RAPPORT ANNUEL 2009

APPUI À LA LUTTE CONTRE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE DANS LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO - PHASE 4

RDC 0811411 ET RDC0710211
NN3004509

Table des matières

1 Fiche projet **4**

2 Situation actuelle en bref **5**

3 Bilan de la planification des activités **6**

3.1 Aperçu des activités *6*

Composante 1: Soins intégrés, globaux et de qualité 6

Composante 2: Renforcement structurel, décentralisation, collaboration intra & intersectorielle et transfrontalière, et suivi scientifique 11

Composante 3: Financement global multi bailleurs à moyen et long terme 15

3.2 Analyse de la planification des activités *15*

4 Bilan des finances **16**

4.1 Aperçu des dépenses par rapport au planning financier *16*

4.2 Analyse du planning financier *21*

5 Suivi des indicateurs **22**

5.1 Objectif spécifique *22*

5.2 Résultats *23*

5.3 Évolution des indicateurs (graphiques) *26*

6 Appréciation des critères de suivi **28**

6.1 Efficience *28*

6.2 Efficacité *29*

6.3 Durabilité *30*

7 Mesures et recommandations **32**

7.1 Synthèse des critères d'appréciation *32*

7.2 Recommandations *33*

8 Nouveau planning **34**

8.1 Planning des activités de l'année 2010 ..... *34*

Composante 1: Soins intégrés, globaux et de qualité 34

Composante 2: Renforcement structurel, décentralisation, collaboration intra & intersectorielle et transfrontalière, et suivi scientifique 38

Composante 3: Financement global multi bailleurs à moyen et long terme 42

8.2 Planning financier de l'année 2010 ..... *43*

9 Conclusions **48**

10 Annexes **50**

10.1 Check-list Efficience *50*

10.2 Check-list Efficacité *52*
10.3 Check-list Durabilité *53*
10.4 Cadre logique année 2010 ..... *55*
10.5 Aperçu des marchés publics *56*
10.6 Graphiques et statistiques *57*
10.7 Tableaux synthétiques *84*
Abréviations *92*

1 FICHE PROJET

Titre du projet : « Appui à la lutte contre la THA, phase 4 »
Convention spécifique : signée le 29/04/2009, valable 60 mois
Dossier Technique et Financier : approuvé le 25/09/2008 par le CCQ
approuvé le 16/10/2008 par la SMCL
Convention de Mise en Œuvre : signée le 12/06/2009
Objectif spécifique (1) : L'endémie de la THA est sous contrôle dans toutes les ZS où la lutte contre la THA est appuyée dans le cadre de la prestation

Résultats intermédiaires (9) :

1	La lutte contre la THA est planifiée par les ZS selon l'évidence épidémiologique.
2	L'action des UM est rendue plus efficace.
3	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.
4	Les données épidémiologiques sont utilisées comme outil de suivi et de contrôle dans le cadre de la surveillance des maladies.
5	Un appui institutionnel adapté à la configuration nouvelle (décentralisation, SRSS, intégration) est fourni aux niveaux central (PNLTHA, 4° Direction), provincial (ECP) et périphérique.
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.
7	La collaboration intra zonale, intersectorielle et transfrontalière est renforcée.
8	La cartographie des appuis globaux et particuliers aux ZS endémiques THA est réalisée et actualisée et les besoins non satisfaits sont identifiés.
9	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.

Localisation géographique : RDC : Bas-Congo, Kinshasa, Bandundu, Kasaï Oriental et Occidental, Maniema, Katanga, Equateur, Province Orientale
Groupes cibles : Populations à risque des ZS touchées
Budget total de la prestation : 10.000.000 €
Personnes clées : Dr Kande, Médecin-Directeur du PNLTHA
Dr Van der Veken Wim, Chef de projet

Institution nationale chargée de l'exécution :
Programme National de lutte contre la THA (PNLTHA), 123 A, av. de la Justice, Commune de la Gombe, Kinshasa, RDC (bctrdc@vodanet.cd)

Autres partenaires : OMS, Memisa, CDI, DNDi, MSF, IMTA, STI, INRB, FIND, PATTEC

Date de démarrage de la prestation : 1 juillet 2009

Date de clôture de la prestation : 30 juin 2013

Période couverte par le rapport : 2009

2 SITUATION ACTUELLE EN BREF

Principales évolutions dans le secteur

Le 21/12/2009 un nouveau PIC a été signé entre les 2 pays pour la période 2010-2013. Dorénavant la coopération bilatérale belgo-congolaise se concentrera sur 3 secteurs prioritaires notamment : les pistes rurales et bacs, l'éducation et l'agriculture. Dans un souci de continuité des projets en cours le retrait de la coopération belge du secteur de santé sera progressif. Les modalités de poursuite du projet d'appui à la lutte contre la THA à partir de mi 2013 seront négociées suite à l'évaluation en 2012 et compte tenu des enseignements tirés de l'évolution des projets précédents.

Principaux changements institutionnels

La décentralisation dans le secteur de la santé ayant été inscrite dans la constitution, un atelier du Ministère de la Santé a eu lieu en 2008 pour en décrire les mesures transitoires. Si toutes les modalités de mise en œuvre de la décentralisation ne sont pas encore clarifiées ni effectives, certaines provinces n'ont pas attendu à prendre des initiatives entre autres dans le domaine des ressources humaines. Ainsi la province de Bandundu a désigné immédiatement après la mort inopinée du médecin coordinateur provincial de Bandundu Sud en juillet 2009, un nouveau médecin coordinateur tout en demandant la validation de cette décision par le Ministre National de la Santé. A ce sujet aussi bien la direction du PNLTHA que la CTB qui finance la lutte dans cette partie de la République, ont exprimé leur souhait de rester associés dans l'avenir au processus de recrutement. En 2008 un événement pareil avait eu lieu dans la Province Orientale où un MCP avait été nommé sans procédure de recrutement ni consultation du PNLTHA sans pour autant avoir abouti par manque d'aval de l'autorité centrale.

Des changements/ évolutions surviennent-ils à l'échelon du projet même ?

L'année 2009 a été une année de fortes secousses pour le PNLTHA et le projet bilatéral à cause de 3 événements :

1) Le déguerpissement du PNLTHA suite à une vente illicite de la parcelle où il reste. Il a fallu plusieurs mois de procédures en justice et une intervention de la primature pour que le PNLTHA regagne ses locaux et soit rétabli dans ses droits.
2) L'absence pendant 3 mois du médecin-directeur du PNLTHA pour raison de maladie.
3) La mort du médecin coordinateur provincial de Bandundu Sud, Dr Jean-Baptiste Ngaki. survenue comme complication tardive d'un accident de moto.

En dépit de l'impact négatif sur le fonctionnement de la direction du PNLTHA et la coordination de Bandundu Sud, sur terrain le PNLTHA a continué à fonctionner quasi normalement grâce à la 2ème prolongation de 6 mois de la 3ème phase du projet bilatéral.
La 3ème phase du projet bilatéral touchant à sa fin le 30 juin 2009, les dispositions ont été prises pour clôturer le projet et démarrer la 4ème phase. A noter à la fin de la 3ème phase le départ du coopérant Johan Declercq qui pendant plus de 12 ans s'est investi dans le projet bilatéral et contribuant de façon fort appréciée au renforcement des capacités du PNLTHA. Ce rapport ne pourrait être écrit sans lui adresser des sincères remerciements pour le travail assidu presté avec professionnalisme et passion durant toutes ces années, ni sans un dernier profond merci au Dr Jean-Baptiste Ngaki, excellent médecin et coordinateur très dynamique, tragiquement décédé le 22 juillet 2009.

3 BILAN DE LA PLANIFICATION DES ACTIVITES

3.1 Aperçu des activités

Composante 1: Soins intégrés, globaux et de qualité

RI/act	DESCRIPTION	DEGRÉ DE RÉALISATION
R1	**LA LUTTE CONTRE LA THA EST PLANIFIÉE PAR LES ZS SELON DES CRITÈRES OBJECTIFS**	
1.1	**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**	En 2008 tous les ECZS avaient déjà été invitées aux ateliers provinciaux. En 2009 (phase3) tous les ateliers provinciaux (10 sur 10) ont eu lieu mais les limitations budgétaires (2ème prolongation phase 3) n'ont pas permis d'inviter toutes les ECZS des ZS endémiques.
1.2	**Inscrire la lutte contre la THA dans les PDSZ et les plans opérationnels annuels des ZS endémiques**	L'élaboration des PDSZ est en cours. Le niveau central et les MCP déploient des efforts pour que la lutte contre la THA y soit inscrite.
R2	**L'ACTION DES UM EST RENDUE PLUS EFFICACE.**	
2.1-4	**Organiser le DA dans les ZS endémiques sur base de l'endémicité selon le plan annuel établi**	1.878.803 personnes ont été examinées en dépistage actif par les UM, chiffre supérieur à 2008 malgré la diminution du nombre d'UM.
2.5	**Organiser des actions d'envergure (plusieurs UM) dans les ZS hyperendémiques selon le plan annuel établi**	A partir de mai jusque décembre, des actions d'envergure ont été organisées avec succès dans les provinces de Bandundu et Kasaï Oriental.
2.6	**Améliorer la participation de la population cible au dépistage actif**	Activité des phases précédentes qui se poursuit. L'accent est mis sur le recensement « porte à porte » et l'implication des autorités locales dans la sensibilisation et la récupération des non-répondants au recensement. Les taux de participation lors des actions d'envergure au BDD et Kasaï Oriental ont dépassé les 90 % dans la plupart des aires de santé. A noter qu'au Kasaï Oriental ces taux étaient obtenus seulement en deux temps. Des nouvelles affiches écrites en langues locale (Tshiluba) ont été imprimées avec un financement de FIND.

RI/act	DESCRIPTION	DEGRÉ DE RÉALISATION
2.7	**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**	
2.7.1	Appliquer systématiquement le sérodépistage au CATT	100 % UM utilisent le CATT ; 1.819.993 tests faits sur PTE de 1.878.803 (couverture de 97 %).
2.7.2	Appliquer en routine le WOO (cfr arbre décisionnel)	La plupart des UM (sauf celles de l'EQN (5) et du MAN (4)) utilisent le WOO. Des pannes de générateurs rendent parfois impossible son exécution. Le WOO occupe la 2ème place après la ponction ganglionnaire comme examen de diagnostic avec 24 % du nombre total de diagnostics posés.
2.7.3	Appliquer systématiquement la simple centrifugation modifiée du LCR	Cette activité est encore à ses débuts ; 1ère évaluation pour fin juin 2010.
2.7.4	Appliquer le CATT sur sérum dilué dans toutes les UM	30 % des UM appliquent déjà le CATT sur sérum dilué.
2.7.5	Appliquer systématiquement la mini-colonne pour tous les suspects sérologiques à partir d'une dilution CATT + de ¼	Grâce à l'amélioration de la production, la mini-colonne gagne du terrain. (7 % du nombre total de diagnostics pour 4 % du nombre total d'examens).
2.7.6	Faire le contrôle de qualité rigoureux et périodique du sérodépistage et des examens parasitologiques	Ceci est fait par les chefs des UM et les coordinateurs provinciaux. Les résultats de ces contrôles devraient être systématiquement rapportés (sur instruction nationale).
2.8	**Traiter systématiquement dans les AS hyperendémiques les cas sérologiques CATT + à 1/8**	
2.8 1	*Préciser et valider la politique en matière de traitement des cas sérologiques sans preuve parasitologique.*	*Cfr conseil scientifique il y a 3 ans*
2.8 2	Instruire les MCP, les MCZ et les CUM	Faite.
2.8 3	*Préparer une instruction claire par rapport au traitement sérologique.*	*Faite.*
2.8 4	Identifier les AS hyperendémiques (ASHE)	Faite.
2.8 5	Traiter les cas sérologiques CATT + à 1/8 suivant le stade	124 CATT+ à la dilution 1/8 sur 379 ont bénéficié d'un traitement (32,7%).
2.9	**Améliorer la gestion des ressources humaines au sein des UM**	
2.9 1	Motiver les agents des UM moyennant une prime de rendement	Faite à 100 % et dans les délais acceptables. Prime majorée de 5 %.
2.9 2	Former et recycler	A programmer pour 2010.

RI/act	DESCRIPTION	DEGRÉ DE RÉALISATION
2.9 3	Superviser et faire le coaching régulièrement	Les MCP respectent les 2 supervisions par UM/semestre (cfr rapport trim.)
2.9 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	Cet indicateur sera mesuré au cours de 2010.
2.9 5	Organiser des revues semestrielles avec les UM	Fait semestriellement au BC, Kin, BDD N, annuellement dans autres prov.
2.9 6	Assister par des mesures d'accompagnement les agents à démobiliser (personnes âgées, malades etc.)	Il y a eu plusieurs décès à déplorer parmi le personnel du PNLTHA surtout au BDD. Le projet assiste les familles éprouvées pour un équivalent de 6 mois de prime.
2.9 7	Recruter de nouveaux personnels à la place des retraités selon des critères préétablis (compétence, qualités…)	A planifier pour 2010.
2.10	**Etendre la couverture en DA des UM**	
2.10.1	Identifier les ZS où la couverture en DA est insuffisante	Faite lors de la formulation en 2008. A actualiser en 2010.
2.10.2	Réorienter les UM des ZS sous contrôle vers des ZS hyperendémiques (UM Kin, UM Popo, UM Maswika…)	A été fait pour UM Popo (participation à l'action d'envergure à Yasa Bonga) et partiellement pour UM Kin et UM Maswika.
2.10.3	Renforcer les MUM des ZS endémiques (MUM ZS Bonga Yasa, MUM ZS Vanga)	A planifier en 2010.
2.10.4	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.)	Les MSF-B ont été orientés vers la ZS de Kikongo pour laquelle ils préparent un projet. Pour les autres ZS des fonds doivent encore être trouvés.
2.11	**Assurer la coordination des activités 2.1 – 21.**	Le MCP de BDD N assume l'interim du MCP du BDD S décédé.
2.12	**Evaluer toutes les UM à l'aide d'une grille d'évaluation préétablie et effectuer les rétro-actions qui s'imposent**	A planifier pour 2010.
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.**	
3.1	**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**	Une commission pour l'intégration des programmes spécialisés serait en voie de création au niveau du MinSan.
3.2	**Rédiger et diffuser un manuel de stratégies et de procédures des activités intégrées de lutte contre la THA dans les provinces et les ZS**	A planifier en 2010.

RI/act	DESCRIPTION	DEGRÉ DE RÉALISATION
3.3	**Appuyer la mise en œuvre des PDSZ et les plans opérationnels des ZS endémiques**	Les PDSZ et les plans opérationnels sont en pleine élaboration.
3.4	**Former les personnels en THA selon le PDSZ (en privilégiant la polyvalence)**	Cette activité est tributaire à la précédente.
3.5	**Mettre en œuvre les activités de lutte contre la THA conformément au PMA et PCA**	Idem.
3.5 1	Assurer le dépistage clinique de la THA dans toutes les FS des ZS endémiques	L'existence du PDSZ et la formation sont préalables à cette activité.
3.5 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.	Le nombre de FS qui appliquent le sérodépistage augmente constamment. Par exemple au BC il est passé de 0 à 3 (2ème phase) et de 3 à 15 (3ème phase et début 4ème phase). Le contrôle de qualité se fait mais accuse encore des lacunes.
3.5 3	Assurer le diagnostic de la THA dans les FS des ZS endémiques (avec les techniques plus sensibles au niveau des HGR) (+QC)	Au total 181.563 personnes ont été examinées en DP contre 204.716 en 2008. Cette diminution est due à la forte diminution de la PTE en DP en EQN car dans la grande majorité des autres provinces les nombres ont augmenté significativement par rapport à 2008. Les besoins en formation en labo THA au niveau des HGR et CSR sont importants.
3.5 4	Assurer le traitement des malades du 1er stade dans les CS des AS endémiques.	Cela se fait de plus en plus. Par exemple à Muanamputu (Kin) tous les malades du 1er stade (une trentaine) furent traités au PS.
3.5 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	Le dépistage du VIH ne se fait pas dans les centres de traitement de la THA. Par contre le NECT a été introduit dans 6 centres dans le cadre de l'étude NECT field et dans un centre hors du cadre de cette étude.
3.5 6	Assurer le suivi post-thérapeutique des malades THA	Le taux d'assiduité au suivi à 2 ans est estimé à environ 30%.
3.5 7	Assurer la sécurité transfusionnelle vis-à-vis de la THA dans les hôpitaux des ZSE. Cfr 1.4.5	2675 donneurs de sang ont été testés au CATT dont 76 positifs. La démarche d'intégration du CATT dans la biosécurité sanguine se poursuit.
3.5 8	Inclure la THA comme thème dans l'IEC au niveau des FS. Cfr R2.3	A planifier.
3.5 9	Superviser les CDTC et faire le coaching des membres de l'ECZ travaillant à l'HGR régulièrement par le MCP	Il s'agit d'une tâche de routine des MCP et des superviseurs provinciaux.

RI/act	DESCRIPTION	DEGRÉ DE RÉALISATION
3.6	**Intégrer les CDTC dans les HGR là où c'est justifié et possible**	Processus en cours. En EQN, les CDTC (22) ont été intégrés.
3.6.1	Réaliser un audit technique d'utilisation des CDTC	A planifier.
3.6.2	Planifier, sur base des résultats de l'audit, le cahier de charges remis à jour des CDTC	Tributaire à l'exécution de 3.6.1.
3.6.3	Planifier le redéploiement du personnel et des ressources matérielles en fonction des résultats de l'audit et des supervisions	Tributaire à l'exécution de 3.6.1
3.6.4	Etablir un chronogramme de changement de rôle et activités conformément à la SRSS	
3.6.5	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	Le personnel des FS non-PNLTHA qui ont eu à traiter des malades a bénéficié d'une motivation sous forme d'une prime globale à l'équipe soignante.
3.7	**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)**	En 2010 les actions de LAV se sont principalement focalisées sur les AS hyperendémiques de la ZS de Yasa Bonga.
3.8-11	**Assurer la coordination des activités 3.1-3.7**	Fait par les MCP et superviseurs provinciaux (6 MCP + 9 superviseurs).
R4	**LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SONT UTILISEES COMME OUTIL DE SUIVI ET DE CONTRÔLE DANS LE CADRE DE LA SURVEILLANCE DES MALADIES**	
4.1	**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**	Suite au décès du MCP de BDD S et le départ de l'AT en charge de ce volet, la géoréférence des ZS endémiques n'a plus continué au 2ème semestre 2009. La reprise est planifiée pour 2010.
4.2	**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)**	A planifier pour 2010.
4.3	**Mettre à jour et analyser mensuellement la banque des données THA au niveau périphérique, provincial et central et assurer le rapportage mensuel**	Activité de routine qui se fait obligatoirement sinon des sanctions sont prises par la direction du PNLTHA. Le taux de promptitude n'est pas nécessairement inférieur pour les coordinations éloignées. Par exemple la Prov. Or. est souvent la 1ère quant à la remise des rapports.
4.4	**Assurer la surveillance des cas de rechute**	Le projet de pharmacovigilance de l'IMT d'Anvers ainsi que l'unité de parasito de l'INRB s'attèlent à améliorer la

RI/act	DESCRIPTION	DEGRÉ DE RÉALISATION
		surveillance de ces cas.
4.5	**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…)**	La sérosurveillance a minima via les banques de sang des ZSE est en phase d'essai au niveau du CNTS et à Kananga.
4.6	**Impliquer les structures de santé et les communautés dans les activités de surveillance (surveillance à base communautaire)**	Lors des actions d'envergure les communautés et leurs autorités ont été fortement impliquées dans la mobilisation et la surveillance. La collaboration avec les autorités administratives est souvent perçue comme plus fructueuse que celle avec les ECZS.

Composante 2: Renforcement structurel, décentralisation, collaboration intra & intersectorielle et transfrontalière, et suivi scientifique

RI/act	DESCRIPTION	DEGRÉ DE RÉALISATION
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)**	
5.1	**Mettre en place l'équipe d'exécution conjointe pour assurer l'exécution opérationnelle sur le plan technique, logistique, administratif et financier**	
5.1.1	**Appui technique**	
	5.1.1.1 Appuyer le PNLTHA dans l'exécution des décisions de la SMCL	Le rapport final sur la phase 3 a été remis. Un cahier de charges pour le comité d'accompagnement sera remis à la SMCL en mars. La mission de Gemena n'a pas encore eu lieu à cause de l'insécurité dans la région et l'interdiction de vol avec les compagnies sur cette destination (liste noire).
	5.1.1.2 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	Le médecin-directeur adjoint représente souvent le PNLTHA dans les ateliers au MinSan qui concernent la reforme sanitaire dont l'intégration des activités des programmes spécialisés est un aspect.
	5.1.1.3 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.	Activité de routine des phases précédentes qui se poursuit. Une formation en « Epitryps » , base de données spécifique pour la THA, a été organisée en octobre 2010.

RI/act	DESCRIPTION	DEGRÉ DE RÉALISATION
	5.1.1.4 Appuyer le coaching des MCP (supervisions + revues semestrielles), les évaluer et favoriser leur collaboration avec les ECZS	Le déguerpissement de la direction du PNLTHA ne lui a pas permis de maintenir le rythme habituel de supervisions des MCP. Une dizaine de supervisions du niveau central ont néanmoins eu lieu en 2009.
	5.1.1.5 Assurer le contrôle de qualité du sérodépistage et du diagnostic	Activité de routine depuis les phases précédentes qui se poursuit.
	5.1.1.6 Suivre la fabrication des mini-colonnes à l'INRB	Fait. La production s'est améliorée quantitativement et qualitativement.
	5.1.1.7 Appuyer le PNLTHA dans la mise en œuvre des recommandations du comité d'accompagnement de l'intégration	Le comité d'accompagnement n'a pas encore été mis en place à cause de la reforme en cours au niveau de la D4.
5.1 2	**Appui logistique**	
	5.1.2.1 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.)	Les supervisions du dernier trimestre 2009 au Bandundu et Kasaï ont relevé plusieurs dysfonctionnements de la logistique qui nécessitent des redressements au 1er semestre 2010 tant au niveau provincial que national.
	5.1.2.2 Procéder à la passation des marchés	En cours.
	5.1.2.3 Optimaliser le fonctionnement et le rendement des ateliers de fabrication de pièges (aux niveaux central et provincial)	La production de l'atelier national a été interrompue à cause du déguerpissement ; elle entre-temps été reprise au rythme de 25 pièges/jour.
5.1 3	**Appui sur le plan administratif et financier**	
	5.1.3.1 Appuyer le PNLTHA dans l'amélioration de la gestion des ressources humaines	La ponctualité a été améliorée de façon significative au siège suite à l'instauration d'une pointeuse. D'autres aspects d'amélioration sont à l'étude.
	Développer et proposer une politique de motivation « alignée »	Les directives à ce propos ne peuvent émaner que du MinSan.
	Etablir des contrats de performance	A planifier pour 2010.
	Déterminer les besoins de formation en quantité et qualité et chiffrer le coût (costing)	A planifier pour 2010 sur base des dses plans opérationnels des ZSE.
	Etablir des échéanciers de transfert des compétences entre l'AT et le personnel national	A planifier pour 2010.
	5.1.3.2 Assurer mensuellement le rapportage comptable pour la CTB	Tous les rapports ont été remis.
	5.1.3.3 Renforcer les capacités administratives et comptables du personnel PNLTHA	Plusieurs supervisions administratives ont eu lieu dans les coordinations dans le but d'améliorer leur fonctionnement en

RI/act	DESCRIPTION	DEGRÉ DE RÉALISATION
		renforçant leurs capacités.
	5.1.3.4 Assurer les frais de gestion des prestataires de services et de l'AT	Fait.
5.2	**Améliorer l'appui logistique aux UM et aux FS**	
5.2.1	Renouveler les équipements amortis (véhicules, baleinières et hors-bord, générateurs, matériel de campement, chaîne de froid, matériel médical, matériel de labo etc.)	2 baleinières réfectionnées ; 2 générateurs achetés, 14 autres en commande ; autres matériels en commande.
5.2.2	Assurer l'acheminement des équipements et consommables à partir de l'unité logistique jusqu'à la coordination provinciale et ensuite jusqu'aux UM et aux FS	Fait. Les délais peuvent être raccourcis.
5.2.3	Assurer en permanence le fonctionnement des UM et l'approvisionnement en intrants spécifiques de la lutte contre la THA dans les FS	Fait. Il n'y a pas eu de ruptures de stock prolongées.
5.2.4	Assurer à tous les niveaux une gestion de stocks performante et un monitorage permanent de la logistique des UM et des FS	Mise en place d'un tableau de bord de monitorage logistique à planifier pour 2010.
5.3	Primes Equipe Direction Programme	Payées régulièrement.

RI/act	DESCRIPTION	DEGRE DE REALISATION
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**	
6.1	**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**	Cette activité n'a pas encore eu lieu du fait que la D4 qui doit la piloter était en pleine restructuration. Fin 2009 cette reforme n'avait pas encore totalement abouti.
6.2	**Appuyer la conception et l'exécution de recherches**	Le PNLTHA participe à plusieurs recherches : la pharmacovigilance (IMTA), le NECT-field (DNDi), plus

RI/act	DESCRIPTION	DEGRE DE REALISATION
		récemment Parahat (IMTA)
6.3	**Organiser les missions d'expertise externe et les évaluations externes**	
	Mission d'évaluation à mi-parcours au 3ème trimestre 2.1.. Autres missions d'appui technique dans le domaine de techniques de labo etc.	A voir en 2011.
6.4	**Appuyer la participation aux colloques internationaux et aux réunions de concertation inter pays**	Le PNLTHA a participé au meeting biannuel du DNDi à Nairobi, le ISCTRC à Kampala et la Conférence Internationale à Kinshasa sur les maladies infectieuses et parasitaires.
R.7	**LA COLLABORATION INTRA ZONALE, INTERSECTORIELLE ET TRANSFRONTALIERE EST RENFORCEE**	
7.1	**Etablir un <u>état des lieux</u> de partenariat intrazonal (partenaires en ZS) et intersectoriel potentiel (Education, Environnement & Hygiène, Agriculture et Elevage, Développement rural, Média...), identifier les possibilités de <u>synergies</u> et concevoir les stratégies de mise en œuvre.**	Dans le cadre du PATTEC, une collaboration a été initiée entre le PNLTHA et le Ministère de l'Agriculture : des activités de sensibilisation ont eu lieu et un projet de sites sentinelles est en train d'être préparé.
7.2	**Planifier des actions pertinentes par secteur ; négocier les financements nécessaires et exécuter**	Un financement a été obtenu auprès de FIND.
7.3	**Mettre en commun les expériences lors des <u>forums trypano</u>**	La plateforme régionale de la THA appuyée par le DNDi s'est réunie une 1ère fois à Nairobi et une 2ème fois à Kampala. La délégation de la RDC (PNLTHA, Labovet et CTB) y a participé.
7.4	**Participer à l'organisation d'actions de <u>lutte transfrontalière</u>**	Aucune action de lutte transfrontalière a eu lieu en 2009.

Composante 3: Financement global multi bailleurs à moyen et long terme

RI/act	Description	Degré de réalisation
R8	**LA CARTOGRAPHIE DES APPUIS GLOBAUX ET PARTICULIERS AUX ZS ENDEMIQUES THA EST REALISEE ET ACTUALISEE ET LES BESOINS NON SATISFAITS SONT IDENTIFIES**	
8.1	**Mettre à jour la liste des intervenants dans les ZS endémiques et les cartographier par domaine d'intervention et par contribution**	Travail fait en été 2008. A réactualiser en 2010.
8.2	**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**	Activité prévue pour 2011.
8.3	**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 (forums trypano nation. et provinciaux)**	Activité qui peut être envisagée à partir du moment que la restructuration de la D4. Cela ne doit empêcher à partir de 2010 la relance des « forums trypano » tant nationaux que provinciaux.
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**	
9.1	**Elaborer des plans budgétisés à long terme (national/ provinciaux)**	Activité prévue pour 2011.
9.2	**Faire la plaidoirie au niveau provincial et national pour le financement de ces plans**	La plaidoirie dans le cadre du PATTEC a permis d'obtenir des fonds de FIND pour « l'advocacy » au sujet de la THA et la TAA en RDC.

3.2 Analyse de la planification des activités

- Malgré les événements ayant secoué le PNLTHA, les activités se sont poursuivies normalement sur le terrain. La PTE et le nombre de NC qui sont du même ordre qu'en 2008, en témoignent. Ceci prouve qu'il existe une marge d'autonomie de plusieurs mois dans le fonctionnement des coordinations provinciales et les unités périphériques.
- 6 mois après le démarrage de la 4ème phase il est prématuré de parler de véritables retards. Trois retards sont à signaler :
  - le comité d'accompagnement n'est pas encore mis en place (suite à la restructuration de la D4 en cours)

- du fait que le processus de la formulation des plans provinciaux et zonales de développement sanitaire sont encore en cours, la tenue des ateliers d'intégration tel que prévu par la 4ème phase a été reportée, la formulation de ces plans suscitées y étant préalable.

4 BILAN DES FINANCES

4.1 Aperçu des dépenses par rapport au planning financier

Dépenses phase 3 et 4 en 2009 par province

PROVINCE	BUDGET 1er SEMESTRE 2009 PHASE 3 (Q4 2008)	BUDGET 2ème SEMESTRE 2009 PHASE 4 (Q2 2009)	TOTAL BUDGET 2009	DEPENSES 1er SEMESTRE PHASE 3	DEPENSES 2ème SEMESTRE PHASE 3	DEPENSES 2ème SEMESTRE PHASE 4	TOTAL DEPENSES 2009	% DEPENSES / BUDGET 2009
Bandundu Nord	190 420 €	260 561 €	450 981 €	-95 228 €	-16 722 €	-235 932 €	-347 882 €	77,1%
Bandundu Sud	166 180 €	199 548 €	365 728 €	-97 794 €	-17 415 €	-206 610 €	-321 819 €	88,0%
Bas-Congo	34 320 €	50 052 €	84 372 €	-24 754 €	-4 762 €	-52 489 €	-82 005 €	97,2%
Equateur Nord	0 €	51 250 €	51 250 €	-225 €	0 €	-59 299 €	-59 524 €	116,1%
Equateur Sud	29 340 €	44 079 €	73 419 €	-37 538 €	-6 080 €	-57 317 €	-100 935 €	137,5%
Province Oriental		36 909 €	36 909 €			-7 854 €	-7 854 €	21,3%
Kasaï Occidental	94 170 €	102 696 €	196 866 €	-46 269 €	-10 557 €	-103 597 €	-160 423 €	81,5%
Kasaï Oriental	101 100 €	144 477 €	245 577 €	-54 579 €	-13 754 €	-146 584 €	-214 917 €	87,5%
Kinshasa	39 940 €	51 613 €	91 553 €	-41 810 €	-5 532 €	-57 767 €	-105 109 €	114,8%
Maniéma Katanga	115 200 €	148 715 €	263 915 €	-90 032 €	-8 937 €	-121 629 €	-220 597 €	83,6%
Direction	348 850 €	199 100 €	547 950 €	-418 220 €	-82 709 €	-186 220 €	-687 149 €	125,4%

Moyens Généraux		207 350 €	207 350 €			-245 271 €	-245 271 €	118,3%
Total général	**1 119 520 €**	**1 496 350 €**	**2 615 870 €**	**-906 448 €**	**-166 469 €**	**-1 480 568 €**	**-2 553 485 €**	**97,6%**

Dépenses phase 3 par résultats intermédiaires 2009 (janvier-septembre)

RI	Volet Résultat	Description RI phase 3	Budget Total	Total Dépenses fin 2008 (N-1)	Balance fin 2008 (N-1)	Budget 2009 (Q4 2008)	Dépenses 2009	% DEPENSES / BUDGET 2009
1	**A-J_01**	Les données démographiques des aires endémiques sont fiables	1 600 €	-505 €	1 095 €	0 €	-2 €	
2	**A-J_02**	Détection des cas THA améliorée suite à une meilleure participation au dépistage actif	15 500 €	-15 610 €	-110 €	0 €	0 €	
3	**A-J_03**	Amélioration de la détection des cas THA suite à une meilleure couverture en DA et DP	6 767 993 €	-6 182 014 €	585 979 €	385 102 €	-272 468 €	70,8%
4	**A-J_04**	Détection des cas THA améliorée suite à un dépistage/diagnostic plus performant	101 835 €	-92 121 €	9 714 €	5 000 €	-25 167 €	503,3%
5	**A-J_05**	Les malades sont correctement traités dans les délais prescrits et suivis adéquatement	1 621 656 €	-1 465 003 €	156 654 €	127 050 €	-102 731 €	80,9%
6	**A-J_06**	La surveillance épidémiologique de la THA fait partie intégrante des activités de contrôle	133 400 €	-120 635 €	12 765 €	15 000 €	-15 237 €	101,6%
7	**A-J_07**	Performance des coordinations provinciales améliorée	1 243 594 €	-1 173 255 €	70 339 €	104 498 €	-137 815 €	131,9%
8	**A-J_08**	Le personnel de tous les niveaux est formé/récyclé	85 980 €	-90 247 €	-4 267 €	4 000 €	-6 687 €	167,2%
9	**A-J_09**	Le nombre de glossines infectantes est diminué par une LAV à base communautaire	182 501 €	-176 448 €	6 053 €	7 200 €	-8 575 €	119,1%
10	**A-J_10**	Le volet IEC a un réel impact sur le comportement des populations exposées	31 600 €	-21 443 €	10 158 €	9 600 €	-3 306 €	34,4%
11	**I_11**	Le niveau central et provincial sont appuyés par un appui institutionnel renforcé de la CTB	4 033 160 €	-3 781 981 €	251 179 €	462 070 €	-500 929 €	108,4%
	Total général		**14 218 820 €**	**-13 119 261 €**	**1 099 559 €**	**1 119 520 €**	**-1 072 917 €**	**95,84%**

Dépenses phase 4 par résultats intermédiaires 2009 (juillet-décembre)

RI	Description RI phase 4	Budget Total	Total Dépenses fin 2008 (N-1)	Balance fin 2008 (N-1)	Budget 2009 (Q2 2009)	Dépenses 2009	% DEPENSES / BUDGET 2009
1	La lutte contre la THA est planifiée par les ZS selon l'évidence épidémiologique	59 000 €	0 €	59 000 €	10 000 €	0 €	0,0%
2	L'action des UM est rendue plus efficace	4 257 312 €	0 €	4 257 312 €	772 100 €	-715 225 €	92,6%
3	Les activités de lutte contre la THA font partie intégrante du PMA, PCA et PAP des FS des ZS endémiques et la prise en charge est améliorée	2 577 401 €	0 €	2 577 401 €	367 580 €	-335 852 €	91,4%
4	Les données épidémiologiques sont utilisées comme outil de suivi et de contrôle dans le cadre de la surveillance des maladies	100 000 €	0 €	100 000 €	10 500 €	-4 858 €	46,3%
5	Un appui institutionnel adapté à la configuration nouvelle (décentralisation, SRSS, intégration) est fourni aux niveaux central (PNLTHA, D4), provincial (ECP) et périphérique	1 224 200 €	0 €	1 224 200 €	123 800 €	-176 599 €	142,6%
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	40 000 €	0 €	40 000 €	2 800 €	-3 258 €	116,4%
7	La collaboration intra zonale, intersectorielle et transfrontalière est renforcée	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	
8	La cartographie des appuis globaux et particuliers aux ZS endémiques THA est réalisée et actualisée et les besoins non satisfaits sont identifiés	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	
9	La lutte contre la THA est prise en compte et budgétisée dans les PDS des ZSE et des financements couvrant les besoins sont obtenus	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	
	Réserve budgétaire	228 987 €	0 €	228 987 €	0 €	0 €	
	Moyens généraux	1 513 100 €	0 €	1 513 100 €	209 570 €	-244 777 €	116,80%

		10 000 0000 €	0 €	10 000 000 €	1 496 350 €	-1 480 568 €	98,9%

4.2 Analyse du planning financier

Le taux global d'exécution budgétaire pour le premier semestre, tous les résultats confondus, était de 98,9 %, « low risk » donc.

Au niveau des résultats intermédiaires mêmes, quelques écarts ont été constatés :

A_01 :

Pas de dépenses. Le lobbying interne pour l'inscription de la lutte contre la THA dans les PDS a néanmoins commencé au niveau national (DEP) et provincial (MCP et équipes cadres provinciales) Les frais y afférents sont rentrés dans le frais de fonctionnement.

A_04 :

L'activité de géoréférencement a été suspendue à cause du décès du MCP de Bandundu Sud qui en était le coordinateur de terrain et le départ de l'AT Mr Declercq en charge de la production des cartes et la coordination globale du projet de cartographie.

B_01 :

Dépassement de 21.674 € pour le transport à cause des expéditions en province des très volumineux kits DFMO ; l'achat d'un véhicule pour la direction planifié pour 2010 a été anticipé au 2ème semestre 2009 d'où le dépassement apparent de 30.899 €

Z Moyens généraux :

- Il y a eu un dépassement d'environ 2500 € pour les frais de transfert par les agences Soficom et Malu transfert. Ce dépassement est dû à une sous-estimation au départ et une légère augmentation du tarif pour le transfert de monnaie à Kasongo.

- L'achat d'un véhicule pour l'AT planifié pour 2010 a été anticipé au 2ème semestre 2009 d'où le dépassement apparent de 30.899 €.

5 SUIVI DES INDICATEURS

5.1 Objectif spécifique

Rappel de l'IOV de l'objectif spécifique : « 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 % »

Par rapport au taux d'infection en DA (TI DA) au niveau du pays, celui-ci a augmenté de 0,20 % en 2008 à 0,23 % en 2009 suite aux actions d'envergure de dépistage actif mis en œuvre dans les provinces où la maladie stagne.

L'analyse du taux d'infection en dépistage actif (TI DA) provincial montre que 4 provinces des 9 atteignent aujourd'hui l'objectif spécifique (Maniema, Katanga, Equateur et Kinshasa) alors que 5 autres provinces n'atteignent pas encore le 0,1% visé : Bandundu, Province Orientale, Kasaï Oriental, Kasaï Occidental et le Bas-Congo.

Si on tient compte du taux d'infection général (TI Gen) en comptant les cas dépistés en passif (environ 30 %), l'image se présente différemment : seulement 2 provinces (Maniema 0,06 % et Katanga 0,10%) se situent en-dessous du 0,1 % ; deux provinces se rapprochent de l'objectif (Equateur 0,15 % et Kasaï Occidental 0,19 %) ; le Bas-Congo obtient un résultat intermédiaire (0,29%) alors que les provinces du Kasaï Oriental (0,32%), Bandundu (0,47%) et la Province Orientale (1,32%) restent encore éloignées de l'objectif spécifique. Il faut toutefois nuancer aussi ce résultat car en tenant compte des cas dépistés en passif un effet de « concentration » et donc d'augmentation artificielle du taux d'infection se produit du fait de la sous-estimation dans le dénominateur de la population totale dont sont issus ces nouveaux cas.

En analysant l'évolution du nombre de nouveaux cas par province, une diminution (significative ou non) par rapport à l'année 2008 est constatée dans chacune des provinces sauf au Bandundu où 4457 nouveaux cas ont été déclarés contre 3923 en 2008 (augmentation de 13 %). Cette augmentation était attendue. Elle s'explique par un changement de stratégie pour les ZS hyperendémiques notamment la mise en œuvre d'actions d'envergure. Dans la seule ZS de Yasa Bonga au Bandundu Sud, plus de 1000 NC ont été diagnostiqués en 2009 grâce à l'action conjointe de 4 équipes mobiles. Au Kasaï Oriental les actions d'envergure n'ont – contrairement aux attentes – pas conduit à une augmentation du nombre total de nouveaux cas par rapport à l'année 2008 suite à une diminution des cas dépistés en passif. En 2010 d'autres actions d'envergure devront être menées avant de conclure à une régression réelle de la THA dans cette province.

Quant à la mortalité, 55 décès ont été notés parmi les malades déclarés contre 112 en 2008 ce qui représente une diminution de 50 % laquelle s'explique par la généralisation progressive du DFMO comme traitement de choix pour le 2ème stade. Il s'agit néanmoins d'une sous-estimation de la mortalité réelle due à la THA car aujourd'hui encore plusieurs malades de sommeil meurent sans que le diagnostic de la THA soit posé.

En conclusion : la charge de morbidité due à la THA reste importante et semble stationnaire par rapport à 2008 (7183 NC déclarés en '09 versus 7284 NC en '08).

Le remplacement progressif de l'Arsobal par le DFMO a conduit à une diminution de la mortalité de 50 % des patients traités. La généralisation du NECT durant l'année 2010 pourra encore diminuer cette mortalité.

L'impact des actions d'envergure sous forme d'une réelle diminution du nombre de cas déclarés par an n'est pas attendu avant 2011 car il reste plusieurs ZS endémiques éligibles pour ce type de dépistage intensif qui pourraient – comme la ZS de Yasa Bonga cette année-ci – surprendre par le nombre important de cas THA qu'elles hébergent encore.

5.2 Résultats

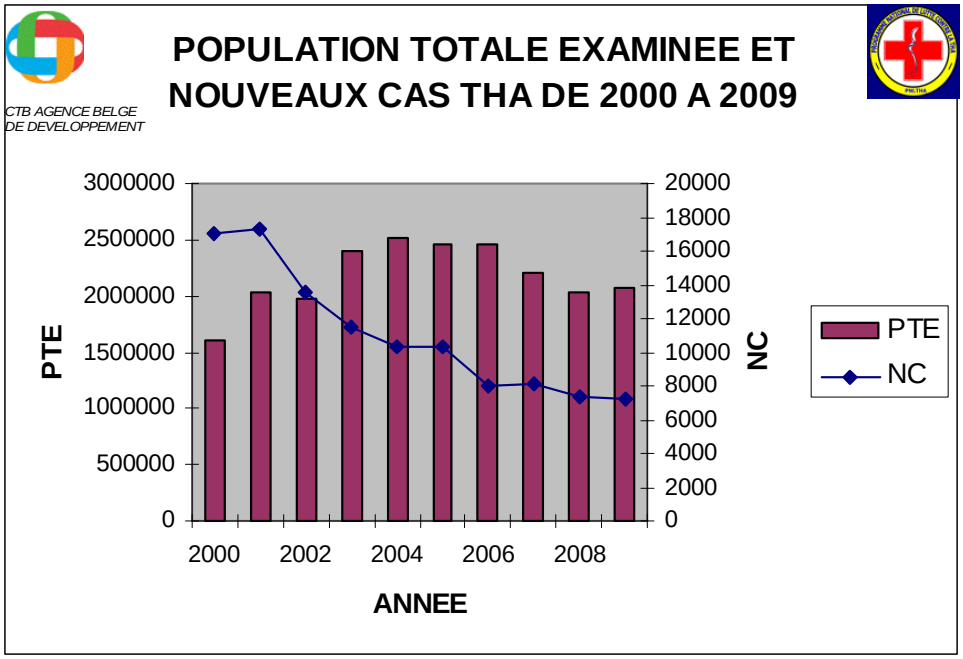
RI & IOV	Degré de réalisation
1. La lutte contre la THA est planifiée par les ZS selon l'évidence épidémiologique	
Ateliers provinciaux réalisés	10 sur 10.
Nbre de ZS avec lutte contre la THA intégrée dans leur plan annuel	2009 : environ 15 % des ZSE (baseline) ; 2010 : à évaluer au 2ème trim.
Politique d'intégration explicite disponible	Élaboration d'un draft en cours.
2. L'action des UM est rendue plus efficace	
Réduction du TI à 0,1 %	BC 0,21/BDD 0,34/MAN 0,03/KAT 0,03/KOR 0,17/KOC 0,14/EQ 0,06/KIN 0,09/POR 1,27
Nombre d'UM appliquant systématiquement tous les tests	16 sur 34 UM ; jusqu'au WOO :13 UM ; sans Woo : 5 UM (EQN).
3. Les activités de lutte contre la THA font partie intégrante du PMA, PCA et PAP des FS des ZS endémique et la prise en charge est améliorée	
Nombre de ZSE ayant intégré les activités dans le PMA, PCA et PAP	À évaluer en 2010 ; baseline estimé à moins de 10 %.
Existence d'un rapport d'atelier national sur l'intégration	Cfr D4 ; cet atelier n'a pas encore eu lieu.
Nombre de plans opérationnels des ZSE appuyés	Baseline 2009 : 15/50 ZSE++ sans aucun appui. Indicateur à évaluer en 2010.
Nombre de personnels ZSE formés en THA	Voir rapport provinciaux !

RI & IOV	Degré de réalisation
Nombre de CDTC intégrés dans les HGR, CS	BASELINE : BC : 3 CDTC et 26 FS ; BDD N : 9 CDTC et 53 FS ; BDD S : 8 CDTC 18 FS ; EQS : 0 CDTC et 11 FS ; EQN : 22 CDTC intégrés ; KOC : 6 CDTC en voie d'intégration et 10 FS ; SAN : 3 CDTC intégrés et 1 FS ; KOR : 12 CDTC en voie d'intégration ; MAN/KAT : 8 CDTC en voie d'intégration ; POR : 1 CDTC intégré
4. 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	Baseline : toutes les UM transmettent les données pertinentes aux ZS ; un système de surveillance intégré n'existe pas encore au niveau des ZSE.
Nombre de malades traités suivis	Baseline : entre 20 et 30 % pour suivi sur 2 ans.
5. Un appui institutionnel adapté à la configuration nouvelle est fourni aux niveaux central, provincial et périphérique.	
Document disponible avec définition d'une politique sur l'intégration	Projet de document en cours d'élaboration.
Nbre coordinateurs intégrés dans l'EC provincial	6 sur 10 (BC, BDD, KOR, KOC, EQ, KIN).
Document défin. Relation fonctionnelle entre la D4 – programme disponible	La restructuration de la D4 étant en cours, le document n'existe pas encore.
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	La restructuration au niveau de la D4 étant en cours, le comité d'accompagnement n'a pas encore été installé.
Nombre de recherche-actions réalisées	Aucune (raison : cfr ci-dessus) ; néanmoins avec le PNTS une forme de recherche-action est en cours sur l'intégration du CATT comme biomarqueur.
Nombre d'évaluations réalisées	Aucune ; niv. central a organisé 4 supervisions en nov-déc (BC, BDD N, KOR, KOC).
Augmentation nbre de partenaires intrazonaux, intersectoriels et régionaux	FIND, PATTEC, Bill & Melinda Gates Foundation, CORDAID, MSH.
Existence d'un plan multisectoriel de lutte contre la THA	Au niveau du PATTEC il existe un plan intéressant plusieurs secteurs pour la RDC.

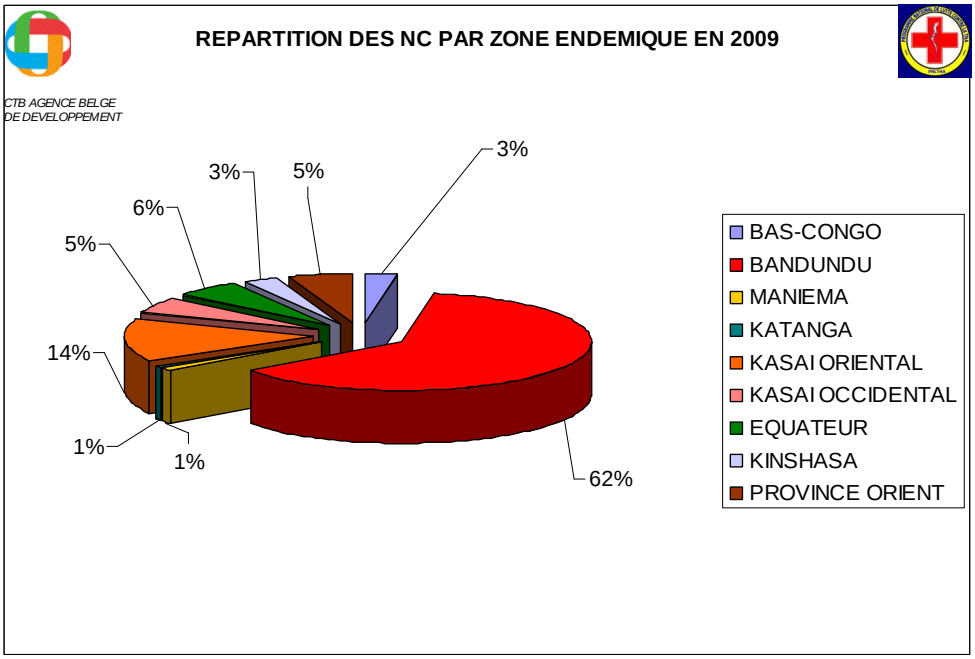
RI & IOV	Degré de réalisation
Nbre de plans de ZS intégrant la THA	Baseline : 10 % des ZSE.
Nbre d'activités à base communautaire	A partir de mai 2009 de nombreuses communautés se sont mobilisées dans les actions d'envergure au BDD N, BDD S et KOR et la LAV à base communautaire.
Nbre de bailleurs nouvellement identifiés	FIND, PATTEC, Bill & Melinda Gates Foundation.
8. La cartographie des appuis globaux et particuliers aux ZS endémiques THA est réalisé et actualisée et les besoins non satisfaits sont identifiés.	
Nbre de cartes THA- partenaires faites par provinces ;	Baseline : cfr Rapport de formulation p.42-43. A actualiser au 1er sem 2010.
Nbre ZSE avec besoins non satisfaits identifié	Baseline : cfr rapport de formulation p.42-43.
9. La lutte contre la THA est prise en compte et budgétisé dans les PDS des ZS endémiques et des financements couvrant les besoins identifiés sont obtenus.	
Existence d'un document « costing » activités de lutte THA	A élaborer encore en collaboration avec cellule costing de la DEP.
Nbre de ZSE ayant un plan budgétisé basé sur le costing THA et les besoins non satisfaits	Baseline : 0
Nbre de forum trypano internationaux et provinciaux tenus	International : plateforme régional THA DNDI juin 2009 ; ISCTRC biannual meeting Kampala sept. 2009 ; réunion PATTEC octobre 2009 ; Conférence internationale sur maladies parasitaires à Kinshasa en novembre 2009. Provinces : Kin et BDD N.

Le projet n'ayant démarré en juillet 2009, il est en ce moment prématuré pour évaluer le risque par rapport à une éventuelle non atteinte des résultats.

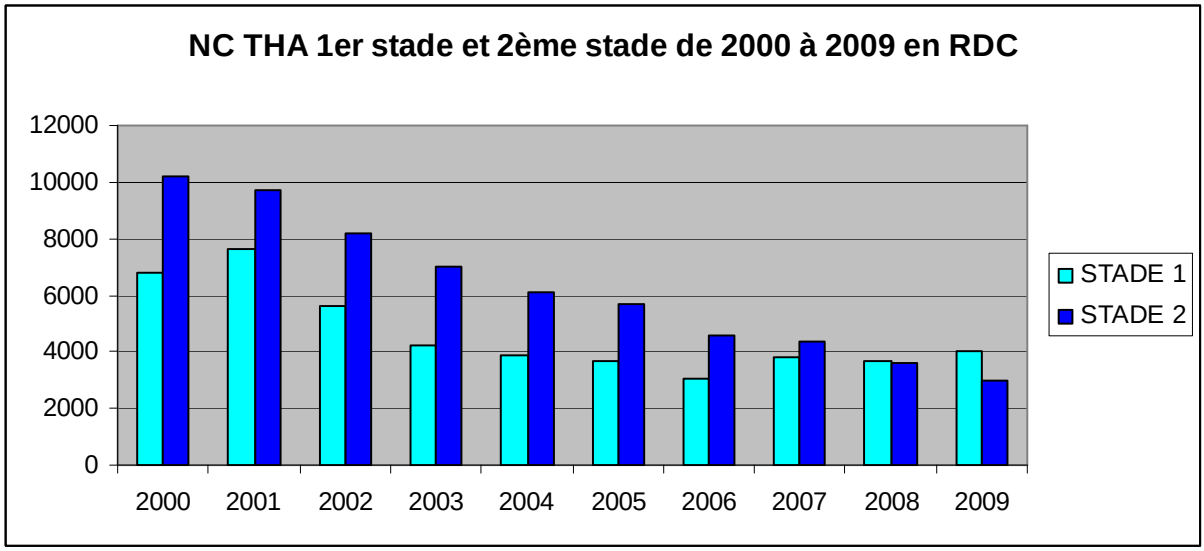
5.3 Évolution des indicateurs (graphiques)



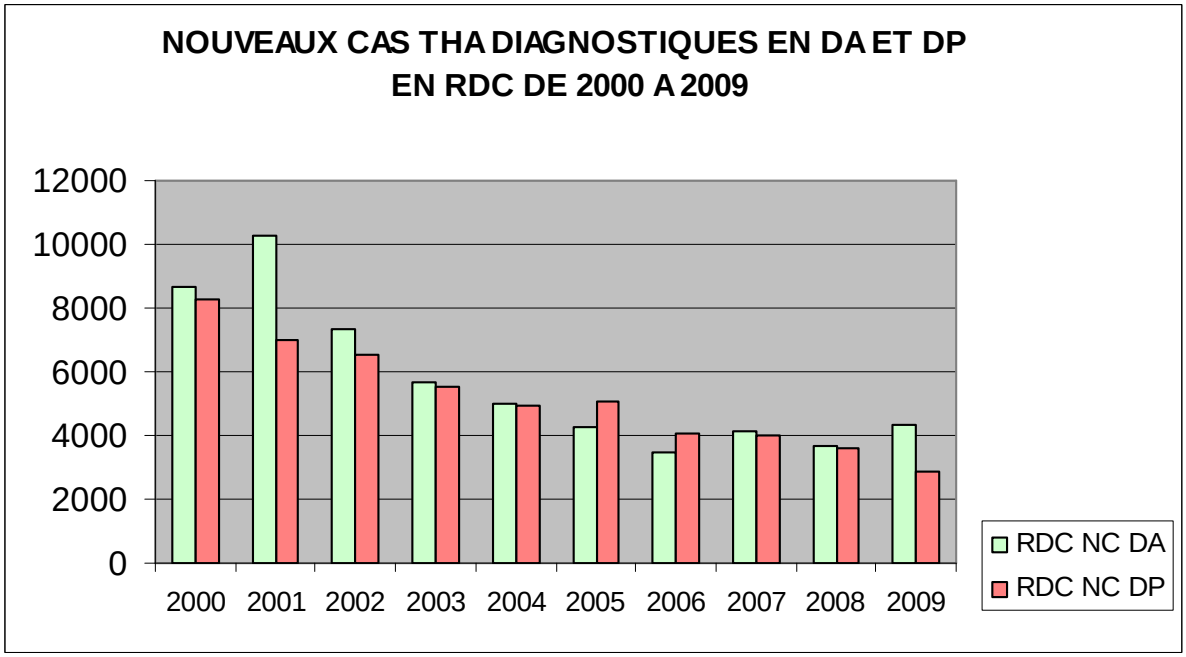
2008-2009 : légère augmentation de la PTE. Nombre total de NC : statu quo.



2008- 2009 : 62 % des cas déclarés par la RDC proviennent du Bandundu contre 54 % en 2008. Cette augmentation est due aux actions d'envergure entreprises à partir de 2009 dans cette province.



L'augmentation du nombre de NC au 1er stade s'explique par les actions d'envergure mises en œuvre au Bandundu et au Kasaï Oriental lors desquelles plus de nouveaux cas ont été diagnostiqués précocement (surtout dans la ZS de Yasa Bonga)



L'augmentation du nombre de NC diagnostiqués en DA s'explique également par les actions d'envergure mises en œuvre au Bandundu et Kasaï Oriental. Que la diminution apparente du nombre de NC diagnostiqués en DP correspond à une réelle diminution de l'endémie est encore difficile à confirmer à ce stade.

6 APPRECIATION DES CRITERES DE SUIVI

6.1 Efficience

La 4ème phase a démarré le 1er juillet 2009. A seulement 6 sur 48 mois d'activités, les résultats ne peuvent être atteints à ce stade. L'année 2009 fut une année particulièrement éprouvante pour le PNLTHA (déguerpissement du programme, mort d'un des MCP…) ce qui a eu un effet retardateur sur la mise en œuvre de certaines activités.

Respect du timing pour les résultats	
Les activités sont-elles exécutées à temps ?	Le dépistage actif par les 34 unités mobiles a continué au rythme habituel. Quelques activités spécifiques ont encouru un retard pour les raisons évoquées.
L'atteinte des résultats est-elle compromise par un éventuel retard ?	Pas vraiment. Le retard dans la mise en place du comité d'accompagnement ne retarde pas le processus d'intégration déjà en cours depuis la 3ème phase dans les différentes coordinations.
Moyens engagés dans l'exécution des activités	
Les moyens peuvent-ils être affectés de manière plus optimale ?	Un effort constant est fait pour que les moyens soient utilisés à juste titre. Les supervisions administratives des coordinations au dernier trimestre 2009 ont eu comme objectif d'améliorer la gestion en utilisant de façon plus rationnelle les moyens disponibles.
Quelle est la qualité des activités ?	Une 1ère évaluation de la qualité des activités ayant trait au degré d'intégration a eu lieu en novembre 2009 au Bas-Congo. Des progrès significatifs ont été notés mais il reste plusieurs écarts à combler. En 2010 les UM et CDTC seront évaluées sur leur performance.
Le modèle organisationnel du projet est-il jugé positif ?	Positif oui mais pour une meilleur suivi une équipe plus solide, plus disponible et entièrement consacrée à la lutte doit être mise en place au niveau central.
Les activités peuvent-elles être exécutées de manière plus optimale ?	Oui. Par exemple la mise à la disposition de nouveaux équipements (phase d'investissement) va certes contribuer à une exécution plus optimale des activités. Une meilleure description des tâches, l'instauration de contrats de performance et un monitorage plus systématique sont des mesures qui peuvent contribuer à une amélioration de l'exécution.
Taux de réalisation des indicateurs des résultats	
Quel est le taux de réalisation des indicateurs des résultats ?	A 6 mois d'intervention il est encore prématuré pour évaluer le taux de réalisation des indicateurs des RI.
Les activités contribuent-elles à la réalisation des résultats planifiés ?	Oui. Par exemple les actions d'envergure contribuent à un meilleur contrôle de la maladie. L'intégration progressive contribue à une meilleure couverture de la surveillance.
L'efficience du projet peut-elle être améliorée et, si oui, comment ?	Oui, en focalisant plus d'efforts sur les aspects spécifiques de la lutte, en intensifiant le suivi technique et administratif, en accélérant les activités d'intégration.

6.2 Efficacité

Taux de réalisation des indicateurs de l'objectif spécifique	
Quelle est la réalisation des indicateurs de l'objectif spécifique ?	En suivant le TI DA, L'objectif est atteint dans 4 des 9 provinces. En se basant sur le TI général, 2 des 9 provinces atteignent l'objectif spécifique. La prudence est de mise dans l'interprétation de ces taux : l'objectif d'élimination que l'OMS situe à 0,01 % (1 NC/an sur 10.000 personnes exposées) n'est atteint en aucune des provinces.
Les résultats contribuent-ils à l'objectif spécifique ?	L'analyse de la formulation en mai 2008 n'ayant rien perdu de sa pertinence, l'hypothèse est que les relations entre les résultats intermédiaires et l'objectif spécifique sont toujours valables.
L'efficacité du projet peut-elle être améliorée et, si oui, comment ?	Oui, entre autres par le renforcement de la logistique, la gestion administrative et le renforcement des compétences techniques du personnel (para-)médical.
Autres facteurs ayant une incidence sur l'objectif spécifique	
Les facteurs externes influencent-ils l'objectif spécifique ?	- L'acceptation du protocole NECT en juin 2009 pour le traitement du 2ème stade aura un impact positif sur l'atteinte de l'objectif spécifique par la diminution de la crainte de la population et ainsi une meilleure implication d'elle dans les activités de lutte. - Un impact positif sur l'objectif spécifique est attendu aussi de l'initiative du PATTEC (Panafrican Tse-Tse and Trypanosomiasis Eradication Campaign) dans les années à venir.
Y a-t-il des effets secondaires positifs ou négatifs ?	Les études et recherches faites sur la THA qui sollicitent le personnel du PNLTHA parfois sans trop tenir compte des programmations en cours, peuvent constituer une menace pour le bon déroulement des activités de routine si on ne prend pas garde aux priorités et au respect du planning fait.
Satisfaction des groupes-cibles quant aux résultats	
Quelle est la nature des groupes-cibles concernés ?	Il s'agit principalement de la population rurale qui vit dans les foyers de la THA ou des gens (voyageurs…) qui traversent ces foyers. L'autre groupe cible et cela plus spécifiquement dans le cadre de la 4ème phase, sont les personnels des ZSE qui doivent être formés dans la prise en charge de la THA. Les deux groupes cibles sont en général satisfaits des résultats obtenus.
Les groupes-cibles ont-ils accès aux résultats produits ?	Le processus d'intégration étant entamé depuis la 3ème phase, le personnel (para)médical a de plus en plus accès aux résultats produits d'autant plus que lui-même est progressivement responsabilisé comme « producteur ». La population est informée sur les résultats par ses propres autorités qui collaborent avec le personnel du PNLTHA et des ZSE.
Le projet répond-il à leurs problèmes et priorités ?	Dans les ZS hyperendémiques : oui. Dans les ZS où la maladie recule, la motivation de la population pour participer au dépistage actif est plus difficile à maintenir au niveau souhaitable. En Equateur Nord où la THA a fortement reculé, les taux de participation au DA sont faibles.

6.3 Durabilité

Le problème de la durabilité de la lutte contre la THA en RDC financée depuis une quinzaine d'années principalement par le Royaume de Belgique, a été traité in extenso dans le Rapport de Formulation (p. 25) et le DTF (pages 36 et 41). Les stratégies d'intégrer les activités dans les paquets minimum et complémentaires des formations sanitaires des ZSE et de solliciter l'implication d'autres bailleurs de fonds, rencontrent ce souci de pérennisation de la surveillance et de la consolidation des résultats aussi longtemps que la maladie n'a pas disparu et/ou l'Etat ne dispose pas des moyens financiers nécessaires pour assurer une lutte efficace à long terme.

Les processus de développement lancés par le projet	
Des processus de développement ont-ils été entamés dans l'un des domaines suivants ?	Politique et institutionnel : le projet s'inscrit dans la politique en matière de santé, la SRSS, et tout développement s'y inspire obligatoirement; les implications pour le PNLTHA de la restructuration de la D4 sont attendues pour 2010.
	Culturel&social : les médias sont de plus en plus impliqués dans la promotion de la lutte contre la THA (radios rurales…) ainsi que les communautés et leurs leaders.
	Economique : la création d'un atelier local (à Kin au PNLTHA) d'assemblage de rotateurs est envisagée en 2010.
	Technique : le projet contribue à la réalisation d'une étude de l'IMT (Parahat) dont l'objectif principal est d'améliorer les outils de diagnostic de la THA.
	Organisationnel : des réajustements et adaptations internes en fonction des besoins et de problèmes identifiés sont en cours.
Le projet a-t-il été intégré à des institutions locales ?	Le projet appuie le PNLTHA, service spécialisé du Ministère de la santé qui à part le niveau national, compte une dizaine de coordinations qui sont intégrées dans les Inspections Médicales Provinciales, 35 unités mobiles qui à travers ces coordinations dépendent encore directement du PNLTHA ainsi qu'environ 50 CDTC qui s'intègrent progressivement dans les ZS.
Existe-t-il un plan d'intégration du projet à l'instance partenaire ?	Le projet est déjà intégré dans le PNLTHA : les 2 conseillers travaillent au siège du PNLTHA ; le contenu du projet correspond pour 90% à la politique nationale du PNLTHA.
Responsabilités des partenaires	
L'instance partenaire participe-t-elle à la mise en oeuvre ?	Le PNLTHA est avec la CTB responsable pour la mise en œuvre du projet. A part l'ONG Memisa en EQN, il n'y a pas d'autres organisations impliquées directement dans la mise en œuvre comme exécutants responsables.
Prend-elle des mesures pour reprendre le projet ?	Le PNLTHA fait le plaidoyer pour intéresser plus de bailleurs ; les mesures de reprise sont du ressort du Ministère et du Gouvernement.
Les partenaires respectent-ils leurs engagements ?	Habituellement : oui. En Equateur Nord (Memisa) et Maniema (ex-Fometro) un retard important est néanmoins noté dans l'adoption des techniques de labo plus sensibles.
Conditions de durabilité	

Des moyens sont-ils disponibles pour poursuivre le projet une fois celui-ci clôturé ?	Pas encore. La fin du projet étant prévue pour mi 2013 il est prudent de se pencher à temps sur cette question
Une formation institutionnelle est-elle prévue pour l'instance partenaire?	Voir phases précédentes.
Un renforcement des capacités est-il en cours ?	Egalement voir phases précédentes pendant lesquelles les capacités du PNLTHA ont été renforcées grâce a de multiples formations.
Modalités du projet	
Le projet est-il lié à des conditions imposées par le donateur ?	Oui, par le 3ème contrat de gestion entre la CTB et la DGCD.
Le principe de l'aide déliée est-il respecté ?	
Les modalités d'exécution sont-elles favorables à la durabilité ?	Oui : les exécutants sont à l'exception des AT tous des nationaux ; grâce à la stratégie d'intégration, le nombre d'acteurs impliqués augmente et la mémoire collective se constitue de plus en plus ce qui offre plus de garantie pour une surveillance efficace et durable.
La modalité d'aide est-elle favorable à la durabilité ?	Non. Dans le domaine de la lutte contre la THA en RDC, seule la Belgique intervient de façon significative ce qui constitue le « tendon d'Achille » du PNLTHA en termes de durabilité d'autant plus que le PIC actuel prévoit le retrait progressif de la Belgique du secteur santé en RDC.

7 MESURES ET RECOMMANDATIONS

7.1 Synthèse des critères d'appréciation

Code	Le projet doit être:	Mesures
C	• Plus efficient	Acquisition de nouveaux véhicules et déclassement des anciens ➔ diminution des frais de réparation.
		Meilleur suivi du charroi automobile par une maintenance préventive ➔ diminution des immobilisations car moins de pannes graves.
		Gestion administrative et logistique plus rigoureuse et rationnelle ➔ diminution du gaspillage et risque de fraude.
		Meilleur ciblage des foyers (éviter la dispersion) par les UM ➔ meilleurs résultats avec même moyens.
		Respect plus rigoureux de la planification.
		Continuation des actions d'envergure en 2010.
	• Plus efficace	Utilisation obligatoire des techniques sensibles par toutes les UM.
		Application systématique du traitement sérologique.
		Généralisation rapide du NECT comme traitement du 2ème stade.
		Intensification de la lutte anti-vectorielle dans les ZS hyperendémiques.
		Introduction des contrats de performance.
		Intensification du monitorage central et provincial.
		Redynamiser la mémoire collective sur la THA au niveau de la communauté : - Surveillance à base communautaire - Intégrer la THA dans les programmes de l'enseignement primaire et secondaire.
	• Plus durable	Remettre la responsabilité de la planification et le suivi de la lutte contre la THA aux ECZS des ZSE.
		Constituer les « pools de compétence THA » au niveau des HGR et CSR des ZSE. - Rendre systématique le dépistage sérologique - Rendre obligatoire le screening au CATT des donneurs de sang.
		Accélérer le processus d'intégration des activités dans les CS et PS des ZS.
		Recherche active de fonds tant au niveau de l'Etat qu'au niveau des bailleurs (diversification de donateurs).
		Meilleure articulation et collaboration plus étroite entre D4 et PNLTHA. Une meilleure intégration du PNLTHA dans la D4 lui offrira plus de stabilité et de meilleures perspectives à long terme.

7.2 Recommandations

Les mesures proposées sous 7.1 sont des recommandations qui ne nécessitent pas une modification du cadre logique ni du budget et qui pour la plupart ne sont que des rappels des activités importantes à mettre en œuvre avec plus de détermination.

D'autres recommandations dont certaines peuvent nécessiter la modification du cadre logique et/ou de la programmation financière, sont les suivantes :

1. Clarifier l'indicateur (ou les indicateurs) de l'objectif spécifique (cfr ci-dessus sous objectif spécifique). Ceci pourrait être une tâche du comité d'accompagnement ou du conseil scientifique.

2. Se décider sur la formulation correcte du 1er résultat intermédiaire qui devrait être « La lutte contre la THA est planifiée par les ZS selon des critères objectifs » (cfr DTF p.54) au lieu de « La lutte contre la THA est planifiée par les ZS selon l'évidence épidémiologique » (cfr DTF p. 7 et cadre logique p. 101)

3. Mettre en place une équipe solide au niveau central pour un suivi correct du projet. L'équipe actuelle étant trop dispersée sur plusieurs projets (plusieurs études, PATTEC etc.) le projet bilatéral ne bénéficie pas de l'attention dont il a besoin pour l'atteinte des résultats. La mise en place d'une équipe entièrement et uniquement consacrée à la lutte est indispensable pour la réussite du projet. Ceci peut nécessiter la conclusion de contrats avec la CTB ainsi qu'une réallocation des fonds disponibles. Des contrats de prestations d'une durée déterminée pour des missions d'appui technique (formation en NECT, supervisions des UM) doivent être envisageables et la programmation financière doit y tenir compte.

4. Conclure des contrats avec les MCP et les superviseurs provinciaux pour garantir leur orientation toute entière envers les activités de lutte. Cette approche suppose des modifications à l'intérieur du budget.

5. La loi sur les marchés publics et l'obligation pour la CTB de respecter leur exécution correcte entre parfois en opposition avec le déroulement optimal d'un projet fort spécifique dans le contexte particulier de la RDC caractérisé par des conditions de terrain souvent extrêmes. La recommandation est de clarifier si oui ou non il existe une marge pour d'éventuelles dérogations aux marchés conclus dans le seul intérêt d'un meilleur déroulement du projet et l'obligation d'atteinte de résultats dans les délais accordés. S'il s'avère qu'aucune dérogation n'est possible, la recommandation est de prendre toutes les précautions possibles lors de la préparation des cahiers de charge des marchés publics pour que les préoccupations des gens du terrain soient prises en compte.

8 NOUVEAU PLANNING

8.1 Planning des activités de l'année 2010

Composante 1: Soins intégrés, globaux et de qualité

RI/act	Description	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4
R1	**LA LUTTE CONTRE LA THA EST PLANIFIÉE PAR LES ZS SELON DES CRITÈRES OBJECTIFS**				
1.1	**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**	EQ, BC, KIN, BDD	KOR, KOC, MAN	,	
1.2	**Inscrire la lutte contre la THA dans les PDSZ et les plans opérationnels annuels des ZS endémiques**	X	X		
R2	**L'ACTION DES UM EST RENDUE PLUS EFFICACE**				
2.1-4	**Organiser le DA dans les ZS endémiques sur base de l'endémicité selon le plan annuel établi**		X	X	X
2.5	**Organiser des actions d'envergure (plusieurs UM) dans les ZS hyperendémiques selon le plan annuel établi**	X	Bdd S, Bdd N, Kor, Koc	Bdd S, Bdd N, Eq S (Ntondo)	Bdd S, Bdd N, Kor, Koc
2.6	**Améliorer la participation de la population cible au dépistage actif**	X	X	X	X
2.7	**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**	Etat des lieux	Recyclage	Monitorage	Evaluation
2.8	**Traiter systématiquement dans les AS hyperendémiques les cas sérologiques CATT + à 1/8**	X	X	X	X
2.8.1	*Préciserr la politique en matière de traitement des cas sérologiques sans preuve parasitologique.*	*X*			

RI/act	Description	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4
2.8.2	**Instruire les MCP, les MCZ et les CUM**		X		
2.8.3	**Préparer une instruction claire par rapport au traitement sérologique.**	X			
2.8 4	**Identifier les AS hyperendémiques (ASHE)**	X			
2.8 5	Traiter les cas sérologiques CATT + à 1/8 suivant le stade	X	X	X	X
2.9	**Améliorer la gestion des ressources humaines au sein des UM**				
2.9 1	Motiver les agents des UM moyennant une prime de rendement	X	Finaliser ébauche de contrat de performance	X	X
2.9.2	Former et recycler			X	
2.9.3	Superviser et faire le coaching régulièrement	Cercle de développement	X	X	Cercle de développement
2.9.4	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	X	X	X	X
2.9.5	Organiser des revues semestrielles avec les UM		X		X
2.9.6	Assister par des mesures d'accompagnement les agents à démobiliser (personnes âgées, malades etc.)	X	X	X	X
2.9.7	Recruter de nouveaux personnels à la place des retraités selon des critères préétablis (compétence, qualités…)		X	X	
2.10	**Etendre la couverture en DA des UM**				
2.10. 1	Identifier les ZS où la couverture en DA est insuffisante	X			
2.10. 2	Réorienter les UM des ZS sous contrôle vers des ZS hyperendémiques (UM Kin, UM Popo, UM Maswika, UM Kin, UM Kabambare…)	X	X		
2.10. 3	Renforcer les MUM des ZS endémiques (MUM ZS Bonga Yasa, MUM ZS Vanga)		X	X	

RI/act	Description	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4
2.10.4	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.)				
2.11	**Assurer la coordination des activités 2.1 – 210.**	X	X	X	X
2.12	**Evaluer toutes les UM à l'aide d'une grille d'évaluation préétablie et effectuer les rétro-actions qui s'imposent**	Elaboration grille d'évaluation	Evaluation des UM		
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**				
3.1	**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 les maladies (dont la THA) dans les PMA/PCA a été validée au Q1 lors de l'élaboration des PDS provinc/nation. tenant compte des PDSZ.			
3.2	**Rédiger et diffuser un manuel de stratégies et de procédures des activités intégrées de lutte contre la THA dans les provinces et les ZS**	Cfr « Manuel de lutte intégrée » en cours d'élaboration de la commission de lutte contre la maladie du CNP, sous-commission MTN			
3.3	**Appuyer la mise en œuvre des PDSZ et les plans opérationnels des ZS endémiques**			X	X
3.4	**Former les personnels en THA selon le PDSZ (en privilégiant la polyvalence)**	Actualisation des modules de formation		Formations proprement dites X	
3.5	**Mettre en œuvre les activités de lutte contre la THA conformément au PMA et PCA**			X	X
3.5.1	Assurer le dépistage clinique de la THA dans toutes les FS des ZS endémiques				X
3.5.2	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.	X	X	X	X

RI/act	Description	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4
3.5.3	Assurer le diagnostic de la THA dans les FS des ZS endémiques (avec les techniques plus sensibles au niveau des HGR) (+QC)	X	X	X	X
3.5.4	Assurer le traitement des malades du 1er stade dans les CS des AS endémiques.	X	X	X	X
3.5.5	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		X	X	X
3.5.6	Assurer le suivi postthérapeutique des malades THA	X	X	X	X
3.5.7	Assurer la sécurité transfusionnelle vis-à-vis de la THA dans les hôpitaux des ZSE. Cfr 1.4.5		X	X	X
3.5.8	Inclure la THA comme thème dans l'IEC au niveau des FS. Cfr R2.3			X	X
3.5 9	Superviser les CDTC et faire le coaching des membres de l'ECZ travaillant à l'HGR régulièrement par le MCP	X	X	X	X
3.6	**Intégrer les CDTC dans les HGR là où c'est justifié et possible**	X	X	X	X
3.7	**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)**		X	X	X
3.8-11	**Assurer la coordination des activités 3.1-3.7**	X	X	X	X
R4	**LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SONT UTILISEES COMME OUTIL DE SUIVI ET DE CONTRÔLE DANS LE CADRE DE LA SURVEILLANCE DES MALADIES**				
4.1	**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**		BDD N (Kwamouth, Bolobo, Mushie, Bandundu, Nioki) KOR (Bibanga, Kalabayi, Mulumba)		KOC (Kakenge, Mweka, Luebo)

RI/act	Description	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4
4.2	**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)**		X		X
4.3	**Mettre à jour et analyser mensuellement la banque des données THA au niveau périphérique, provincial et central et assurer le rapportage mensuel**	X	Finaliser la mise en place de la banque de données du KOR		X
4.4	**Assurer la surveillance des cas de rechute**	X	X	X	X
4.5	**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…)**	X	X	X	X
4.6	**Impliquer les structures de santé et les communautés dans les activités de surveillance (surveillance à base communautaire)**		X	X	X

Composante 2: Renforcement structurel, décentralisation, collaboration intra & intersectorielle et transfrontalière, et suivi scientifique

RI/act	Description	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4
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)**				
5.1	**Mettre en place l'équipe d'exécution conjointe pour assurer l'exécution opérationnelle sur le plan technique, logistique, administratif et financier**				
5.1.1	**Appui technique**				
	5.1.1.1 Appuyer le PNLTHA dans l'exécution des décisions de la SMCL	X	X	X	X
	5.1.1.2 Appuyer le MINSAN (4° et 5° Direction, DEP, PNLTHA, ECP, ECZS) dans l'actualisation et la mise en œuvre	X	X	X	X

RI/act	Description	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4
	de la politique nationale de lutte contre la THA en fonction de la décentralisation et de la SRSS				
	5.1.1.3 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.	X	X	X	X
	5.1.1.4 Appuyer le coaching des MCP (supervisions + revues semestrielles), les évaluer et favoriser leur collaboration avec les ECZS	X	X	X	X
	5.1.1.5 Assurer le contrôle de qualité du sérodépistage et du diagnostic	X	X	X	X
	5.1.1.6 Suivre la fabrication des mini-colonnes à l'INRB		X		X
	5.1.1.7 Appuyer le PNLTHA dans la mise en œuvre des recommandations du comité d'accompagnement de l'intégration			X	X
5.1 2	**Appui logistique**				
	5.1.2.1 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.)	X	X	X	X
	5.1.2.2 Procéder à la passation des marchés	X			
	5.1.2.3 Optimaliser le fonctionnement et le rendement des ateliers de fabrication de pièges (aux niveaux central et provincial)		X		X
5.1 3	**Appui sur le plan administratif et financier**				
	5.1.3.1 Appuyer le PNLTHA dans l'amélioration de la gestion des ressources humaines		X	X	
	5.1.3.2 Développer et proposer une politique de motivation « alignée »		X		
	Etablir des contrats de performance			X	

RI/act	Description	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4
	5.1.3.3 Déterminer les besoins de formation en quantité et qualité et chiffrer le coût (costing)			X	
	5.1.3.4 Etablir des échéanciers de transfert des compétences entre l'AT et le personnel national				X
5.1.3.2	Assurer mensuellement le rapportage comptable pour la CTB	X	X	X	X
5.1.3.3	Renforcer les capacités administratives et comptables du personnel PNLTHA		X	X	X
5.1.3.4	Assurer les frais de gestion des prestataires de services et de l'AT	X	X	X	X
5.2	**Améliorer l'appui logistique aux UM et aux FS**				
5.2.1	Renouveler les <u>équipements</u> amortis (véhicules, baleinières et hors-bord, générateurs, matériel de campement, chaîne de froid, matériel médical, matériel de labo etc.)	X	X		
5.2.2	Assurer l'acheminement des équipements et consommables à partir de l'unité logistique jusqu'à la coordination provinciale et ensuite jusqu'aux UM et aux FS	X	X		
5.2.3	Assurer en permanence le <u>fonctionnement</u> des UM et l'approvisionnement en intrants spécifiques de la lutte contre la THA dans ls FS	X	X	X	X
5.2.4	Assurer à tous les niveaux une gestion de stocks performante et un <u>monitorage</u> permanent de la logistique des UM et des FS	X	X	X	X
5.3	**Primes Equipe Direction Programme**				
R.6	**L'ACCOMPAGNEMENT DU PROCESSUS DE L'INTEGRATION ET LE SUIVI SCIENTIFIQUE DE LA**				

RI/act	Description	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4
	LUTTE CONTRE LA THA SONT ASSURES TOUT AU LONG DE L'INTERVENTION				
6.1	**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**	X	X	X	X
6.2	**Appuyer la conception et l'exécution de recherches**	**X**	**X**	**X**	**X**
6.3	**Organiser les missions d'expertise externe et les évaluations externes**				
	Mission d'évaluation à mi-parcours au 3ème trimestre Autres missions d'appui technique dans le domaine de techniques de labo etc.				
6.4	**Appuyer la participation aux colloques internationaux et aux réunions de concertation inter pays**	X	X	X	X
R.7	**LA COLLABORATION INTRA ZONALE, INTERSECTORIELLE ET TRANSFRONTALIERE EST RENFORCEE**				
7.1	**Etablir un <u>état des lieux</u> de partenariat intrazonal (partenaires en ZS) et intersectoriel potentiel (Education, Environnement & Hygiène, Agriculture et Elevage, Développement rural, Média…), identifier les possibilités de <u>synergies</u> et concevoir les stratégies de mise en œuvre.**			X	
7.2	**Planifier des actions pertinentes par secteur ; négocier les financements nécessaires et exécuter**			X	
7.3	**Mettre en commun les expériences lors des <u>forums trypano</u>**			X	
7.4	**Participer à l'organisation d'actions de <u>lutte transfrontalière</u>**				

Composante 3: Financement global multi bailleurs à moyen et long terme

RI/act	Description	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4
R8	**LA CARTOGRAPHIE DES APPUIS GLOBAUX ET PARTICULIERS AUX ZS ENDEMIQUES THA EST REALISEE ET ACTUALISEE ET LES BESOINS NON SATISFAITS SONT IDENTIFIES**				
8.1	**Mettre à jour la liste des intervenants dans les ZS endémiques et les cartographier par domaine d'intervention et par contribution**				
8.2	**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**	Cfr 2011			
8.3	**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)**		X		X
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**				
9.1	**Elaborer des plans budgétisés à long terme (national et provinciaux)**	Cfr 2011			
9.2	**Faire la plaidoirie au niveau provincial et national pour le financement de ces plans**	Cfr 2011			

8.2 Planning financier de l'année 2010

CODE	DESCRIPTION	BUDGET TOTAL	Q1 2010	Q2 2010	Q3 2010	Q4 2010	TOTAL 2010
	A Composante 1 : Soins intégrés, globaux et de qualité	**6 993 713 €**	**365 979 €**	**655 883 €**	**1 128 432 €**	**707 657 €**	**2 857 950 €**
A_01	**La lutte contre la THA est planifiée par les ZS selon l'évidence épidémiologique**	**59 000 €**	**13 000 €**	**7 500 €**	**0 €**	**0 €**	**20 500 €**
A_01_01	Inscrire systématiquement la lutte contre la THA dans les PDSZ et les plans opérationnels annuels des ZSE	27 500 €	4 500 €	0 €	0 €	0 €	4 500 €
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	31 500 €	8 500 €	7 500 €	0 €	0 €	16 000 €
A_02	**L'action des UM est rendue plus efficace**	**4 257 312 €**	**169 850 €**	**462 950 €**	**767 600 €**	**412 000 €**	**1 812 400 €**
A_02_01	*Organiser le DA dans les ZS endémiques sur base de l'endémicité selon le plan annuel établi- fonctionnement*	*732 100 €*	*65 450 €*	*54 650 €*	*51 525 €*	*136 275 €*	*307 900 €*
	Carburant	290 500 €	22 300 €	22 300 €	20 075 €	20 075 €	84 750 €
	Assurance, entretien & pièces veh, baleinière, moto, groupe	230 000 €	27 600 €	16 800 €	16 500 €	16 500 €	77 400 €
	Fournitures de bureau	27 600 €	2 175 €	2 175 €	1 950 €	1 950 €	8 250 €
	Frais divers	46 000 €	3 625 €	3 625 €	3 250 €	3 250 €	13 750 €
	Consommables médicaux & labo	138 000 €	9 750 €	9 750 €	9 750 €	94 500 €	123 750 €
A_02_02	Organiser le DA dans les ZS endémiques sur base de l'endémicité selon le plan annuel établi - investissements	535 200 €	0 €	57 900 €	375 750 €	0 €	433 650 €
	Véhicule	240 000 €	0 €	0 €	240 000 €	0 €	240 000 €
	Baleinière & moteur hors bord	120 000 €	0 €	21 900 €	45 000 €	0 €	66 900 €
	Groupe électrogène	43 200 €	0 €	21 000 €	0 €	0 €	21 000 €
	Matériel campement & vélo	99 000 €	0 €	15 000 €	57 750 €	0 €	72 750 €
	Microscope	33 000 €	0 €	0 €	33 000 €	0 €	33 000 €
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	267 800 €	9 900 €	16 300 €	120 300 €	55 700 €	202 200 €
	Rotateur CATT (40%)	23 100 €	0 €	6 400 €	20 000 €	12 800 €	39 200 €
	Chaîne de froid	41 000 €	0 €	0 €	25 000 €	0 €	25 000 €
	Matériel médical	33 000 €	0 €	0 €	0 €	33 000 €	33 000 €
	Matériel labo (centrifugeuses, pipettes, etc)	82 500 €	0 €	0 €	65 400 €	0 €	65 400 €
	Médicaments essentiels	55 200 €	3 900 €	3 900 €	3 900 €	3 900 €	15 600 €
	Mobilier & équipement bureau	33 000 €	6 000 €	6 000 €	6 000 €	6 000 €	24 000 €

A_02_04	Organiser le DA dans les ZS endémiques sur base de l'endémicité selon le plan annuel établi : Primes Unités Mobiles	1 293 240 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	320 000 €
A_02_05	Organiser des actions d'envergure (plusieurs UM) dans les ZS hyperendémiques selon le plan annuel établi	102 000 €	0 €	25 500 €	25 500 €	25 500 €	76 500 €
A_02_06	Améliorer la participation de la population cible au dépistage actif	79 900 €	5 500 €	13 800 €	7 500 €	7 500 €	34 300 €
	IEC	73 600 €	5 500 €	7 500 €	7 500 €	7 500 €	28 000 €
	Enquête CAP (Comportement Attitude Pratique)	6 300 €	0 €	6 300 €	0 €	0 €	6 300 €
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	1 247 072 €	9 000 €	214 800 €	107 025 €	107 025 €	437 850 €
	CATT tests (5000 * 53% * 11 mois * 0,393€ + 4% / An)	1 197 072 €	0 €	206 550 €	103 275 €	103 275 €	413 100 €
	Production Minicolonne	50 000 €	9 000 €	8 250 €	3 750 €	3 750 €	24 750 €
A_02_08	Traiter systématiquement dans les AS hyperendémiques les cas sérologiques CATT + à 1/8	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
A_02_09	Améliorer la GRH au sein des UM	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
A_02_10	Etendre la couverture en DA des UM	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
A_02_11	Assurer la coordination des activités A0201- A0210	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
A_02_12	Evaluer toutes les UM à l'aide d'une grille d'évaluation préétablie et effectuer les rétro-actions qui s'imposent	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
A_03	**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**	**2 577 401 €**	**173 129 €**	**167 933 €**	**346 832 €**	**285 157 €**	**973 050 €**
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	15 500 €	0 €	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	55 500 €	0 €	3 000 €	22 000 €	0 €	25 000 €
	Coût manuel (participation des programmes)	55 500 €	0 €	3 000 €	22 000 €	0 €	25 000 €
A_03_03	Appuyer la mise en œuvre des PDZS et plans opérationnels des ZSE	195 860 €	1 890 €	1 890 €	14 845 €	14 845 €	33 470 €
	Fonctionnement ECZ, HGR, CS	173 000 €	0 €	0 €	13 000 €	13 000 €	26 000 €
	Fonctionnement CDTC	22 860 €	1 890 €	1 890 €	1 845 €	1 845 €	7 470 €
A_03_04	Primes ZS endémique	484 268 €	40 000 €	40 000 €	40 000 €	40 000 €	160 000 €
A_03_05	Former les personnels en THA selon les plans opérationnels	118 500 €	0 €	0 €	30 000 €	30 000 €	60 000 €
	Formations AS	88 500 €	0 €	0 €	30 000 €	30 000 €	60 000 €
	Vélo AS endémique	30 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
A_03_06	Mettre en œuvre les activités de lutte contre la THA conformément au PMA et PCA	746 386 €	17 033 €	63 083 €	122 951 €	143 276 €	346 342 €
	Equipement pour personnel	10 750 €	2 750 €	2 750 €	2 750 €	2 500 €	10 750 €
	Matériel médical	43 000 €	0 €	0 €	0 €	43 000 €	43 000 €
	Matériel labo (centrifugeuses, pipettes, etc)	53 000 €	0 €	0 €	53 500 €	0 €	53 500 €
	Consommables médicaux & labo	79 375 €	6 563 €	6 563 €	6 406 €	53 281 €	72 812 €
	Médicaments essentiels	104 760 €	7 720 €	7 720 €	7 070 €	7 070 €	29 580 €
	Microscope	55 000 €	0 €	0 €	35 000 €	0 €	35 000 €
	CATT tests (500 * 70% * 12 mois * 0,393 + 4% / An)	307 001 €	0 €	36 450 €	18 225 €	18 225 €	72 900 €
	Chaîne de froid	55 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Rotateur CATT (60%)	38 500 €	0 €	9 600 €	0 €	19 200 €	28 800 €

A_03_07	Intégrer les CDTC dans les HGR/CS là où c'est justifié et possible	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
A_03_08	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)	121 000 €	4 375 €	4 375 €	34 125 €	4 125 €	47 000 €
	LAV Niveau Central	60 000 €	0 €	0 €	30 000 €	0 €	30 000 €
	LAV Niveau Provincial	61 000 €	4 375 €	4 375 €	4 125 €	4 125 €	17 000 €
A_03_09	Assurer la coordination des activités A0301 - A0307 (niveau provinciale) - investissements	158 500 €	52 240 €	1 000 €	31 000 €	1 000 €	85 240 €
	Véhicule	30 000 €	0 €	0 €	30 000 €	0 €	30 000 €
	Baleinière & moteur hors bord	30 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Moto	32 000 €	23 240 €	0 €	0 €	0 €	23 240 €
	Groupe électrogène	10 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Kit Ordinateur	22 000 €	19 000 €	0 €	0 €	0 €	19 000 €
	Photocopieuse	9 000 €	9 000 €	0 €	0 €	0 €	9 000 €
	Chaîne de froid	9 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Matériel campement	11 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Mobilier & équipement bureau	5 500 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €	4 000 €
A_03_10	Assurer la coordination des activités A0301 - A0307 (niveau provinciale) - fonctionnement	262 606 €	25 591 €	22 585 €	19 910 €	19 911 €	87 998 €
	Carburant	106 560 €	9 308 €	9 308 €	7 932 €	7 933 €	34 480 €
	Assurance, entretien & pièces veh, baleinière, moto, groupe	47 412 €	6 381 €	3 375 €	3 677 €	3 677 €	17 109 €
	Location (loyer)	38 834 €	3 103 €	3 103 €	2 802 €	2 802 €	11 809 €
	Fourniture de bureau	19 800 €	1 800 €	1 800 €	1 500 €	1 500 €	6 600 €
	Frais divers	50 000 €	5 000 €	5 000 €	4 000 €	4 000 €	18 000 €
A_03_11	Assurer la coordination des activités A0301 - A0307 (niveau provinciale) - primes	419 281 €	32 000 €	32 000 €	32 000 €	32 000 €	128 000 €
A_04	**Les données épidémiologiques sont utilisées comme outil de suivi et de contrôle dans le cadre de la surveillance des maladies**	**100 000 €**	**10 000 €**	**17 500 €**	**14 000 €**	**10 500 €**	**52 000 €**
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	100 000 €	10 000 €	17 500 €	14 000 €	10 500 €	52 000 €
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)	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
A_04_03	Mettre à jour et analyser mensuellement les banque de données THA provinciales et assurer le rapportage	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
A_04_04	Assurer la surveillance des cas de rechute	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
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…)	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
A_04_06	Impliquer les structures de santé et les communautés dans les activités de surveillance (surveillance à base communautaire)	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	B Composante 2 : Renforcement structurel, décentralization, collaboration intra- et intersectorielle et transfrontalière et suivi scientifique (Ri 3)	***1 264 200 €***	***77 000 €***	***101 500 €***	***96 100 €***	***73 500 €***	***348 100 €***

B_01	***Un appui institutionnel adapté à la configuration nouvelle (décentralisation, SRSS, intégration) est fourni aux niveaux central (PNLTHA, D4), provincial (ECP) et périphérique***	*1 224 200 €*	*77 000 €*	*100 000 €*	*91 000 €*	*72 000 €*	*340 000 €*
B_01_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)*	*792 200 €*	*50 000 €*	*73 000 €*	*64 000 €*	*45 000 €*	*232 000 €*
	Supervision terrain	180 000 €	15 000 €	15 000 €	15 000 €	15 000 €	60 000 €
	Investissements	98 600 €	5 000 €	8 000 €	19 000 €	0 €	32 000 €
	Fonctionnement	191 600 €	12 000 €	12 000 €	12 000 €	12 000 €	48 000 €
	Imprimés (fiches)	42 000 €	0 €	20 000 €	0 €	0 €	20 000 €
	Transport national & international	280 000 €	18 000 €	18 000 €	18 000 €	18 000 €	72 000 €
B_01_02	Améliorer l'appui logistique aux UM et aux FS	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
B_01_03	Primes Equipe Direction Programme	432 000 €	27 000 €	27 000 €	27 000 €	27 000 €	108 000 €
B_02	***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***	***40 000 €***	***0 €***	***1 500 €***	***5 100 €***	***1 500 €***	***8 100 €***
B_02_01	Mettre en place le comité d'accompagnement de l'intégration	20 000 €	0 €	1 500 €	1 500 €	1 500 €	4 500 €
B_02_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)	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
B_02_03	Organiser les missions d'expertise externe et les évaluations externes	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
B_02_04	Participation aux colloques internationaux et aux réunions de concertation inter pays	20 000 €	0 €	0 €	3 600 €	0 €	3 600 €
B_03	***La collaboration intra zonale, intersectorielle et transfrontalière est renforcée***	***0 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***
B_03_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 c	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
B_03_02	Planifier des actions pertinentes par secteur ; négocier les financements nécessaires et exécuter	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
B_03_03	Mettre en commun les expériences lors des forums trypano	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
B_03_04	Participer à l'organisation d'actions de lutte transfrontalière	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

	C Composante 3 : Financement global multi bailleurs à moyen et long terme (Ri 2)	***0 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***
C_01	***La cartographie des appuis globaux et particuliers aux ZS endémiques THA est réalisée et actualisée et les besoins non satisfaits sont identifiés***	***0 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***
C_01_01	Mettre à jour la liste des intervenants dans les ZS endémiques et les cartographier par domaine d'intervention et par contribution	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
C_01_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	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
C_01_03	Briefer en collaboration avec la Direction 4 et la DEP régulièrement les partenaires	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
C_02	***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.***	***0 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***
C_02_01	Elaborer des plans budgétisés à long terme (national et provinciaux)	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
C_02_02	Faire la plaidoirie au niveau provincial et national pour le financement de ces plans	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	X Réserve budgétaire (max 5% * total activités)	***228 987 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***
X_01	***Réserve budgétaire***	***228 987 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***
X_01_01	Réserve budgétaire COGESTION	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
X_01_02	Réserve budgétaire REGIE	228 987 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Z Moyens généraux	***1 513 100 €***	***140 400 €***	***110 400 €***	***147 900 €***	***142 400 €***	***541 100 €***
Z_01	***Frais de personnel***	***1 264 000 €***	***133 350 €***	***103 350 €***	***140 850 €***	***123 350 €***	***500 900 €***
Z_01_01	Conseiller Technique Principal	552 000 €	54 000 €	54 000 €	54 000 €	54 000 €	216 000 €
Z_01_02	Conseiller Technique	138 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Z_01_03	Logisticien Administrateur	276 000 €	46 350 €	46 350 €	46 350 €	66 350 €	205 400 €
Z_01_04	Comptable	48 000 €	3 000 €	3 000 €	3 000 €	3 000 €	12 000 €
Z_01_05	Portfolio management et procurement	250 000 €	30 000 €	0 €	37 500 €	0 €	67 500 €
Z_02	***Investissement***	***28 800 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***
Z_02_01	Achat de véhicule	20 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Z_02_02	Matériel informatique (4 laptop, imprimantes, photocopieuses)	8 800 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Z_03	***Frais de fonctionnement***	***125 900 €***	***7 050 €***	***7 050 €***	***7 050 €***	***9 050 €***	***30 200 €***
Z_03_01	Loyer du bureau	16 800 €	900 €	900 €	900 €	900 €	3 600 €
Z_03_02	Frais de communication, internet, fournitures	33 600 €	2 100 €	2 100 €	2 100 €	2 100 €	8 400 €
Z_03_03	Frais de gestion ONG	45 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Z_03_04	Frais de fonctionnement véhicule	12 500 €	750 €	750 €	750 €	750 €	3 000 €
Z_03_05	Missions internationales	10 000 €	0 €	0 €	0 €	2 000 €	2 000 €
Z_03_06	Frais financiers	4 000 €	3 000 €	3 000 €	3 000 €	3 000 €	12 000 €
Z_03_07	Autres frais de fonctionnement	4 000 €	300 €	300 €	300 €	300 €	1 200 €
Z_04	***Audit et Suivi et Evaluation***	***94 400 €***	***0 €***	***0 €***	***0 €***	***10 000 €***	***10 000 €***
Z_04_01	Frais de suivi et évaluation	50 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Z_04_02	Audit	14 400 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Z_04_03	Backstopping	30 000 €	0 €	0 €	0 €	10 000 €	10 000 €
	TOTAL	***10 000 000 €***	***583 379 €***	***867 783 €***	***1 372 432 €***	***923 557 €***	***3 747 150 €***

9 CONCLUSIONS

Malgré la survenue d'évènements déplorables au cours de l'année ayant perturbé le fonctionnement du PNLTHA surtout au niveau central, les résultats pour 2009 sont satisfaisants. Plus de 7000 malades ont été dépistés et presqu'autant ont été traités.
Le dépistage actif a pris un nouvel élan sous forme d'actions d'envergure qui ont donné de bons résultats.
Le dépistage passif s'est intensifié dans la plupart des provinces et le sérodépistage s'étend de plus en plus aux HGR des ZSE. U
Un nouveau schéma de traitement pour le 2ème stade le NECT qui est moins toxique que l'Arsobal, a été introduite.
La maladie de sommeil est de nouveau de mieux en mieux connue par le grand public grâce à la sensibilisation par les média.
La transition entre la 3ème et la 4ème phase au milieu de l'année s'est opérée sans difficultés et n'a en rien perturbé les actions de lutte sur terrain.
Le taux d'exécution budgétaire pour toute l'année s'est élevé à 97,6 % par rapport à la programmation financière.
A la fin de l'année 2009, 4 des 9 provinces ont atteint l'objectif de 0,1 % de NC par an si on tient compte du taux d'infection en dépistage actif.
Les actions d'envergure entreprises ont confirmé l'hypothèse qu'au Bandundu et dans un moindre degré au Kasaï Oriental il y existe toujours des foyers hyperendémiques où le dépistage actif intensif doit être maintenu.
Le processus intégration poursuit son cours sur le terrain dans chacune des provinces. L'adoption du CATT comme biomarqueur pour la sécurité transfusionnelle et l'introduction du DFMO dans les HGR des ZSE sont des activités qui contribueront en 2010 à cette intégration. La mise en place du comité d'accompagnement du processus d'intégration connaît un retard suite à la reforme en cours en niveau de la D4 mais ce retard n'empêche l'intégration progressive sur le terrain.
Des efforts sont faits par le niveau national pour rendre la logistique plus efficace, l'administration plus rigoureuse et la qualité technique de l'intervention meilleure.
L'appui de l'OMS dans le domaine du traitement est crucial. En outre son appui logistique via les antennes OMS provinciales et de district a été très précieux pour le dépistage sur le Fleuve Congo ainsi que pour la mission d'exploration dans le district du Mai-Ndombe.
La situation d'hyperendémicité de la partie nord de la Province Orientale qui tombe en dehors de la zone d'intervention du projet et où l'insécurité règne, reste une préoccupation majeure pour le PNLTHA. Dans le foyer d'Isangi le PNLTHA poursuit la surveillance de la THA grâce au projet bilatéral belgo-congolais.

A part cela et au vu des analyses dans le présent rapport portant sur les activités, les finances et les critères de suivi, les préoccupations suivantes concernant l'exécution et le suivi du projet dans le proche avenir sont soumises à la SMCL :

1. La précision des indicateurs les plus adéquats mesurant l'atteinte de l'objectif spécifique nécessite une réunion technique entre experts en THA et en santé publique. Les conclusions de leur réunion seront défendues devant la SMCL.

2. Il est proposé à la SMCL de remplacer l'actuelle formulation dans le cadre logique du 1er résultat intermédiaire à savoir « La lutte contre la THA est planifiée par les ZS selon l'évidence épidémiologique » (cfr DTF p. 7 et cadre logique p. 101) par « La lutte contre la THA est planifiée par les ZS selon des critères objectifs » (cfr DTF p.54). Cette formulation est plus large car elle tient compte de plus de facteurs que l'endémicité tels la fonctionnalité des formations sanitaires etc.

3. L'intérêt pour les maladies négligées en général et pour la THA en particulier oriente plusieurs organisations de recherche etc. vers les pays concernées. C'est une évolution très positive qui offre des meilleurs perspectifs pour l'avenir. Pour la THA la RDC est un pays intéressant pour faire de la recherche : de nombreux cas y sont diagnostiqués et le programme national y est fonctionnel. Il existe néanmoins un risque réel qu'en devant se charger de plusieurs projets à la fois – il est connu que les études sont particulièrement exigeantes et qu'il faut y consacrer le temps et l'énergie nécessaire – que le projet de lutte se retrouve au second plan et que sur terrain les activités routine ne se déroulent plus de façon optimale au moment où elles devraient même être intensifiées avec le processus d'intégration en cours. Une première mesure proposée à la SMCL pour contourner le danger qui menace le projet est la mise en place d'une équipe au niveau central entièrement et uniquement consacrée à la lutte avec le mandat d'un monitorage et suivi intensif afin d'augmenter les chances d'atteindre les objectif amibiteux. Ceci pourrait nécessiter l'engagement de personnels et la conclusion de contrats avec la CTB et donc des fonds supplémentaires ou une réallocation des fonds actuels. En outre des contrats de prestations d'une durée déterminée pour des missions d'appui technique (formation en NECT, supervisions des UM) doivent être envisageables. Cette formule (initialement non prévue) peut également nécessiter une réallocation des moyens financiers.

4. Une même analyse est valable pour les provinces où il arrive que des institutions de recherche concluent des contrats directement avec les coordinateurs provinciaux du PNLTHA pris en charge par la CTB sans tenir compte de la grande charge de travail qu'ils ont lié au planning établi du projet bilatéral. Il semble nécessaire d'élaborer des véritables contrats avec les MCP si on veut les fidéliser et s'assurer de leur orientation constante sur les activités de lutte stipulées dans le DTF. Ceci peut également supposer une augmentation budgétaire.

5. Il est demandé aussi à la SMCL d'étudier et analyser la problématique de la gestion des ressources humaines dans le contexte actuel de décentralisation au moment de la mise en œuvre de projets bilatéraux. Dans quelle mesure par exemple des recrutements en bonne et due forme des personnels travaillant dans le programme peuvent être incorporés dans le processus au niveau provincial pour éviter des désignations sans concertation ni avec le niveau central ni avec le partenaire (la CTB).

10 ANNEXES

10.1Check-list Efficience

Check-list 1.	L'efficience	N° ....

L'efficience se réfère à la manière dont les ressources de l'intervention de coopération sont converties au moyen des activités du projet pour atteindre les résultats escomptés.

1. Données factuelles sur les indicateurs de résultats:	% de réalisation escomptée	% réel de réalisation	différence*
Indicateurs pour le Résultat 1	33%	33%	0
Indicateurs pour le Résultat 2	50	43	7
Indicateurs pour le Résultat 3	0	0	0
Indicateurs pour le Résultat 4	25	15	10
Indicateurs pour le Résultat 5	33	22	11
Indicateurs pour le Résultat 6	40	20	20
Indicateurs pour le Résultat 7	33	33	0
Indicateurs pour le Résultat 8	50	0	50
Indicateurs pour le Résultat 9	0	0	0

* (% de réalisation escomptée - % réel de réalisation)

2. Réalisation des résultats se référant aux indicateurs.	Oui	Non	NA
Ces indicateurs sont-ils formulés de façon 'SMART'?	X		
Tous les indicateurs font-ils l'objet d'un suivi?		X	
Existe-t-il une base de comparaison pour chaque indicateur?	X		

3. Données factuelles sur les activités:	La mise en oeuvre avance comme prévu	La mise en oeuvre est retardée	La mise en oeuvre a de l'avance	Explication
pour le Résultat 1	x			
pour le Résultat 2	x			
pour le Résultat 3		x		
pour le Résultat 4	x			
pour le Résultat 5		x		
pour le Résultat 6		x		
pour le Résultat 7	x			

4. Les activités sont mises en oeuvre comme prévu.		x	
Il faudra plus de temps pour réaliser certaines activités	x		
Certaines activités peuvent être mises en oeuvre dans un délai plus court	x		
Tout délai encouru sera rattrapé avant la fin du projet			X
Tout écart détecté influencera considérablement l'atteinte des résultats		X	

5. La qualité générale des activités du projet est jugée:	
satisfaisante	
suffisante	x
problématique	

6. Les activités contribuent-elles à l'atteinte des résultats planifiés?	X		
7. Est-it possible de planifier les activités de manière plus optimale?	X		
Le cas échéant, expliquez de quelle manière: moyennant un atelier au niveau national auquel les MCP seraient invités			

8. Données factuelles sur les dépenses:	% du budget total	% du budget annuel	date de la dernière modif.	Explication	% de la programmation financière année X
pour le Résultat 1	0,59%	0,87			
pour le Résultat 2	42,50%	43,3			
pour le Résultat 3	25,70%	30,4			
pour le Résultat 4	1%	2,4			
pour le Résultat 5	12,24%	9,1			
pour le Résultat 6	0,40%	0,2			
pour le Résultat 7	0%	0			
pour le Résultat 8	0%	0			
pour le Résultat 9	0%	0			
serve budgétaire	2%	NA			
moyens généraux	15%	13,7			
Budget total					

		Oui	Non	NA
9. Les ressources financières sont gérées comme prévu.				
	Certains coûts estimés ne suffisent pas; des ressources suppl. sont nécessai	X (CATT)		
	Il reste d'importants moyens financiers; ceux-ci doivent être replanifiés		X	
	Certains risques financiers ont été identifiés par rapport aux dépenses (crédits,...)			X
	Les risques financiers détectés sont sous contrôle	X		
	Les activités pourraient être mises en oeuvre avec moins de moyens finan		X	
	La contribution du partenaire est respectée en termes financiers	X		
10. Est-it possible de gérer les ressources financières de façon plus optimale?		X		
	Le cas échéant, expliquez de quelle manière: Un effort constant est fait pour que les moyens soient utilisés à juste titre. Les supervisions administratives des coordinations au dernier trimestre 2009 avaient comme objectif d'améliorer la gestion à ce niveau et d'utiliser de façon plus rationnelle les moyens disponibles.			
11. Les ressources humaines sont gérées comme prévu.				
	Le personnel du projet est au complet		X	
	Le personnel du projet n'est pas stabilisé	X		
	Le personnel prévu ne suffit pas; des ressources suppl. sont nécessaires	X		
	Certains membres du personnel exécutent des tâches non conformes à leurs description de fonction	X		
	Les activités pourraient être mises en oeuvre avec moins de moyens humc		X	
	Il existe un équilibre femmes/hommes au sein du personnel du projet		X	
12. Est-it possible de gérer les ressources humaines de manière plus optimale?		X		
	Le cas échéant, expliquez de quelle manière: un effort constant est fait pour que les moyens soient utilisés à juste titre. Les supervisions administratives des coordinations au dernier trimestre 2009 avaient comme objectif d'améliorer la gestion à ce niveau et d'utiliser de façon plus rationnelle les moyens disponibles.			
13. Les biens et les équipements sont gérés comme prévu.			X	
	L'équipement a été inventorié et assuré	X		
	D'importantes quantités de biens ne seront pas utilisées		X	
	Biens et équipement insuffisants; des ressources suppl. sont nécessaires	X		
	Certains équipement ou biens ne sont pas adaptés aux conditions/à une utilisation locales	X		
14. Est-it possible de gérer les biens et équipements de façon plus optimale?		X		
	Le cas échéant, expliquez de quelle manière: les MCP , logisticiens, chefs d'unités mobiles et chauffeurs ont besoin d'un récyclage; en cas d'abus des sanctions doivent être prises			
15. La structure organisationnelle du projet est jugée:				
	satisfaisante			
	suffisante			
	problématique	améliorable		
17. Tout problème inattendu de planification a-t-il pu être résolu?			X	
	Le cas échéant, expliquez comment le planning a été adapté:			
16. L'efficience du projet peut-elle être améliorée?		X		
	Le cas échéant, expliquez de quelle manière: par une gestion plus rigoureuse et rationnelle (combattre des fraudes et gaspillages); par un meilleur ciblage des foyers (éviter la dispersion) par les UM; par l'acquisition de nouveaux véhicules, le déclassement des engins amortis (moins de frais de réparation) et une maintenance préventive efficace			
Enseignements tirés	A 6 mois depuis le début de l'intervention il semble prématuré de tirer des enseignements à part le fait qu'il y a eu un retard dans l'exécution durant le 1er semestre de la phase 4.			
Best practices	Le fait que les activités de dépistage ont continué au rythme habituel en dépit des perturbations au niveau national (déguerpissement) prouve que le programme est organisé de façon à ce qu'il sait résister dans des périodes de stress important.			
Recommanda-tions	Essayer de rattraper les retardu au cours du 2ème semestre du projet (= 1er semestre 2010)			

10.2 Check-list Efficacité

Check-list 2.	L'efficacité	N° ....

L'efficacité évalue si les résultats du projet sont atteints et s'ils contribuent à la réalisation de l'objectif spécifique. Elle vérifie si les changements survenus dans la zone du projet sont attribuables au projet même. Elle évalue également si les bénéficiaires utilisent les résultats apportés par le projet.

À remplir par le Projet				**Oui**	**Non**	**NA**
En ce qui concerne les indicateurs de l'objectif spécifique :						
	Existe-t-il des indicateurs pour l'objectif spécifique?			X		
	Les indicateurs de l'objectif spécifique sont-ils 'SMART'?			L'IOV n'est	pas assez	précis
	Les indicateurs de l'objectif spécifique font-ils l'objet d'un suivi?			X		
	Existe-t-il une base de comparaison?			X		
2. Les indicateurs de l'objectif spécifique sont-ils atteints?		% de réalisation escomptée	% réel de réalisation	différence*		
	Indicateur 1	50	44	5,6		
	* (% de réalisation escomptée - % réel de réalisation)					
3. L'objectif spécifique sera-t-il réalisé uniquement grâce aux résultats atteints?				probablement pas si d'autres projets avec d'autres RI vont intervenir		
4. Les résultats s'assortissent-ils d'effets secondaires?					X	
	Y a-t-il des effets secondaires; influencent-ils l'objectif spécifique?					
	☐ X de manière positive	☐ de manière négative				
5. Des facteurs extérieurs influencent-ils l'objectif spécifique?				L'étude NECT de DNDi a conduit à l'acceptation du schéma nifurtimox-DFMO ce qui est une avancée importante dans le traitement de la maladie		
	☐ X de manière positive	☐ de manière négative				
6. Quelles sont les caractéristiques des bénéficiaires impliqués dans le projet?						
	pauvres, mieux nantis, hommes, femmes, ... expliquez: ceci est lié au biotype de la mouche tsé-tsé et les activités que les personnes mettent en œuvre dans ces zones endméiques.					
7. Les groupes qui bénéfie(ro)nt de l'objectif spécifique sont:						
	intentionnels, non intentionnels,... expliquez:					
8. Les bénéficiaires ont-ils accès aux résultats fournis par le projet?				X		
9. Les bénéficiaires utilisent-ils les résultats fournis par le projet?				X		
10. Les bénéficiaires sont-ils satisfaits des résultats fournis par le projet?				X		
	Dans le cas contraire, expliquez pourquoi:					
11. L'exécution du projet répond-elle:						
	- aux problèmes des bénéficiaires			X		
	- aux priorités des bénéficiaires					X
12. Les solutions proposées résolvent-elles les problèmes des bénéficiaires?				X		

Enseignements tirés	L'IOV de l'objectif spécifique est à préciser
Best practices	Pour permettre l'utilisation d'un médicament efficace mais non agréé, il a fallu faire des essais cliniques (avec DND). Le succès de cette étude a conduit à la modification du protocole thérapeutique et au remplacemnt de l'arsobal par ce schéma.
Recommandations	Les indicateurs de l'objectif spécifique sont à préciser

10.3Check-list Durabilité

Check-list 3.	La durabilité	N° ....

La durabilité se réfère à la probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention de coopération au développement après le retrait de l'aide du donateur.

À remplir par le Projet		Oui	Non	NA
1. L'instance partenaire participe-t-elle de manière active à:				
	rapportage	X		
	prise de décisions	X		
	planning des activités	X		
	gestion financière	X		
	mise en oeuvre du projet	X		
	monitoring et évaluation	X		
	gestion des ressources humaines	X		
	gestion des ressources matérielles	X		
2. Des ressources et capacités sont-elles mise à disposition pour préserver et reproduire les résultats?				
	Ressources humaines	☐ X		
	Ressources financières	☐ X		
	Équipement	☐ X		
3. L'instance partenaire prend-elle les dispositions requises pour reprendre le projet?			X	
4. Existe-t-il un plan d'intégration du projet dans l'instance partenaire?			X	
5. Le projet assure-t-il une formation institutionnelle aux instances partenaires?			X	
6. Le personnel formé reste-t-il en place?		X		
7. Le projet renforce-t-il les capacités des organisations en ce qui concerne?				
	Gestion de systèmes	☐ X		
	Gestion des processus	☐ X		
	Transfert de connaissances	☐ X		
	Networking	☐ X		
8. Le projet veille-t-il au renforcement nécessaire des capacités des individus en ce qui concerne?				
	Transfert de connaissances	☐ X		
	Échange d'expériences	☐ X		
	Échange de valeurs	☐ X		
	Empowerment	☐ X		
	Networking	☐ X		
9. Le projet est-il appuyé par les instances locales suivantes?				
	Instances politiques	☐ X		
	Instances partenaires	☐ X		
	Instances de la société civile	☐ X		
	Instances culturelles (religieuses, ethniques, traditionnelles,...)	☐ X		
10. Les modalités d'aide renforcent-elles la durabilité?			X	
11. Les modalités d'exécution renforcent-elles la durabilité?		X		
12. Le projet contribue-t-il à la durabilité dans les dimensions suivantes?				
	Politique	☐ X		
	Sociale	☐ X		
	Institutionelle	☐ X		
	Organisationnelle	☐ X		
	Culturelle	☐ X		
	Économique	☐ X		
	Technique	☐ X		
13. Le projet est-il assorti de conditions posées par le donateur?				☐ X
14. Le projet respecte-t-il le principe de l'aide déliée?				☐ X
15. L'instance partenaire respecte-t-elle sa contribution?		☐ X		☐
Remarques	cff chapitre 6.3			

10.4Cadre logique année 2010

Le cadre logique du DTF p101- p107 reste valable à part quelques adaptations à valider par la SMCL notamment :

1. Une correction doit être faite de la formulation du 1er résultat intermédiaire : « La lutte contre la THA est planifiée par les ZS selon l'évidence épidémiologique » doit devenir « La lutte contre la THA est planifiée par les ZS selon des critères objectifs ».
2. L'activité 2.8.1 manque un titre. Celui-ci pourrait être : « Préciser et valider la politique en matière de traitement des cas sérologique sans preuve parasitologique.
3. Même observation pour l'activité 2.8.3 qui pourrait prendre comme titre : «Préparer une instruction claire par rapport au traitement sérologique »

La grande majorité des activités peut être retenue pour l'an 2010 sauf les activités suivantes :

l'activité A0701 et A0704 du RI 7
l'activité A0803 du RI 8
l'activité A0901 du résultat R9

qui, moins urgentes que les autres activités, peuvent être planifiées en 2011.

10.5 Aperçu des marchés publics

REGISTRE MARCHÉS PUBLICS "APPUI A LA LUTTE CONTRE LA THA, PHASE 3" / PERIODE 2009

Numéro d'ordre	Intitulé du CSC	Date d'envoi du CSC	Date de passation	Responsable mandaté	Gestion. du dossier	Code Navision prestation	Code NI DGCI	Intitulé de la prestation	Ligne budgétaire	Régie, co-gestion ou autre	Budget prévu dans le CSC	Montant final du marché passé	montant final de la facture	montant final de la facture (équiv. en €)
PNSP RDC0300213/03	Marché de fournitures de lancettes	19/03/2009	07/04/2009	Dr Wim Van der Veken	Christophe Voegeli	RDC0300213	19712/13	Appui à la lutte contre la THA phase 3	A+B+C+E+F+H+G+J_03_26	Régie	10 000 €	$13 272	$13 272	10 302 €

REGISTRE MARCHÉS PUBLICS "APPUI A LA LUTTE CONTRE LA THA, PHASE 4" / PERIODE 2009

Numéro d'ordre	Intitulé du CSC	Date d'envoi du CSC	Date de passation	Responsable mandaté	Gestion. du dossier	Code Navision prestation	Code NI DGCI	Intitulé de la prestation	Ligne budgétaire	Régie, co-gestion ou autre	Budget prévu dans le CSC	Montant final du marché passé	montant final de la facture (unité monét)	montant final de la facture (équiv. en €)
RDC664	Marché de fournitures de 4.000.000 Catt /T.b.gambiense	04/08/2009	04/08/2009	Dr Wim Van der Veken	Christophe Voegeli	RDC0811411	3004509	Appui à la lutte contre la THA phase 4	A_02_07 & A_03_06	Régie	$1 644 756	$1 644 756	Livraison 2009 :	520 312 €
PNSP RDC0811411/01 (ex RDC0300213/05)	Marché de fournitures de 118 pneus et tubes	26/06/2009	07/07/2009	Dr Wim Van der Veken	Christophe Voegeli	RDC0811411	3004509	Appui à la lutte contre la THA phase 4	A_02_01, A_03_10 & B_01_01	Régie	$30 000	$30 680	$30 680	22 077 €
PNSP RDC0811411/02 (ex RDC0300213/04)	Marché de fournitures de 1.000.000 lancettes	26/06/2009	07/07/2009	Dr Wim Van der Veken	Christophe Voegeli	RDC0811411	3004509	Appui à la lutte contre la THA phase 4	A_02_01	Régie	$20 000	$22 500	$22 049	15 024 €

10.6Graphiques et statistiques

RDC
NC THA 1er stade et 2ème stade en RDC de 2000 à 2009
Evolution de la PTE DA et TI DA en RDC de 2000 à 2009
Nouveaux cas THA diagnostiqués en DA et DP en RDC de 2000 à 2009

Bas Congo :
Evolution des NC de 2000 à 2009
Nouveaux cas 1er stade et 2ème stade de 2000 à 2009
Evolution de la PTE DA et TI DA de 2000 à 2009
Nouveaux cas THA diagnostiqués en DA et DP de 2000 à 2009

Bandundu
Evolution des NC de 2000 à 2009
Nouveaux cas 1er stade et 2ème stade de 2000 à 2009
Evolution de la PTE DA et TI DA de 2000 à 2009
Nouveaux cas THA diagnostiqués en DA et DP de 2000 à 2009

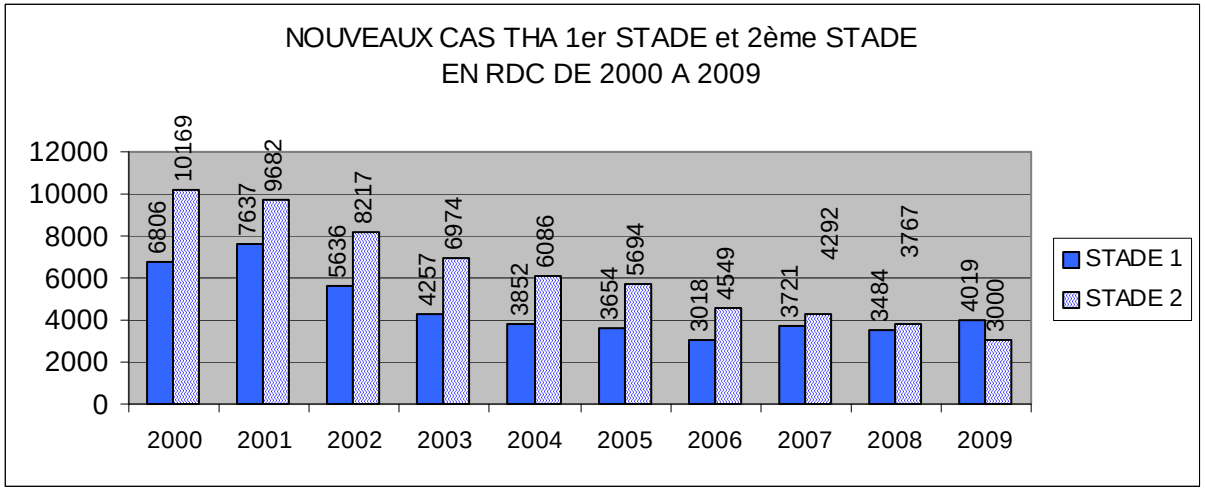
Equateur Nord
Evolution des NC de 2000 à 2009
Nouveaux cas 1er stade et 2ème stade de 2000 à 2009
Evolution de la PTE DA et TI DA de 2000 à 2009
Nouveaux cas THA diagnostiqués en DA et DP de 2000 à 2009

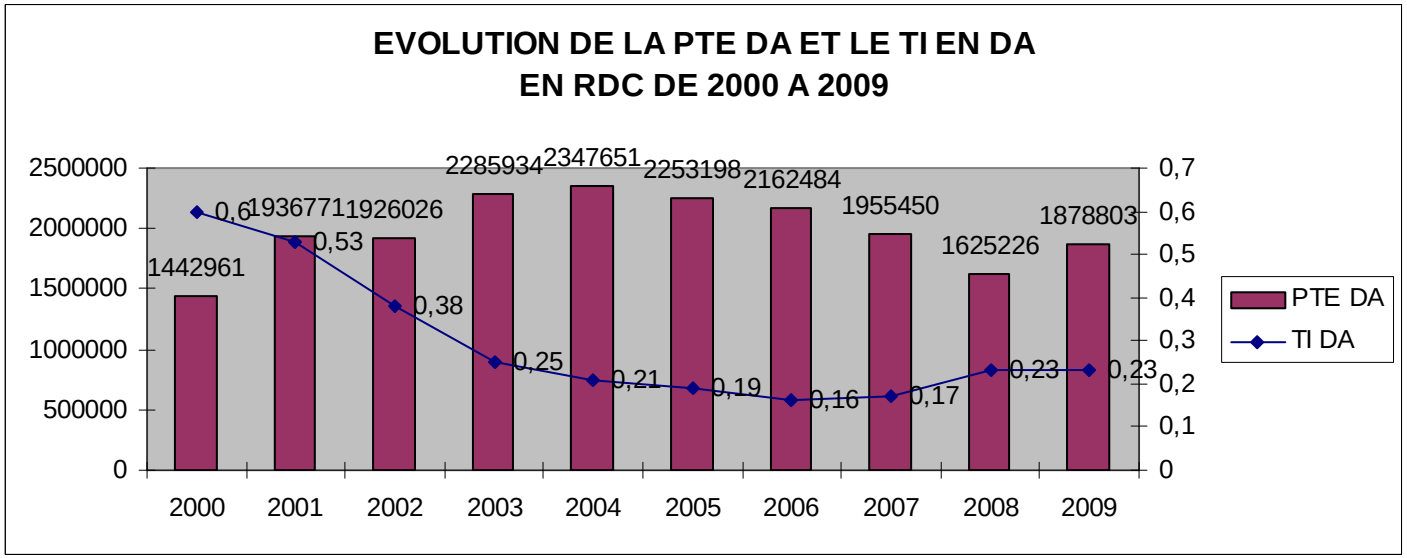
Equateur Sud
Evolution des NC de 2000 à 2009
Nouveaux cas 1er stade et 2ème stade de 2000 à 2009
Evolution de la PTE DA et TI DA de 2000 à 2009
Nouveaux cas THA diagnostiqués en DA et DP de 2000 à 2009

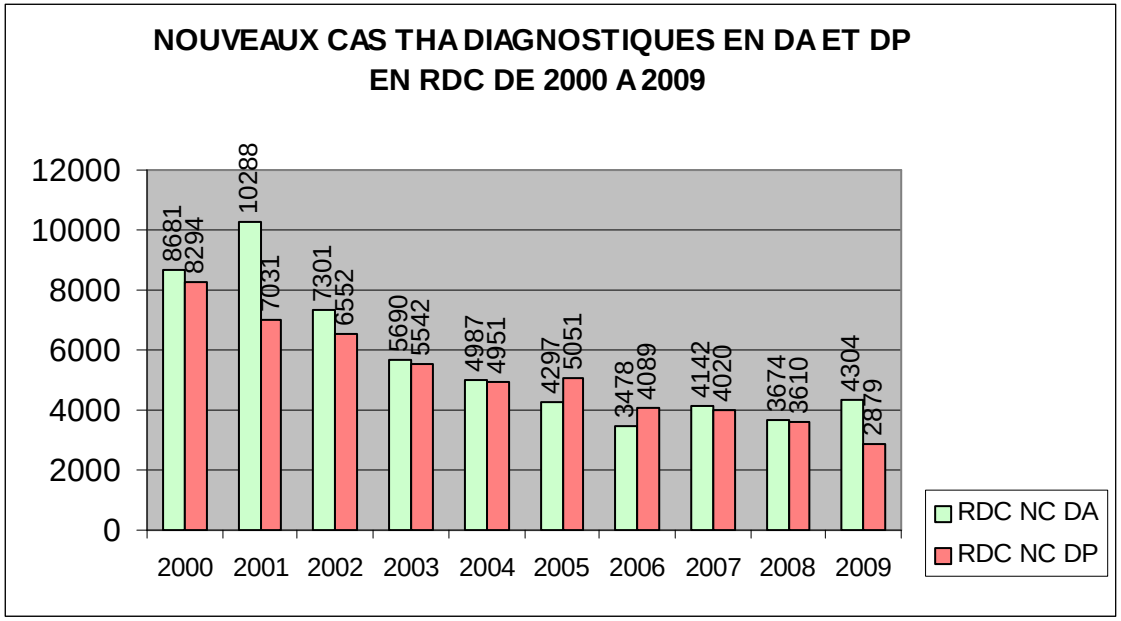
Kasaï (Oriental & Occidental)
Evolution des NC de 2000 à 2009
Nouveaux cas 1er stade et 2ème stade de 2000 à 2009
Evolution de la PTE DA et TI DA de 2000 à 2009
Nouveaux cas THA diagnostiqués en DA et DP de 2000 à 2009

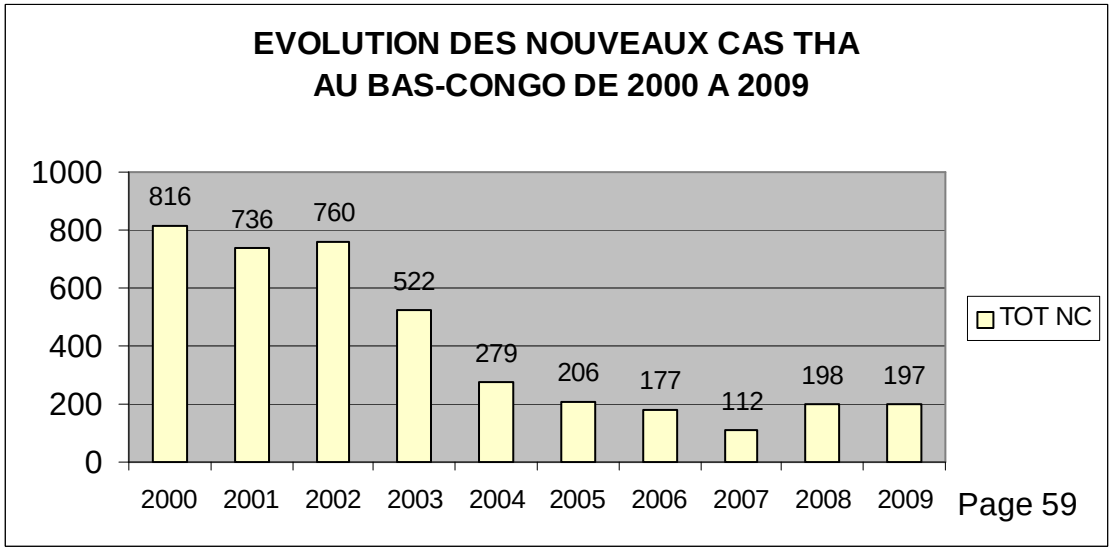
Kinshasa
Evolution des NC de 2000 à 2009
Nouveaux cas 1er stade et 2ème stade de 2000 à 2009
Evolution de la PTE DA et TI DA de 2000 à 2009
Nouveaux cas THA diagnostiqués en DA et DP de 2000 à 2009

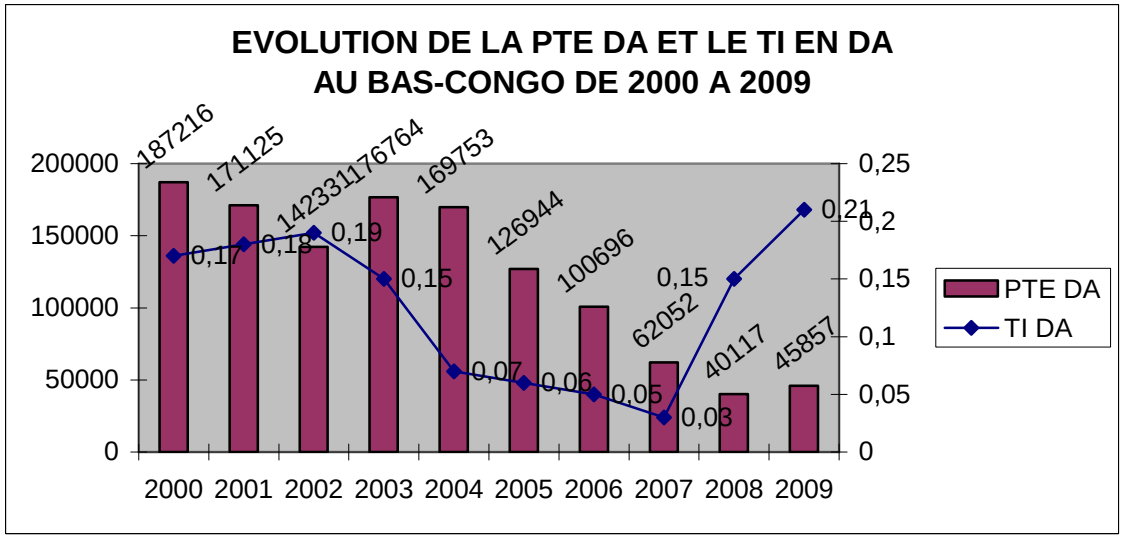
Maniema&Katanga
Evolution des NC de 2000 à 2009
Nouveaux cas 1er stade et 2ème stade de 2000 à 2009
Evolution de la PTE DA et TI DA de 2000 à 2009
Nouveaux cas THA diagnostiqués en DA et DP de 2000 à 2009

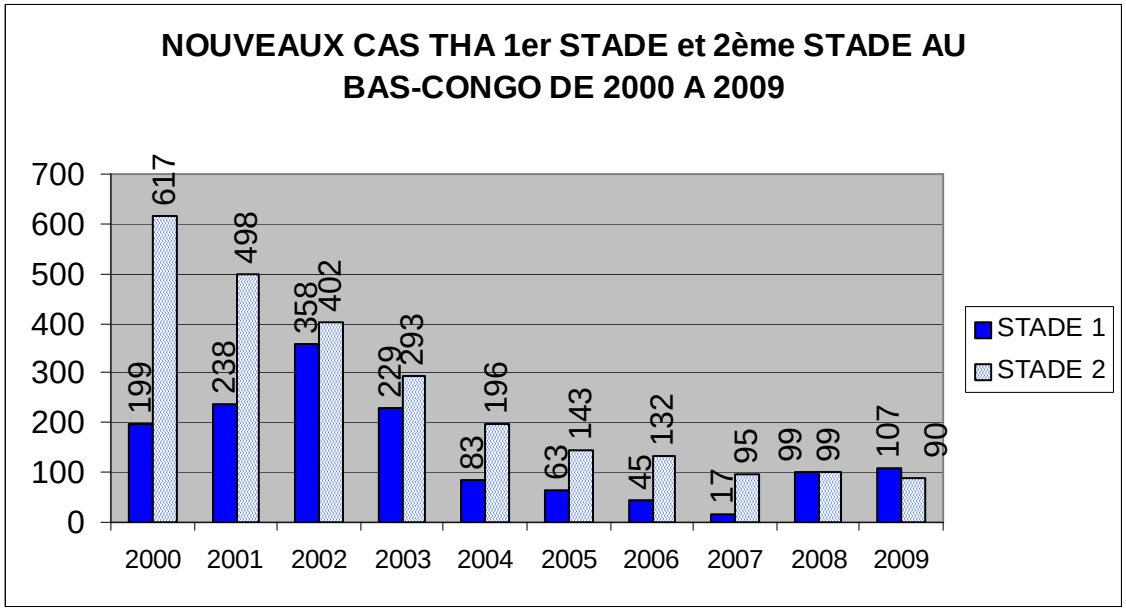

NOUVEAUX CAS THA 1er STADE et 2ème STADE
EN RDC DE 2000 A 2009
12000
10000
8000
6000
4000
2000
0
6806
10169
7637
9682
5636
8217
4257
6974
3852
6086
3654
5694
3018
4549
3721
4292
3484
3767
4019
3000
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
STADE 1
STADE 2

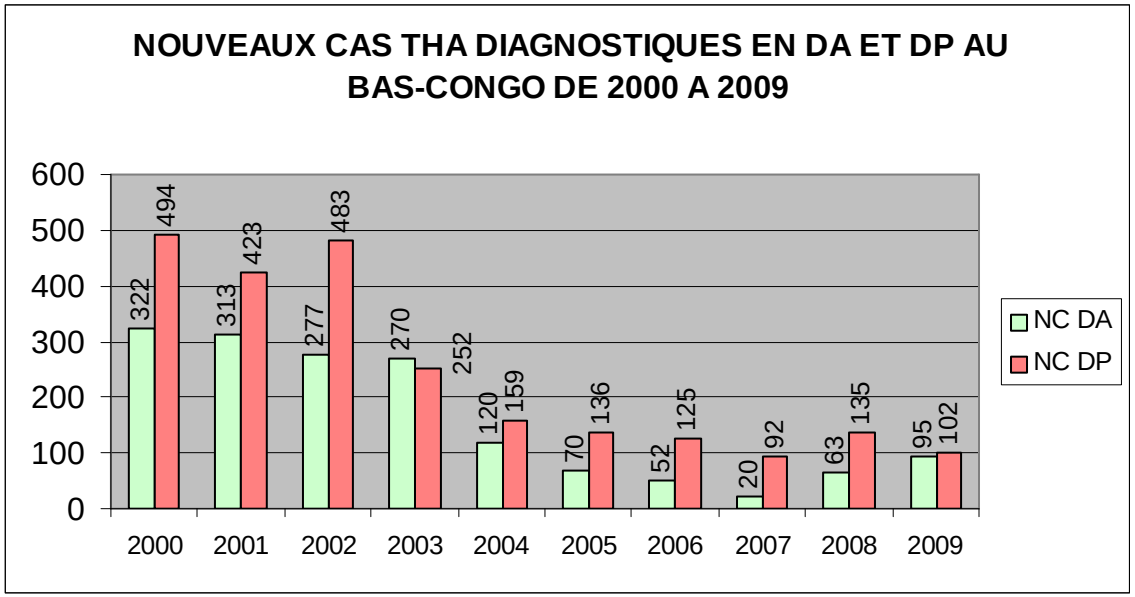

EVOLUTION DE LA PTE DA ET LE TI EN DA
EN RDC DE 2000 A 2009
2500000
2000000
1500000
1000000
500000
0
0,7
0,6
0,5
0,4
0,3
0,2
0,1
0
1442961
1936771
1926026
2285934
2347651
2253198
2162484
1955450
1625226
1878803
0,6
0,53
0,38
0,25
0,21
0,19
0,16
0,17
0,23
0,23
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
PTE DA
TI DA

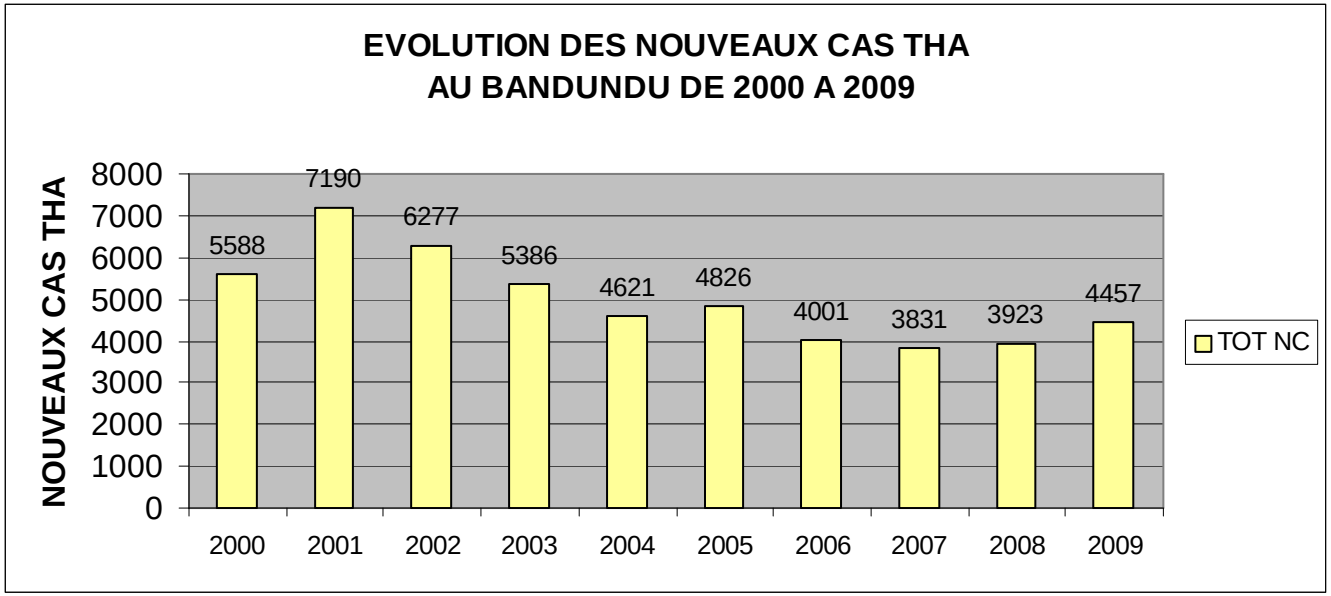

NOUVEAUX CAS THA DIAGNOSTIQUES EN DA ET DP
EN RDC DE 2000 A 2009
12000
10000
8000
6000
4000
2000
0
8681
8294
10288
7031
7301
6552
5690
5542
4987
4951
4297
5051
3478
4089
4142
4020
3674
3610
4304
2879
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
RDC NC DA
RDC NC DP

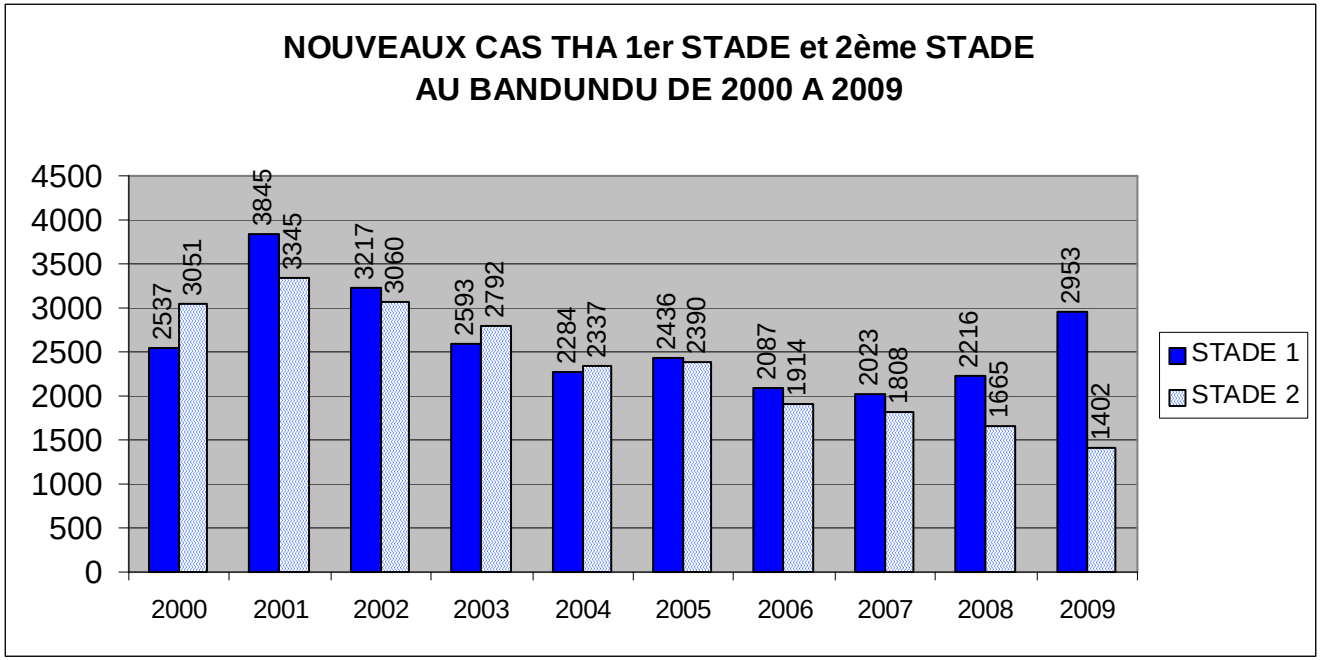

EVOLUTION DES NOUVEAUX CAS THA
AU BAS-CONGO DE 2000 A 2009
1000
800
600
400
200
0
816
736
760
522
279
206
177
112
198
197
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
TOT NC
Page 59

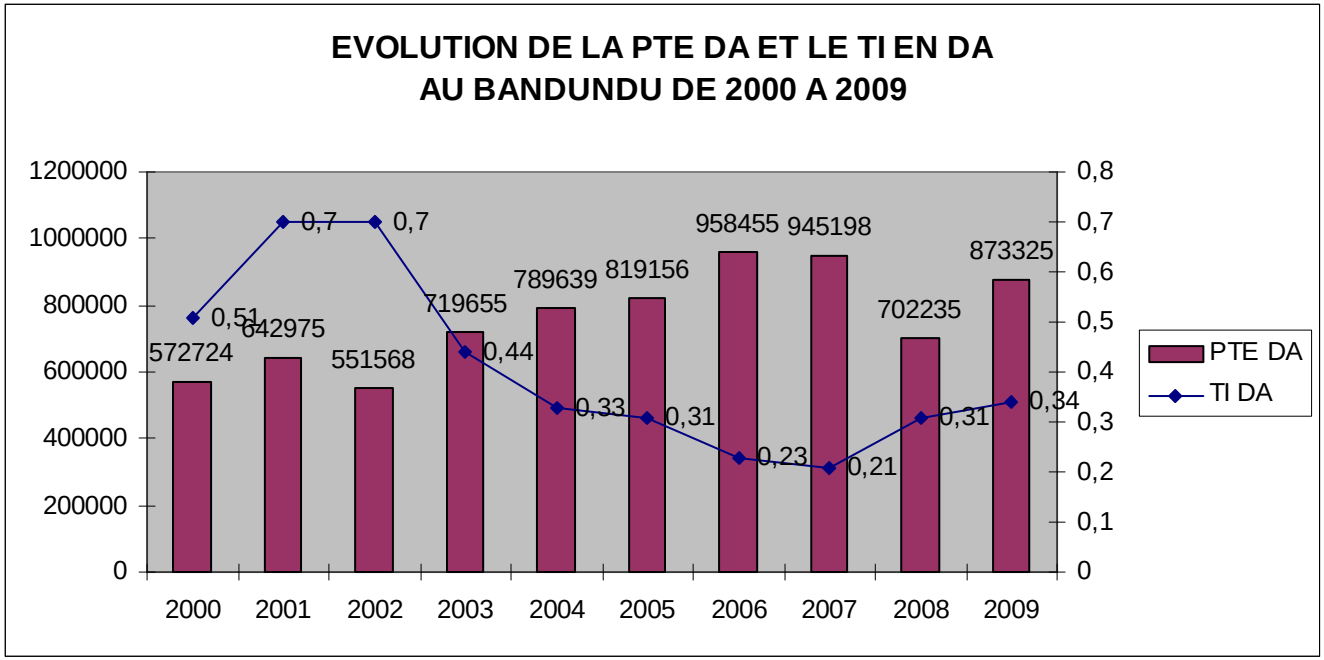

EVOLUTION DE LA PTE DA ET LE TI EN DA
AU BAS-CONGO DE 2000 A 2009
200000
150000
100000
50000
0
0,25
0,2
0,15
0,1
0,05
0
187216
171125
142331
176764
169753
126944
100696
62052
40117
45857
0,17
0,18
0,19
0,15
0,07
0,06
0,05
0,03
0,15
0,21
2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009
PTE DA
TI DA

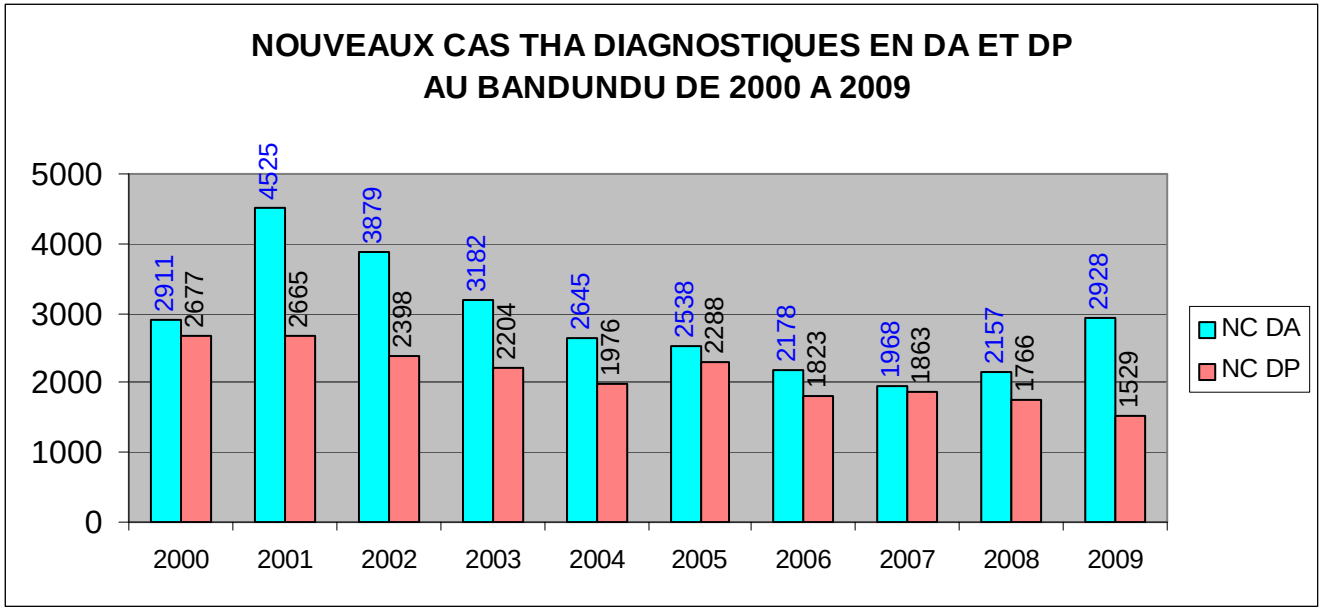

NOUVEAUX CAS THA 1er STADE et 2ème STADE AU
BAS-CONGO DE 2000 A 2009
700
600
500
400
300
200
100
0
199
617
238
498
358
402
229
293
83
196
63
143
45
132
17
95
99
99
107
90
2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009
STADE 1
STADE 2

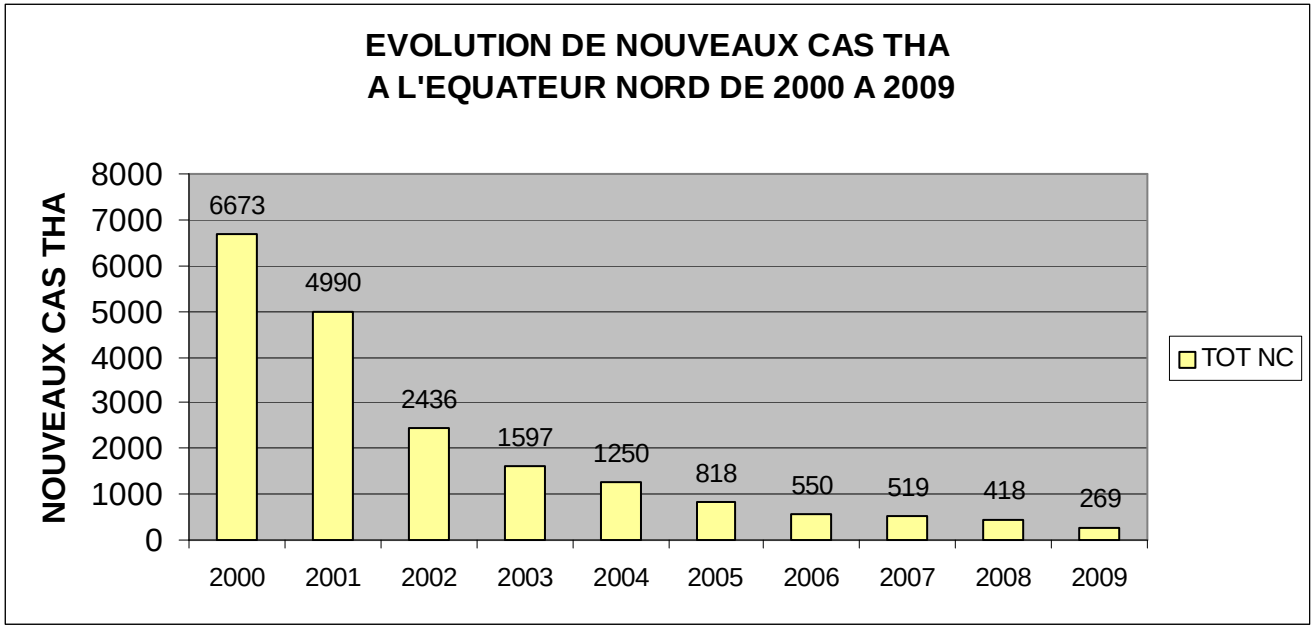

NOUVEAUX CAS THA DIAGNOSTIQUES EN DA ET DP AU BAS-CONGO DE 2000 A 2009
600
500
400
300
200
100
0
322
494
313
423
277
483
270
252
120
159
70
136
52
125
20
92
63
135
95
102
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
NC DA
NC DP

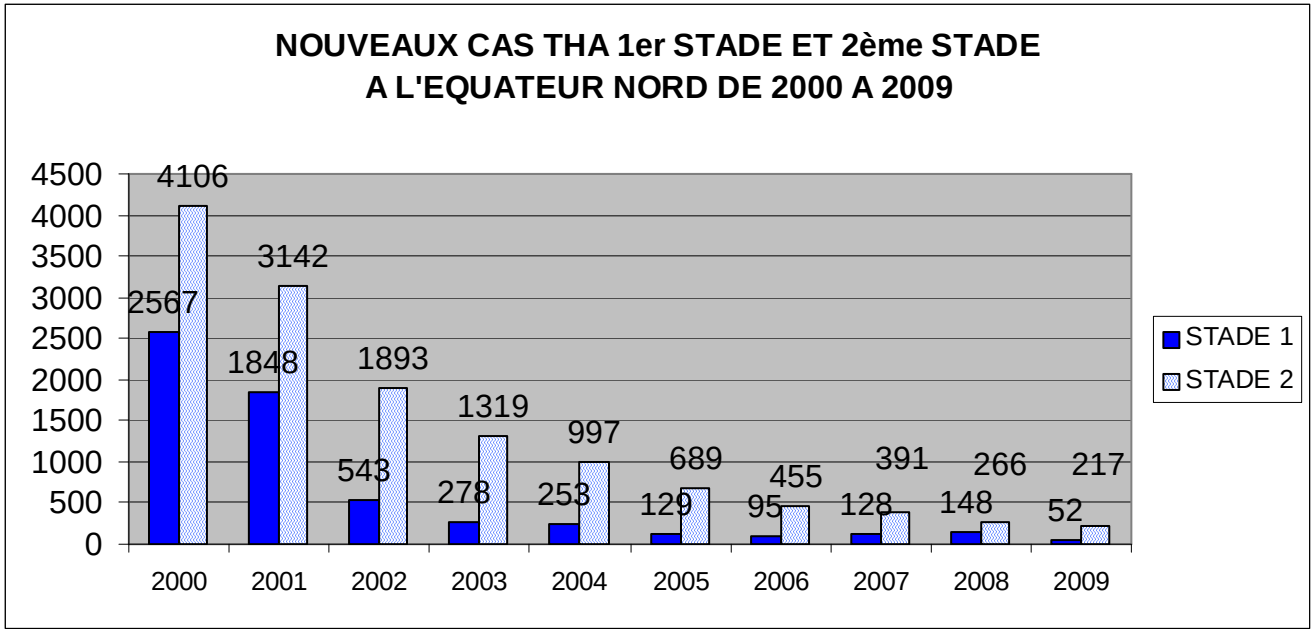

EVOLUTION DES NOUVEAUX CAS THA
AU BANDUNDU DE 2000 A 2009
NOUVEAUX CAS THA
8000
7000
6000
5000
4000
3000
2000
1000
0
5588
7190
6277
5386
4621
4826
4001
3831
3923
4457
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
TOT NC

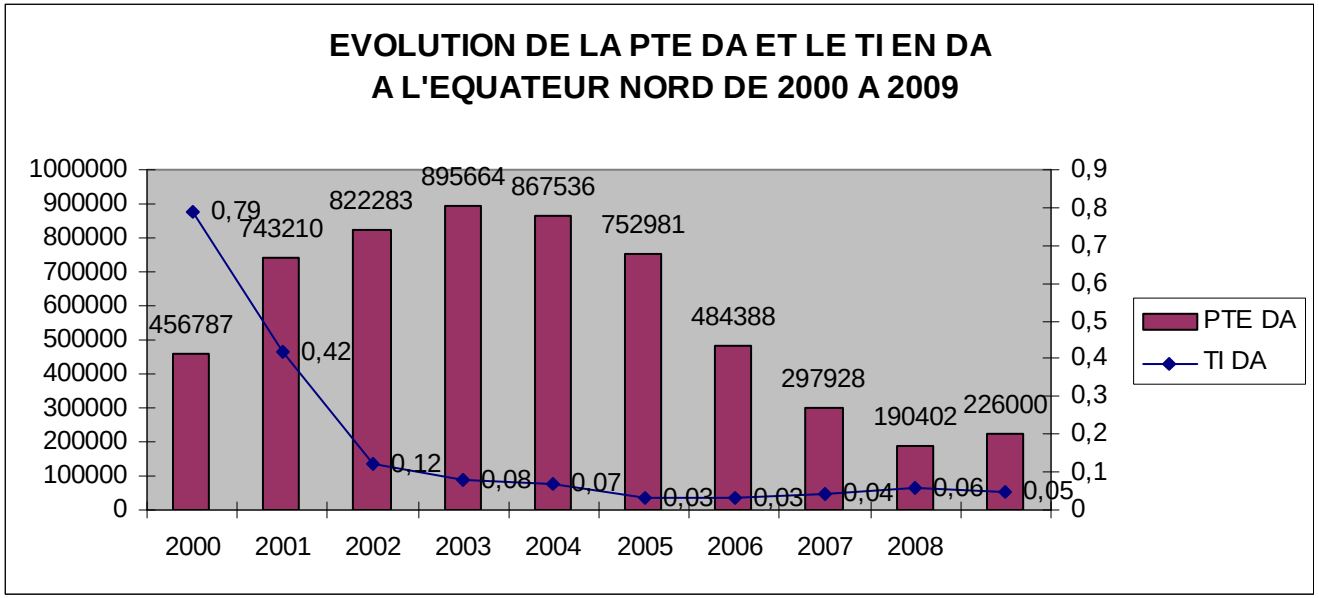

NOUVEAUX CAS THA 1er STADE et 2ème STADE
AU BANDUNDU DE 2000 A 2009
4500
4000
3500
3000
2500
2000
1500
1000
500
0
2537
3051
3845
3345
3217
3060
2593
2792
2284
2337
2436
2390
2087
1914
2023
1808
2216
1665
2953
1402
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
STADE 1
STADE 2

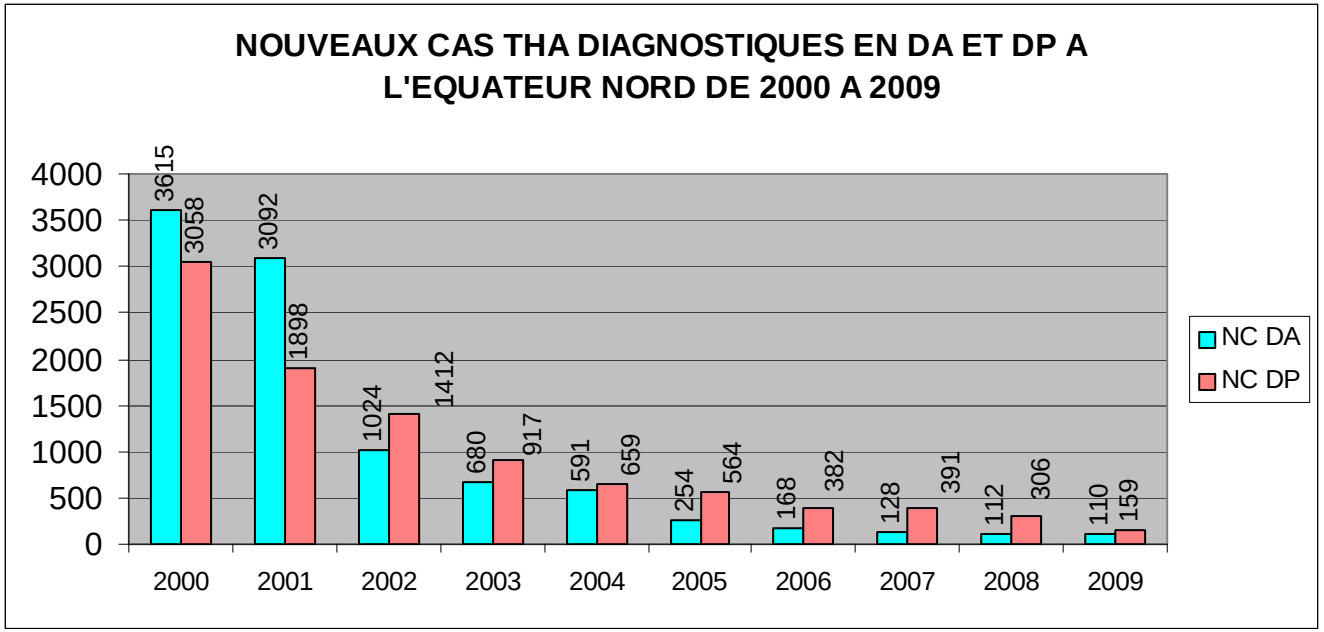

EVOLUTION DE LA PTE DA ET LE TI EN DA
AU BANDUNDU DE 2000 A 2009
1200000
1000000
800000
600000
400000
200000
0
0,8
0,7
0,6
0,5
0,4
0,3
0,2
0,1
0
572724
642975
551568
719655
789639
819156
958455
945198
702235
873325
0,51
0,7
0,7
0,44
0,33
0,31
0,23
0,21
0,31
0,34
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
PTE DA
TI DA

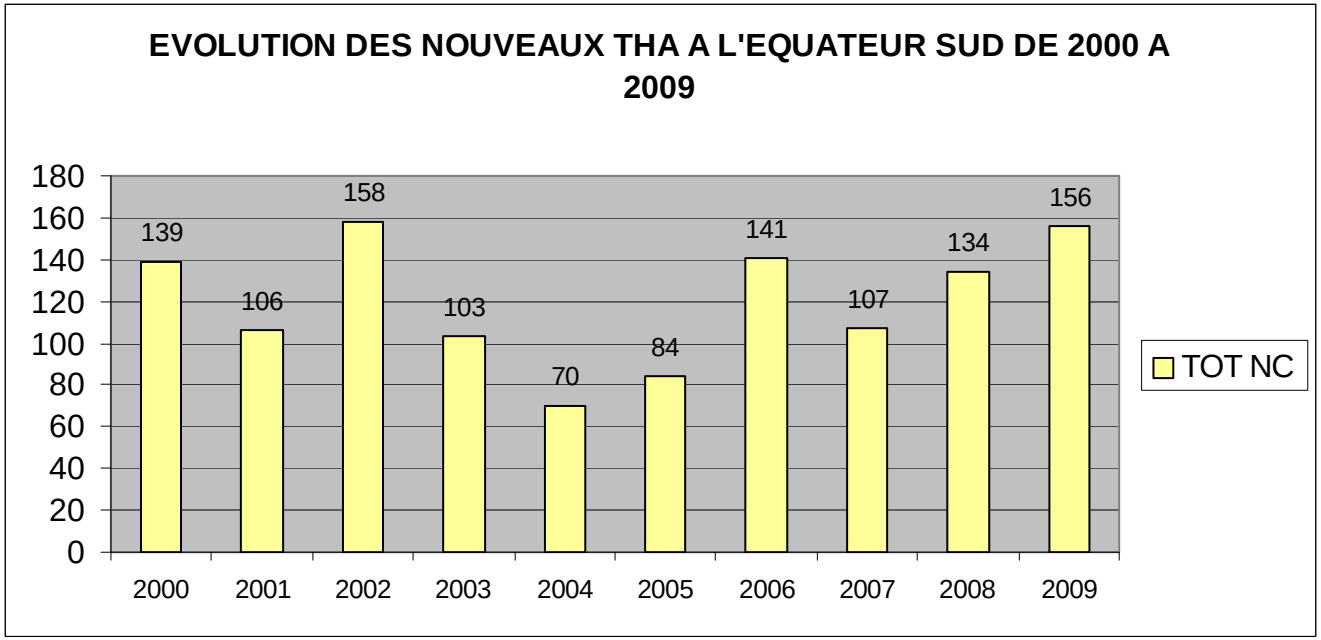

NOUVEAUX CAS THA DIAGNOSTIQUES EN DA ET DP
AU BANDUNDU DE 2000 A 2009
5000
4000
3000
2000
1000
0
2911
2677
4525
2665
3879
2398
3182
2204
2645
1976
2538
2288
2178
1823
1968
1863
2157
1766
2928
1529
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
NC DA
NC DP

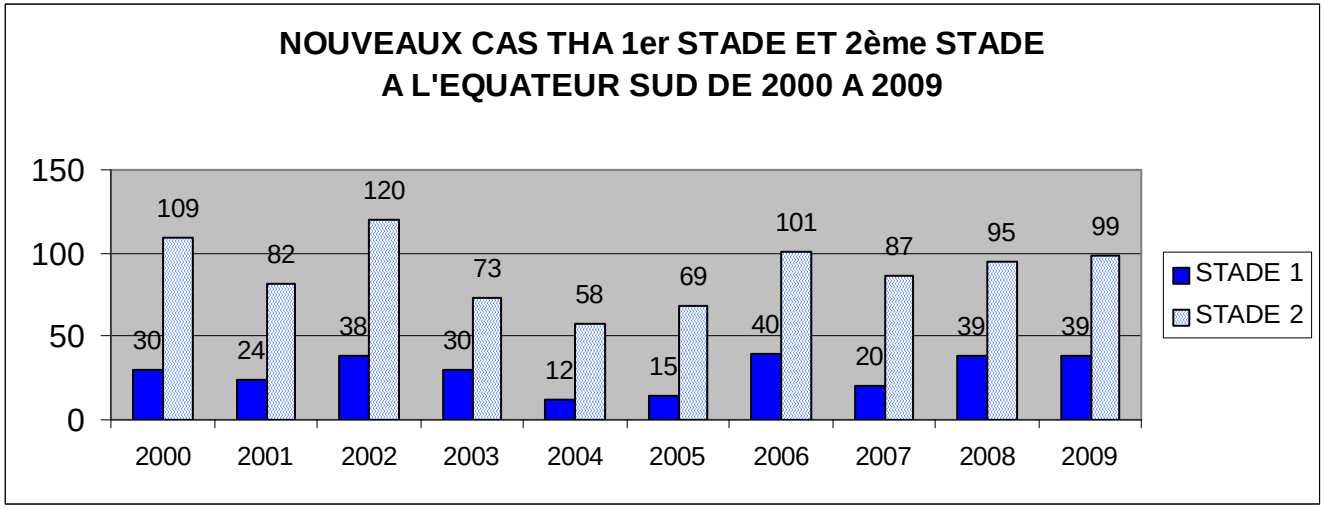

EVOLUTION DE NOUVEAUX CAS THA
A L'EQUATEUR NORD DE 2000 A 2009
NOUVEAUX CAS THA
8000
7000
6000
5000
4000
3000
2000
1000
0
6673
4990
2436
1597
1250
818
550
519
418
269
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
TOT NC

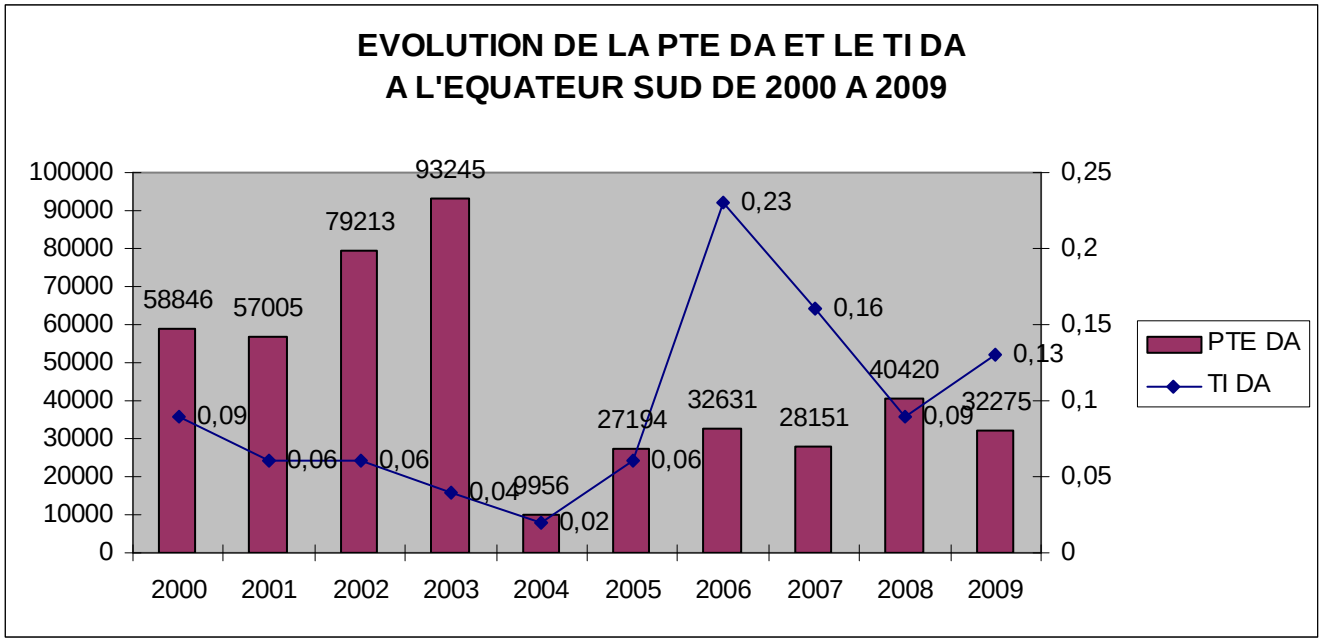

NOUVEAUX CAS THA 1er STADE ET 2ème STADE
A L'EQUATEUR NORD DE 2000 A 2009
4500
4000
3500
3000
2500
2000
1500
1000
500
0
2567
4106
1848
3142
543
1893
278
1319
253
997
129
689
95
455
128
391
148
266
52
217
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
STADE 1
STADE 2

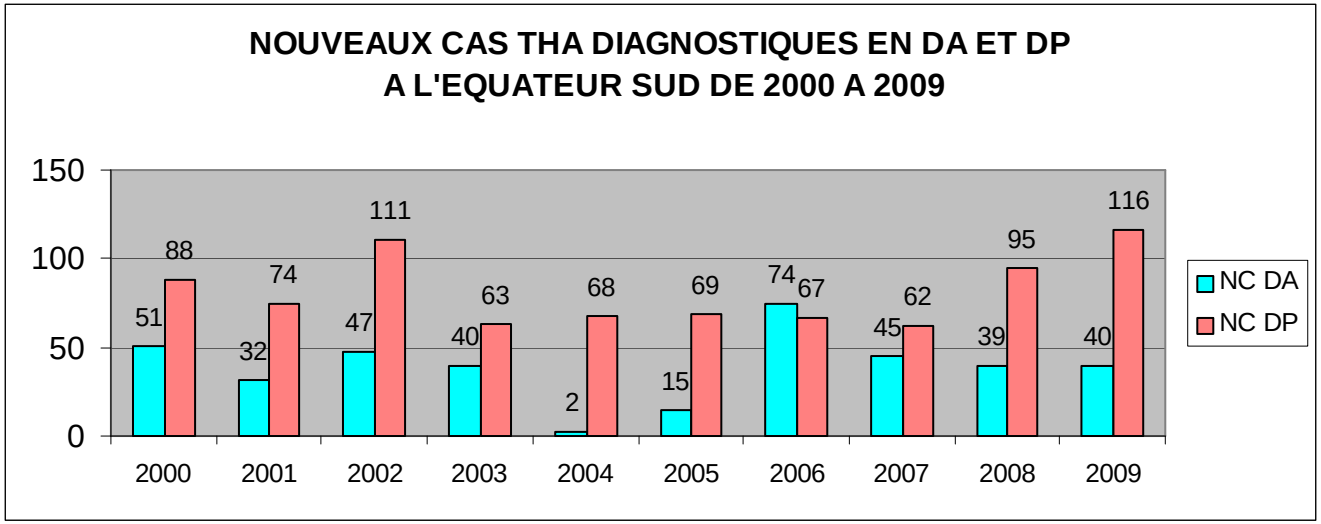

EVOLUTION DE LA PTE DA ET LE TI EN DA
A L'EQUATEUR NORD DE 2000 A 2009
1000000
900000
800000
700000
600000
500000
400000
300000
200000
100000
0
0,9
0,8
0,7
0,6
0,5
0,4
0,3
0,2
0,1
0
456787
743210
822283
895664
867536
752981
484388
297928
190402
226000
0,79
0,42
0,12
0,08
0,07
0,03
0,03
0,04
0,06
0,05
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
PTE DA
TI DA

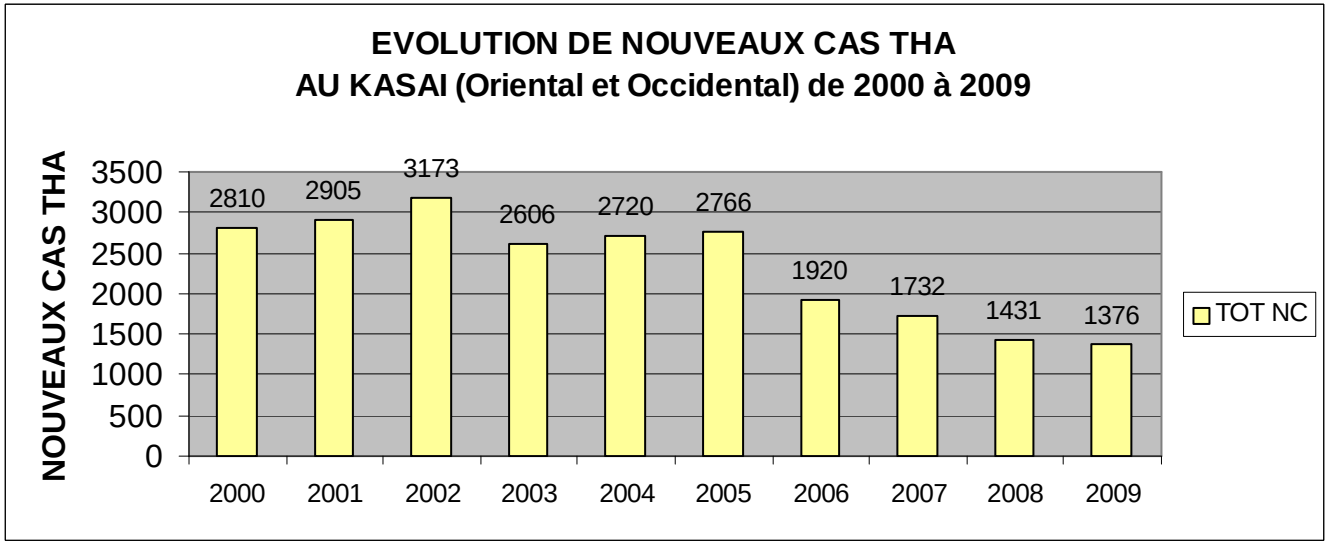

NOUVEAUX CAS THA DIAGNOSTIQUES EN DA ET DP A L'EQUATEUR NORD DE 2000 A 2009
4000
3500
3000
2500
2000
1500
1000
500
0
3615
3058
3092
1898
1024
1412
680
917
591
659
254
564
168
382
128
391
112
306
110
159
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
NC DA
NC DP

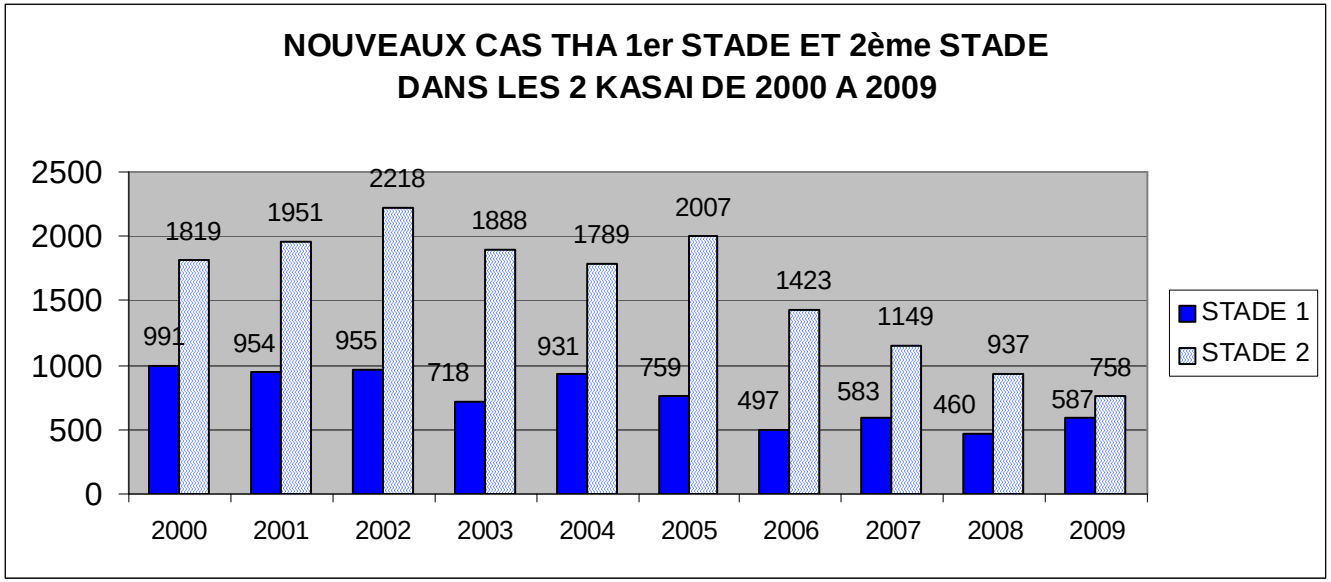

EVOLUTION DES NOUVEAUX THA A L'EQUATEUR SUD DE 2000 A 2009
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
139
106
158
103
70
84
141
107
134
156
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
TOT NC

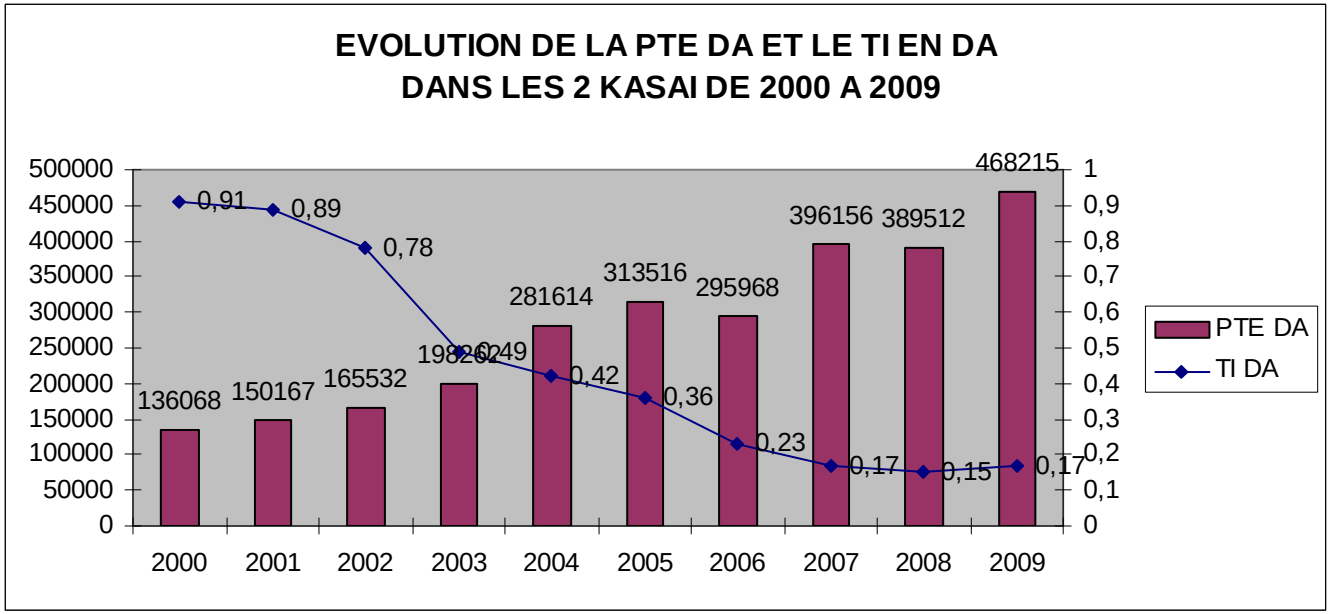

NOUVEAUX CAS THA 1er STADE ET 2ème STADE A L'EQUATEUR SUD DE 2000 A 2009
150
100
50
0
30
109
24
82
38
120
30
73
12
58
15
69
40
101
20
87
39
95
39
99
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
STADE 1
STADE 2

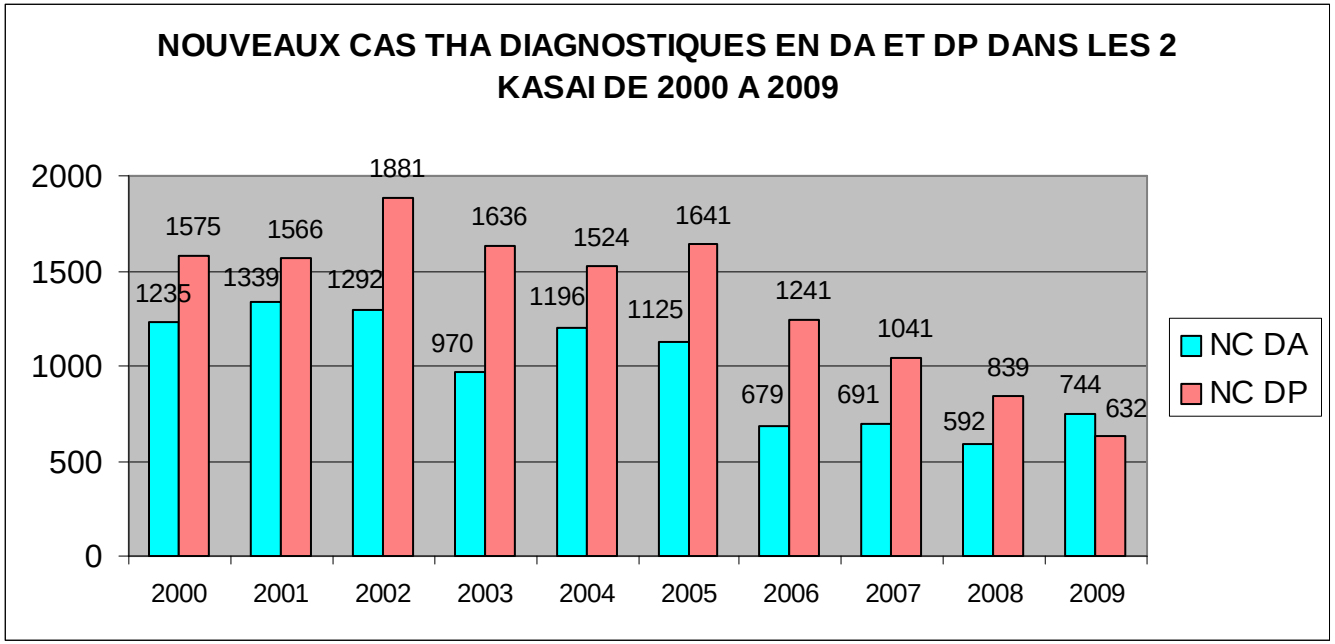

EVOLUTION DE LA PTE DA ET LE TI DA
A L'EQUATEUR SUD DE 2000 A 2009
100000
90000
80000
70000
60000
50000
40000
30000
20000
10000
0
0,25
0,2
0,15
0,1
0,05
0
58846
57005
79213
93245
9956
27194
32631
28151
40420
32275
0,09
0,06
0,06
0,04
0,02
0,06
0,23
0,16
0,09
0,13
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
PTE DA
TI DA

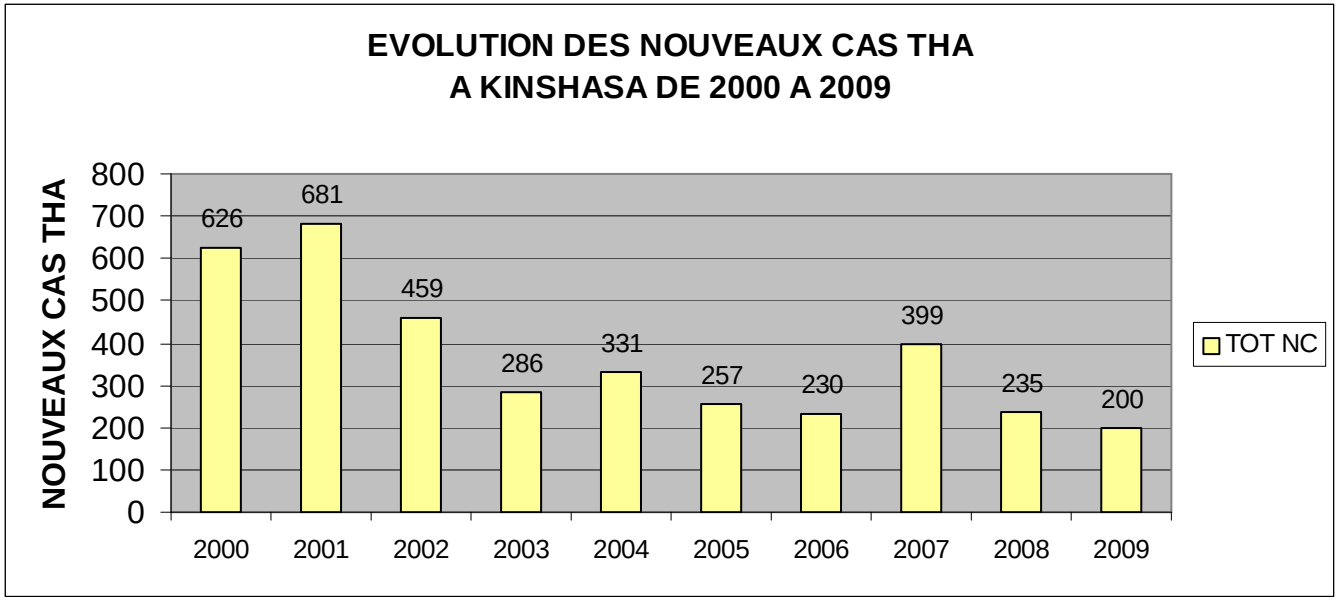

NOUVEAUX CAS THA DIAGNOSTIQUES EN DA ET DP
A L'EQUATEUR SUD DE 2000 A 2009
150
100
50
0
51
88
32
74
47
111
40
63
2
68
15
69
74
67
45
62
39
95
40
116
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
NC DA
NC DP

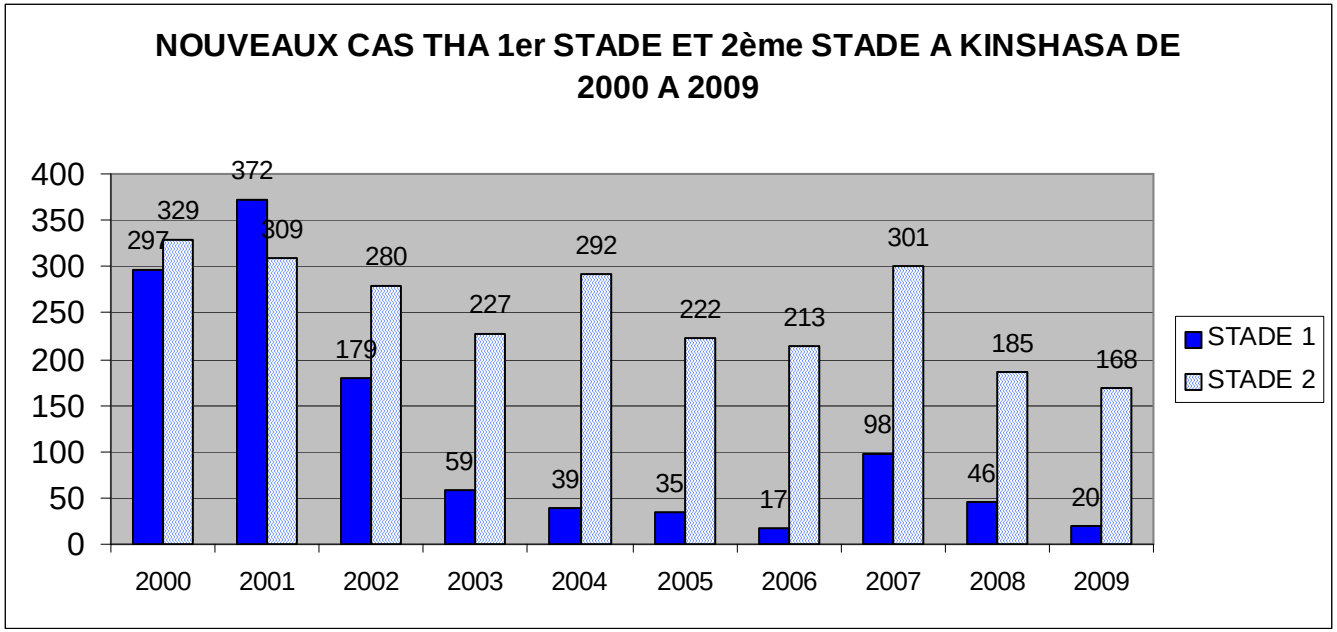

EVOLUTION DE NOUVEAUX CAS THA
AU KASAI (Oriental et Occidental) de 2000 à 2009
NOUVEAUX CAS THA
3500
3000
2500
2000
1500
1000
500
0
2810
2905
3173
2606
2720
2766
1920
1732
1431
1376
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
TOT NC

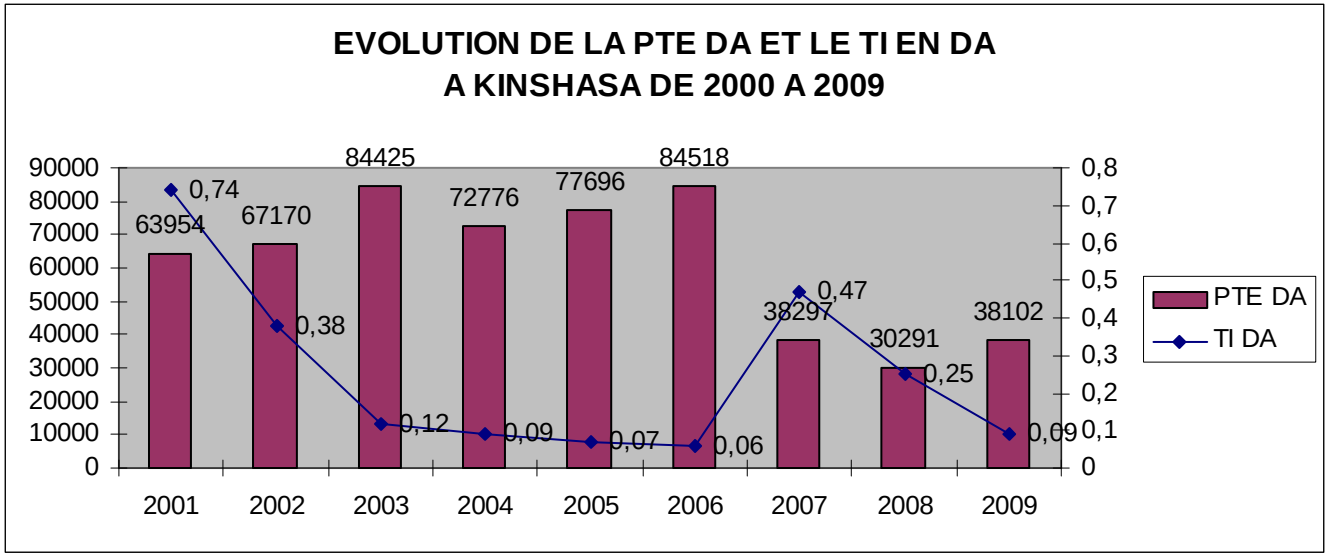

NOUVEAUX CAS THA 1er STADE ET 2ème STADE
DANS LES 2 KASAI DE 2000 A 2009
2500
2000
1500
1000
500
0
991
1819
954
1951
955
2218
718
1888
931
1789
759
2007
497
1423
583
1149
460
937
587
758
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
STADE 1
STADE 2

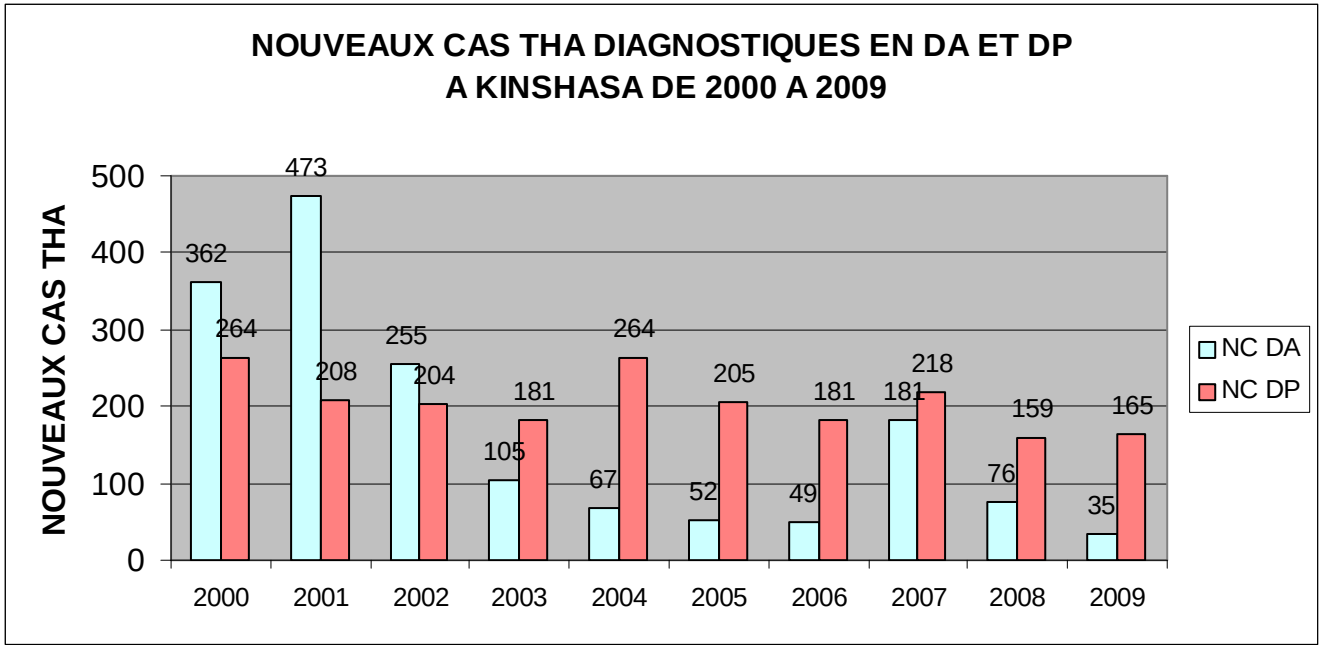

EVOLUTION DE LA PTE DA ET LE TI EN DA
DANS LES 2 KASAI DE 2000 A 2009
500000
450000
400000
350000
300000
250000
200000
150000
100000
50000
0
1
0,9
0,8
0,7
0,6
0,5
0,4
0,3
0,2
0,1
0
136068
150167
165532
198262
281614
313516
295968
396156
389512
468215
0,91
0,89
0,78
0,49
0,42
0,36
0,23
0,17
0,15
0,17
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
PTE DA
TI DA

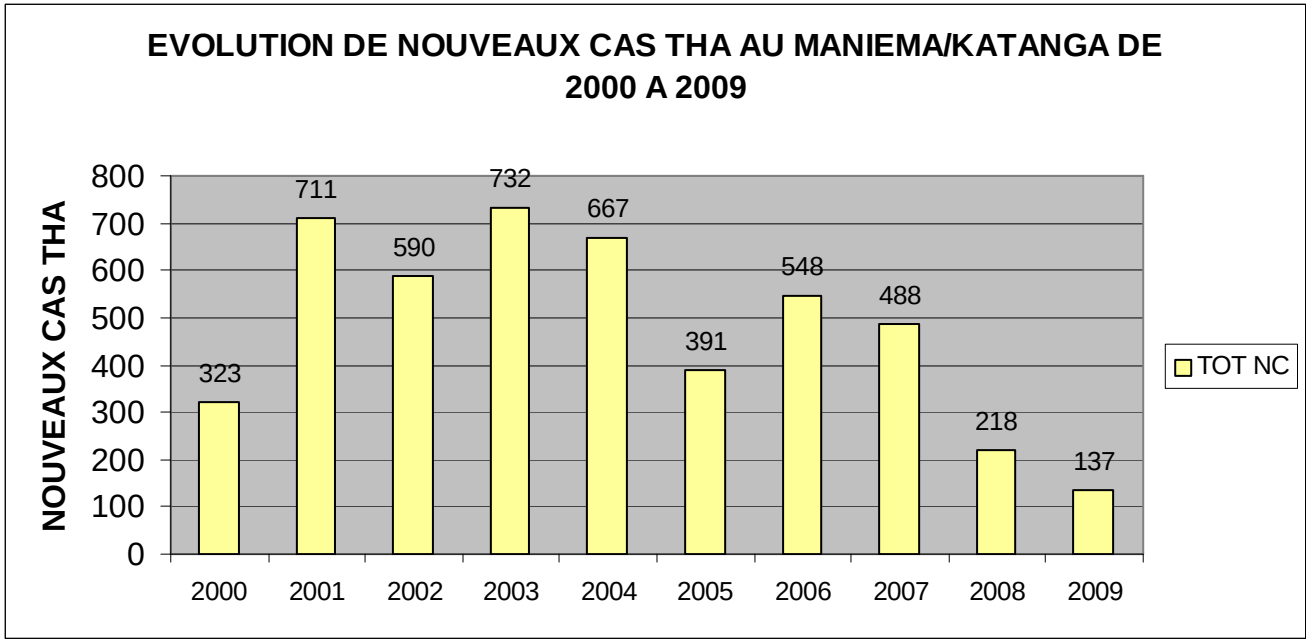

NOUVEAUX CAS THA DIAGNOSTIQUES EN DA ET DP DANS LES 2 KASAI DE 2000 A 2009
2000
1500
1000
500
0
1235
1575
1339
1566
1292
1881
970
1636
1196
1524
1125
1641
679
1241
691
1041
592
839
744
632
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
NC DA
NC DP

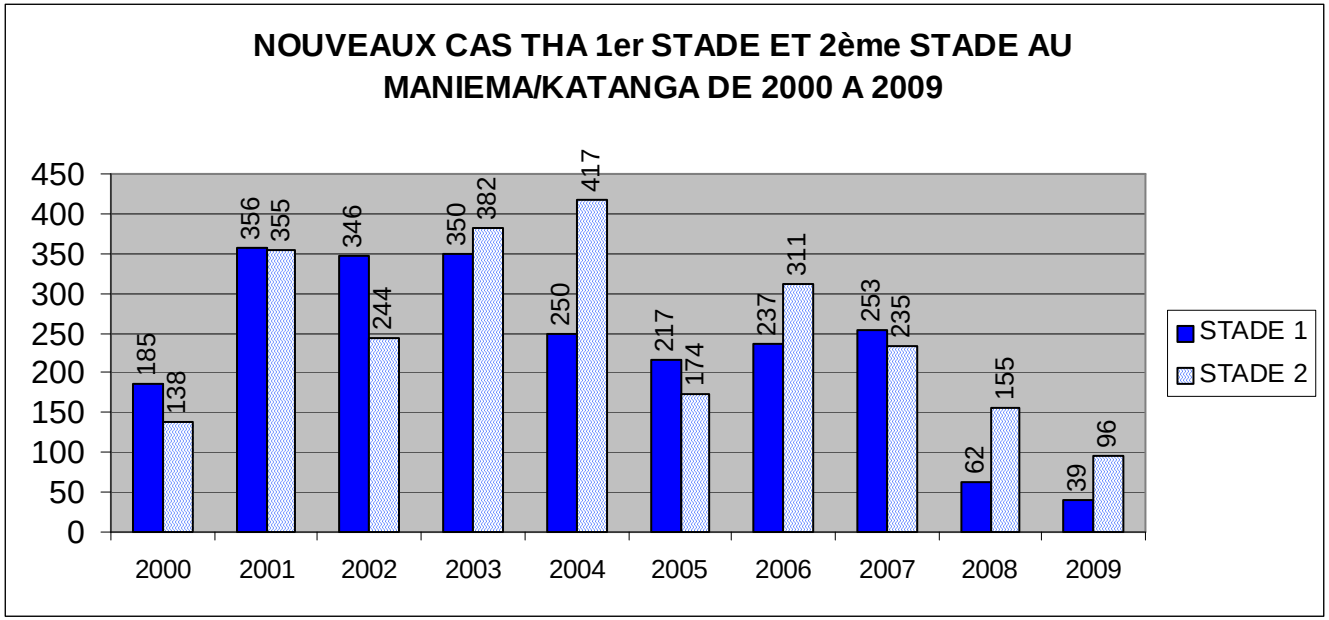

EVOLUTION DES NOUVEAUX CAS THA
A KINSHASA DE 2000 A 2009
NOUVEAUX CAS THA
800
700
600
500
400
300
200
100
0
626
681
459
286
331
257
230
399
235
200
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
TOT NC

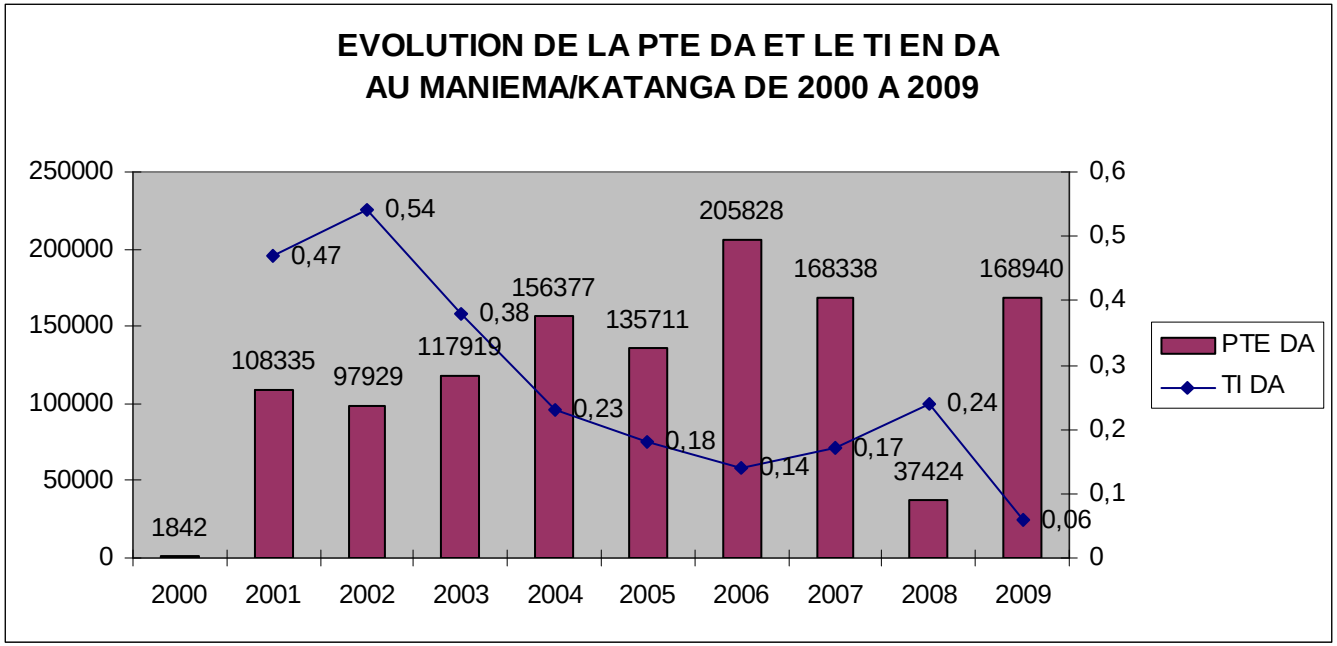

NOUVEAUX CAS THA 1er STADE ET 2ème STADE A KINSHASA DE 2000 A 2009
400
350
300
250
200
150
100
50
0
297
329
372
309
179
280
59
227
39
292
35
222
17
213
98
301
46
185
20
168
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
STADE 1
STADE 2

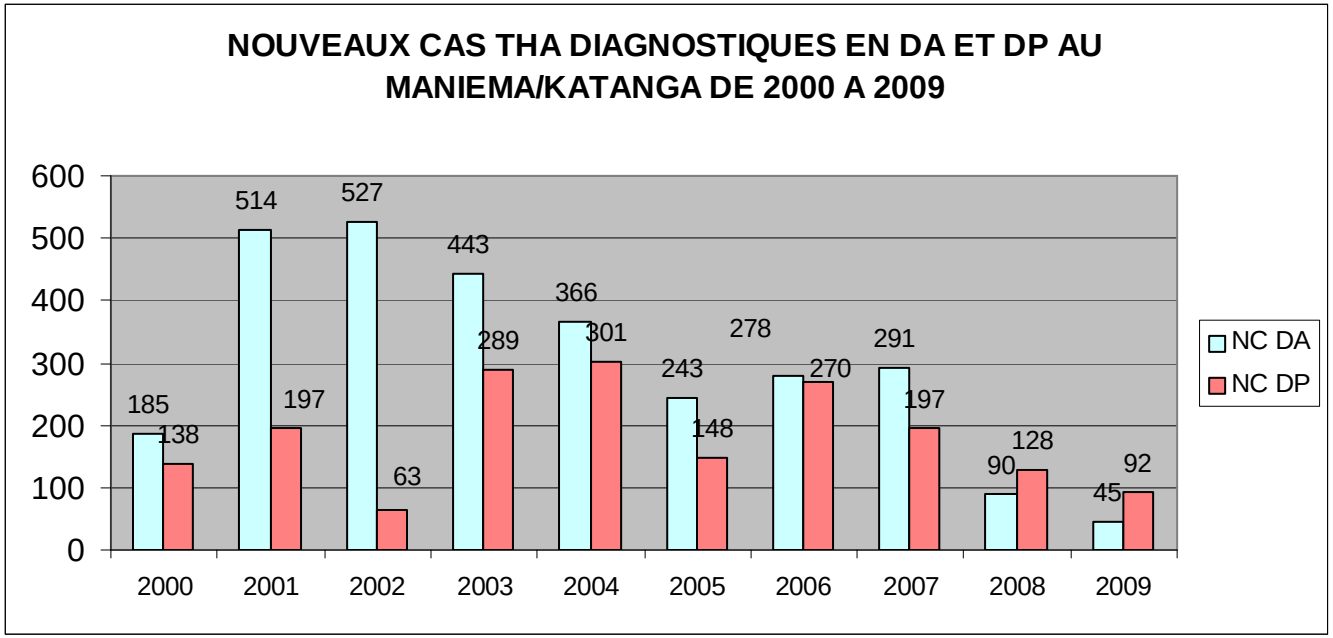

EVOLUTION DE LA PTE DA ET LE TI EN DA
A KINSHASA DE 2000 A 2009
90000
80000
70000
60000
50000
40000
30000
20000
10000
0
0,8
0,7
0,6
0,5
0,4
0,3
0,2
0,1
0
63954
67170
84425
72776
77696
84518
38297
30291
38102
0,74
0,38
0,12
0,09
0,07
0,06
0,47
0,25
0,09
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
PTE DA
TI DA


NOUVEAUX CAS THA DIAGNOSTIQUES EN DA ET DP
A KINSHASA DE 2000 A 2009
NOUVEAUX CAS THA
500
400
300
200
100
0
362
264
473
208
255
204
105
181
67
264
52
205
49
181
181
218
76
159
35
165
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
NC DA
NC DP


EVOLUTION DE NOUVEAUX CAS THA AU MANIEMA/KATANGA DE 2000 A 2009
NOUVEAUX CAS THA
800
700
600
500
400
300
200
100
0
323
711
590
732
667
391
548
488
218
137
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
TOT NC


NOUVEAUX CAS THA 1er STADE ET 2ème STADE AU MANIEMA/KATANGA DE 2000 A 2009
450
400
350
300
250
200
150
100
50
0
185
138
356
355
346
244
350
382
250
417
217
174
237
311
253
235
62
155
39
96
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
STADE 1
STADE 2


EVOLUTION DE LA PTE DA ET LE TI EN DA
AU MANIEMA/KATANGA DE 2000 A 2009
250000
200000
150000
100000
50000
0
0,6
0,5
0,4
0,3
0,2
0,1
0
1842
108335
97929
117919
156377
135711
205828
168338
37424
168940
0,47
0,54
0,38
0,23
0,18
0,14
0,17
0,24
0,06
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
PTE DA
TI DA


NOUVEAUX CAS THA DIAGNOSTIQUES EN DA ET DP AU MANIEMA/KATANGA DE 2000 A 2009
600
500
400
300
200
100
0
185
138
514
197
527
63
443
289
366
301
243
148
278
270
291
197
90
128
45
92
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
NC DA
NC DP

10.7 Tableaux synthétiques

CTB AGENCE BELGE
DE DEVELOPPEMENT

Tableau 1 : SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE LA THA EN 2009

ZONE N°	PROVINCES	PTR	PTE			NC DA				TI DA	NC DP				NC	TI GEN
			DA	DP	TOT	1st	2st	inc	TOT		1st	2st	inc	TOT	TOTAL	
I	BAS-CONGO	53.165	45.857	22.757	68.614	81	14	0	95	0,21%	26	76	0	102	197	0,29%
II	BANDUNDU	975.450	873.325	75.766	949.091	2.409	427	92	2.928	0,34%	544	975	10	1.529	4.457	0,47%
III	MANIEMA	135.865	107.140	11.372	118.512	24	5	0	29	0,03%	7	33	2	42	71	0,06%
IV	KATANGA	74.357	61.800	5.138	66.938	7	9	0	16	0,03%	1	49	0	50	66	0,10%
V	KASAI ORIENTAL	357.227	291.497	15.634	307.131	329	152	6	487	0,17%	40	460	3	503	990	0,32%
VI	KASAI OCCIDENTAL	234.605	178.718	22.492	201.210	202	34	21	257	0,14%	16	112	1	129	386	0,19%
VII	EQUATEUR	511.186	258.275	19.566	277.841	61	84	5	150	0,06%	30	232	13	275	425	0,15%

VIII	KINSHASA	56.269	38.102	3.201	41.303	7	16	12	35	0,09%	13	152	0	165	200	0,48%
IX	PROVINCE ORIENT	14.902	24.089	5.637	29.726	196	110	1	307	1,27%	24	60	0	84	391	1,32%
	TOTAL	**2.413.026**	**1.878.803**	**181.563**	**2.060.366**	**3.316**	**851**	**137**	**4.304**	**0,23%**	**701**	**2.149**	**29**	**2.879**	**7.183**	**0,35%**

LEGENDE:

PTR : POPULATION TOTALE RECENSEE
PTE : POPULATION TOTALE EXAMINEE
DA : DEPISTAGE ACTIF
DP : DEPISTAGE PASSIF

NC : NOUVEAU CAS (MALADES) THA
1 ST: PREMIER STADE
2 ST: DEUXIEME STADE
INC : INCONNU

TI : TAUX D'INFECTION

Tableau 2: MALADES TRAITES PAR ZONE ENDEMIQUE EN 2009

ZONE N°	PROVINCES	MALADES TRAITES
I	BAS-CONGO	192
II	BANDUNDU	3943
III	MANIEMA	75
IV	KATANGA	69
V	KASAI ORIENTAL	1040
VI	KASAI OCCIDENTAL	350
VII	EQUATEUR	404
VIII	KINSHASA	235
IX	PROVINCE ORIENTAL	333
	TOTAL	**6641**

Tableau 3: MORTALITE NOTIFIEE PAR ZONE ENDEMIQUE EN 2009

ZONE N°	PROVINCES	DECES
I	BAS-CONGO	6
II	BANDUNDU	22
III	MANIEMA	1
IV	KATANGA	0
V	KASAI ORIENTAL	14
VI	KASAI OCCIDENTAL	5

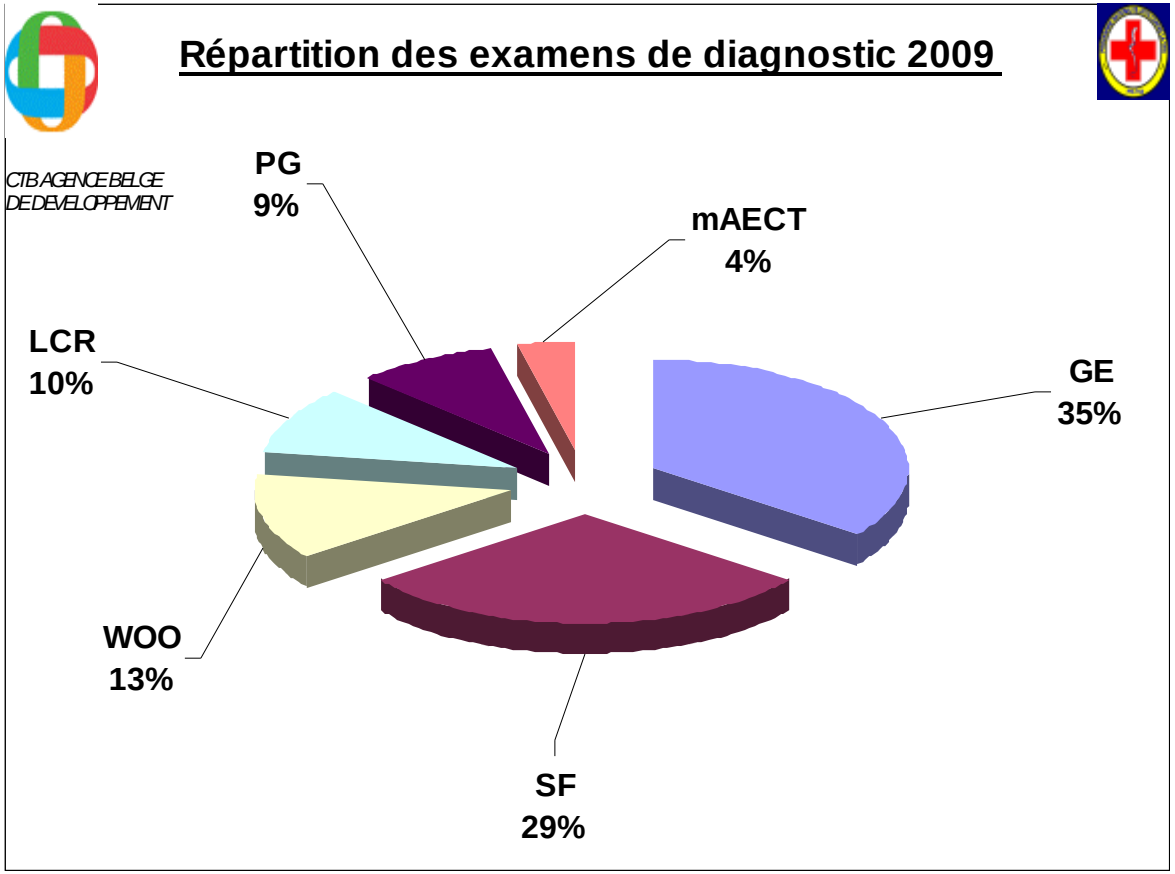
VII	EQUATEUR	1
VIII	KINSHASA	5
IX	PROVINCE ORIENTAL	1
	TOTAL	**55**

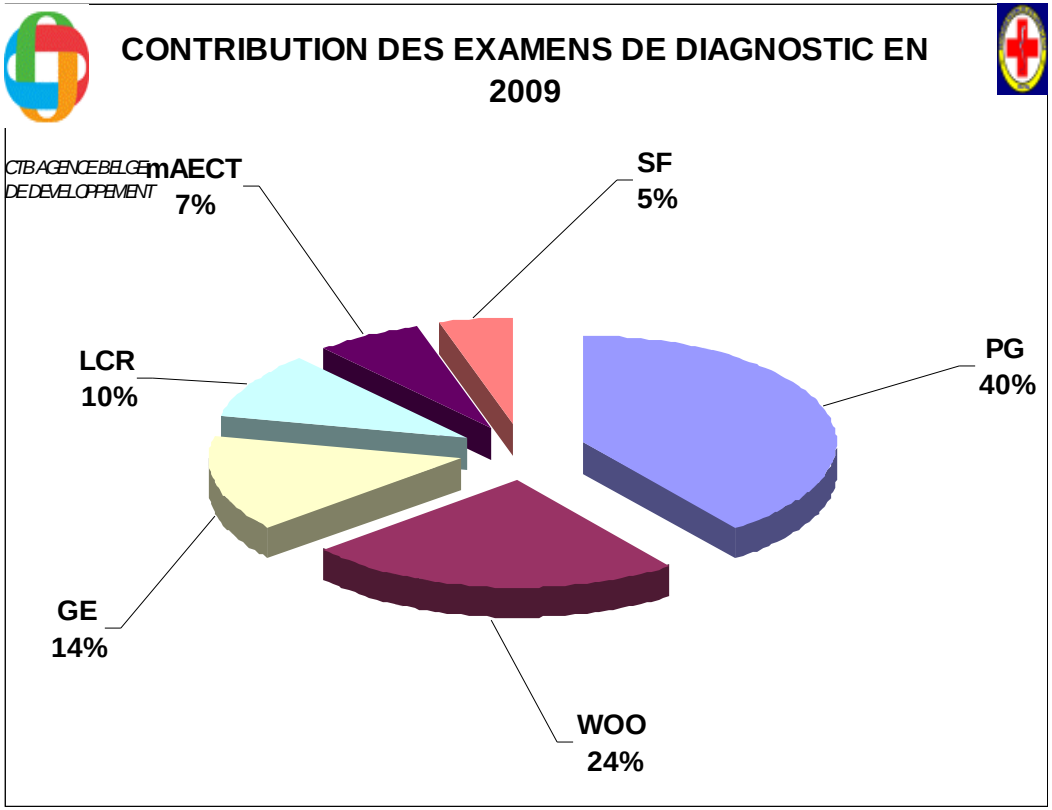
Tabeau 4: NOMBRE DE CATT EFFECTUES PAR ZONE ENDEMIQUE EN 2009

ZONE N°	PROVINCES	CATT EFFECTUES	% par rapport au total	CATT POSITIFS	Séroprévalence	CATT NEGATIFS
I	BAS-CONGO	68.614	3,8%	997	1,5%	67.617
II	BANDUNDU	918.669	50,5%	7.390	0,8%	911.279
III	MANIEMA	168.060	9,2%	374	0,2%	167.686
IV	KATANGA	66.938	3,7%	219	0,3%	66.719
V	KASAI ORIENTAL	228.270	12,5%	2.503	1,1%	225.767
VI	KASAI OCCIDENTAL	201.210	11,1%	998	0,5%	200.212
VII	EQUATEUR	107.925	5,9%	1.426	1,3%	106.499
VIII	KINSHASA	41.300	2,3%	505	1,2%	40.795
IX	PROVINCE ORIENTALE	19.007	1,0%	1.311	6,9%	17.696
	TOTAL	**1.819.993**	**100,0%**	**15.723**	0,9%	**1.804.270**

SYNTHESE DES EXAMENS DE LABORATOIRE 2009 PNLTHA RDC (résultats incomplets)

Province	CATT eff	CATT+	PG	PG+	SF	SF+	GE	GE+	LCR	LCR+	WOO	WOO+	mAECT	mAECT+	Dil	Dil⩾1/8
Kinshasa	29.017	351	144	45	58	0	767	4	222	18	569	59	236	13	203	3
Bas Congo	39.461	530	235	52	1.324	0	1.691	18	406	19	393	58	244	10	363	6
Bandundu nord	384.578	1.587	916	475	1.888	130	1.905	158	2.352	147	889	416	27	10	633	180
Bandundu sud	368.878	3.536	2.467	953	5.768	95	4.875	80	758	91	2.445	552	842	180	238	121
Equ nord	498		374	38	5.448	4	7.616	173	309	37	611	2	35	4	1.030	3
Equ sud	32.255	538	153	51	368	1	371	44	245	22	67	4	0	0	70	11
Kasai oc	133.345	506	119	52	219	2	536	124	354	23	342	31	26	26	140	6
Kasai or	230.776	2.503	700	265	421	2	476	34	792	92	1.842	66	835	103	2.134	43
Maniema	189.541	1.931	179	35	2.187	0	2.884	75	444	45	601	18	0	0	137	6
TOTAL	**1.408.349**	**11.482**	**5.287**	**1.966**	**17.681**	**234**	**21.121**	**710**	**5.882**	**494**	**7.759**	**1.206**	**2.245**	**346**	**4.948**	**379**


Répartition des examens de diagnostic 2009
CTB AGENCE BELGE DE DEVELOPPEMENT
PG 9%
mAECT 4%
LCR 10%
GE 35%
WOO 13%
SF 29%


CONTRIBUTION DES EXAMENS DE DIAGNOSTIC EN 2009
CTB AGENCE BELGE DE DEVELOPPEMENT
mAECT 7%
SF 5%
PG 40%
LCR 10%
GE 14%
WOO 24%

Abréviations

AC	:	Ancien Cas
AS	:	Aire de Santé
ASHE	:	Aire de Santé Hyperendémique
AT	:	Assistant Technique
BC	:	Bas-Congo
BDD	:	Bandundu
BDD N	:	Bandundu Nord
BDD S	:	Bandundu Sud
CATT	:	Card Agglutination Trypanosomiasis Test
CCQ	:	Comité de Contrôle de Qualité
CDI	:	Centre de Développement Intégral
CDTC	:	Centre de Dépistage, Traitement et Contrôle
CNP	:	Comité National de Pilotage du Secteur Santé
CNTS	:	Centre National de Transfusion Sanguine
COMPAR	:	Comité des Partenaires
CSR	:	Centre de Santé de Référence
CTB	:	Coopération Technique Belge
CUM	:	Chef d'Unité Mobile
D4	:	4ème Direction
DA	:	Dépistage Actif
DEP	:	Direction d'Etudes et Planifications
DFMO	:	Difluoromethylornithine (Eflornithine)
DGCD	:	Direction Générale de la Coopération au Développement
DNDI	:	Drugs of Neglected Diseases initiative
DP	:	Dépistage Passif
DTF	:	Dossier Technique Financier
EC	:	Equipe Cadre
ECP	:	Equipe Cadre Provinciale
ECZ	:	Eglise du Christ au Zaïre
ECZS	:	Equipe Cadre de la Zone de Santé
EQN	:	Equateur Nord

EQS	:	Equateur Sud
FIND	:	Fondation for the innovation of new diagnostic tools.
FOMETRO	:	Fonds Médical Tropical Belge
FS	:	Formation Sanitaire
FS	:	Formation Sanitaire
HGR	:	Hôpital Général de Référence
IEC	:	Information, Education et Communication
IMT	:	Institut de Médecine Tropicale
INRB	:	Institut National de Recherche Biomédicale
IOV	:	Indicateur Objectivement Vérifiable
ISCTRC	:	International Scientific Council for Trypanosomiasis Research and Control
KIN	:	Kinshasa
KOC	:	Kasaï Occidental
KOR	:	Kasaï Oriental
LAV	:	Lutte Anti vectorielle
MAN/KAT	:	Maniema/Katanga
MCP	:	Médecin Coordonnateur Provincial
MCZ	:	Médecin Chef de Zone
MEMISA	:	Medische Missie Actie : Action Médicale Missionnaire
MINSAN	:	Ministère de la Santé
MSF-B	:	Médecins Sans Frontière Belgique
MTN	:	Maladies Tropicales Négligées
MUM	:	Mini Unité-Mobile
NC	:	Nouveau cas
NECT	:	Combinaison Nifurtimox Eflornithine
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
ONGD	:	Organisation non gouvernementale de développement
PAP	:	Paquet d'activités promotionnelles
PARAHAT	:	
PATTEC	:	Pan African Tse Tse and Trypanosomiasis Eradication Campaign
PCA	:	Paquet Complémentaire d’activités
PDS	:	Plan de Développement Sanitaire
PDSZ	:	Plan de Développement Sanitaire de la Zone
PIC	:	Programme Indicatif de Coopération

PMA	:	Paquet Minimum d'activités
PNLTHA	:	Programme National de lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine
PNTS	:	Programme National de Transfusion Sanguine
POR	:	Province Orientale
PS	:	Poste de Santé
PTE	:	Population Totale Examinée
QC	:	Contrôle de qualité (Quality Control)
RDC	:	République Démocratique du Congo
RECO	:	Relais Communautaire
RI	:	Résultat Intermédiaire
SAN	:	Sankuru
SMCL	:	Structure Mixte de Concertation Locale
SRSS	:	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
STI	:	Swiss Tropical Institute
TAA	:	Trypanosomiase Animale Africaine
THA	:	Trypanosomiase Humaine Africaine
TIDA	:	Taux d'Infection en Dépistage Actif
UM	:	Unité Mobile
WOO	:	Centrifugation en tube capillaire
ZS	:	Zone de Santé
ZSE	:	Zone de Santé Endémique