier par domaine d'intervention et par contribution		AT, DEP, MCP, ECZS, UM	ordinateur, fichiers des partenaires dans la santé	Dép. RH au niveau des province est fonctionnel	Liste d'intervenants à jour
Act. A0802	Faire des cartes par province qui contiennent les données épidémiologiques sur la THA ainsi que les renseignements sur les partenaires intervenant dans la santé au niveau des ZS endémiques		PNLTHA, CTB, DEP	fichiers MinSan des partenaires (DEP), moyens de communication et de déplacement	Les données épidémiologiques des ZSE sont disponibles	Cartes satéllitaires ZSE avec données survepi & parten.

Act. A0803	Identifier les besoins non satisfaits ni par les projets spécifiques de lutte contre la THA ni par les projets d'appuis globaux aux ZS		PNLTHA, CTB, MCP, ECZS	moyens de communication	Les données concernant les appuis prévus sont échangées en toute transparence	Etats besoins ZSE précisant les besoins non couverts lutte THA
R9	La lutte contre la THA est prise en compte et budgétisée dans les PDS des ZS endémiques et des financements couvrant les besoins identifiés sont obtenus.	Existence d'un document "costing" activités de lutte THA; Nbre de ZSE ayant un plan budgétisé basé sur le costing THA et les besoins non satisfaits pour la THA; Nbre de forum trypano nationaux et provinciaux tenus	SG,D4, ECP, ECZS, MCP, DEP, PNLTHA, CTB, partenaires	cfr ci-dessous	Les ECZ des ZSE et leurs partenaires acceptent le principe d'une contribution à la lutte contre la THA sur les budgets d'appui global.	Budgets PDS; documents projets lutte THA
Act. A0901	Elaborer des plans budgétisés à long terme (national et provinciaux)		PNLTHA, CTB, MCP, ECZS	moyens de communication	Coordination insuffisante entre les différents acteurs	Plans disponibles au niveau du PNLTHA
Act. A0902	Faire la plaidoirie au niveau provincial et national pour le financement de ces plans		MCP, PNLTHA, D4	salles de conférences, vidéo-projecteurs…	La plaidoirie est considérée comme une activité à part entière	Agenda PNLTHA, CTB, MCP

7.2 CHRONOGRAMME

	CHRONOGRAMME DES ACTIVITES (RESUME)	2008	2009	2010	2011	2012
		.			.	
1	formulation du projet	X				
2	démarrage du projet	X				
3	signature convention mise en oeuvre	X				
4	SMCL	X X	X X	X X	X X	X X
5	activités pour l'obtention des résultats R1-3	X	X	X	X	X
6	activités pour l'obtention des résultats R2	X	X	X	X	X
7	planification annuelle	X	X	X	X	
8	recherche-actions/enquête CAP		X		X	
9	journée nationale de la THA		X	X	X	X
10	missions d'appui technique		X	X	X	
11	évaluation à mi-parcours et fin de projet			X		X
12	rapports de suivi et d'évaluation	X	X	X	X	
13	rapport final					X

7.3 TDR PERSONNEL LONG TERME

Termes de référence des experts internationaux

TDR Conseiller Technique Principal

I. Motivation

Comme pour chaque projet bilatéral mis en œuvre par la CTB, il faut un responsable de projet qui assume la responsabilité pour l'ensemble des activités. Normalement il partage cette responsabilité avec un homologue national qui est souvent le directeur ou le chef du programme appuyé. C'est le cas dans le projet trypano. Dans le cadre du projet belge d'appui à la lutte contre la THA, la fonction de responsable (chef) de projet a toujours coïncidé avec celle de conseiller technique principal (CTP) du programme. Etant donné que l'objectif principal du projet bilatéral belgo-congolais est de contrôler la THA, les fonctions des conseillers belges concernent en premier lieu la lutte et le déroulement de toutes les activités y afférentes plutôt que les activités de recherche pour lesquelles le PNLTHA compte plusieurs partenaires tels l'IMT d'Anvers, l'ITS, le DNDI etc.

L'élimination durable de la THA en RDC s'avère un objectif fort ambitieux.

Pour aider le programme à se rapprocher de cet objectif les tâches principales du CTP au cours de la 4ème phase seront :

- d'aider le PNLTHA à rendre rapidement plus efficace l'action des UM surtout dans les provinces prioritaires du Bandundu et les deux Kasaï
- d'aider le PNLTHA à intégrer un nombre d'activités de lutte en particulier l'instauration d'un système fiable et pérenne de surveillance à partir des centres fixes des ZS endémiques
- d'aider le PNLTHA à renforcer et redynamiser la participation des communautés dans la surveillance épidémiologique
- d'aider le PNLTHA à veiller à ce que l'intégration et la généralisation du DFMO comme traitement de 1ère intention pour le 2ème stade se fassent correctement
- d'aider le PNLTHA à trouver des fonds supplémentaires pour combattre efficacement la THA dans les ZS non couvertes
- de promouvoir le processus de décloisonnement du PNLTHA conformément à la SRSS et aux principes d'harmonisation de la Déclaration de Paris.
- d'aider le PNLTHA à veiller à ce que le principe de l'esprit d'équipe prime à tous les niveaux
- aider le PNLTHA à la bonne articulation entre les activités de lutte de routine et les activités de recherche.

Profil

Qualifications :

- diplôme en médecine
- diplôme en médecine tropicale
- diplôme en santé publique

Durée : 48 mois

Expérience:

- minimum 3 ans d'expérience en Afrique dans la lutte contre la THA
- minimum 3 ans d'expérience en organisation du sérodépistage en Afrique
- minimum 5 ans d'expérience dans le management de projets sanitaires en Afrique
- Comprendre le processus d'intégration des soins et la dynamique voir les difficultés d'intégration des programmes verticaux dans les services de soins de routine
- Comprendre les difficultés au niveau de l'opérationnalisation d'une ZS, les rôles des ECZ et les rôles d'une supervision intégrée

Description des tâches

Volet A : Niveau national	
	Participer à l'actualisation de la politique nationale en matière de lutte contre la THA
	Participer à la définition d'une politique intégrée et au suivi scientifique de ce processus d'intégration afin d'ajuster cette même politique dans le temps
	Appuyer le processus de simplification des outils de rapportage et l'harmonisation du système de récolte de données entre PNLTHA et ZS
	Appuyer le PNLTHA dans la planification, la coordination et dans la mise en œuvre des plans d'activités annuels
	Veiller au renforcement des capacités du personnel des niveaux central, provincial et périphérique (formation/transfert de compétence)
	Assister la direction du PNLTHA dans le bon fonctionnement du PMU en charge de la gestion journalière du projet
	Veiller au respect de la logique de l'intervention et l'exécution des activités axées sur les résultats intermédiaires
	Rédiger avec le Médecin Directeur les rapports semestriels d'exécution et de suivi/évaluation pour la SMCL
	Assurer avec le Médecin Directeur le secrétariat du SMCL : préparer les réunions semestrielles de la SMCL et en faire le rapportage
	Rapporter régulièrement l'état d'avancement du projet au Représentant Résident de la RDC
	Approuver les projets de cash call préparés par la cellule financière et les présenter à la Représentation de la CTB en RDC
	Assurer le suivi et les contacts avec les ONG impliquées dans l'exécution du projet
	Appuyer le PNLTHA et le MINSAN dans la promotion de la vulgarisation des connaissances sur la THA et la lutte contre la THA
	Appuyer le PNLTHA dans l'organisation de journées scientifiques sur la THA
Volet B : niveau provincial et périphérique	
	Appuyer le processus de l'intégration des activités de lutte contre la THA conformément à la SRSS
	Evaluer périodiquement et conjointement avec la direction le déroulement de la prestation au niveau provincial et périphérique (UM et ZS)
	Assurer le suivi permanent et la supervision globale du projet sur base d'une grille d'indicateurs objectivement vérifiables ▪ veiller à ce que la quantité et la qualité des moyens soient assurées tout au long du projet (à l'aide d'indicateurs d'input) ▪ veiller à ce que les activités soient correctement exécutées en respect du chronogramme (à l'aide d'indicateurs de processus) ▪ veiller à l'atteinte des résultats intermédiaires (à l'aide d'indicateurs d'output)
Volet C : niveau international & multisectoriel & scientifique	
	Entretenir les contacts avec les organisations/institutions internationales impliquées dans la lutte contre la THA (OMS, IMT, DNDI, ITS.)
	Entretenir les contacts avec les acteurs des secteurs participant au développement agricole et à l'aménagement du territoire (ministère de l'Intérieur, ministère de l'agriculture & élevage) ainsi que les ONG et associations impliquées dans la promotion de la santé
	Appuyer le PNLTHA dans la recherche de fonds supplémentaires pour la lutte
	Participer aux projets de recherche (recherche opérationnelle, recherche scientifiques, recherche socio-anthropologiques)
	Etablir et entretenir des contacts avec les autres acteurs et organisations actifs dans la lutte contre la THA en RDC
	Représenter la CTB dans des colloques internationaux au sujet de la lutte contre la THA

TDR 2ème Conseiller Technique

I. Motivation

Plusieurs raisons justifient au stade actuel de l'évolution de la THA en RDC la présence d'un 2ème conseiller technique au PNLTHA spécialiste en THA et en cartographie-géoréférence.

1) L'extension de la couverture en sérodépistage vers les centres fixes des ZS endémiques, processus amorcé en phase 3, sera intensifiée en phase 4. L'expérience du terrain a montré que tant au niveau des UM que des centres fixes, l'exécution correcte du CATT, pierre angulaire du dépistage, nécessite des contrôles de qualité rigoureux et systématiques par des spécialistes du domaine.
Après l'introduction réussie durant la phase 3 du WOO, technique parasitologique plus sensible, la phase 4 s'attellera à généraliser le CATT sur sérum dilué. Son application correcte suppose également un accompagnement technique rapproché.

2) Une autre réussite de la phase 3 fut la mise au point d'une méthodologie efficace, précise et financièrement abordable pour la production de cartes numérisées des ZS. La méthode développée n'est non seulement d'un intérêt particulier pour la lutte contre la THA permettant de localiser avec exactitude les villages endémiques mais aussi pour la ZS en général. Tant le MINSAN que l'OMS, les ZS et d'autres organisations ont montré leur intérêt pour les cartes produites avec l'aide de l'AT de la CTB. Un financement a été prévu sur la phase 4 pour géoréférencer les ZS les plus endémiques non encore cartographiées. D'autres financements (OMS etc.) seront trouvés au cours du projet permettant de continuer le travail également dans d'autres ZS endémiques moins touchées.

3) Au cours de la 2ème et 3ème phase une base de données informatisée conforme au rapportage du PNLTHA a été mise au point en Access par le 2ème conseiller et introduite dans la plupart des coordinations provinciales. L'utilisation de cette base de donnée a permis d'affiner les analyses et par conséquent de mieux orienter l'action des UM (« evidence based surveillance »). L'actualisation des données des bases de données provinciales nécessite un suivi périodique sinon des fautes risquent de s'y introduire sans que les utilisateurs s'en rendent compte. La simplification du rapportage par les UM (devenu trop lourd) et l'harmonisation avec la récolte des données au niveau des ZS, obligera également à des adaptations de l'actuelle base de données.

4) A la fin de la 2° année, les compétences assurées par cet expert seront transférées à un homologue national dans le souci de pérenniser l'action à la clôture de l'assistance belge

II. Profil

Qualifications:
- Formation pratique et théorique en techniques de sérodépistage et diagnostic
- Capacité de communication et de transfert des compétences

Durée : 12 mois
Expérience :
- minimum 2 ans d'expérience en Afrique dans la lutte contre la THA et particulièrement de l'expérience en sérodépistage actif
- expérience solide dans le traitement de données informatisées, développement des bases de données et cartographie informatisée

III. Description des tâches

Volet A : Suivi du sérodépistage au CATT et d'autres examens de labo spécifiques pour la THA	
1	Appuyer et suivre l'application du contrôle de qualité par le PNLTHA du sérodépistage au CATT dans les UM et les centres de dépistage
2	Appuyer et suivre l'introduction et la généralisation par le PNLTHA du CATT sur sérum dilué dans les UM et les centres de dépistage.
3	Appuyer l'introduction et la généralisation par le PNLTHA de la simple centrifugation modifiée du LCR
4	Appuyer et suivre l'introduction et la généralisation par le PNLTHA de la nouvelle mini-colonne dans les UM et les centres de dépistage
5	Appuyer les superviseurs nationaux de labo du PNLTHA, les responsables de labo et les MCP dans l'application d'un système de contrôle de qualité du dépistage et diagnostic
6	Participer à la formation/recyclage et l'encadrement des MCP, chefs UM, microscopistes, MCZ et responsables des CDTC dans les techniques de labo THA
7	Participer à la supervision des Coordinations, UM, CDTC et FS collaborantes principalement en ce qui concerne la rationalisation de l'organisation du DA et l'amélioration des méthodes de sérodépistage et de diagnostic
8	Faire le suivi mensuel de l'état d'avancement de l'application des techniques de labo plus efficaces (tableau de bord)
Volet B : Cartographie des ZS endémiques	
9	Appuyer le PNLTHA dans l'activité géoréférence-cartographie des ZS endémiques.
10	Produire des cartes épidémiologiques pertinentes et transférer les compétences en cartographie vers la cellule d'épidémiologie PNLTHA et l'ECP et la DEP et la direction des soins primaires au niveau central.
11	Veiller à la restitution des cartes aux utilisateurs périphériques (UM, ZS, IT des CS)
12	Participer aux réunions des organisations qui s'impliquent dans la cartographie en RDC
13	Appuyer le PNLTHA dans et l'actualisation des cartes informatisées des ZS endémiques
Volet C : Suivi des bases de données informatisées au niveau des provinces	
14	Contrôler la qualité des données des bases de données mises en place au niveau des coordinations provinciales et corriger les erreurs.
15	Former et recycler le personnel dans l'utilisation des bases de données.
16	Appuyer le PNLTHA au niveau central et provincial dans l'analyse des données récoltées
17	Appuyer le PNLTHA dans la simplification du rapportage mensuel des UM
18	Appuyer le PNLTHA et le MINSAN dans l'harmonisation des données THA entre structures spécifiques du PNLTHA et FS des ZS

3. TDR Logisticien – administrateur

Motivation

A part le fait qu'une logistique efficace conditionne le succès de tous les programmes de « disease control » plusieurs éléments motivent la fonction du log&admin expatrié phase 4 :

1) Le volume important de travail

Lors du projet Trypano phase 3 pratiquement tout le volet opérationnel antérieurement sous-traité par FOMETRO a été repris par le PNLTHA. Pour rendre possible cette reprise il avait été opté pour la mise en place d'un AT log&admin CTB expatrié ayant comme principale tâche d'appuyer quotidiennement le PNLTHA dans la gestion logistique et administrative du projet. Il s'est avéré que l'importance de cette tâche avait été sous-estimée et que l'AT était noyé dans le travail. L'affectation d'un nouveau responsable à la tête de la Division de logistique et le renfort de la cellule comptable par un comptable CTB, ont néanmoins permis par la suite de mieux équilibrer la charge de travail.

Pour la phase 4 du projet, un AT log&admin CTB expatrié sera recruté. Pendant la première année, il sera chargé à temps plein de la logistique et de l'administration du projet. Les 3 années suivantes, il sera uniquement chargé de la logistique pendant 1/3 du temps. Les tâches administratives seront reprises par les cadres locaux. Lors de la première année, l'AT log&admin assurera un transfert des connaissances vers les cadres locaux pour la partie administrative. Le temps plein au début du projet se justifie par le grand nombre d'achats en début de projet.

2) La nécessité de renforcer la Division logistique du PNLTHA

Les progrès attendus au niveau de cette division, n'ont été notés qu'après le recrutement et la formation d'un nouveau responsable, changement intervenu à mi-parcours du projet. La cellule logistique n'est actuellement pas encore assez performante du fait de l'affectation de personnels temporaires sans les qualifications requises. Au début de la phase 4 il va falloir procéder au recrutement d'un(e) logisticien(ne) adjoint(e) qualifié(e) pour les 2 premières années du projet. Quant aux logisticiens des coordinations recrutés sans procédures bien établies par le programme au début de la phase 3, l'expérience n'a pas été convaincante. Une évaluation de leur travail sera nécessaire au début de la phase 4 afin de lever les options stratégiques et de reconfigurer la logistique intermédiaire en tenant compte aussi de l'endémicité de chaque province, du contexte de décentralisation et de l'intégration des activités de lutte contre la THA. Il reste donc encore beaucoup de défis à relever tant au niveau central que provincial sur le plan logistique justifiant un accompagnement technique.

3) La nécessité de renforcer la cellule administrative et financière du PNLTHA

Quant au renforcement de la cellule administrative, un progrès très significatif a été noté au niveau de la trésorerie suite au renforcement des capacités de la caissière du PNLTHA par l'AT de la CTB. La cellule comptable par contre, face au volume très important des pièces justificatives venant des 4 coins du pays et ne disposant pas de ressources humaines habituées aux logiciels comptables et manipulations plus complexes, a dû être renforcée par un comptable engagé par la CTB au cours de la phase 3. Le recrutement d'un comptable PNLTHA au début du projet avec qui le comptable CTB travaillerait en permanence semble indispensable si on aspire à un transfert total de compétence à terme.

4) Environnement à haut risque

La RDC reste à ce jour un état fragile connaissant plusieurs problèmes : conditions sociales dégradées, faiblesse institutionnelle, entre autres au niveau de la justice ; absence de système bancaire à l'intérieur du pays rendant le transfert d'argent difficile ; difficultés dans la mise en application des principes de bonne gouvernance, etc. Dans ce contexte caractérisé par un risque élevé, la CTB ne peut mettre en œuvre des projets importants tels « Trypano phase 4 » sans prendre des précautions d'où la nécessité d'un log&admin dont la tâche consiste non seulement en le renforcement des capacités mais aussi le suivi rigoureux du projet sur le plan administratif, financier et logistique.

II. Profil

Qualifications:

- Bac + 4
- Formation en gestion et organisation administrative et financière
- Formation pratique comme logisticien
- Avoir la capacité de former et de transférer les compétences

Durée : 48 mois

Expérience :

- Avoir une bonne expérience d'au moins 5 ans dans la gestion des projets
- Avoir une bonne expérience dans le domaine de la logistique d'au moins 5 ans
- Etre prêt à se déplacer très fréquemment dans des endroits reculés et dans des conditions difficiles
- Avoir travaillé en Afrique est un atout

Description des tâches du log & admin expatrié de la CTB (et de la Division logistique et la Cellule administrative et financière)

Volet A. Renforcement de la Division logistique du PNLTHA aux niveaux central et provincial		
1	**Marchés publics & Commandes internationales et nationales**	**Remarques**
	Le log & admin gèrera conjointement avec le PNLTHA et la cellule des marchés publics de la représentation les DOA pour la commande de : 1. véhicules, motos, hors-bord 2. matériel de campement 3. chaîne de froid 4. équipements de laboratoire (microscopes, centrifugeuses, rotateurs etc.) 5. tests CATT & accessoires 6. consommables médicaux 7. matériel de bureau (kits ordinateurs etc.) 8. fournitures de bureau 9. les imprimés 10. intrants pour la LAV	• Ces commandes seront plus importantes pendant la 1ère année du projet. • DOA sur plusieurs années seront faits pour les réactifs CATT et autres consommables. • Qualité du matériel (véhicules, matériel de campement, équipement labo etc.) : les matériels les plus solides et durables seront préférés. Au niveau central des véhicules plus légers et moins consommateurs seront privilégiés • Transfert de compétence en matière de MP continuera
2	**Transport international, dédouanement et transport local**	Chercher le bon compris entre coût et rapidité par une bonne organisation (envois groupés)
3	**Gestion du charroi automobile, hors-bord, motos** - formation/recyclage et suivi des chauffeurs - établissement de contrats de performance avec les chauffeurs - suivi de l'utilisation, consommation, qualité du carburant : - suivi rigoureux de l'utilisation des véhicules à tous les niveaux - entretien des véhicules & maintenance préventive - supervision du garage au niveau central	- suivi des carnets de bord, assurances
4	**Mise en place d'une chaîne de froid fiable**	A tous les niveaux (central, provincial, UM, HGR en collaboration avec PEV, projets d'appui aux ZS

		endémiques
5	**Approvisionnement en médicaments et consommables médicaux**	**Remarques**
	- suivi des stocks à l'aide de tableaux de bord avec définition des seuils d'alerte - organisation et amélioration du stockage des réactifs, médicaments etc. au niveau central et provincial et périphérique - suivi strict du volet «disponibilité des intrants pour la prise en charge au DFMO au niveau des centres de traitement »	suivi des commandes auprès des CDR (synergie avec projet CDR – ouverture des lignes de crédits échange avec OMS Genève pour les trypanocides et kits DFMO
6	**Gestion des risques**	
	- veiller à la sécurité des biens et des personnes dans le cadre du projet - déplacements par voie aérienne sécurisés - sécurité lors des déplacements des UM (véhicules en bon état et assurés et passagers protégés (ceintures de sécurité, gilets de sauvetage…) - sécurité lors des retraits du cash / transferts d'argent	
7	**Surveillance logistique active**	
8	**Rationalisation et suivi du fonctionnement des cellules logistiques provinciales**	
9	**Activités spécifiques**	
9.1	Suivi des aspects logistiques liés au processus d'intégration	
9.2	Appui logistique lors de l'organisation de conférences, colloques etc. sur la THA	
9.3	THA comme thème transversal	Collaboration avec cellule SIDA CTB
9.4	Amélioration de l'alimentation des malades THA au 2ème stade	
9.5	Renforcement des nouvelles coordinations ou coordinations reprises des ONG (Province Orientale, Maniema, …)	

7.4 TOPO DE FINANCEMENT PFMT – PORTEFEUILLE SANTÉ

	SANTE	Stade	Code projet	Solde Budget Global par projet	Contribution totale au PFMT sur la durée du projet	* FP 2008	PFMT	FP 2009	PFMT	FP 2010	PFMT	2011	PFMT	2012
I	ASSNIP 4	FOR	RDC 07 10 111	10.000.000	250.000	416.667	*10.417*	2.500.000	*62.500*	2.500.000	*62.500*	2.500.000	*62.500*	2.083.333
II	Jason Sendwe	FOR	RDC 07 113 11	450.000	11.250	37.500	*938*	412.500	*10.313*					
III	Trypano phase 4	FOR	RDC 07 110 211/ RDC 08 11 411	10.000.000	250.000	1.041.667	*26.042*	2.500.000	*62.500*	2.500.000	*62.500*	2.500.000	*62.500*	1.458.333
IV	Appui instit.Min. Santé publ.	FOR	RDC 07 10 011	6.500.000	162.500	270.833	*6.771*	1.625.000	*40.625*	1.625.000	*40.625*	1.625.000	*40.625*	1.354.167
V	PMURR II	EXE IS	RDC 08 1151T	34.797	1.315	34.797	*1.315*							
VI	MAP A	EXE IS	RDC 06 0801T	69.149		69.149								
	MAP E	EXE IS	RDC 06 0811T	67.087		67.087								
VII	PARSS- MBANDAKA	EXE IS	RDC 06 0691T	1.886.800	110.447	584.930	*30.000*	531.620	*30.000*	509.310	*30.000*	260.940	*20.447*	
	PARSS- MONGALA	EXE IS	RDC 06 0701T	1.545.014	110.447	489.966	*30.000*	422.322	*30.000*	428.322	*30.000*	204.404	*20.447*	
VIII	PANZI	EXE	RDC 08 123 11	83.000	2.075	83.000	*2.075*							
IX	ASSNIP 3	EXE	RDC 07 087 11	5.400.000	80.000	230.000	*3.484*	1.000.000	*14.800*	1.000.000	*14.800*	1.000.000	*14.800*	2.170.000
X	PNT	EXE	RDC 04 021 11	744.950	8.000	744.950	*8.000*							
XI	Trypano 3	EXE	RDC 03 002 13	1.244.330		1.244.330								
XII	ASSNIP 2	EXE	RDC 05 052 11	7.378.675	231.642	1.953.000	*96.000*	2.170.000	*54.250*	2.170.000	*54.250*	1.085.675	*27.142*	
XIII	CDR	EXE	RDC 04 031 11	3.786.530	47.332	1.656.570	*47.332*	2.129.960	*0*					
				49.190.332	**1.265.008**	**8.924.446**	**262.373**	**13.291.402**	**304.988**	**10.732.632**	**294.675**	**9.176.019**	**248.461**	**7.065.833**

	Explications:	
I	ASSNIP 4	Contributions au PFMT reprise dans le dossier de formulation (signature prévue avant fin 2008)
II	Jason Sendwe	Contributions au PFMT reprise dans le dossier de formulation (signature prévue avant fin 2008)
III	Trypano phase 4	Contributions au PFMT reprise dans le dossier de formulation (signature prévue avant fin 2008)
IV	Appui instit.Min. Santé publ.	Contributions au PFMT reprise dans le dossier de formulation (signature prévue avant fin 2008)
V	PMURR II	Contributions sur "anciens projets": participation prévue dans le budget du projet.
VI	MAP A	Contributions sur "anciens projets": participation prévue dans le budget du projet.
	MAP E	
VII	PARSS- MBANDAKA	Contributions sur "anciens projets": participation prévue dans le budget du projet.
	PARSS- MONGALA	
VIII	PANZI	Contributions au PFMT reprise dans le dossier de formulation (signature prévue avant fin 2008)
IX	ASSNIP 3	Contribution au PFMT reprise dans le budget initial (Projets signés en Novembre 2007)
X	PNT	Contributions sur "anciens projets": participation prévue uniquement si des économies par rapport au budget des moyens généraux peuvent être réalisées.
XI	Trypano 3	Contributions sur "anciens projets": Projets en clôture, il n'y a plus de moyens disponibles sur ce projet pour une contribution au PFMT. Sera Inclus dans Trypano phase 4
XII	ASSNIP 2	Contributions sur "anciens projets": participation prévue via des économies réalisées par rapport au budget des frais de fonctionnement.
XIII	CDR	Contributions sur "anciens projets": participation prévue uniquement si des économies par rapport au budget des moyens généraux peuvent être réalisées.

* Pour projet en cours et/ou en dernière année: Selon les programmations financières ou solde du budget.
Pour nouveau projet et/ou en phase de démarrage: calculé en divisant le budget par le nombre d'année nuancé par la date estimée de démarrage des projets.

7.5 BUDGET

BUDGET TOTAL				Mode d'exéc.	BUDGET TOTAL	%	CHRONOGRAMME ANNEE 1 (9 mois)	ANNEE 1 (3 mois)	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4
A			**Soins intégrés, globaux et de qualité Ri 4)**		**6.993.713**	**70%**	**1.823.240**	**1.314.448**	**1.578.359**	**1.211.198**	**1.066.468**
A	*01*		*La lutte contre la THA est planifiée par les ZS selon l'évidence*		*59.000*		*22.000*	*14.000*	*9.000*	*14.000*	*0*
A	01	01	Inscrire systématiquement la lutte contre la THA dans les PDSZ et les plans opérationnels annuels des ZSE	régie	27.500		4.500		9.000	14.000	
A	01	02	Organiser les ateliers provinciaux afin de programmer le lancement progressif de l'intégration de la lutte contre la THA dans les ZSE d'une province, réunissant les ECZ endémiques, les UM, l'ECP et le niveau national	régie	31.500		17.500	14.000			
A	*02*		*L'action des UM est rendue plus efficace*		*4.741.580*		*1.169.515*	*743.105*	*1.035.900*	*935.560*	*857.500*
A	02	01	Organiser le DA dans les ZS endémiques sur base de l'endémicité selon le plan annuel établi **- fonctionnement**	régie	717.500		169.950	56.650	198.800	156.400	135.700
A	02	02	Organiser le DA dans les ZS endémiques sur base de l'endémicité selon le plan annuel établi **- investissements**		531.200		120.000	411.200			
A	02	03	Organiser le DA dans les ZS endémiques sur base de l'endémicité selon le plan annuel établi : matériel médical, consommable et chaine de froid		260.400		164.600	58.600	15.000	12.000	10.200
A	02	04	Organiser le DA dans les ZS endémiques sur base de l'endémicité selon le plan annuel établi : Primes Unités Mobiles	régie	1.257.480		292.590	97.530	347.100	279.660	240.600
A	02	05	Organiser des actions d'envergure (plusieurs UM) dans les ZS hyperendémiques selon le plan annuel établi	régie	voir ligne A0201 à 04						
A	02	06	Améliorer la participation de la population cible au dépistage actif	régie	75.000		25.500	3.500	12.500	25.000	8.500
A	02	07	Améliorer la détection de la THA lors du DA grâce à l'utilisation de techniques de dépistage et de diagnostic efficaces par toutes les UM	régie	1.900.000		396.875	115.625	462.500	462.500	462.500
A	02	08	Traiter systématiquement dans les AS hyperendémiques les cas sérologiques CATT + à 1/8	régie	voir ligne A0203						
A	02	09	Améliorer la GRH au sein des UM	régie	voir ligne A0204						
A	02	10	Etendre la couverture en DA des UM	régie	voir ligne A0201 à 04						
A	02	11	Assurer la coordination des activités A0201- A0210	régie	voir ligne A0503						
A	02	12	Evaluer toutes les UM à l'aide d'une grille d'évaluation préétablie et effectuer les rétro-actions qui s'imposent	régie	voir ligne A0504						
A	*03*		*Les activités de lutte contre la THA (dépistage, diagnostic,*		*2.093.133*		*606.725*	*482.343*	*533.459*	*261.638*	*208.968*
A	03	01	Valider lors de l'atelier national sur l'intégration du Minsan 4ème direction, l'intégration des activités de lutte contre la THA dans le PMA et le PCA	régie	15.500		15.500	0	0	0	0
A	03	02	Rédiger et diffuser un manuel de stratégies et de procédures des activités intégrées de lutte contre la THA dans les provinces et les ZS	régie	55.000		24.000	5.000	16.000	10.000	0
A	03	03	Appuyer la mise en œuvre des PDZS et plans opérationnels des ZSE	régie	195.860		46.920	15.640	59.380	40.320	33.600

A	03	03	Primes ZS endémique		484.268		128.240	42.747	161.327	80.867	71.087
A	03	04	Former les personnels en THA selon les plans opérationnels	régie	118.500		1.260	35.770	20.500	30.000	30.970
A	03	05	Mettre en œuvre les activités de lutte contre la THA conformément au PMA et PCA	régie	789.386		335.848	151.533	228.905	39.000	34.100
A	03	06	Intégrer les CDTC dans les HGR/CS là où c'est justifié et possible	régie	voir ligne A0308						
A	03	07	Mener une lutte anti-vectorielle simultanée au DA ciblant les AS à haute transmission avec la participation de la ZS et de la communauté (OAC, RECO, ONGD locales)	régie	100.000			70.000	10.000	10.000	10.000
A	03	08	Assurer la coordination des activités A0301 - A0307 (niveau provinciale) - **investissements**	régie	146.000			146.000			
A	03	10	Assurer la coordination des activités A0301 - A0307 (niveau provinciale) - **fonctionnement**	régie	249.806		65.209	21.737	73.244	50.608	39.008
A	03	11	Assurer la coordination des activités A0301 - A0307 (niveau provinciale) - **primes**	régie	394.081		104.363	34.788	118.930	77.710	58.290
A	*04*		*Les données épidémiologiques sont utilisées comme outil de*		*100.000*		*25.000*	*75.000*	*0*	*0*	*0*
A	04	01	Actualiser les listes des villages et données démographiques par aire de santé des ZS, géoréférencer les villages des aires de santé endémiques à problème THA et produire des cartes épidémiologiques pertinentes	régie	100.000		25.000	75.000			
A	04	02	Harmoniser le système de recolte et de rapportage des données du PNLTHA avec le système de recolte et rapportage des ZS (tester et mettre en œuvre le protocole de système de surveillance épidémiologique de la THA)	régie	voir ligne A0503						
A	04	03	Mettre à jour et analyser mensuellement les banque de données THA provinciales et assurer le rapportage	régie	voir ligne A0503						
A	04	04	Assurer la surveillance des cas de rechute	régie	voir ligne A0503						
A	04	05	Diversifier les techniques de surveillance épidémiologique de la THA (sondages des groupes à haut risque, analyse de cohorte, sérosurveillance à partir de la sécurité transfusionnelle…)	régie	voir ligne A0503						
A	04	06	Impliquer les structures de santé et les communautés dans les activités de surveillance (surveillance à base communautaire)	régie	voir ligne A0503						

B			**Composante 2 : Renforcement structurel, décentralization,**		**1.264.200**	**13%**	**234.850**	**149.950**	**292.300**	**292.300**	**294.800**
A	*05*		*Un appui institutionnel adapté à la configuration nouvelle*		*1.224.200*		*231.100*	*143.700*	*282.300*	*282.300*	*284.800*
A	05	01	Mettre en place le nouveau PMU pour assurer la gestion journalière sur le plan technique (2.2.1), logistique (2.2.2), administratif et financier (2.2.3)	régie	792.200		150.100	116.700	174.300	174.300	176.800
A	05	02	Améliorer l'appui logistique aux UM et aux FS		voir ligne Z0103		0				
A	05	03	Primes Equipe Direction Programme	régie	432.000		81.000	27.000	108.000	108.000	108.000
A0	*06*		*L'accompagnement du processus de l'intégration et le suivi*		*40.000*		*3.750*	*6.250*	*10.000*	*10.000*	*10.000*
A	06	01	Mettre en place le comité d'accompagnement de l'intégration	régie	20.000			5.000	5.000	5.000	5.000
A	06	02	Appuyer la conception et l'exécution de recherche-actions par des organismes de recherche scientifique locaux et externes (enquête anthropologique sur la compréhension et la symbolique de la maladie et la perception de la lutte)	régie	voir ligne Z0305						
A	06	03	Organiser les missions d'expertise externe et les évaluations externes	régie	voir ligne Z0305						
A	06	04	Participation aux colloques internationaux et aux réunions de concertation inter pays	régie	20.000		3.750	1.250	5.000	5.000	5.000
A	*07*		*La collaboration intra zonale, intersectorielle et transfrontalière*		*0*						
A	07	01	Etablir un état des lieux de partenariat intrazonal (partenaires en ZS), intersectoriel potentiel (Education, Environnement & Hygiène, Agriculture et Elevage, Développement rural, Média…), et transfrontalière; identifier les possibilités de synergies et concevoir les stratégies de mise en œuvre.	régie	voir ligne A0503						
A	07	02	Planifier des actions pertinentes par secteur ; négocier les financements nécessaires et exécuter	régie	voir ligne A0503						
A	07	03	Mettre en commun les expériences lors des forums trypano	régie	voir ligne A0503						
A	07	04	Participer à l'organisation d'actions de lutte transfrontalière	régie	voir ligne A0503						
C			**Composante 3 : Financement global multi bailleurs à moyen et long**								
A	*08*		*La cartographie des appuis globaux et particuliers aux ZS*								
A	08	01	Mettre à jour la liste des intervenants dans les ZS endémiques et les cartographier par domaine d'intervention et par contribution	régie	voir ligne A0401						
A	08	02	Identifier les besoins non satisfaits ni par les projets spécifiques de lutte contre la THA ni par les projets d'appuis globaux aux ZS	régie	voir ligne A0503						
A	08	03	Briefer en collaboration avec la Direction 4 et la DEP régulièrement les partenaires	régie	voir ligne A0503						

A	*09*		*La lutte contre la THA est prise en compte et budgétisée dans*								
A	09	01	Elaborer des plans budgétisés à long terme (national et provinciaux)	régie	voir ligne A0503						
A	09	02	Faire la plaidoirie au niveau provincial et national pour le financement de ces plans	régie	voir ligne A0503						
X			**Réserve budgétaire (max 5% * total activités)**		**228.987**	**2%**					**228.987**
X	*01*		*Réserve budgétaire*		*228.987*						*228.987*
X	01	01	Réserve budgétaire COGESTION	cogestion	0						
X	01	02	Réserve budgétaire REGIE	regie	228.987						228.987
Z			**Moyens généraux**		**1.513.100**	**15%**	**401.700**	**165.200**	**407.600**	**242.100**	**296.500**
Z	*01*		*Frais de personnel*		*1.264.000*	*#DIV/0!*	*366.375*	*122.125*	*350.500*	*212.500*	*212.500*
Z	01	01	Conseiller Technique Principal	régie	552.000		103.500	34.500	138.000	138.000	138.000
Z	01	02	Conseiller Technique	régie	138.000		103.500	34.500			
Z	01	03	Logisticien Administrateur	régie	276.000		103.500	34.500	138.000		
Z	01	04	Comptable	régie	48.000		9.000	3.000	12.000	12.000	12.000
Z	01	05	portfolio management et procurement	régie	250.000		46.875	15.625	62.500	62.500	62.500
Z	*02*		*Investissement*		*28.800*			*28.800*			
Z	02	01	achat de véhicule		20.000			20.000			
Z	02	02	matériel informatique (4 laptop, imprimantes, photocopieuses)		8.800			8.800			
Z	*03*		*Frais de fonctionnement*		*125.900*		*20.325*	*14.275*	*32.100*	*29.600*	*29.600*
Z	03	01	Loyer du bureau	régie	16.800		3.150	1.050	4.200	4.200	4.200
Z	03	02	Frais de communication, internet, fournitures		33.600		6.300	2.100	8.400	8.400	8.400
Z	03	03	Frais de gestion ONG	régie	45.000		9.375	3.125	12.500	10.000	10.000
Z	03	04	Frais de fonctionnement véhicule		12.500			5.000	2.500	2.500	2.500
Z	03	05	Missions internationales	régie	10.000			2.500	2.500	2.500	2.500
Z	03	09	Frais financiers	régie	4.000		750	250	1.000	1.000	1.000
Z	03	11	Autres frais de fonctionnement	régie	4.000		750	250	1.000	1.000	1.000
Z	*04*		*Audit et Suivi et Evaluation*		*94.400*		*15.000*		*25.000*		*54.400*
Z	04	01	Frais de suivi et évaluation	régie	50.000				25.000		25.000
Z	04	02	Audit	régie	14.400						14.400
Z	04	03	Backstopping	régie	30.000		15.000				15.000
TOTAL					**10.000.000**		**2.459.790**	**1.629.598**	**2.278.259**	**1.745.598**	**1.886.755**