CTB

AGENCE BELGE
DE DÉVELOPPEMENT

RAPPORT ANNUEL 2011

PROJET « TRYPANO, PHASE 4 »

RDC0811411

TABLE DES MATIÈRES

1 FICHE PROJET 5

2 RÉSUMÉ 6

2.1 APERÇU DE L'INTERVENTION 6

2.2 POINTS SAILLANTS 6

2.3 LEÇONS APPRISES ET RECOMMANDATIONS 8

3 ÉVOLUTION DU CONTEXTE 10

4 ANALYSE DE L'INTERVENTION 12

4.1 ANCRAGE INSTITUTIONNEL ET MODALITÉS D'EXÉCUTION 12

4.2 OBJECTIF SPÉCIFIQUE 13

4.2.1 Indicateurs 13
4.2.2 Analyse des progrès réalisés 14
4.2.3 Risques & hypothèses 15
4.2.4 Critères de qualité 16
4.2.5 Impact 16
4.2.6 Leçons apprises et recommandations 17

4.3 RÉSULTAT 1 18

4.3.1 Indicateurs 18
4.3.2 Bilan activités 19
4.3.3 Analyse des progrès réalisés 19
4.3.4 Risques et hypothèses 20
4.3.5 Critères de qualité 20
4.3.6 Exécution budgétaire 20
4.3.7 Recommandations 20

4.4 RÉSULTAT 2 21

4.4.1 Indicateurs 21
4.4.2 Bilan activités 22
4.4.3 Analyse des progrès réalisés 22
4.4.4 Risques et hypothèses 23
4.4.5 Critères de qualité 24
4.4.6 Exécution budgétaire 24
4.4.7 Leçons apprises et recommandations 24

4.5 RÉSULTAT 3 26

4.5.1 Indicateurs 26
4.5.2 Bilan activités 27
4.5.3 Analyse des progrès réalisés 28
4.5.4 Risques et hypothèses 29
4.5.5 Critères de qualité 29
4.5.6 Exécution budgétaire 30
4.5.7 Leçons apprises et recommandations 30
4.6 RÉSULTAT 4 31
4.6.1 Indicateurs 31
4.6.2 Bilan activités 31
4.6.3 Analyse des progrès réalisés 32
Risques et hypothèses 32
4.6.4 Critères de qualité 33
4.6.5 Exécution budgétaire 33
4.6.6 Leçons apprises et recommandations 33
4.7 RÉSULTAT 5 34
4.7.1 Indicateurs 34
4.7.2 Bilan activités 34
4.7.3 Analyse des progrès réalisés 35
4.7.4 Risques et hypothèses 36
4.7.5 Critères de qualité 36
4.7.6 Exécution budgétaire 36
4.7.7 Leçons apprises et recommandations 36
4.8 RÉSULTAT 6 37
4.8.1 Indicateurs 37
4.8.2 Bilan activités 38
4.8.3 Analyse des progrès réalisés 38
4.8.4 Risques et hypothèses 39
4.8.5 Critères de qualité 39
4.8.6 Exécution budgétaire 39
4.8.7 Leçons apprises et recommandations 39
4.9 RÉSULTAT 7 40
4.9.1 Indicateurs 40
4.9.2 Bilan activités 40
4.9.3 Analyse des progrès réalisés 41
4.9.4 Risques et hypothèses 41
4.9.5 Critères de qualité 42
4.9.6 Exécution budgétaire 42
4.9.7 Leçons apprises et recommandations 42
4.10 RÉSULTAT 8 43

4.10.1 Indicateurs 43
4.10.2 Bilan activités 43
4.10.3 Analyse des progrès réalisés 43
4.10.4 Risques et hypothèses 44
4.10.5 Critères de qualité 44
4.10.6 Exécution budgétaire 44
4.10.7 Leçons apprises et recommandations 45
4.11 RÉSULTAT 9 46
4.11.1 Indicateurs 46
4.11.2 Bilan activités 46
4.11.3 Analyse des progrès réalisés 46
4.11.4 Risques et hypothèses 47
4.11.5 Critères de qualité 47
4.11.6 Exécution budgétaire 47
4.11.7 Recommandations 47
5 BÉNÉFICIAIRES 48
6 SUIVI DES DÉCISIONS PRISES PAR LA SMCL 51
7 RECOMMANDATIONS D'AUDIT 52
8 ANNEXES 54

1 Fiche projet

Titre de la prestation	Appui à la lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine, phase 4
Titre	« Trypano phase 4 »
Pays & zone d'intervention	République Démocratique du Congo
	Provinces de Kinshasa, Bas-Congo, Bandundu, Kasaï Oriental (y compris le Sankuru), Kasaï Occidental, Maniema (sud), Katanga (nord), Équateur, Province Orientale (foyer d'Isangi)
N° d'intervention DGD	3004509
Code Navision CTB	RDC 0811411
Secteur (codes CAD)	250
Institution partenaire	Ministère de la Santé Publique (Direction de la lutte contre la Maladie, Programme de lutte contre la Trypanosomiase humaine africaine.)
Contribution belge	10 000 000 €
Contribution pays partenaire	605 140 € (estimation)
Convention spécifique	Date de signature : 29/04/2009 ; validité : 60 mois (28 /04/2014)
Convention de mise en œuvre	Date de signature : 12/06/2009
Durée de l'exécution	48 mois : du 01/07/2009 jusqu'au 30/06/2013
Groupes cibles	Les malades de sommeil et la population à risque des provinces citées.
Objectif général	L'état de santé de la population résidant dans les zones endémiques de la THA en RDC est amélioré en ce qui concerne la mortalité et la morbidité dues à la THA.
Objectif spécifique	L'endémie de la THA est sous contrôle dans toutes les zones de santé endémiques où la lutte contre la THA est appuyée dans le cadre de la prestation
Résultats intermédiaires	
1ère composante : « Soins intégrés, globaux et de qualité »	
R1 : La lutte contre la THA est planifiée par les ZS selon des critères objectifs.	
R2 : L'action des UM est rendue plus efficace.	
R3 : Les activités de lutte contre la THA (dépistage, diagnostic, traitement et suivi post thérapeutique, IEC) font partie intégrante du PMA, PCA et PAP des FS des ZS endémiques et la prise en charge des cas de THA est améliorée.	
R4 : Les données épidémiologiques sont utilisées comme outil de suivi et de contrôle dans le cadre de la surveillance des maladies.	
2ème composante : « Renforcement structurel, décentralisation, collaboration intra & intersectorielle et transfrontalière, et suivi scientifique »	
R5 : Un appui institutionnel adapté à la configuration nouvelle (décentralisation, SRSS, intégration) est fourni aux niveaux central (PNLTHA, 4° Direction) e t provincial (ECP, ECZS).	
R6 : L'accompagnement du processus de l'intégration et le suivi scientifique de la lutte contre la THA sont assurés tout au long de l'intervention.	
R7 : La collaboration intrazonale, intersectorielle et transfrontalière est renforcée.	
3ème composante : « Financement global multi bailleurs à moyen et long terme »	
R8 : La cartographie des appuis globaux et particuliers aux ZS endémiques THA est réalisée et actualisée et les besoins non satisfaits sont identifiés.	
R9 : La lutte contre la THA est prise en compte et budgétisée dans les PDS des ZS endémiques et des financements couvrant les besoins identifiés sont obtenus.	
Personnes clés	Dr Kande Betu Ku Mesu, Médecin Directeur du PNLTHA (kandevictor@yahoo.fr ; 0999904293) : BP 7781 Kinshasa Croisement av. du 24 Novembre et Boulevard Triomphale N°1 / Kasavubu (Bâtiment PNMLS) Dr Van der Veken Wim, conseiller technique principal au PNLTHA et chef de projet (wim.vanderveken@btcctb.org ; 0995904089)

2 Résumé

2.1 Aperçu de l'intervention

Logique d'intervention	Efficience	Efficacité	Durabilité
Objectif Spécifique			
Résultat 1	B	C	B
Résultat 2	B	B	D
Résultat 3	C	C	B
Résultat 4	B	B	B
Résultat 5	B	B	C
Résultat 6	B	B	B
Résultat 7	B	B	B
Résultat 8	B	C	C
Résultat 9	X	C	C

Budget	Dépenses par année	Dépenses totales année 2011 (31/12/2011)	Solde budget	Taux d'exécution
2.610.255 €		1.871.380 €	738.875 €	71,7 %

2.2 Points saillants

- L'année 2011[1], au total 1.402.184 personnes ont été examinées dont 1.168.221 en dépistage actif (par 34 équipes mobiles) et 233.963 en dépistage passif (par 34 CDTC et 342 formations sanitaires fixes.)
  Pour réaliser le travail de dépistage actif, 32 des 34 équipes (données de la Province Orientale non encore disponibles) ont effectué 202 itinérances d'environ 20 jours dans les aires de santé endémiques soit une moyenne de 6,3 itinérances par équipe mobile par an.
  Sur l'ensemble de ces personnes examinées, 5370 nouveaux cas de THA ont été déclarés (0,38 %) dont 4895 cas parasitologiques (91 %) et 475 cas sérologiques (9 %). Sur les 5370 nouveaux cas (NC) déclarés, 2473 (46 %) ont été dépistés activement par les équipes mobiles et 2897 (54 %) passivement par les CDTC et les FS collaborant.
  Le taux d'infection en dépistage actif est de 0,21%, le taux de détection en dépistage passif est de 1,23 % et le taux d'infection général est de 0,38 %.
  Des 5370 NC déclarés, 2827 malades (ou 53 %) se trouvaient encore au 1er stade de la maladie alors que 2484 malades (46 %) avaient déjà évolué au 2ème stade. Chez 59 malades (1%) le stade n'a pas pu être déterminé.
  De tous les cas déclarés à ce jour en 2011 en RDC (zone d'intervention du projet PNLTHA/CTB + zone d'intervention PNLTHA/MSF-Suisse) on trouve : 2506 nouveaux cas au Bandundu (46,7 %), 698 au Kasaï Oriental (13 %), 321 en Équateur (6 %), 356 au Kasaï Occidental (6,6 %), 105 au Bas Congo (2 %), 143 à Kinshasa (2,7 %), 1126 dans la Province Orientale (21 %), 53 au Maniema (1 %), et 62 au Katanga (1,2%).

- En prenant comme indicateur objectivement vérifiable le nombre de nouveaux cas diagnostiqués sur la population examinée en dépistage actif, l'objectif spécifique de 0,1 % (ou 1 nouveau cas de THA diagnostiqué par an pour 1000 personnes exposées examinées) paraît atteint dans 3 des 9 provinces

[1] Données encore partielles pour le nord de la Province Orientale au moment de la rédaction du rapport

endémiques : en Équateur (0,06%), au Maniema (0,05%) et au Katanga (0,08 %). La Province Orientale est la seule province avec un taux d'infection en dépistage actif supérieur à 1% (TI = 1,01%). Les autres provinces ont des taux d'infections qui varient entre 0,1% et 1%.

Si, certes, ces résultats sont encourageants et semblent confirmer la tendance à la baisse des années précédentes, il y a lieu cependant de les nuancer :

- Dans aucune des provinces le seuil d'élimination de 0,01 % prôné par l'OMS a été atteint jusqu'à présent. Seules les provinces de l'Equateur, Maniema et Katanga s'y approchent. Aussi longtemps que ce seuil d'interruption de la transmission n'est pas atteint, le risque de recrudescence reste bien réel.
- L'augmentation apparente du taux d'infection en dépistage actif dans plusieurs provinces en 2011 peuvent être expliqués par une bonne réorientation des équipes mobiles dans les zones méso et hyper endémiques, bref un meilleur ciblage des zones endémiques.
- Les actions d'envergures n'ont pas été jugées nécessaire d'être réalisées en 2011 vu le faible niveau d'endémicité des foyers sous interventions.
- De même pour des raisons d'efficience, le nombre d'itinérances par équipes mobiles a été réduit : en moyenne 6 par UM par an en 2011 au lieu de 11 par an.
- Toutefois le PNLTHA est conscient que les résultats ne que les zones couvertes et donc une sous-estimation de la situation réelle car il reste toujours des foyers non couverts où la situation est mal connue.
- Aussi du fait que ces examens de labo plus efficaces tels le WOO et la mini-colonne à la place des techniques de routine moins sensibles comme le sang frais et la goutte épaisse, ne sont pas encore utilisées de façon optimale par les unités mobiles, nul ne peut exclure que les taux d'infection actuels en dépistage actif sous-estiment encore la situation réelle. D'où l'hypothèse qu'en cas d'application systématique et optimale de ces techniques dans toutes les unités mobiles, on pourrait s'attendre à une augmentation du nombre de cas.
- Le renforcement du dépistage passif au niveau des structures fixes de la zone de santé (CS et HGR) explique probablement qu'en 2011 plus de la moitié des malades (54 %) ont été diagnostiqués en dépistage passif. D'autre part la présence du personnel des unités mobiles travaillant au poste fixe durant les mois non programmés pour les itinérances, pourrait aussi avoir contribué à cette augmentation relative par rapport aux années précédentes

Les résultats de 2011 montrent qu'il est possible dans un contexte d'intégration de combiner le dépistage actif par des unités mobiles bien réorientées dans les foyers hyper endémiques avec un nombre d'itinérances calculé sur base d'une évidence épidémiologique renforcé par un dépistage passif avec des structures sanitaires fixes de la zone de santé.

Quant au processus d'intégration en 2011, un nombre important des structures sanitaires fixes de la zone de santé ont intégré les activités de lutte contre la THA dans le PMA et le PCA mais la formalisation de cette intégration n'est pas encore effective. Un guide d'intégration a été élaboré par la Direction de lutte contre la maladie (DLM) avec les concours de plusieurs experts venant des programmes spécialisés du ministère de la santé. Le document de stratégie d'intégration de la THA dans les structures sanitaires horizontales est en cours d'élaboration par le PNLTHA. Ce document de stratégie permettra la mise en œuvre de la politique

d'intégration définie par la DLM. Un comité d'accompagnement de la stratégie d'intégration a été mis en place au niveau de la DLM. Font partie de ce comité le médecin-directeur adjoint du PNLTHA et le chef du projet Trypano phase 4. L'introduction du CATT dans la sécurité transfusionnelle comme l'une des pistes d'intégration a été encore élargie dans plusieurs zones endémiques de la THA. Cette synergie entre le PNTS et le PNLTHA a permis un renforcement des pools de compétence dans plusieurs hôpitaux des zones de santé en RDC favorisant la durabilité d'une surveillance à minima de la THA dans ces zones de santé endémiques

- Un des succès de 2011 est que le NECT (combinaison nifurtimox-eflornithine) est utilisé à la place du toxique mélarsoprole dans presque toutes les structures sanitaires qui prennent en charge les cas de THA stade 2.

- La situation est toujours préoccupante dans la Province Orientale, plus précisément dans la région de Doruma/Dingila, située hors zone d'intervention du projet CTB, et mérite une attention particulière. A ce titre une mission mixte PNLTHA/OMS/CTB dans ladite région devrait être envisagée en 2012.

2.3 Leçons apprises et recommandations

Recommandations pour les UM

- Réorienter les UM vers des AS hyper endémiques et renforcer le dépistage passif

- Calculer le nombre d'itinérances des UM sur base de l'évidence épidémiologique

- Recycler au 1er semestre 2012, les UM n'ayant pas totalement maîtrise des techniques sensibles

Recommandations pour le niveau central et les coordinations provinciales

- Constituer un pool de suivi du projet « Trypano phase 4 »

- Intensifier les recherche-actions

- Introduire un système de prime à la performance et définir les critères objectifs de performance

Recommandations par rapport à l'intégration & le partenariat

- Impliquer activement les MIP dans le processus d'intégration

- Passer rapidement à la mise en œuvre de l'intégration dans les zones de santé identifiées

- Finaliser la stratégie d'intégration de la THA dans le système horizontal de la ZS

- Faire un plaidoyer pour la lutte contre la THA intégrée auprès du GIBS.

<u>Leçons apprises</u>

- Une bonne réorientation des UM dans les zones hyper endémiques contribue efficacement à la réduction de l'endémie de la THA.

- Le renforcement des FS fixes des ZS contribue efficacement à la surveillance de la THA.

- Le calcul de nombre des mois d'itinérance sur base de l'évidence épidémiologique est plus efficient dans un contexte de ressources limitées.

3 Évolution du contexte

Éléments du contexte qui ont influencé le déroulement de l'intervention en 2011

A. Éléments positifs sur lesquels l'intervention n'a pas ou peu d'emprise

- Le climat de sécurité qui a régné dans les provinces endémiques durant la première moitié de l'année a permis aux équipes mobiles de travailler en toute quiétude.

- La communication aisée par téléphone portable et par Internet a continué à faciliter – comme durant les années précédentes - les échanges d'information et la coordination des activités à distance.

- Le démarrage du PNDS au cours de 2011, a marqué un véritable « milestone » en matière de politique sectorielle santé du pays.

  - L'élaboration du « guide d'intégration des activités des programmes dans les zones de santé » par la DLM et d'un document de réflexion sur l'intégration administrative de la fonction de lutte contre la maladie au niveau des DPS » sont des réalisations concrètent qui préparent le processus d'intégration pour les différents programmes spécialisés dont le PNLTHA. D'autres aspects ayant trait au processus d'intégration feront l'objet des travaux de la sous-commission sur l'intégration de la DLM.

- L'octroi gratuit des trypanocides par les firmes Aventis-Sanofi et Bayer dans le cadre du joint-venture public-privé conclu entre elle et l'OMS, a en 2011, comme durant les 9 années précédentes, contribué de façon très significative à la bonne prise en charge de la majorité des cas diagnostiqués.

- L'octroi par l'OMS Genève d'un million de CATT au 4ème trimestre 2011 est un autre fait marquant qui a permis de garantir la continuité des actions de dépistage en cours étant donné l'épuisement de l'enveloppe budgétaire du projet pour le CATT qui ne couvrait que 24 des 48 mois.

- L'utilisation du NECT comme traitement de première intension de la THA stade 2, a contribué en 2011 à la diminution de la morbi-mortalité due au mélarsoprol et à l'amélioration de la qualité des soins pour les malades THA.

B. Éléments positifs sur lesquels l'intervention et/ou la CTB ont une emprise

- L'aménagement des routes de desserte agricole et la réparation des ponts et des bacs par la CTB dans certaines provinces endémiques pour la THA (Bas Congo, Bandundu et Maniema) ont amélioré l'accessibilité géographique. Facilitant les déplacements des unités mobiles, ces réalisations constituent une action synergique entre différents projets de la CTB en RDC

- Le calendrier 2011 Trypano réalisé par le projet en collaboration avec le service de communication de la Représentation de la CTB en RDC a contribué à une meilleure visibilité du programme, du projet et de la CTB.

C. Éléments négatifs sur lesquels l'intervention n'a pas ou peu d'emprise

- Le déguerpissement du PNLTHA en 2011 a eu un impact négatif sur le fonctionnement du PNLTHA en 2011. Une partie des archives a été perdue ainsi que des équipements et du mobilier ; le laboratoire PNLTHA n'est plus fonctionnel depuis le déguerpissement par manque des locaux pour l'abriter ; les activités de confection de pièges ont été suspendues par manque de locaux ; de même la cellule d'appui du projet CTB (conseiller technique chef du projet, PFO et caissière) ne sait pas rester ensemble avec le PNLTHA pour la même raison du manque des locaux.

- Le départ fin juin 2011 de l'ATI en charge de l'administration et de la logistique du projet suivi rapidement par le départ du PFO en septembre 2011 a été à la base de plusieurs retards entre autres dans la saisie de la comptabilité qui en janvier 2012 au moment de l'arrivée du nouveau PFO accumulait un retard de 3 mois.

- Le contexte électoral (élections présidentielles et législatives) en 2011 a eu un impact sur le déroulement des activités à partir du 3ème trimestre.(limitations des mouvements sur terrain et perturbation du programme des activités)

- L'arrêt de l'intervention de la Belgique dans le secteur de la santé annoncé pour 2013 risque de compromettre les résultats encourageants obtenus dans la lutte contre la THA, le PNLTHA, étant financièrement particulièrement vulnérable du fait de la grande dépendance de l'appui belge.

D. Éléments négatifs sur lesquels l'intervention ou la CTB ont une emprise

- Le refus de la dérogation aux marchés publics demandée par la partie congolaise en vue d'obtenir les véhicules les plus adaptés pour les équipes mobiles, a conduit à l'acquisition de véhicules qui dès la 1ère année ont connu des pannes coûteuses ; les UM de Bandundu qui continuent à utiliser des véhicules qui sont près de l'amortissement connaissent de plus en plus de pannes mécaniques. Le contrat-cadre ayant été résilié entre-temps, il serait possible d'acquérir les véhicules préférés par le PNLTHA mais ceci suppose une rallonge budgétaire.

4 Analyse de l'intervention

4.1 Ancrage institutionnel et modalités d'exécution

L'ancrage institutionnel est approprié dans la mesure où :

- premièrement le projet « Trypano, phase 4 » est placé au cœur même du PNLTHA, avec la présence des conseillers techniques dans les mêmes bureaux que les cadres nationaux, ce qui facilite le traitement concerté des dossiers mais le deuxième déguerpissement du PNLTHA en octobre 2011 risquerait d'entraver cet ancrage par manque des locaux disponibles pour abriter le conseiller technique belge et le PFO dans le même bâtiment que le PNLTHA.
- deuxièmement le projet soutient la collaboration entre le PNLTHA et la Direction de la lutte contre la maladie (D4), la Direction des études et de planification (DEP) ainsi que la Direction de Soins de santé primaires (D5) : trois directions qui bénéficient de l'appui du Royaume de Belgique à travers la CTB. Ces directions participent de manière très active à la conception de la politique sectorielle du Ministère de la santé en RDC.
- troisièmement le projet appuie l'alignement du PNLTHA au PNDS

Au niveau provincial et périphérique cet ancrage institutionnel se traduit dans l'appui technique et matériel fourni par les coordinations provinciales du PNLTHA aux ECP dont elles sont elles-mêmes membres et aux ECZS.

Modalités d'exécution

Depuis l'année 2010 il avait été décidé par le COMPAR que les portfolios sectoriels de la CTB allaient être intégrés dans les différents ministères. Les modalités d'exécution telles que formulées dans les DTF attribuant aux portfolios un rôle important dans le suivi administratif et technique des projets, ont été jugées moins appropriées.

D'autres observations concernant les modalités d'exécution méritent d'être rapportées :
- Malgré l'exonération des taxes inscrite dans les conventions spécifiques, plusieurs taxes, surtout au niveau des aéroports, continuent à être exigées des projets.
- Les procédures des MP, souvent longues et ne garantissant pas l'acquisition des équipements de qualité, semblent inadaptées aux exigences spécifiques de la lutte contre la THA. La rapidité et la qualité du matériel influencent l'atteinte de l'objectif spécifique.

4.2 Objectif spécifique

4.2.1 Indicateurs

Objectif spécifique :						Progrès : B
Indicateurs		**E**	**G**	**Baseline (2008)**	**Progrès année 2011**	**Commentaires**
RDC	TI DA			0,23%	0,21%	
	TOT NC			7326	5370	
BC	TI DA			0,21%	0,15%	
	TOT NC			198	105	
BDD	TI DA			0,31%	0,18%	
	TOT NC			3923	2506	
KOR	TI DA			0,16%	0,17%	
	TOT NC			1074	698	Sankuru inclus
KOC	TI DA			0,10%	0,23%	
	TOT NC			357	356	
EQ	TI DA			0,07%	0,06%	
	TOT NC			552	321	
MAN-KAT	TI DA			0,03 % (2009)-	0,08%	
	TOT NC			218	115	
KIN	TI DA			0,09%	0,15%	
	TOT NC			277	143	
PO	TI DA			Pas de DA	1,09%	
	TOT NC			767	1126	

Échelle colorimétrique

TI DA < ou = à 0, 10 %

0,10 % < TI DA ≤ 0,20 %

0,20 % < TI DA > 1,00 %

TI DA > 1, 00 %

TI DA : taux d'infection en dépistage actif
TOT NC : nombre total de nouveaux cas (dépistage actif et passif)

4.2.2 Analyse des progrès réalisés

Liens entre les résultats et l'objectif spécifique

La population totale examinée en dépistage actif en 2011 (PTE DA =1168221) a diminué de façon très significative par rapport aux années précédentes : diminution de 33 % par rapport à l'année 2010 (PTE DA = 1.740.569) et 50 % par rapport à l'année 2004 (PTE DA =2.347.651).
Cette diminution s'explique par la décision de réduire le nombre d'itinérances des unités mobiles en 2011, décision motivée à la fois par l'évolution épidémiologique favorable dans plusieurs rayons d'actions ne justifiant plus le dépistage actif durant toute une année ainsi que par les contraintes budgétaires. Toutefois le nombre de NC dépistés en 2011 avoisine celui de 2010 (5370 versus 5420). L'hypothèse ici est que la reprogrammation en 2011 a ciblé plus les aires de santé hyper endémiques qu'en 2010 et que donc moins d'aires de santé à faible endémicité ont été visitées par les équipes mobiles.
La population totale examinée en dépistage passif a diminué également par rapport à 2010 mais de façon moins significative : d'un PTE DP de 278.606 en 2010 à un PTE DP de 233.963 en 2011 (diminution de 16 %). Une analyse plus approfondie par province a montré que dans la plupart des provinces la PTE DP a pourtant augmenté par rapport à 2010 à deux exceptions près : le Kasaï Occidental (chute vertigineuse de la PTE en DP de 82290 en 2010 à 25035 en 2011 et le Bas-Congo de 30381 en 2010 à 12138 en 2011.
Par rapport à 2010, il n'y a pas eu une diminution significative du nombre de NC pour l'ensemble du pays : 5370 en 2011 versus 5420 en 2010. Tenant compte de la diminution du nombre de mois d'itinérances pour le dépistage actif, il y a lieu de se demander si ces chiffres ne reflètent pas plutôt une augmentation. Il faut toutefois tenir compte du fait que pendant les années précédentes les cas sérologiques n'étaient pas comptabilisés alors qu'en 2011, ils ont été inclus dans les statistiques du PNLTHA (475).
La diminution du dépistage actif explique probablement pourquoi en 2011 en termes relatifs plus de cas de THA ont été diagnostiqués en dépistage passif qu'en dépistage actif (DP 54 % - DA 47 % en 2011 versus DP 50 % - DA 50% en 2010)
L'augmentation du taux d'infection en dépistage actif de 0,16 % en 2010 à 0,21% en 2011 s'explique également par la diminution du dénominateur c'est-à-dire la population totale examinée en DA.
Un phénomène similaire (diminution du dénominateur) s'observe pour le taux d'infection en dépistage passif qui a augmenté de 1,01 % en 2010 à 1,23 % en 2011. Cette augmentation apparente est en partie due à la diminution de la population totale examinée en passif surtout à cause de la diminution très significative de la PTE en DP au Kasaï Occidental.
L'augmentation apparente du taux d'infection général de 0,28 % en 2010 à 0,38% en 2011 s'explique à ce stade plutôt par la diminution de la population totale examinée que par une augmentation réelle de la transmission de la maladie.
Pour l'ensemble du pays le nombre de NC au 1er stade est resté pratiquement le même (2865 NC en 2010 versus 2827 NC en 2011). Du fait que le dépistage actif a diminué on ne peut pas en conclure que la transmission aurait globalement diminué. Un fait observé est aussi qu'un peu plus de cas de 1er stade ont été diagnostiqué en passif qu'en 2010 principalement dans la province du Bandundu et la Province Orientale. Au Bandundu cette évolution pourrait être due à une amélioration de la

couverture en dépistage passif alors qu'en Province Orientale elle reflèterait plutôt l'intensité de la transmission dans une région où le dépistage actif est difficile à organiser à cause de l'insécurité qui y règne.
Suite au remplacement du mélarsoprole par le NECT le nombre de rechutes après traitement a diminué de façon très significative. Néanmoins le chiffre déclaré pourrait être une sous-estimation de la réalité. Un suivi plus intensif de cet indicateur est souhaitable.

Dynamique « Harmo »

Le MiniSanté reconnaît l'importance du dépistage actif comme stratégie principale de la lutte contre la THA. Le dépistage actif pour la THA n'est donc pas considéré comme une stratégie qui entre en contradiction avec le processus de l'intégration. Bien au contraire la reprise du leadership de l'action sanitaire par les ECZ et le renforcement du système de santé permettront de planifier de façon plus efficace le dépistage actif en y impliquant davantage le personnel des FS. Il sera complété par un volet de dépistage passif plus sensible et plus important qu'avant en s'appuyant sur les FS

Intégration « genre » et « environnement

De par la nature du dépistage actif (séjour en brousse pendant 3 semaines etc.) le PNLTHA fait appel à des hommes pour constituer des équipes mobiles ce qui explique la répartition inégale des ressources humaines entre les deux sexes. Les femmes sont néanmoins actives dans les formations sanitaires fixes.

4.2.3 Risques & hypothèses

Risques / hypothèses	Score	Commentaire
Les UM sont opérationnelles (logistique OK, RH OK (formation & motivation)	B	Le nombre de microscopistes par UM a été réduit de 4 à 3 ou 2. Les personnes trop âgées pour aller encore en itinérance ont été remplacées par des personnes plus jeunes. (3 chefs d'unité mobile ont été remplacés). Les agents des UM ont été motivés avec l'augmentation de leur prime d'itinérance qui a doublé.
Planification du DA sur base de l'évidence épidémiologique	B	Le nombre d'itinérances par UM a été réduit de 11 par an à 8, 6, 4 ou 2 par an en fonction de la situation épidémiologique dans chaque rayon d'action. La programmation des activités de dépistage actif a ciblé prioritairement les aires de santé les plus endémiques ; les aires de santé hypo endémiques n'ont pas été reprises.
Participation au DA > 80 %	C	La majorité des coordinations rapportent des taux supérieurs à 80 % Là où la THA recule, la participation diminue (ÉQN).
Production du CATT assurée et sensibilité du CATT maintenue	B	La diminution de la commande de CATT dans le cadre du projet a été compensée par l'OMS qui a volé au secours du PNLTHA en finançant l'achat d' 1 million de tests. En 2012, l'OMS pourrait intervenir encore pour 750.000 tests supplémentaires ce qui permettrait au projet de réorienter son budget vers le fonctionnement des UM.

Disponibilité des trypanocides (production assurée et accord OMS-Aventis renouvelé)	B	Les trypanocides ont été rendu disponibles durant toute l'année par l'OMS ('Voir OMS Genève) et son déplacement assuré jusqu'au chef-lieu des provinces.
Instabilité politique	B	Les élections présidentielles tenues en 2011 en RDC avaient un impact sur le déroulement des activités notamment dans la limitation des mouvements
Lenteur des procédures liée au MP	D	Une SMCL extraordinaire n'a pas pu obtenir une dérogation pour l'acquisition des seuls véhicules adaptés au terrain. Les anciens véhicules ont dû être remis en état. Au retard dans l'acquisition des centrifugeuses il a été remédié par la réparation des anciennes centrifugeuses et l'achat d'un lot restreint.
Accessibilité des foyers	C	Difficile pendant la saison des pluies et avec des véhicules connaissant de multiples pannes.

4.2.4 Critères de qualité

	Score	Commentaires
Efficacité	B	Dans 2 des 8 provinces ou le projet intervient, l'objectif spécifique (TI DA ≤ 0,10%) semble atteint. La Province Orientale où MSF-Suisse intervient n'est pas considérée. Cette augmentation du taux d'infection par rapport en 2010 (6 sur 8) est due à une bonne réorientation des UM selon l'évidence épidémiologique et aussi en réduisant les nombre d'itinérance spour rester uniquement avec des sorties utiles. Donc bonne planification de la lutte.
Efficience	B	La diminution du dépistage actif dans les foyers hypo endémiques a été compensée par le renforcement du dépistage passif avec des structures fixes de la zone de santé (CS et HG).
Durabilité	C	En cas d'arrêt de financement de la lutte (le retrait de la coopération belge en 2013 pourrait y contribuer), les acquis ne sauront pas être consolidés car le seuil de l'élimination de la maladie ne sera très probablement pas encore atteint à ce moment-là. Et aussi la diminution de la prévalence de la maladie ne concernent que les foyers couverts dans le cadre de l'intervention du projet. D'autres foyers méritent d'être prospectés pour confirmer qu'il n'y a pas des problèmes de THA.
Pertinence	A	La lutte contre la THA reste une des priorités pour le MiniSanté, la RDC étant le pays le plus touché en Afrique. L'intervention se conforme à l'évolution actuelle de la politique sectorielle et répond aux attentes des bénéficiaires.

4.2.5 Impact

L'effet dévastateur de la maladie de sommeil sur les populations vivant dans des régions où elle avait pris des proportions épidémiques est connu de longue date: mortalité élevée, dénatalité et désertification humaine. Des études d'impact plus récentes de la maladie de sommeil ont attiré l'attention sur l'effet toujours considérable de la maladie sur la vie socio-économique des familles concernées. Le caractère chronique de la maladie engendre souvent de nombreuses dépenses avant même que le diagnostic soit posé : l'incapacité au travail, les hospitalisations prolongées, les mauvais résultats à l'école etc. tant de facteurs d'appauvrissement qui perturbent le fonctionnement normal de la famille et la précipitent dans la misère. Même en cas de guérison, une proportion non négligeable des malades traités gardera des séquelles neurologiques irréversibles qui conduiront à la marginalisation et la stigmatisation non seulement du patient mais aussi de sa famille pendant le reste de sa vie. Une enquête comportementale réalisée en 2011 au Kasaï oriental,

une des zones les plus endémiques du moment, a révélé des tensions sociales qui sont dues à cette maladie. Sur le plan individuel, la personne est considérée comme inutile dans la société à cause des séquelles neurologiques et psychiatriques. Des relations des familles sont perturbées et un bon nombre des divorces son occasionnés par cette maladie. L'atteinte durable de l'objectif spécifique qui correspond au niveau de contrôle de la maladie sans pour autant réaliser son élimination, permet d'épargner la population à risque des effets négatifs décrits ci-dessus (mortalité, stigmatisation etc.); elle lui permet aussi de reprendre le travail, l'agriculture, la pêche, la chasse, l'école, le commerce en milieu rural. Il s'agit là de l'impact positif du contrôle de la maladie notamment le rétablissement des équilibres nécessaires pour mener une vie normale.

4.2.6 Leçons apprises et recommandations

Recommandation	**Source**	**Qui**	**Deadline**
Plaidoyer pour la continuation de l'appui CTB après 2013		PNLTHA, MINSAN, MINCIR	
Formaliser l'intégration de la lutte contre la THA dans les structures fixes de la zone de santé		PNLTHA , DLM, D5	
Renforcer l'utilisation des examens sensibles en respectant les normes		PNLTHA	Continu
Maintenir la stratégie de réorienter les UM opérant dans des zones de santé hypo endémiques vers des ZS méso- et hyper endémiques et renforcer le dépistage passif avec les structures fixes		PNLTHA	

Leçons apprises	**Public**	**Capitalisation dans le cycle du projet**
Succès de la réorientation des UM vers des ZS méso- et hyper endémiques et la stratégie unité mobiles mois d'itinérance.	MiniSanté, DLM, PNLTHA, autres intervenants	Mise en œuvre
Utilisation du CATT dans la sécurité transfusionnelle	Intervenants dans la sécutrans en RDC. Autres pays endémiques pour la THA.	RDC : mise en œuvre Autres pays : identification de projets

4.3 Résultat 1

4.3.1 Indicateurs

Résultat : La lutte contre la THA est planifiée par les ZS selon des critères objectifs						Progrès : B
Indicateurs	**E**	**G**	**Baseline (2008)**		**Progrès année 2011**	**Commentaires**
Ateliers provinciaux réalisés			7		12	4 ateliers provinciaux avec appui de la Direction du PNLTHA (coordinations de Bandundu Nord, Bandundu Sud, Kasaï Oriental et Kasaï Occidental) et 8 ateliers organisés par les MCP et superviseurs eux-mêmes sans appui de la Direction.
Nombre de ZS avec lutte contre la THA intégrée dans leur plan annuel			BC	0	13	Bien que la tendance des zones de santé est de planifiée que des activités dont elles savent qu'elles seront financées, 48,4 % des zones de santé endémiques ont planifié la THA dans leur plan opérationnel 2011 contre 19 % en 2008. Il y a lieu de croire à une évolution positive.
			BDD S	13	12	
			BDD N	7	15	
			KOR	0	25	
			KOC	11	10	
			EQN	0	16	
			EQS	12	16	
			MAN/K	ND	ND	
			KIN	5	13	
			PO (is)	0	2	
			Total	48	122	
Politique d'intégration explicite disponible			0		1	La DLM vient d'élaborer un guide d'intégration pour tous les programmes spécialisés. Sur base de ce guide d'intégration de la DLM, le PNLTHA est entrain d'élaborer un document de stratégie d'intégration qui est en cours de finalisation.

4.3.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
1) **Organiser des ateliers provinciaux afin de <u>programmer le lancement progressif</u> 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**				x	Il y a eu des ateliers de reprogrammation du DA pour les UM réunissant MCP, UM, ECZ et niveau national. Mais les ateliers d'intégration n'ont pas eu lieu, c'est la DLM qui en est en charge.
La formulation du PNDS, la mise en place des comités d'accompagnement et l'élaboration du guide d'intégration par la DLM ont été jugées préalable à la tenue d'ateliers spécifiques tels qu'envisagés dans le DTF. La vision du PNDS oblige à une revue provinciale unique dans laquelle tous les programmes spécifiques se réunissent. Le PNDS démarrant en 2011, le PNLTHA y contribuera en attirant l'attention sur le lancement progressif de l'intégration dans les ZSE sélectionnées.					
2) **Inscrire la lutte contre la THA dans les <u>PDSZ</u> et les plans opérationnels annuels des ZS endémiques**			+/-		

4.3.3 Analyse des progrès réalisés

<u>Liens entre les activités et le résultat</u>

La logique du PNDS est le renforcement du leadership de l'ECZS dans toutes les activités de sa ZS et l'intégration des activités des programmes spécialisés dans le système de santé horizontal. Dans ce climat les activités planifiées du RI 1 devraient normalement converger vers la réalisation du résultat de la planification des activités de lutte contre la THA par la ZS elle-même. D'après les MCP, sur les 252 ZSE, 115 ZS soit (46%) auraient déjà inscrit la lutte contre la THA dans leurs PDSZ en 2011 contre 48 (19%) en 2008. Nous pouvons penser à un réel progrès. Toutes fois les ZS inscrivent de manière différente la lutte dans leurs plans : certaines ZS se limitent à une simple mention alors que d'autres ont élaboré un planning d'activités de lutte contre la THA. Un accompagnement du niveau provincial et même national est très important pour mieux asseoir ce processus.

<u>Facteurs de réussite, d'échec et d'influence</u>

- L'habitude qui s'est développée au niveau des ZS de planifier les activités en fonction des financements disponibles peut constituer un frein pour la planification d'activités de lutte contre la THA qui par manque de financement étaient auparavant rarement reprises dans les plans des ZS.
- Les efforts déployés par les MCP du PNLTHA pour obtenir l'adhésion des ECZS à l'inscription de la lutte contre la THA dans leurs plans risquent de ne pas aboutir s'ils ne sont pas officiellement soutenus par les MIP et les MiniSanté provinciaux.
- Le modèle de canevas du PDSZ et POA qui obéit au concept de planification par unités fonctionnelles influe inévitablement sur la façon dont des activités d'intégration de la lutte contre la THA seront reprises dans les plans.

- Les outils de surveillance intégrés (suivi et évaluation) intégrants les indicateurs clés des programmes spécialisés dont la THA mis en place par la Direction des soins de santé primaire constituent un facteur de réussite.

Dynamique « Harmo »

Le PNDS, prônant l'harmonisation et l'intégration, n'encourage plus la tenue de revues des programmes spécialisés. Il recommande la tenue d'une revue provinciale unique réunissant tous les programmes spécialisés.

4.3.4 Risques et hypothèses

Risque / hypothèses	Score	Commentaire
ZS fonctionnelles avec ECZ en place et disposant des données épidémiologiques	B	50 % des ZS les plus endémiques ne bénéficient pas d'un appui global
Modèle PDSZ disponible	A	Basé sur le concept d'unités fonctionnelles le modèle du PDSZ ne reprend pas de façon explicite le problème de la THA
Suffisance des moyens pour organiser ces ateliers	B	Un réaménagement budgétaire et/ou une mobilisation de ressources supplémentaires seront nécessaires.

4.3.5 Critères de qualité

Critère	Score	Commentaires
Efficacité	C	Impliquer les MIP et les ministres provinciaux dans le processus d'intégration et mettre en place les comités provinciaux d'accompagnement du processus d'intégration.
Efficience	B	
Durabilité	B	

4.3.6 Exécution budgétaire

Budget : 25.000 € Dépenses : 9.508 € Taux d'exécution : 38.0 %

4.3.7 Recommandations

Recommandation	Qui	Deadline
Passer rapidement dans la mise en œuvre de l'intégration dans les zones de démonstrations déjà identifiées	PNLTHA, Projet	Fin Q2
Documenter l'inscription de la lutte contre la THA dans les PDSZ et PAO des ZS.	PNLTHA, projet	Fin Q3
Tester les outils de surveillance intégrée de la D5 pour savoir si ces outils sont bien adaptés pour la surveillance de la THA.	D5, DLM, PNLTHA, Projet	Fin Q2

4.4 Résultat 2

4.4.1 Indicateurs

Résultat : L'action des UM est rendue plus efficace								Progrès : B
Indicateurs	**E**	**G**	**Baseline (200 8)**			**Progrès année 2011**		**Commentaires**
1. Réduction du taux d'infection inférieur à 0,1 %	X		Coord	TI DA	TI GLOB	TI DA	TI GLOB	
			BC	0,21 %	0,38 %	0,15%	0,24 %	Tendance à la diminution
			BDD	0,31 %	0,37 %	0,18%	0,36 %	Tendance à la diminution
			KOR	0,16 %	0,36 %	0,17%	O,36 %	Tendance au statu quo
			KOC	0,10 %	0,17 %	0,23%	0,29 %	Augmentation apparente alors que le nombre absolu des cas a diminué.
			EQ	0,06 %	0, 18 %	0,06%	0,16 %	Statu quo autour du seuil de contrôle (TI DA de 0,10 %)
			MAN-KAT (2009)	0,03 % (2009)	0,10 %	0,08%	0,25 %	Augmentation apparente alors que le nombre absolu des cas a diminué
			KIN	0,25 %	0,71 %	0,15%	0,44%	Tendance à la diminution
			PO/Isngi	pas de DA	0,6 %	1,09%	1,53 %	Tendance à l'augmentation

Indicateurs	**E**	**G**	**Baseline (fin 2009)**				**Progrès année 2011**			**Commentaires**
2. Nombre des UM appliquant systémati-quement tous les tests N = non ; O = oui S = systé-matique				N	O	S	N	O	S	
			BC (1)			1			1	CATT : toutes les UM l'appliquent systématiquement Examens parasitologiques de diagn. Sur 33 UM : - 6 UM n'utilisent presque pas les techniques sensibles ; - 14 UM utilisent 1 à 2 techniques (WOO et dilution pour la plupart) sans bien suivre l'arbre décisionnel - 13 UM utilisent toutes les techniques sans pour autant respecter à 100 % l'arbre décisionnel.
			BDD N (7)	1	6		1	6	0	
			BDD S (6)	0	5	1	0	3	3	
			KOR (5)	0	1	4	0	0	5	
			KOC (3)	0	3	0	0	1	2	
			EQ (6)	5	1	0	5	1	0	
			MAN-KAT (3)	0	3	0	0	3	0	
			KIN (1)	0	0	1	0	0	1	
			PO (1)	0	0	1	0	0	1	
			TOTAL	6	19	7	**6**	**14**	**13**	

4.4.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
1 Organiser le DA dans les ZS endémiques sur base de l'endémicité selon le plan annuel établi		X			
2 Améliorer la participation de la population cible au dépistage actif		X			*(Faible en EQN : < 50 %)*
3 Améliorer la détection de la THA lors du DA grâce à l'utilisation des techniques de dépistage et de diagnostic efficaces par toutes les UM		X			WOO / mAECT / PG, SF, GE 2009: 40 % / 6 % / 54 % 2011[2]: 33 % / 8 % / 45 %
4 Traiter systématiquement dans les AS hyper endémiques les cas sérologiques CATT + à 1/8		X			14% des malades (642) avaient un CATT Dilution supérieur à 1/8 en 2011
5 Améliorer la gestion des ressources humaines au sein des UM (GRH UM)		X			Démobilisation des sujets plus âgés et diminution de nombre des microscopistes à deux
7 Étendre la couverture en DA des UM		X			Pas d'extension mais bonne réorientation des UM en foyer hyper endémique
8 Assurer la coordination des activités A0201 – A0210	X				
9 Évaluer toutes les UM à l'aide d'une grille d'évaluation préétablie et effectuer les rétro-actions qui s'imposent			X		Une grille d'évaluation a été élaborée par le PNLTHA et testée dans 4 UM (BDDS,BDDN, KOR,KOCC) ; un contrôle de qualité externe (INRB) a été effectué dans 3 provinces (Kin, BDD S, KOR)

4.4.3 Analyse des progrès réalisés

Liens entre les activités et le résultat ; facteurs de réussite et d'influence

Conformément au plan d'action approuvé par la SMCL en avril 2011 des mesures ont été prises pour améliorer le rendement des équipes mobiles :

- Le nombre d'itinérances par UM a été réduit de 11 par an à 8, 6, 4 ou 2 par an en fonction de la situation épidémiologique dans chaque rayon d'action.
- La programmation des activités de dépistage actif a ciblé prioritairement les aires de santé les plus endémiques ; les aires de santé hypo endémiques n'ont pas été reprises.
- Le nombre de microscopistes par UM a été réduit de 4 ou 3 à 2
- Les personnes trop âgées pour aller encore en itinérance ont été remplacées par des personnes plus jeunes. (3 chefs d'unité mobile ont été remplacés)

[2] À ajouter : les 14 % de CATT dilution en 2011 ce qui fait un total de 100 % (cfr ligne suivante)

- La division de labo avec l'appui de la cellule de contrôle de qualité de l'INRB, a effectué des missions de supervision dans le but d'améliorer la qualité des prestations des unités mobiles.

Sur le plan de l'utilisation des techniques sensibles et le respect rigoureux de l'arbre décisionnel, il y a pour la plupart des UM encore un chemin à parcourir comme l'analyse par une équipe de la direction du PNLTHA des examens de labo rapportés en 2010 l'a démontré. La relance de la production de la mini-colonne rendue possible grâce à un appui financier par la CTB et l'OMS Genève, la mise à la disposition de nouvelles centrifugeuses (arrivées fin février 2012) ainsi que le recyclage en techniques de labo planifié pour 2012, vont certes contribuer en 2012 à l'amélioration du rendement des équipes mobiles du PNLTHA.

Dynamique « Harmo »

L'harmonisation des plans opérationnels au niveau central entre la DLM et les programmes spécialisés dont le PNLTHA est un atout pour des actions concertées et facilitera d'avantage le rapprochement entre les UM et les ECZS au niveau périphérique.

4.4.4 Risques et hypothèses

Risque / hypothèses	Score	Commentaire
Fiabilités données démographiques	A	Mesure prise : recensement porte à porte
Perturbation planning par insécurité, pannes	B	Sécurité : ok. Renouvellement de la charroi automobile en 2011 (5 Land Rover et 4 Land cruser) mais Land Rover ne sont pas adaptés au terrain d'où réparation des anciens véhicules pour les terrains difficile mais dépenses croissantes pour entretien.
Disponibilité des équipements nécessaires	B	Achat des 120 centrifugeuses (60 à hématocrite et 60 universelles), 3 nouveaux hors bord de 85 CV et 4 générateurs pour les coordinations avec des problèmes d'électricité.
Autorisation traitements sérologiques	A	Le PNLTHA a autorisé le traitement sérologique par une instruction circulaire.
Démotivation des personnels	C	Augmentation de la prime d'itinérance (2,5 euro à 5 euro).
Financements supplémentaires	B	MSF-B prospecte ZS non couvertes
Reformes secteurs de santé ne perturbent pas fonctionnement coordinations ; financements supplémentaires pour garantir continuité activités dans certaines coordinations	A ; C	La plupart des MCP sont intégrées dans les ECP. Des financements spécifiques pour les coordinations du PNLTHA sont peu probables, d'où l'hypothèse qu'il va falloir des restructurations des coordinations pour garantir leur continuité.
Indépendance des évaluateurs	B	L'appel aux consultants externes est limité par le budget. PNLTHA et le MiniSanté disposent de suffisamment de ressources humaines pour des évaluations objectives à des coûts abordables.

Baisse de la sensibilité au CATT	B	Des missions de contrôle qualité ont eu lieu au Kasaï oriental, Bandundu et Kinshasa réalisées par une équipe de l'INRB.

4.4.5 Critères de qualité

Critère	Score	Commentaires
Efficacité	B	L'action des UM est jugée globalement efficace dans les zones d'intervention de ce projet. Grâce à une bonne orientation des UM vers les foyers hyper endémiques et les itinérances programmées sur base des évidences épidémiologiques.
Efficience	B	Le nombre d'itinérances par UM a été réduit de 11 par an à 8, 6, 4 ou 2 par an en fonction de la situation épidémiologique dans chaque rayon d'action pour être plus efficient. La programmation des activités de dépistage actif a ciblé prioritairement les aires de santé les plus endémiques et le renforcement de la surveillance passive avec les structures sanitaires fixes de la zone de santé. La démobilisation des personnes trop âgées des UM et leur remplacement par des nouveaux plus jeunes.
Durabilité	D	La dépendance actuelle du volet dépistage actif à presque 100 % du financement belge dans le cadre de la coopération bilatérale rend la stratégie très vulnérable en termes de durabilité.

4.4.6 Exécution budgétaire

Budget : 1.004.355 € Dépenses : 763.511 €
Taux d'exécution : 76.0 %

4.4.7 Leçons apprises et recommandations

Décisions	Qui	Temps	État
Réduction du nombre d'itinérances par UM de 11 par an à 8, 6, 4 ou 2 par an.	PNLTHA	Q1-Q2 2011	Fait
Réorientation des UM vers les zones hyper endémique		Q1-Q2 2011	Fait
Démobilisation des agents trop âgés des UM		Q2 2011	Fait
Réduction de nombre des microscopistes de 4 à 3 ou 2		Q2 2011	Fait

Recommandation	Qui	Deadline
Recycler les UM dans l'application des techniques sensibles	PNLTHA	Q1 – Q4 2012
Organiser des évaluations internes des UM	PNLTHA	Q2 – Q 4 2012
Plaidoyer pour le fonds de l'organisation du DA après ce projet en 2013	PNLTHA	continu

Leçon apprise	Public	Capitalisation dans cycle de projet
Succès d'une stratégie combinée : réorientation des UM vers les zones hyper endémiques et un renforcement du dépistage passif avec les structures fixes	Le PNLTHA, le projet, le Minisanté, les bénéficiaires	À prendre en compte lors de la mise en œuvre.
Le calcul de nombre d'itinérances des UM par an en fonction de la situation épidémiologique dans le rayon d'action est plus efficient.	PNLTHA, projet, ECP et ECZS	À prendre en compte lors de la mise en œuvre.

4.5 Résultat 3

4.5.1 Indicateurs

Résultat : Les activités de lutte contre la THA font partie intégrante du PMA, PCA et PAP des FS des ZSE et la prise en charge des cas THA est améliorée						Progrès : B
Indicateurs	**E**	**G**	**Baseline (2008)**		**Progrès année 2011**	**Commentaires**
Nombre des ZS endémiques ayant intégré les activités de lutte dans le PMA, PCA et PAP			BC	13	13	Le paquet d'activités n'est pas uniforme dans toutes les structures, il dépend du niveau de fonctionnalité de la structure
			BDD S	13	12	
			BDD N	16	17	
			KOR	11	18	
			KOC	17	12	
			EQN	15	15	
			EQS	9	16	
			MAN	6	6	
			KAT	2	2	
			KIN	5	10	
			PO	1	2	
Nombre personnels ZSE formés en THA			ND		294	
Existence d'un rapport d'atelier national sur l'intégration			0			Attendre le résultat des travaux de la sous-commission sur l'intégration de la D4
Nombre des CDTC intégrés dans les HGR et CS			BC	0/3	0	La majorité des CDTC est « géographiquement » intégrée. Mais fonctionnellement et administrativement, le processus est en cours, un grand nombre échappe encore au contrôle direct de la zone de santé
			BDD S	0/9	1	
			BDD N	0/9	2	
			KOR	3/15	11	
			KOC	0/6	1	
			EQN	22/22	22	
			EQS	0	0	
			MAN	0 /6	6	
			KAT	0/2	2	
			KIN	1/3	2	
			PO	1/1	1	

4.5.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
1 **Valider lors de l'atelier national sur l'intégration du MiniSanté 4ème direction, l'intégration des activités de lutte contre la THA dans le PMA et le PCA**			X		La D5 a élaboré les outils de surveillance intégrée au niveau de la ZS incluant les indicateurs clés de la THA. La sous-commission sur l'intégration de la D4 travaille sur le processus d'intégration depuis février 2012
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**			X		La DLM a élaboré un guide d'intégration des programmes spécialisés. Sur base de ce guide, le PNLTHA est en train d'élaborer un document de stratégie d'intégration de la THA dans les ZSE
3 **Appuyer la mise en œuvre des PDSZ et les plans opérationnels des ZS endémiques**			X		115 ZSE ont inscrit la THA dans leur plan opérationnel 2011 mais comme d'habitude la question du financement des activités reste toujours en suspense au risque de démotiver encore les ECZS
4 **Former le personnel en THA selon le PDSZ (en privilégiant la polyvalence)**			X		294 personnes des ZSE ont été formées en 2011 (médecins, infirmiers et laborantins)
5 **Mettre en œuvre les activités de lutte contre la THA conformément au PMA et PCA**		X			123 ZSE ont inclus la THA dans le PMA dans 370 CS et le PCA dans 129 HG
5.1 assurer le dépistage clinique		X			Les ordinogrammes de la D5 pour les CS qu'on trouve dans un grand nombre des CS permettent d'assurer un dépistage clinique de la THA
5.2 assurer le sérodépistage			X		*Un nombre croissant de FS applique le CATT)*
5.3 assurer le diagnostic			X		Une réorientation des UM vers les ZS hyper endémiques avec un renforcement des structures fixes ont permis de ressortir 5370 NC en 2011 (53% détectés en passif et 47% en DA.
5.4 assurer le traitement des cas de 1er stade aux CS		X			
5.5 assurer le traitement des cas de 2ème stade à l'HGR		X			
5.6 assurer le suivi post-thérapeutique			X		
5.7 assurer la sécurité transfusionnelle			X		*L'effort d'étendre la sécurité transfusionnelle*

					à tous les HG des ZSE est en cours mais nécessite des fonds supplémentaire.
5.8 inclure la THA comme thème dans l'IEC		X			*Affiches en langue locale et française distribuées et émissions THA à la radio rurale en ZE*
5.9 superviser les CDTC		X			
6 Intégrer les CDTC dans les HGR là où c'est justifié et possible			x		L'intégration fonctionnelle et administrative est encore difficile par ce que dépendant du niveau de fonctionnalité de la ZS elle-même.
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		Le projet a proposé au PNLTHA d'évoluer vers un piégeage d'observation et de sensibilisation, le nombre de villages hyperendémiques étant fort limité en ce jour, ne justifiant pas le piégeage intensif à tout endroit
8 Assurer la coordination des activités A0301-A0307		X			

4.5.3 Analyse des progrès réalisés

Le processus de l'intégration des activités de lutte contre la THA dans le PMA et le PCA est entrain de décoller avec la mise en place du comité d'accompagnement du processus d'intégration par la DLM et l'élaboration du guide d'intégration. 123 ZSE ont inclus la THA dans le PMA des 370 CS et le PCA dans 129 HG. L'élaboration du document de la stratégie d'intégration dans les ZSE et l'élaboration des outils de surveillance intégrée inclus les indicateurs clés de la THA constituent une base de formalisation de ces processus d'intégration encours.
Quant aux activités:

- Le PNLTHA essaie à travers ses coordinations provinciales d'améliorer sa couverture en (séro) dépistage passif en mettant à la disposition des FS dans les ZSE des rotateurs CATT et en formant son personnel dans la prise en charge de la THA.
- La généralisation de l'utilisation du NECT en remplacement du mélarsoprole, médicament très toxique est un succès dans la réduction du taux de mortalité lié au traitement de la THA mais contribue également à l'intégration car cette prise en charge se fait de plus en plus par les staffs des hôpitaux.
- Une mission d'évaluation conjointe PNTS-PNLTHA dans les ZS rurales de la coordination de Bandundu Sud a révélé non seulement des lacunes dans la sécutrans vis-à-vis de la THA mais aussi vis-à-vis des autres marqueurs. Le constat que dans certaines de ces ZS endémiques, la transfusion sanguine est pratiquée de façon anarchique et incontrôlée par de nombreuses formations sanitaires privées (entre 8 à 13 par ZS !) mérite d'être approfondi par des enquêtes pour vérifier l'hypothèse que des transfusions sanguines non protégés auraient contribué significativement à la transmission et la propagation de la THA.

4.5.4 Risques et hypothèses

Hypothèse / risque	Score	Commentaire
L'intégration de la lutte contre la THA dans le PMA et le PCA est officiellement acceptée	A	Le PNDS prône l'intégration des activités verticales dont celles de la THA dans le système de santé horizontal.
L'atelier d'intégration	A	La DLM a organisé des ateliers en 2011 avec comme produits : 1) le guide de l'intégration des activités des programmes dans les ZS 2) Document de réflexions sur l'intégration administrative de la fonction de lutte contre la maladie au niveau des DPS ; une sous-commission de l'intégration poursuit ses travaux en 2012
Les moyens financiers sont disponibles	C	Peu probable que les ECZS mobilisent les fonds nécessaires pour le financement de leur plan opérationnel.
Traitement de patients faux positifs	A	Le contrôle de qualité reste une activité importante (voir rapport sur cas positifs non confirmés par niveau central dans l'UM Maswika en 2011)
Obstruction des personnels de CDTC au processus d'intégration ; panier commun insuffisant pour motiver une équipe élargie ; obstruction ECZ à la prise en charge personnel CDTC	B	Ces risques sont toujours réels : les visites de terrain dans les CDTC supposés de s'intégrer le révèlent.
Disponibilité des intrants pour la LAV ; financements supplémentaires (PATTEC ?)	C	PATTEC a démarré avec les activités de plaidoyer pour mobiliser les fonds nécessaires pour le plan multisectoriel.

4.5.5 Critères de qualité

Critère	Score	Commentaires
Efficacité	C	Le processus d'intégration est fonction de la mise en œuvre du PNDS qui est aussi tributaire de la disponibilité des ressources financières.
Efficience	C	Le Minisanté a plusieurs priorités d'intervention avec peu des ressources financières
Durabilité	B	Appropriation des activités THA par la ZS garantit la pérennisation.

4.5.6 Exécution budgétaire

Budget : 761.700 € Dépenses : 481.465 € Taux d'exécution : 63,2 %

4.5.7 Leçons apprises et recommandations

Recommandation	Qui	Deadline
Organiser un atelier THA pour les MIP afin d'obtenir leur totale adhésion au processus	DLM, PNLTHA, projet	Fin Q2
Pour la sécurité transfusionnelle, cibler plus les ZSE et chercher des fonds supplémentaires	PNTS, PNLTHA, projet	Continu
Élaborer un vade-mecum de prise en charge de la THA au CS et à l'hôpital.	PNLTHA, D5, projet	Fin Q2

4.6 Résultat 4

4.6.1 Indicateurs

Résultat : Les données épidémiologiques sont utilisées comme outil de suivi et de contrôle dans le cadre de la surveillance des maladies					Progrès : B
Indicateurs	**E**	**G**	**Baseline**	**Progrès année 2011**	**Commentaires**
Nombre des ZS endémiques appliquant un système de surveillance intégrée			0	0	La Direction de soins de santé primaires (D5) a élaboré les outils pour un système de surveillance intégré intégrant les indicateurs clés des programmes spécialisés du Mini Santé dont la THA.
Nombre des malades traités suivis *(à 6 mois)*			Estimé à 40 %	Estimé à 60 %	Estimation sur la cohorte des malades attendus pour leur suivi à 6 mois en 2011

4.6.2 Bilan activités

Activités	**Déroulement**				**Commentaires** (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
1 Actualiser les listes des villages et données démographiques par aire de santé des ZS, géo référencer les villages des aires de santé endémiques à problème THA et produire des cartes épidémiologiques pertinentes		X			Activité reprise par FIND : géo référence des CS des zones endémiques au Kasaï oriental, Kasaï occidental, Bandundu
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		Outils de surveillance intégrée incluant les indicateurs clés des programmes spécialisés dont la THA ont été élaborés par la D5. il faut les tester sur terrain pour apprécier leur efficacité
3 Mettre à jour et analyser mensuellement la banque des données THA au niveau périphérique, provincial et central et assurer le rapportage mensuel		X			deux bases des données existent au PNLTHA : surveillance épidémiologique et pharmacovigilance en deux provinces pilotes
4 Assurer la surveillance des cas de rechute		X			La base des données pharmacovigilance permet le suivi des cas de rechutes dans 2 provinces pilotes.
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			
6 Impliquer les structures de santé et les communautés dans les activités de surveillance (surveillance à base communautaire)			X		Encore faible, pcq réclament motivations financières.

4.6.3 Analyse des progrès réalisés

Liens entre les activités et le résultat

L'élaboration par la D5 des outils de surveillance intégrée incluant des indicateurs clés des programmes spécialisés dont la THA est une étape importante dans ce processus de collecte et de rapportage des données des programmes spécialisés au niveau de la zone de santé. Mais il faut encore tester la sensibilité des ces outils dans une surveillance intégrée des maladies. En attendant, le système de collecte, rapportage et analyse de données du PNLTHA continue à être utilisé : rapportage mensuel en dur par les UM de l'évolution épidémiologique dans leur rayon d'action ➔ saisie à l'ordinateur de ces données au niveau des coordinations ➔ analyse par les coordinations et par le niveau central.
Les bases de données provinciales permettent une planification annuelle des activités de surveillance basée sur l'évidence épidémiologique.
Pour les provinces hyper endémiques, une cartographie numérisée détaillée des ZS permet une meilleure planification et suivi des activités de lutte.

Facteurs de réussite

- La rigueur dans le rapportage mensuel des équipes mobiles
- L'informatisation des bases de données au niveau des provinces
- La cartographie participative qui implique le personnel des AS endémiques
- L'introduction de la séro surveillance à partir de la sécurité transfusionnelle

Dynamique « Harmo »

L'élaboration des outils de surveillance intégrée par la direction des soins de santé primaire (D5) avec les programmes spécialisés est un rapprochement entre le système de santé horizontal et vertical.

Risques et hypothèses

Hypothèse / risque	Score	Commentaire
Les données récoltées sont analysées par ceux qui les ont récoltées	B	Les UM connaissent leur rayon d'action. Chaque année elles présentent à leur coordination leur programmation basée sur leurs propres données épidémiologiques.
Recensement annuel par les ZS ; financement OMS pour les ZSE non géo référencées par le projet phase 4	B	Souvent les ZS extrapolent les données de recensements antérieures ; les partenaires seront sollicitées pour financer la géo référence des ZS qu'ils appuient (ex. PARSS)
Le juste milieu est trouvé entre le rapportage très détaillé des UM et le rapportage trop succinct du SNIS par les FS	A	Les outils sont élaborés mais il faut encore les pré -tester pour en évaluer leur efficacité

Hypothèse / risque	Score	Commentaire
Le contrat de performance stipulant l'obligation d'actualiser les bases de données est appliqué	B	Il existe un consensus entre la direction du PNLTHA et la CTB que l'approche de prime à la performance sera bénéfique pour le PNLTHA et les objectifs qu'il vise
Méthodologie suivi actif basée sur THARSAT mise au point et moyens financiers pour l'appliquer trouvés	B	La diminution globale du nombre de malades augmente la faisabilité financière d'un suivi plus actif s'inspirant des leçons tirées de l'étude THARSAT.

4.6.4 Critères de qualité

Critère	Score	Commentaires
Efficacité	B	
Efficience	B	
Durabilité	B	Le projet se termine en 2013, le système de rapportage est encore ā cheval entre un système de rapportage intégré par les ZS et un système de rapportage vertical des UM

4.6.5 Exécution budgétaire

Budget : 15.000 € Dépenses : 318 € Taux d'exécution : 2,1 %

4.6.6 Leçons apprises et recommandations

Recommandation	Qui	Deadline
Maintenir le cap pour l'utilisation du CATT dans la sécurité transfusionnelle	PNTS, PNLTHA	Continu
Budgétiser un suivi actif des malades traités selon les leçons apprises de l'étude Tharsat.	PNLTHA, CTB	Q1 2012
Tester les outils de surveillance intégrée au niveau de la ZS.	PNLTHA, D5, DLM,CTB	Q2-Q3 2012

Leçons apprises	Public	Capitalisation dans le cycle du projet
Le suivi post thérapeutique des malades peut être amélioré par une recherche active des malades mais il faut y mettre des moyens	PNLTHA,MiniSanté, ECP, ZS	Étape du cycle de projet à prendre en compte : la mise en œuvre.
L'utilisation du CATT comme biomarqueur dans la sécurité transfusionnelle est une stratégie qui peut avoir un intérêt dans d'autres pays endémiques pour la THA	RDC et autres pays endémiques pour la THA	Étape du cycle de projet à prendre en compte : la mise en œuvre.

4.7 Résultat 5

4.7.1 Indicateurs

Résultat : Un appui institutionnel adapté à la configuration nouvelle (décentralisation, SRSS, Intégration) est fourni au niveau central (PNLTHA, 4è Direction) et provincial (ECP, ECZS)					Progrès : B
Indicateurs	**E**	**G**	**Baseline**	**Progrès année 2011**	**Commentaires**
Document disponible avec définition d'une politique sur l'intégration			Déclaration de la politique nationale en matière de THA 2001 ; SRSS ; DTF phase 4	La DLM a élaboré un guide d'intégration pour tous les programmes spécialisés dont la THA. Sur base de ce guide, le PNLTHA est entrain d'élaborer un document de la stratégie d'intégration de la THA dans le système de santé horizontal.	
Nombre des MCP intégrés dans l' ECP			2 (BDD, KOC)	5 (BDDN, BDDS, KOR, KIN, EQS)	L'ECP comprise au sens large (DPS).
Document disponible avec définition de la relation fonctionnelle entre la D4 et le PNLTHA			Organigramme du MiniSanté	La DLM a renforcé son leadership dans la coordination des programmes spécialisés. La DLM a fait son plan opérationnel 2011 ensemble avec tous les programmes spécialisés du Min santé qui dépendent de lui. Mais la mise en œuvre de ce plan pose encore problème vu la grande autonomie des programmes spécialisés.	

4.7.2 Bilan activités

Activités	**Déroulement**				**Commentaires** (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
1 Mettre en place l'équipe d'exécution conjointe pour assurer l'exécution opérationnelle sur le plan technique logistique, administratif et financier		X			
Appui PNLTHA exécution décisions SMCL			X		
Appui Minisanté			X		
Appui au coaching des MCP			X		
Contrôle de qualité sérodépistage		X			
Suivi fabrication mini-colonnes		X			
Passations marchées publics				X	Retard MP véhicules et centrifugeuses
Amélioration rendement ateliers pièges			X		
Établissement contrats de performance				X	En attente des directives du Minisanté
Rapportage comptable mensuel		X			
2 Améliorer l'appui logistique aux UM et aux FS		X			Voir ci-dessous
Bilan 2011 globalement positif : pas de ruptures de stock ; approvisionnement régulier des UM et FS par les coordinations provinciales elles-mêmes approvisionnées par la division logistique du niveau central. Les nouveaux véhicules ne s'adaptent pas sur terrain et on a été obligé de remettre les anciens véhicules sur les terrains difficiles et garder les Land Rover à Kinshasa (2) et non loin de Kinshasa (1 à Matadi, 1 à Kikwit et 1 à Bandundu) L'exécution des MP (véhicules 4 x 4, microscopes, matériel de campement, centrifugeuses) a connu un grand retard raison pour laquelle un +/- a été marqué dans le tableau.					
3 Primes Équipe Direction Programme		X			

4.7.3 Analyse des progrès réalisés

Liens entre les activités et le résultat

Le PNLTHA en tant que programme spécialisé s'est mis dans le pas des reformes entamées par le Minisanté depuis l'avènement de la SRSS suivi par la formulation du PNDS. Les cadres de la direction du PNLTHA participent activement aux nombreux ateliers qui contribuent à la mise en place de la nouvelle politique sanitaire dicté par le PNDS. Ainsi le PNLTHA a formulé son plan stratégique en 2011 et vient de déposer à la DLM son PAO 2012.
Quant à la disponibilité d'un document définissant la politique d'intégration, le PNLTHA dépend de la DLM qui vient de mettre sur pied un comité d'accompagnement du processus d'intégration et l'élaboration d'un guide d'intégration.
Cinq MCP (BDDN, BDDS, KOR, KIN, EQS) sont intégrés dans l'ECP. Le MCP du Bandundu Nord a été nommé encadreur des ZS pour le PAO et au niveau national le MDA du PNLTHA a été chargé par le Minisanté d'encadrer les DPS dans la préparation de leurs PAO.

Facteurs de réussite, d'échec, d'influence

Les reformes qui s'opèrent actuellement au Minisanté répondent nécessairement à une logique chronologique. C'est une des raisons pour lesquelles certains changements envisagés au niveau du PNLTHA ne se sont pas encore concrétisés, par exemple en ce qui concerne la politique d'intégration, la politique des primes...

La lenteur des MP et le fait qu'ils ne garantissent pas l'acquisition des équipements les plus adaptés aux conditions de terrain sont des facteurs qui compromettent l'atteinte de l'objectif spécifique. L'expérience du terrain montre que des agences de développement qui ont réussi à trouver le juste équilibre entre l'obligation d'un résultat de qualité dans les meilleurs délais et le respect d'une gestion saine (avec ou sans MP) obtiennent des meilleurs résultats.

Dynamique harmo

La direction du PNLTHA est activement impliquée dans le processus de la reforme au niveau du Minisanté (PNDS, plan stratégiques…). La présence d'une assistance technique de la CTB auprès de la DEP, de la DLM et du PNLTHA favorise les échanges et permet à l'AT d'être au courant des évolutions et des attentes en matière d'harmonisation et d'alignement à tout niveau.

Genre et environnement

- L'absence des femmes dans les équipes mobiles est équilibrée par une forte présence du personnel féminin dans les centres fixes.
- Les pièges produits par le PNLTHA n'ont aucun effet nocif sur l'environnement.

4.7.4 Risques et hypothèses

Hypothèse / risque	Score	Commentaire
Un ROI est élaboré et son application est rigoureusement respectée	C	La tenue régulière des PMU n'est pas respectée. Le PNLTHA et la CTB se sont mis d'accord qu'en 2012 le respect strict de la périodicité des réunions sera d'application.
Délais raisonnables pour l'exécution des MP ; financement suffisant pour l'acheminement parfois urgent	C	Les intrants et matériels sont livrés avec un grand retard. L'OMS assure le déplacement des Kits de NECT jusqu'aux chefs lieu des provinces.
Demande exorbitante	C	La mise en place d'un système de primes de performance basé sur la réalisation effective des « produits attendus » de chacun a été amorcée par la direction du PNLTHA.au Q1 2012.

4.7.5 Critères de qualité

Critère	Score	Commentaires
Efficacité	B	
Efficience	B	
Durabilité	C	Le retrait de la coopération de la santé a été annoncé pour 2013

4.7.6 Exécution budgétaire

Budget : 296.000 € Dépenses : 216.951 € Taux d'exécution : 73.3 %

4.7.7 Leçons apprises et recommandations

Recommandation	Qui	Deadline
Introduire un système de prime à la performance	PNLTHA/CTB	Q2 2012
Redynamiser le PMU	PNLTHA, projet	Q1 2012
Constituer un pool de suivi du projet « Trypano phase 4 » au sein de la direction	PNLTHA , projet	Q2 2012

Leçons apprises	Public	Capitalisation dans le cycle du projet
Le niveau de la mise en œuvre du PNDS a un impact majeur sur l'atteinte des résultats	Minisanté, PNLTHA, Projet	Étape du cycle de projet à prendre en compte : la mise en œuvre.

4.8 Résultat 6

4.8.1 Indicateurs

Résultat : L'accompagnement du processus d'intégration et le suivi scientifique de la lutte contre la THA sont assurés tout au long de l'intervention					Progrès : B
Indicateurs	**E**	**G**	**Baseline**	**Progrès année 2011**	**Commentaires**
Comité d'accompagnement installé et opérationnel			0	Un comité d'intégration a été mis en place par la DLM dont fait parti comme membre le chef du projet Trypano phase 4 et un expert du PNLTHA	les TDR de ce comité existent
Nombre de recherche-actions réalisées			0	**6** : sondage et enquête points d'accostage entre Maluku et Kinshasa. recherche active des malades projet Pentamidine 3 injections avec l'INRB ; essai avec CATT D10 dans la zone de Bulungu ; assurance qualité KIN, BDDS et KOR ; recherche-action sur l'intégration à l'hôpital Roi Baudouin	Le projet trypano phase 4 permet le fonctionnement des structures fixes et mobiles qui offrent un bon cadre pour recevoir des recherche sur les médicaments et les test de dépistage.
Nombre d'évaluations *et mission d'expertise externe* réalisées			0	4	Mission d'audit (Cour des comptes), missions Hasker et Claes de l'IMTA, mission Ndungu (FIND)
Augmentation du nombre des partenaires intra zonaux, intersectoriel et régionaux			ND	2	DGM, Université Makerere (Bill Gates) ont appuyé dans le cadre de leurs propres activités le PNLTHA
Existence d'un plan multisectoriel de lutte contre la THA			Draft plan PATTEC 2008	Un plan multisectoriel pour est disponible mais sa mise en œuvre pose problème par manque des fonds. Des activités des plaidoyers ont eu lieu en 2011 dans les provinces du Bas Congo et Bandundu pour sensibiliser les gouvernements provinciaux	Plan stratégique PNLTHA 2011-2015 a été formulé et un plan opérationnel 2011a été élaboré.

4.8.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
1 Établir les TDR du comité d'accompagnement, suivi scientifique et d'évaluation de l'intégration (PNLTHA, D4, D5, DEP, École de Santé Publique, Représentants partenaires…) et le mettre en place ; établir calendrier réunions et supervisions et l'exécuter ; documenter, publier et partager les leçons		X			La DLM a mis en place un comité d'accompagnement d'intégration (sous-commission d'intégration) un expert du PNLTHA et le chef du projet fond partie de ce comité.
2 Appuyer la conception et l'exécution de recherches			X		Plusieurs pistes d'intégration (sécutrans - sérodépistage en passif Assurance qualité au KOR,BDD et KIN
3 Organiser les missions d'expertise externe et les évaluations externes			X		Cfr supra
4 Appuyer la participation aux colloques internationaux et aux réunions de concertation inter pays			X		Participation et présentation de la sécutrans à la CSIRLT à Bamako au Mali

4.8.3 Analyse des progrès réalisés

Liens entre les activités et le résultat

Cette activité a été évacuée de l'agenda car jugée non conforme aux modalités de mise en œuvre du PNDS. En effet depuis plusieurs années la création d'une sous-commission sur l'intégration au sein de la commission de lutte contre la maladie de la D4 avait été envisagée mais ce n'est que maintenant que ça vient de voir le jour.
Le projet a appuyé la participation du point focal sécutrans du PNLTHA à l'ISCTRC (International Scientific Council for Trypanosomiasis Research and Control) à Bamako en septembre 2011 où il a fait un exposé sur la sécutrans vis-à-vis de la THA en RDC qui a suscité beaucoup d'intérêt auprès des participants d'autres pays endémiques.
A noter qu'au cours de l'année 2011, la direction du PNLTHA, sur suggestion du projet, a instauré une matinée scientifique supposée d'avoir lieu chaque vendredi et ouverte aux partenaires du PNLTHA.

Facteurs de réussite, d'échec, d'influence

- Le dynamisme de l'équipe dirigeante du PNTS et l'esprit de collaboration entre PNLTHA et PNTS ont été des facteurs de réussite pour l'introduction du CATT dans la sécurité transfusionnelle.
- L'implication de l'Inspection Médicale Urbaine et de la DGM a permis de faire une enquête dans les points d'accostage entre Maluku et Kinshasa où arrivent des passagers en provenance des foyers THA du Chenal et la rivière Kasaï.
- Les missions des experts de l'IMT apportent toujours un plus au PNLTHA tant dans le domaine du laboratoire que dans celui de l'épidémiologie.

Dynamique « Harmo »

Le programme s'aligne au PNDS. Le projet appuie le PNLTHA dans ce processus non seulement au niveau central mais aussi au niveau provincial et périphérique.

4.8.4 Risques et hypothèses

Hypothèse / risque	Score	Commentaire
Disponibilité de la D4 pour piloter ce comité	B	La volonté d'appuyer le PNLTHA est bien réelle au niveau de la DLM : cfr mise en place d'une sous-commission sur l'intégration dont le PNLTHA fait partie..

4.8.5 Critères de qualité

Critère	Score	Commentaires
Efficacité	B	
Efficience	B	
Durabilité	B	Le processus d'intégration avance lentement mais sûrement

4.8.6 Exécution budgétaire

Budget : 13.050 €
Dépenses : 1.392 € Taux d'exécution : 10.7 %

4.8.7 Leçons apprises et recommandations

Recommandation	Qui	Deadline
Lancer rapidement les activités du comité d'accompagnement de l'intégration	DLM, PNLTHA, CTB	
Intensifier la recherche-action	PNLTHA, CTB	Q1-Q2
Impliquer activement les MIP des provinces endémiques dans le processus d'intégration	SG, DLM, PNLTHA	Q2-Q3

4.9 Résultat 7

4.9.1 Indicateurs

Résultat : la collaboration intra zonale, intersectoriel et transfrontalière est renforcée					Progrès : B
Indicateurs	**E**	**G**	**Baseline**	**Progrès année 2011**	**Commentaires**
Nombre des plans des ZS intégrant la THA			48	122	Progression de 20 % à 48 % des 252 ZSE pour la THA
Nombre d'activités à base communautaire			2		La surveillance à base communautaire proprement dite n'a pas encore été lancée.
Nombre des bailleurs nouvellement identifiés			ND	MSF-B a repris ses prospections en RDC entre autres dans le district du Mai-Ndombe. (ZS de Kiri)	

4.9.2 Bilan activités

Activités	**Déroulement**				**Commentaires** (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
1 Établir un état des lieux de partenariat intrazonal (partenaires en ZS) et intersectoriel potentiel (Éducation, Environnement & Hygiène, Agriculture et Élevage, Développement rural, Média…), identifier les possibilités de synergies et concevoir les stratégies de mise en œuvre.			X		Cfr activités du PATTEC
2 Planifier des actions pertinentes par secteur ; négocier les financements nécessaires et exécuter			X		Idem
Activités	**Déroulement**				**Commentaires** (uniquement si la valeur est -)
	++	**+**	**+/-**	**-**	
3 Mettre en commun les expériences lors des forums trypano			X		Le PNDS n'encourage plus la tenue des forums spécifiques ni de task forces. Il privilégie par contre l'organisation des cellules thématiques au niveau de la DLM et des 4ème bureaux au niveau provincial. La plateforme régional THA appuyée par DNDi et dont le coordinateur est un cadre du PNLTHA contribue aux échanges au sujet de la THA entre les pays concernés.
4 Participer à l'organisation d'actions de lutte transfrontalière				X	Projets préparés par le PATTEC. Recherche de financement encore en cours.

4.9.3 Analyse des progrès réalisés

Liens entre les activités et le résultat

Situation comparable à l'année passée sauf que les MSF-B ont intensifié ses prospections notamment dans le district du Mai Ndombe au Bandundu et à Djolu dans la Province de l'Equateur.

Facteurs de réussite, d'échec, d'influence

La PATTEC s'appuie sur les fonds du gouvernement local pour le financement de ses activités. Des activités de plaidoyer ont eu lieu pour sensibiliser les gouvernements provinciaux afin de mobiliser les ressources financières pour la mise en œuvre du plan multisectoriel de lutte contre les trypanosomoses.

Dynamique « Harmo »

Le contenu du résultat même oblige à l'exercice constant de l'harmonisation entre les différents acteurs, programmes, secteurs et pays.

Intégration « genre » et « environnement »

La composante « environnement » prend une place importante dans l'approche de la PATTEC qui privilégie la lutte contre les mouches tsé-tsé comme stratégie principale.

4.9.4 Risques et hypothèses

Hypothèse / risque	Score	Commentaire
Les partenaires potentiels sont intéressés à s'impliquer activement dans la lutte contre la THA	C	ASSNIP Equateur Nord a planifié pour 2012 l'achat de CATT en faveur des ZS appuyés par lui. Cette action pourrait dans l'avenir servir comme exemple pour d'autres intervenants appuyant la mise en œuvre du PNDS dans des ZSE pour la THA
Des financements supplémentaires sont trouvés	C	PATTEC et FIND ont financé des actions des plaidoyers pour la mobilisation des ressources financières de la lutte contre la mouche Tsé-tsé.
Reprise de l'appui régional à la lutte contre la THA en Afrique Centrale via OMS Afro	B	L'OMS Genève continue a prêter main forte aux différents pays endémiques pour la THA en Afrique. En RDC cet appui est particulièrement important par la quantité de trypanocides et CATT fournie en 2011.

4.9.5 Critères de qualité

Critère	Score	Commentaires
Efficacité	B	Les activités de plaidoyer au niveau national et provincial ont été réalisées en 2011 mais des efforts supplémentaires sont nécessaires pour obtenir plus de financements.
Efficience	B	
Durabilité	B	

4.9.6 Exécution budgétaire

Budget : 0 € Dépenses : 0 €

4.9.7 Leçons apprises et recommandations

Recommandation	Qui	Deadline
Redynamiser les contacts entre PNLTHA et voisins (Congo-Brazza, Angola, RCA, Sud-Sudan)	PNLTHA, OMS	
Rendre la communication systématique sur les échanges avec les partenaires.	PNLTHA, CTB	

4.10 Résultat 8

4.10.1 Indicateurs

Résultat 8 : La cartographie des appuis globaux et particuliers aux ZS endémiques THA est réalisée et actualisée et les besoins non satisfaits sont identifiés					Progrès : B
Indicateurs	**E**	**G**	**Baseline (2008)***	**Progrès année 2011**	**Commentaires**
Nombre des cartes THA-partenaires faites par province			50		* cfr Cartographie bailleurs DEP ; la dernière actualisation date de septembre 2011. * une liste de 25 ZS à appuyer en 2012 a été élaborée par le PNLTHA. Il s'agit principalement des ZS les plus endémiques non ou peu appuyées par d'autres intervenant
Nombre des ZS endémiques avec besoins non satisfaits identifiées			*Sur les 50 ZS les plus endémiques, 15 ZS avaient été identifiées comme « sans appui ».*	*En 2011 la majorité de ces ZS sont restées sans appui global (X)*	*Utilisation d'une variante de l'indicateur originale : « Nombre de ZS à THA sans appui global »* *25 ZSE ont ete identifiée comme zone de démonstration pour l'intégration en 2012 dans le cadre du projet*

4.10.2 Bilan activités

Activités	**Déroulement**				**Commentaires** (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
1 Mettre à jour la liste des intervenants dans les ZS endémiques et les cartographier par domaine d'intervention et par contribution			X		
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				X	La majorité des ZSE identifiée pour un appui dans le cadre de ce projet, n'ont pas d'autres appuis
3 Briefer régulièrement en collaboration avec la Direction 4 et la DEP 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		Briefings lors des revues provinciales annuelles 2011 ; les rapports épidémiologiques sont régulièrement envoyés à la DLM.

4.10.3 Analyse des progrès réalisés

- La DEP actualise régulièrement son fichier identifiant les appuis de tout genre au 515 ZS. Ce fichier est mis à la disposition de toutes les directions et programmes du Minisanté ainsi qu'aux partenaires.

- Dans le cadre de la rédaction des PAO, les besoins non satisfaits par rapport à la lutte contre la THA sont identifiés par les ECZ des ZS concernées. Les projets ASSNIP de l'Equateur et de Bandundu se sont engagés à y prêter attention lors de la validation des PAO des ZS endémiques.

  Les intervenants et bailleurs impliqués dans la THA en 2011 :
  L'OMS s'occupe du transport des kits NECT jusqu'aux chefs lieu des provinces.
  PATTEC et FIND : Plaidoyer au côté du PNLTHA pour mobilisation des ressources supplémentaires pour la lutte. Et aussi FIND est impliqué dans la recherche sur le diagnostic (test rapide pour le dépistage de la THA)
- Les MSF-B sont impliqués dans la prospection des foyers non couverts dans le cadre de l'intervention
- IMT Anvers appui un projet de pharmacovigilance des trypanocides dans les provinces pilotes de Bandundu et du Kasaï oriental et intervient aussi dans les études qualitatives sur la perception de la THA en RDC.

4.10.4 Risques et hypothèses

Hypothèse / risque	Score	Commentaire
Le fichier des partenaires au niveau de la DEP est régulièrement mis à jour	A	
Les données épidémiologiques des ZSE sont disponibles	A	PNLTHA, DLM
Les données concernant les appuis prévus sont échangées en toute transparence	A	Le PNDS recommande à tous les partenaires de s'aligner et de respecter la transparence.

4.10.5 Critères de qualité

Critère	Score	Commentaires
Efficacité	C	Pas des partenaires bien identifiés pour l'appui de la THA à l'arrêt du financement CTB
Efficience	B	
Durabilité	C	Risque d'arrêter la stratégie active par manque d'appui en fin projet

4.10.6 Exécution budgétaire

Budget : 0 € Dépenses : 0 €

4.10.7 Leçons apprises et recommandations

Recommandation	Qui	Deadline
Faire un plaidoyer pour la lutte contre la THA intégrée auprès du GIBS.	MiniSanté, DLM, PNLTHA	
Iidentifier les ressources nécessaires (humaines, matérielles, financières) au niveau des ZS pour une prise en charge correcte et durable de la THA	PNLTHA	Q2-Q3

Leçons apprises	Public	Capitalisation dans le cycle du projet
La synergie PNLTHA – PNTS dans le domaine de la sécurité transfusionnelle et PNLTHA-INRB dans la production des minis colonne sont des expériences encourageante.	MiniSanté, Bailleurs de fonds qui interviennent dans la sécurité transfusionnelle ; les autres pays endémiques pour la THA	Étape du cycle de projet à prendre en compte : la mise en œuvre.

4.11 Résultat 9

4.11.1 Indicateurs

Résultat : La lutte contre la THA est prise en compte et budgétisée dans les PDS et des financements couvrant les besoins identifiés sont obtenus					Progrès : B
Indicateurs	**E**	**G**	**Baseline**	**Progrès année 2011**	**Commentaires**
Existence d'un document « costing » des activités de lutte THA			0	Un draft de ce document existe au niveau du PNLTHA	A valider avec la cellule « costing » de la DEP
Nombre des ZS endémiques ayant un plan budgétisé basé sur le costing THA et les besoins non satisfaits pour la THA			0	91 ZS	91 ZSE ont un plan opérationnel budgétisé incluant la THA mais les ressources disponibles font défaut.
Nombre des forums THA nationaux et provinciaux tenus			3/an		Des réunions de plaidoyer ont eu lieu dans les provinces du Bas Congo et du Bandundu dans le cadre du PATTEC Des matinées scientifiques étaient organisées au PNLTHA chaque vendredi

4.11.2 Bilan activités

Activités	**Déroulement**				**Commentaires** (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
1 Élaborer des plans budgétisés à long terme (national et provinciaux)		X			Un plan stratégique 2011-2015 du PNLTHA avait était élaboré avec l'appui technique de la DLM. des plans opérationnels 2011 du niveau national et provincial existent
2 Faire la plaidoirie au niveau provincial et national pour le financement de ces plans			X		Des activités de plaidoyer avec PATTEC ont eu lieu en province du Bandundu et Bas Congo

4.11.3 Analyse des progrès réalisés

En 2011, les MCP ont accompagné les ECZS dans leur planification par unité fonctionnelle qui a remplacé le micro planification par problème de santé. 91ZSE (36%) ont des plans opérationnels budgétisés intégrant la THA. Mais beaucoup des efforts restent encore à faire pour que la majorité des ZSE arrive à avoir leur plan. L'implication des MIP et des ministres qui ont en charge la santé aux niveaux des provinces serait un grand atout dans ce processus de micro planification.

4.11.4 Risques et hypothèses

Hypothèse / risque	Score	Commentaire
Les ECZ des ZSE et leurs partenaires comprennent et acceptent que la THA soit un problème de santé dans leur ZS et qu'ils doivent la prendre en charge	B	
Coordination insuffisante entre les différents acteurs	A	
La plaidoirie est considérée comme une activité à part entière	B	Pas suffisamment des partenaires impliqués dans le plaidoyer

4.11.5 Critères de qualité

Critère	Score	Commentaires
Efficacité	C	Le projet n'a pas prévu des moyens financiers pour ce résultat intermédiaire.
Efficience	X	
Durabilité	C	

4.11.6 Exécution budgétaire

Budget : 0 €

4.11.7 Recommandations

Recommandation	Qui	Deadline
Tenir un atelier sur la politique d'advocacy du PNLTHA	PNLTHA, CTB	Q3 2012

5 Bénéficiaires

Bénéficiaires & partenaires	Effets positifs	Effets négatifs	Implication dans le processus décisionnel	Prise en compte de leurs attentes et besoins	Éléments indiquant la satisfaction par rapport à l'intervention
Malades de sommeil	Dans le groupe des malades au 2ème stade qui ont bénéficié du NECT à la place du Mélarsoprol, la morbi-mortalité liée au traitement a diminué. La prévalence de la maladie est en diminution, ce qui est mieux pour la population	Morbi-mortalité due à l'effet toxique du Melarsoprol dans les provinces où pas tous les malades du St 2 n'ont pu bénéficier du NECT (BDD et EQN) 2008 / 2011 EA: 73 / 8 Décès: 46 / 5	Les malades et leurs familles ont le libre choix du centre de traitement pour la prise en charge.	- Gratuité de la prise en charge - Prise en charge des malades indigents	Satisfaction +++ par rapport au changement du Mélarsoprol par le NECT
Populations à risque	L'orientation des UM en 2011vers les ASHE a un impact significatif sur le nombre de NC : 5320 pour en moyen 6 itinérances / UM/ an .	Le DA dans des AS hypo-endémiques provoque des pertes économiques du fait des jours chômés pour raison de dépistage	Les autorités politico-administratives, coutumières etc.sont impliquées dans le recensement	Prise en charge des repas et déplacements des autorités qui s'impliquent dans les AE.	Les autorités se disent satisfaits du PNLTHA s'alignant sur l'approche des autres programmes
Personnel du PNLTHA	Paiement régulier d'une prime. Amélioration du cadre de travail (bureautiques, Internet). Formation. Augmentation des primes d'itinérance pour les UM, source de motivation	Mesures d'accompagnement insuffisantes pour personnel âgé remis à la disposition des inspections médicales en 2011.	Le personnel du PNLTHA attend à tous les niveaux une augmentation des primes. Celle-ci suppose : la disponibilité de l'info sur les autres rémunérations, la diminution du personnel à prendre en charge, la définition et la mise en place d'une politique de primes à la performance, l'harmonisation avec le MiniSanté en matière de primes.		
Personnel des ZS (ECZ, FS)	Formation du personnel des ZSE (ECZS, FS). Motivation de travailler avec un équipement nouveau mis à disposition	Intégration activités THA dans les FS perçue comme travail supplémentaire devant être rétribué	Les attentes vis-à-vis du PNLTHA/projet Trypano phase 4 se calquent sur les primes trimestrielles allouées par la Fondation Damien aux personnels des ZS (ECZ et soignants) qui prennent en charge les tuberculeux.		
DLM, DEP	L'alignement au PNDS des progr. spécif. permet une meilleure coordination par DLM. Les supervisions conjointes PNLTHA-DLM rapprochent les deux acteurs.		Coordination des programmes spécialisés de lutte contre la maladie.	Élaboration du plan stratégique 2011-2015 du PNLTHA selon le canevas de la DLM	L'alignement du PNLTHA au PNDS

Bénéficiaires & partenaires	Effets positifs	Effets négatifs	Implication dans le processus décisionnel	Prise en compte de leurs attentes et besoins	Éléments indiquant la satisfaction par rapport à l'intervention
Bénéficiaires & partenaires	**Effets positifs**	**Effets négatifs**	**Implication dans le processus décisionnel**	**Prise en compte de leurs attentes et besoins**	**Éléments indiquant la satisfaction par rapport à l'intervention**
PNTS	Appui à la sécurité transfusionnelle (formation, dotation de CATT, rotateurs)	Utilisation des rotateurs mis à la disposition des HGR à d'autres fins (groupage sanguin)	Décisions prises en concertation avec le PNLTHA.	Appui technique (pour la formation ; appui financier pour CATT	Les besoins en CATT du PNTS ne sont pas satisfaits
ONG internationales (Memisa/CDI)	Appui à la surveillance de la THA en EQN		Décisions prises en concertation avec le PNLTHA.	Appui technique du PNLTHA à la coord. Prov.	Satisfaction par rapport à cet appui
IMTA	Projet Trypano ph 4 plus grands clients de l'unité de product. du CATT ; mise au point du CATT 10, plus adapté pour les FS et les banques de sang ; projet pharmacovigilance ; projet PARAHAT	- Augmentation du prix unitaire du CATT et des rotateurs.	Concertation permanente au sujet du CATT	L'unité de production du CATT attend recevoir en 2012 des sérums de référence. Le comité d'éthique de la RDC a demandé une adaptation du protocole ce qui a été fait.	
INRB	Reprise de la production de la mini-colonne depuis Q4 2011	Arrêt production mini-colonnes au 1er sem 2010	Cadre permanent de concertation PNLTHA-INRB. Préfinancement de 18750 € accepté pour relance mAECT accordé par le projet.		
OMS	- Gratuité et disponibilité des trypanocides durant toute l'année 2011. Distribution des kits NECT via les antennes provinciales OMS (appui logistique et financier)		Attentes formulées lors réunion en juin '10 à l'OMS Kin : besoins annuels CATT, plan formation NECT, projet prospection foyers mal connus, motivation demande 4 véhic., plan à moyen terme, données épid.		
FIND/PATTEC	Appui au plaidoyer pour la THA (100.000 $ pour '09 – '10) ; Appui à la production des mAECT		Décisions prises en concertation avec le PNLTHA.	Voir rapports FIND / PATTEC	
Institutions de recherche:	Les institutions trouvent un programme déjà fonctionnel et		Décisions prises en concertation	Satisfaction par rapport à la facilitation des démarches administratives (ordres de mission,	

Bénéficiaires & partenaires	Effets positifs	Effets négatifs	Implication dans le processus décisionnel	Prise en compte de leurs attentes et besoins	Éléments indiquant la satisfaction par rapport à l'intervention
ITS, DNDi, FIND	propice à la mise en œuvre de la recherche sur la THA		avec le PNLTHA	autorisations, comité éthique…) et appui logistique	
Instituts d'enseignement (ISTM, UNIKIN	L'appui au PNLTHA lui permet d'organiser des stages pour les étudiants de ces institutions.		Décisions prises en concertation avec le PNLTHA.	Encadrement technique des étudiants.	Satisfaction +++ .

6 Suivi des décisions prises par la SMCL

Suivi des recommandations de la SMCL de Matadi du 6 avril 2011

1. « Respecter toujours le délai de la tenue de la SMCL et éviter son obstruction pour des motifs non convaincants. »

   ⇨ La 2ème SMCL de 2011 n'a plus pu être organisée au 4ème trimestre 2011 suite au déguerpissement du PNLTHA en octobre 2011 et la période électorale en novembre - décembre 2011. Reportée au 1er trimestre 2012 elle devrait être suivie au 2ème trimestre par la 1ère SMCL de l'année 2012.

2. « Présenter le contrat-cadre au comité des partenaires pour modification vu le non respect des spécificités des matériels souhaités par l'utilisateur. »

   ⇨ Ce contrat a entre-temps été présenté par la CTB au COMPAR.
   ⇨ Dernière évolution : le contrat cadre avec Land-Rover a été résilié le 16/2/2012 par le siège de la CTB à BXL et dorénavant Toyota peut livrer sur tout le territoire.

3. « Privilégier la communication, éviter de travailler seul et se référer à la SMCL pour des décisions qui concernent des aménagements budgétaires. »

   ⇨ Un aménagement budgétaire sera soumis pour approbation à la SMCL au Kasaï Oriental.

4. « Remettre le rapport sur le solde disponible du projet Trypano phase 3 »

   ⇨ Suite à un oubli par le secrétariat, les fardes remises aux membres de la SMCL ne contenaient pas ce rapport. Toutefois séance tenante ce rapport a été remis aux membres de la SMCL.

5. « Appliquer le PBF (performance based financement) sur les soins intégrés et non de façon isolée par un programme. »

   ⇨ Dans les ZS endémiques où le PNLTHA appuie l'intégration des activités, le PNLTHA se conformera au système de financement en vigueur afin d'éviter les effets pervers d'un système de primes de conception verticale/sélective.
   ⇨ Attendre les recommandations de la sous-commission sur l'intégration de la DLM qui vient de débuter ses travaux

7 Recommandations d'audit

Recommandations au projet « trypanosomiase » de la part de Mme Bollen (auditeur de la Cour des Comptes belge)

Audit en 2 étapes :

- **Semaine du 7 au 11 novembre 2011**
- **Lundi le 5 mars 2012 (suivi des véhicules – suivi des stocks)**
-

Recommandations nous communiquées après la 1ère étape :

- **Suite à l'expulsion et à l'entreposage « en catastrophe » de tous les biens et documents détenus par le projet, nous recommandons de faire rapidement un inventaire des archives et du matériel afin de pouvoir chiffrer les pertes et les besoins en récupération. ➔ *exécuté***
- **Nous avons constaté des dépassements budgétaires et la non-utilisation de certaines lignes budgétaires. Une réallocation budgétaire devrait rapidement être proposée en SMCL.**

  Nous recommandons, dans les meilleurs délais, de :

- **rattraper les retards en comptabilité, ➔ *retard rattrapés jusque fin janvier 2012***
- **finaliser la programmation opérationnelle et financière ➔ *réalisé***
- **proposer une réaffectation budgétaire à la SMCL. ➔*réalisé***

- **La gestion des primes pourrait être améliorée par la mise à jour des dossiers des agents et l'établissement d'un tableau récapitulatif des agents en fonction mentionnant leur date d'entrée et de sortie, s'il y a lieu, ainsi que l'évolution des primes perçues afin d'avoir une vue d'ensemble sur le personnel occupé. ➔*un fichier informatisé a été conçu par le secrétaire de la coordination de Matadi en Access et la saisie des données touche presqu'à sa fin***
- **Afin de préciser l'évolution des primes, les disponibilités budgétaires devraient être précisées. ➔ *cfr réaménagement budgétaire***
- **Les obligations en matière de fiscalisation des primes devrait être clarifiée, pour le moins en précisant que les primes versées sont brutes, que chaque agent est responsable de sa propre fiscalité et que la CTB n'est pas responsable du paiement de l'impôt des personnes physiques. ➔ *on n'utilise plus le terme « prime nette »***
- **Les journaux de caisse du projet sont uniquement tenus sur support informatique. Nous préconisons la tenue d'un journal de caisse sur support papier ➔*cette remarque concernait uniquement la caisse au niveau central et pas celles des provinces ; apd janvier 2012 la caisse du niveau central a son propre livre de caisse***
- **Le projet n'effectue aucun contrôle sur les caisses des centres de coordination et des unités mobiles. Nous proposons de mettre en place une procédure de suivi et vérification des caisses provinciales à effectuer par le projet ou directement par les responsables des centres de coordination ➔*procédure mise en place ; premiers contrôles de caisse ont eu lieu à Mbujimayi et à Bandundu. (aux mois de mars)***
- **La tenue des fiches de stock tant pour les tests et médicaments devrait être améliorée de manière à permettre la vérification de la traçabilité des mouvements des stocks : ➔ *travail d'amélioration en cours aux 3 niveaux (central***

– intermédiaire – périphérique)

- **N° marché public, numéro de GT des factures partielles, numéro des lots de la firme pharmaceutique, date d'entrée et quantités reçues,**
- **Date de sortie, quantités sorties et destinataires,**
- **Fiches de livraison par destinataire et par produits mentionnant les lots livrés, les quantités et les dates d'envoi.**

Des fiches similaires devraient être tenues pour le matériel.

- **Le suivi du coût des véhicules devrait être amélioré en :**
  - **Standardisant le libellé de comptabilisation : numéro de plaque et objet**
  - **Tenant de fiches de suivi d'achat de carburant par destination**
  - **Tenant des fiches de suivi par véhicule reprenant les consommations, le calcul des consommations moyennes, les coûts et la nature des entretiens.**

  ➔ ***travail en cours au niveau central et intermédiaire : collecte de toutes les données de chaque véhicule et rangement dans 1 classeur par véhicule ; analyses manuelles notées ; conception d'un fichier informatisé en cours pour le suivi de la consommation, les réparations et entretiens etc. permettant calcul du coût annuel du véhicule***
- **Le contrôle des formations et ateliers devrait être amélioré en établissant des budgets globaux par action suffisamment détaillés pour reconstituer les hypothèses retenues (nombre de participants, per diem, logement, transport etc.) et en les comparant avec les dépenses effectivement réalisées. *OK***
- **Nous n'avons consulté que les dossiers de marchés publics tenus au projet. Nous recommandons l'utilisation de check listes afin d'assurer le caractère complet et correctement organisé des dossiers. *OK***
- **Nous recommandons la tenue de fiche de suivi des exécutions pour tous les marchés organisées en lot, en livraison étalée dans le temps et donnant lieu à des paiements différés dans le temps. *OK***
- **La liste des marchés qui nous a été communiquée par la cellule des MP à la représentation était incomplète et celle du projet n'avait plus été complétée depuis le départ de l'ATI. Il est indispensable que le projet tienne une liste parfaitement à jour des contrats qui la lient avec les tiers. ➔ *fichier MP a été mis à jour***
- **Nous recommandons le suivi de l'index file CTB au niveau de tous les documents administratifs et de réduire les copies inutiles de documents en référençant les documents et en recourant à des références croisées ➔ *sujet encore à l'étude car cet index file est très détaillé / démarche : aller voir un exemple dans un autre projet qui l'applique rigoureusement***

8 Annexes

Annexe 1 : Cadre logique

Le RI 1 est : « La lutte contre la THA est planifiée par les ZS selon des critères objectifs » au lieu de « La lutte contre la THA est planifiée par les ZS selon l'évidence épidémiologique » cfr DTF p.54

Le reste le cadre logique reste inchangé.

Annexe 2 : Activités M&E

- baseline study : les valeurs initiales de la majorité des indicateurs qui datant de fin 2008, sont connues

- rapports mensuels des unités mobiles : ces rapports permettent le suivi à distance de l'évolution des indicateurs de la lutte (tant du processus que de l'output)

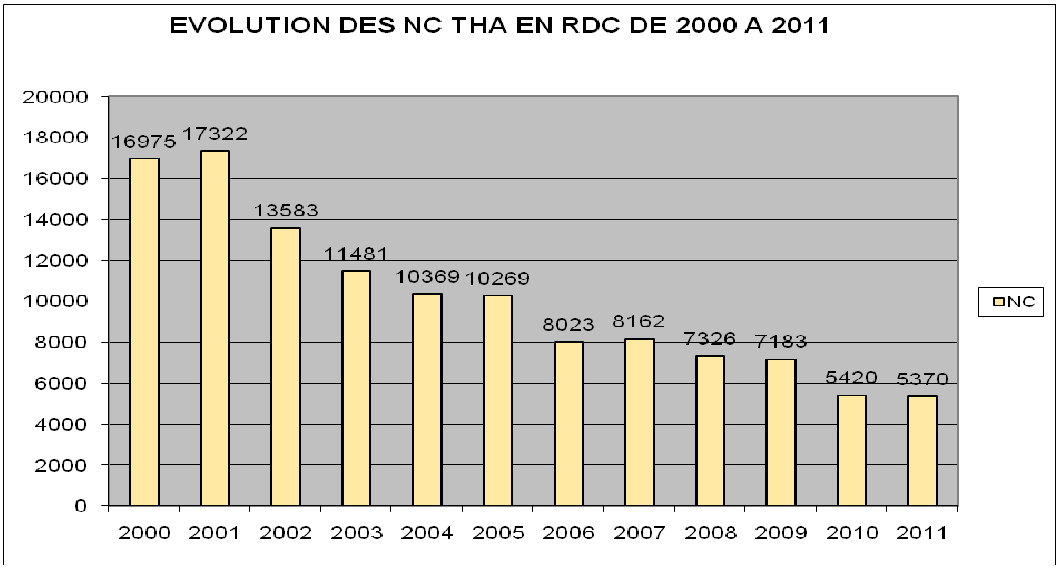
- rapports d'état d'avancement trimestriels pour la CTB (Q1, Q2, Q3, Q4)

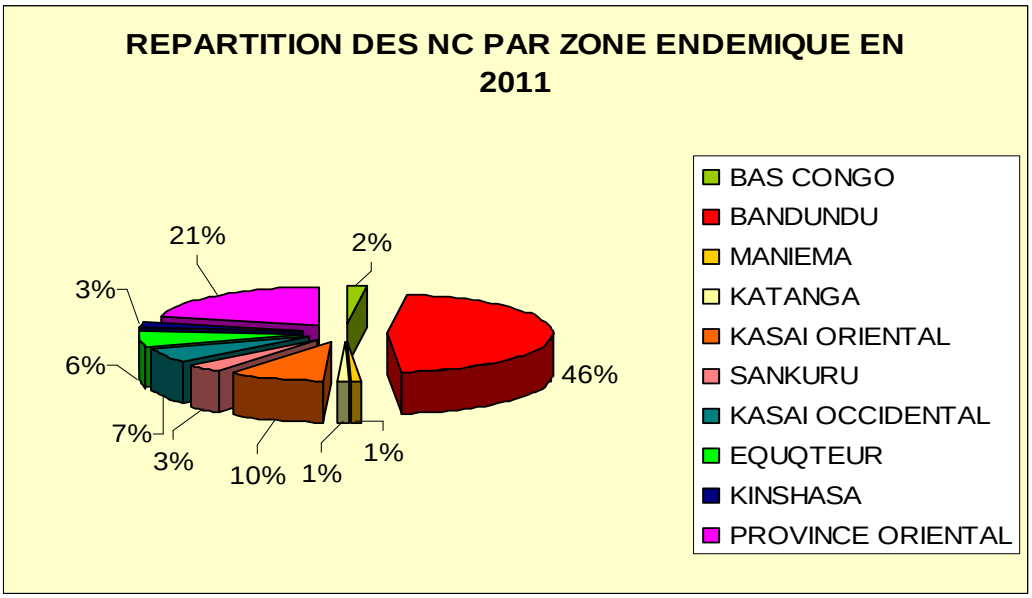
- missions de supervision par le niveau national :

Prov	Général	Intégration	Labo	IEC	Log&admin	Total
BC	2	2	1		1	6
KIN					3	3
BDD N	4	1	1	1	6	13
BDD S	3		3		3	9
KOR	2		1			2
SAN						
KOC	2		1			3
EQN	1		1		1	3
EQS			1		1	2
MAN/KAT			1			1
PO	1					1

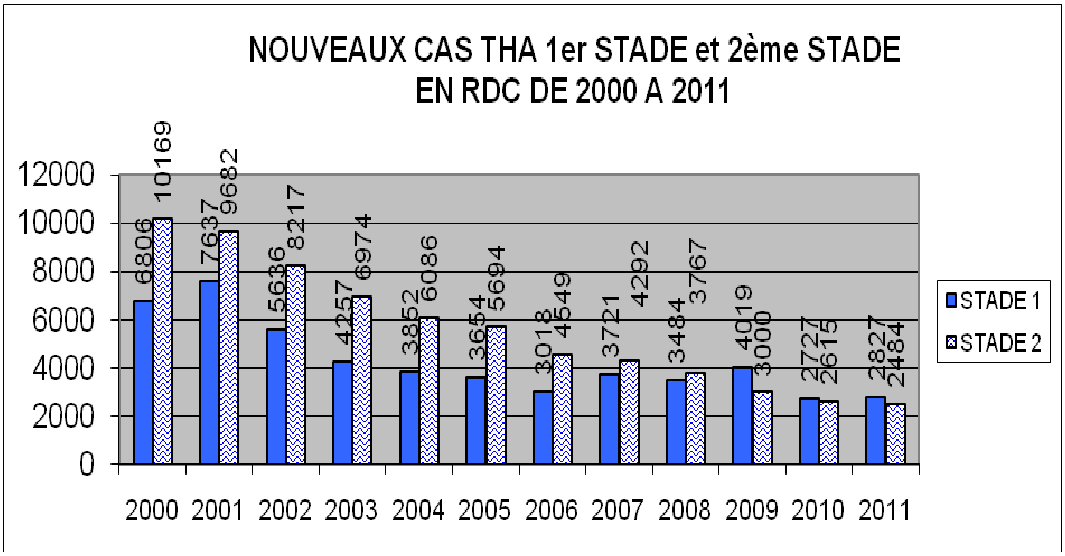
- Le projet a appuyé la participation du point focal sécutrans du PNLTHA à l'ISCTRC (International Scientific Council for Trypanosomiasis Research and Control) à Bamako en septembre 2011 où il a fait un exposé sur la sécutrans vis-à-vis de la THA en RDC qui a suscité beaucoup d'intérêt auprès des participants d'autres pays endémiques.
- A noter qu'au cours de l'année 2011, la direction du PNLTHA, sur suggestion du projet, a instauré une matinée scientifique supposée d'avoir lieu chaque vendredi et ouverte aux partenaires du PNLTHA.
- SMCL : une seule SMCL a eu lieu au cours de l'année 2011. La deuxième SMCL devrait avoir lieu au mois de novembre, mais à cause du déguerpissement brusque du PNLTHA en octobre, elle n'a plus eu lieu

Annexe 3 : Résumé des données épidémiologiques de la THA en RDC, année 2011

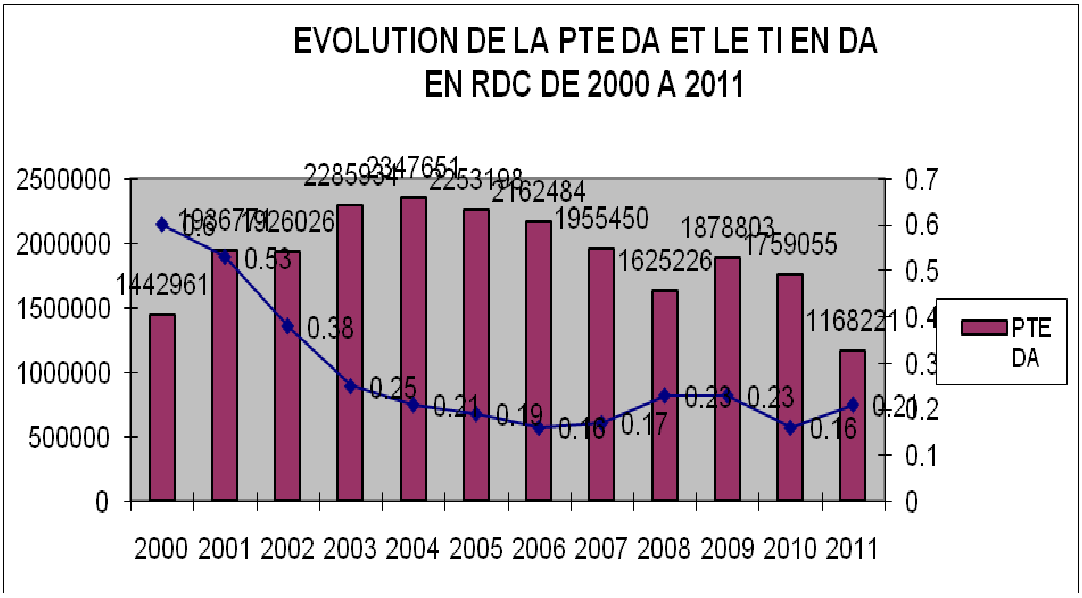


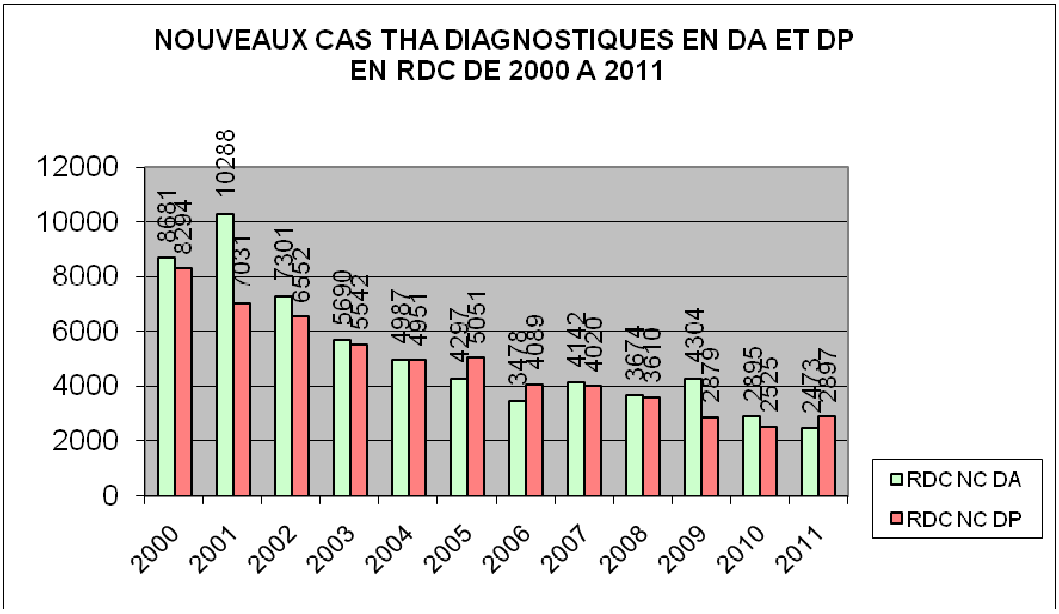


La province de Bandundu compte pour presque la moitié des NC de la RDC (46%). Recrudescence de la THA en Province Orientale dans les foyers de Doruma et Dingila (hors zone d'intervention projet CTB)

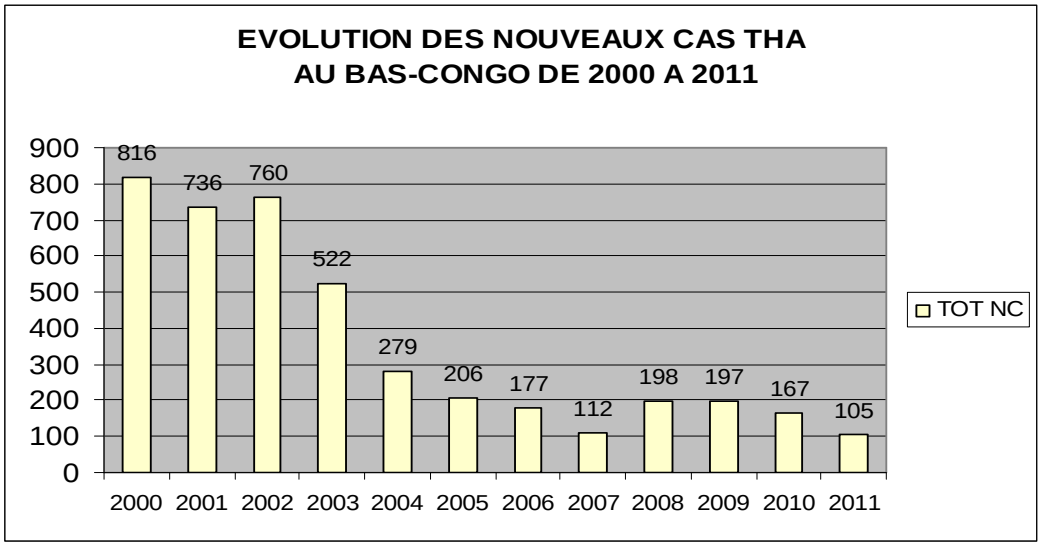


2827 malades (53 %) se trouvaient encore au 1er stade de la maladie alors que 2484 malades (46 %) avaient déjà évolué au 2ème stade. Chez 59 malades (1%) le stade n'a pas pu être déterminé.

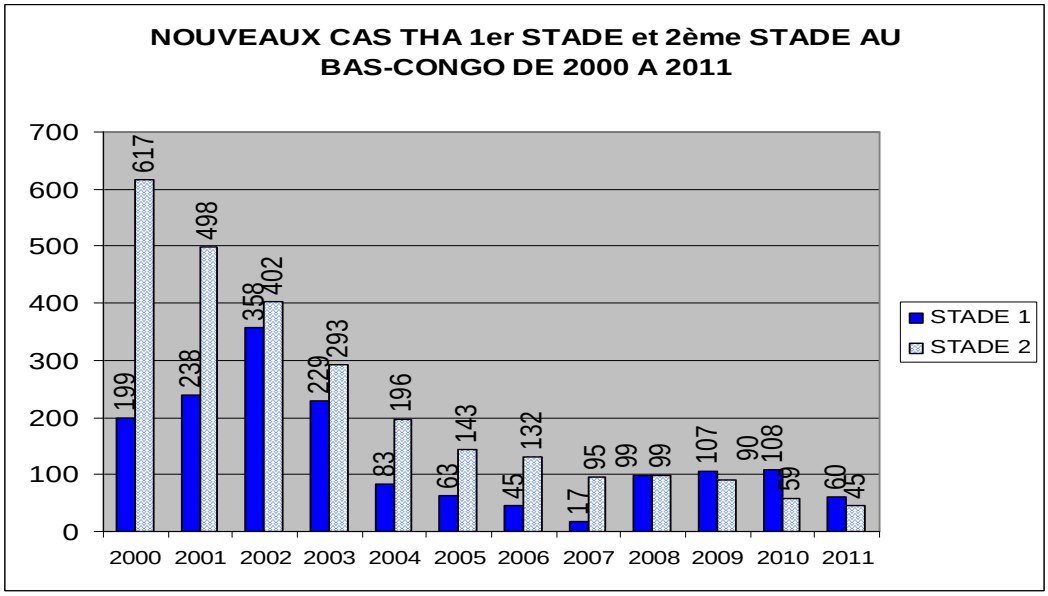




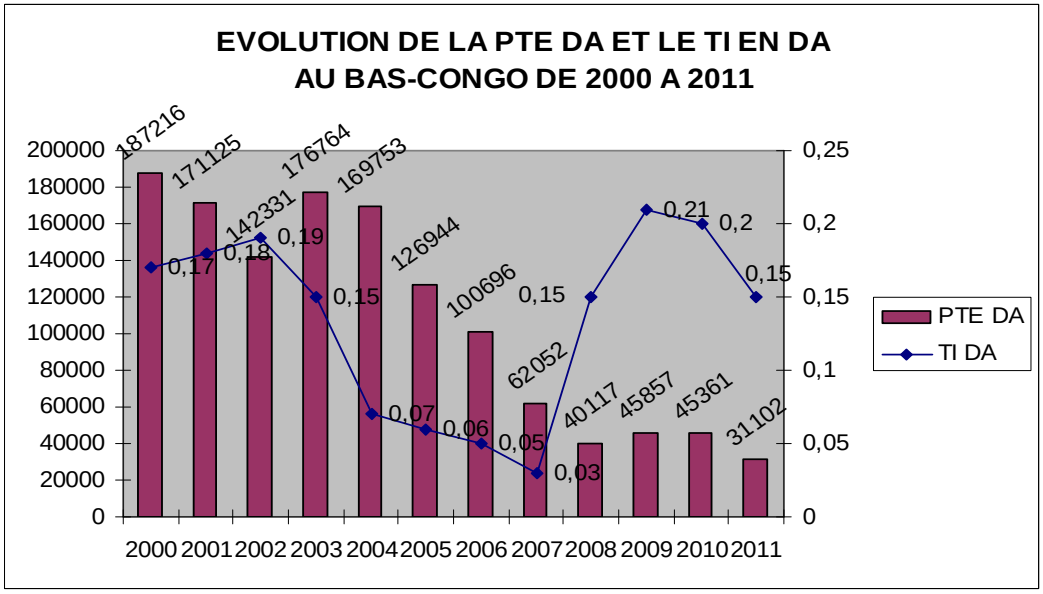
RESULTATS BAS-CONGO



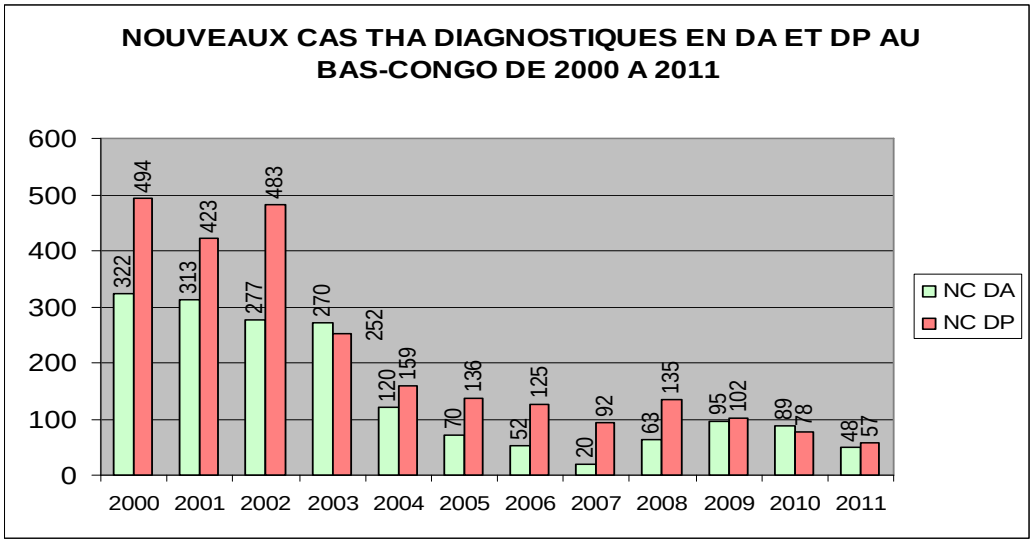
Au Bas Congo, la tendance du nombre des NC déclarés annuellement est globalement à la baisse. Diminution du nombre total de cas déclarés de 167 en 2010 à 105 en 2011 (- 37 %)



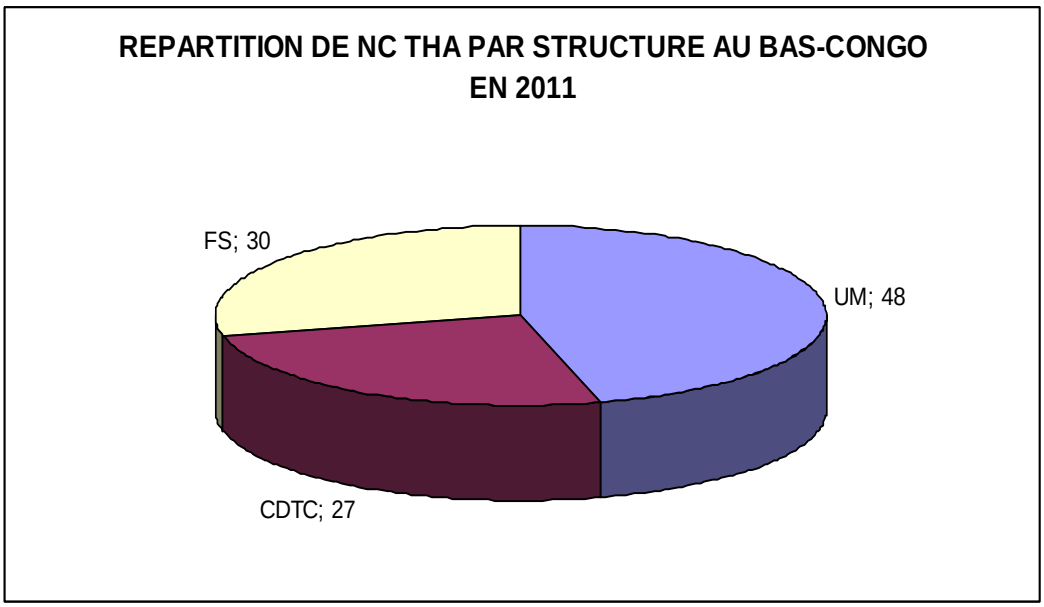
Diminution du nombre de NC au 1er stade (-33%) et des NC au 2ème stade (- 24 %)



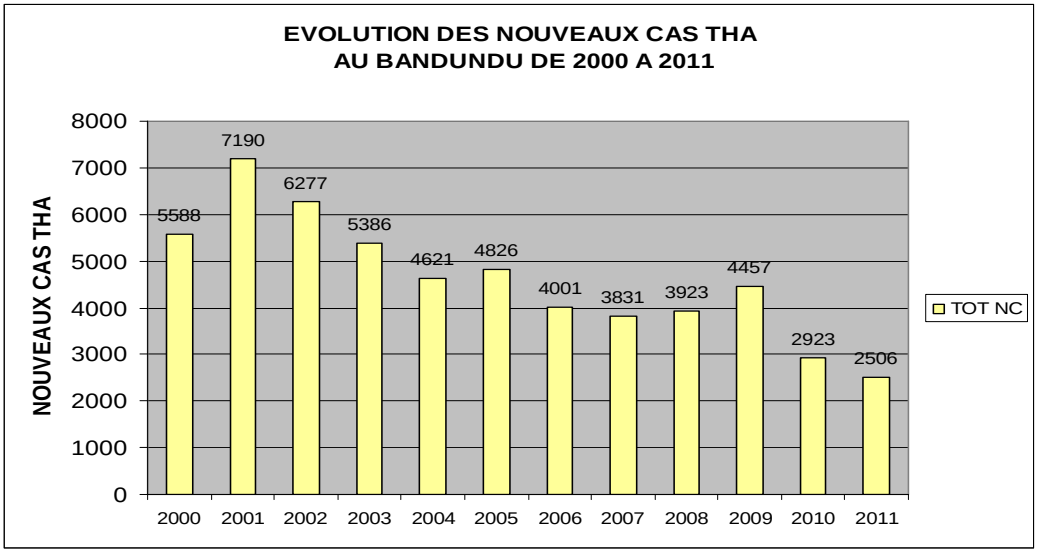
Diminution du PTE DA de 32 % (14.259 personnes examinées en moins par rapport à 2010)



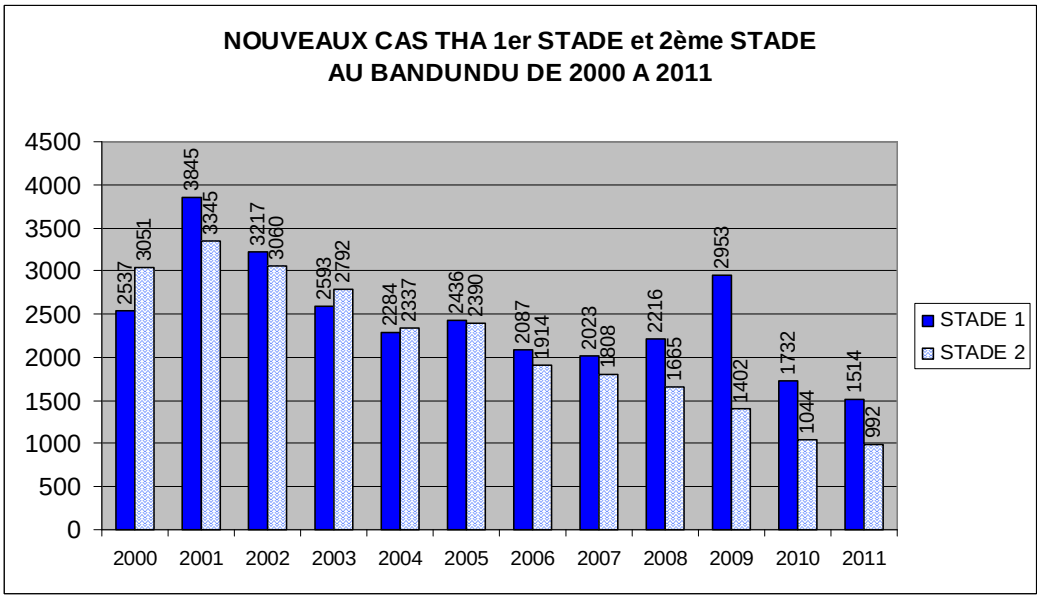
Diminution NC en DA de 46 % et en DP de 27 %.



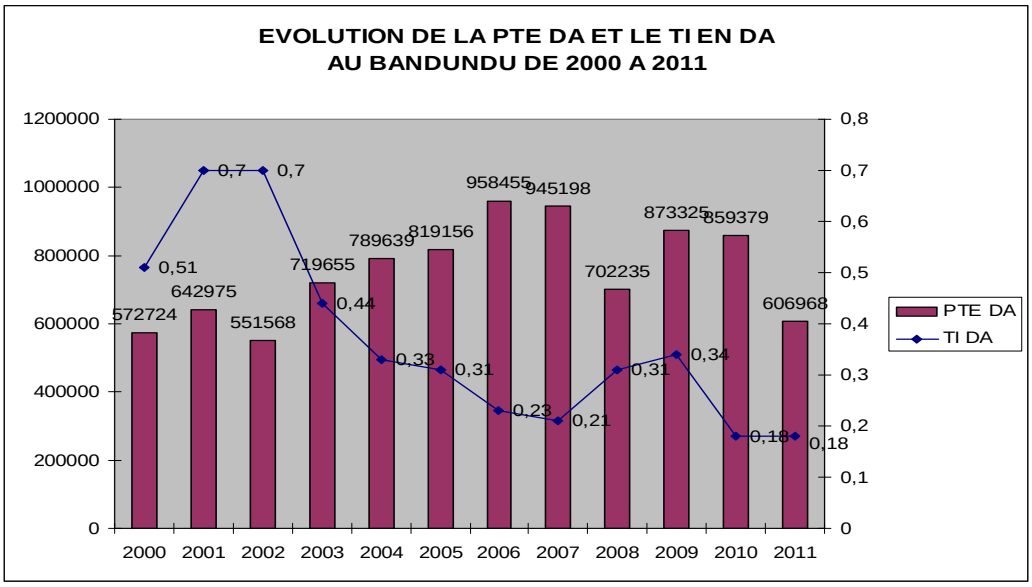
RESULTATS BANDUNDU



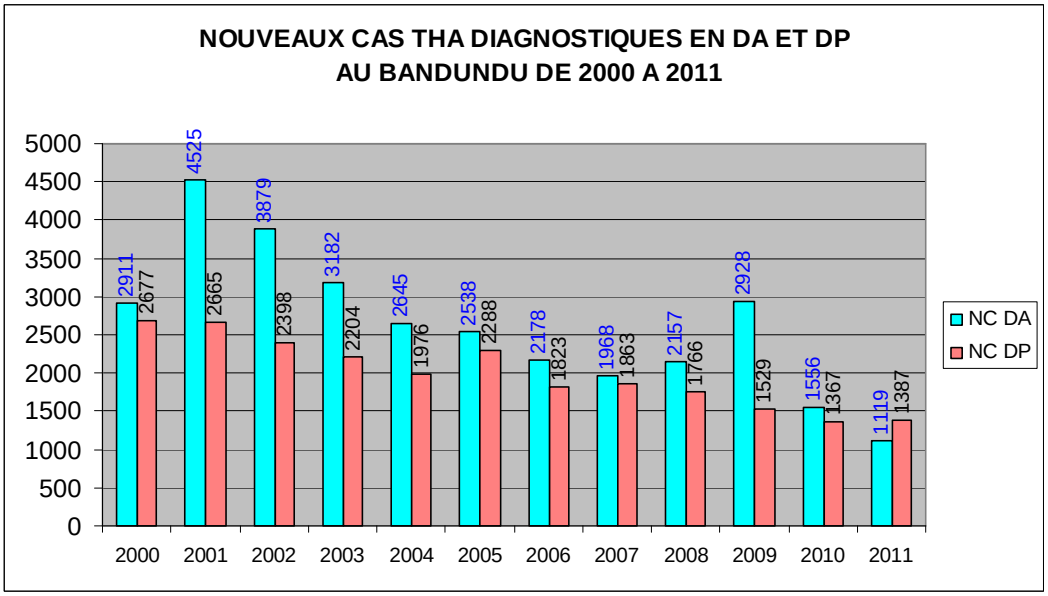
Diminution de 14 % par rapport à 2010.



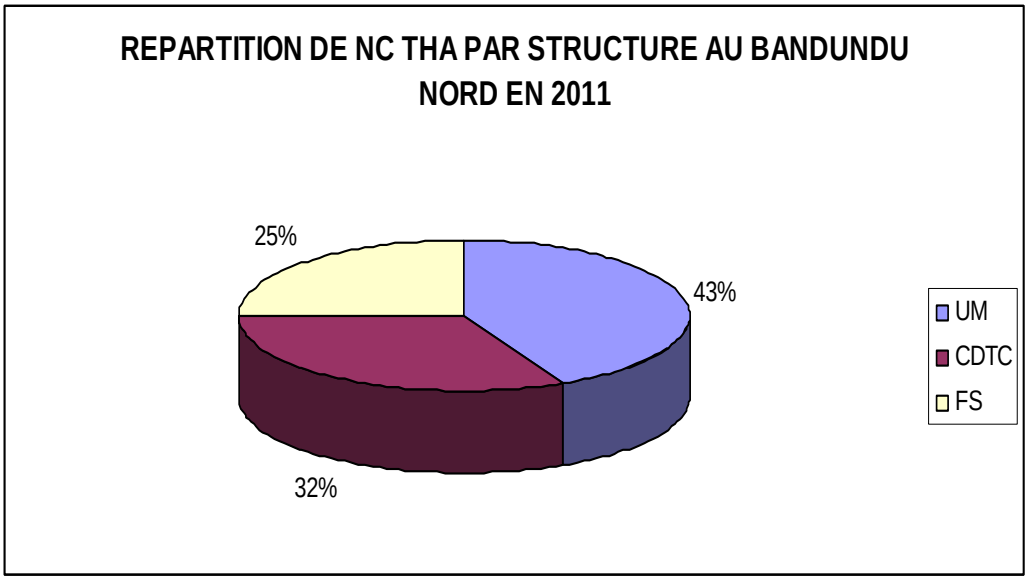
Diminution des NC stade 1 de 13 % et de 5 % pour le 2ème stade



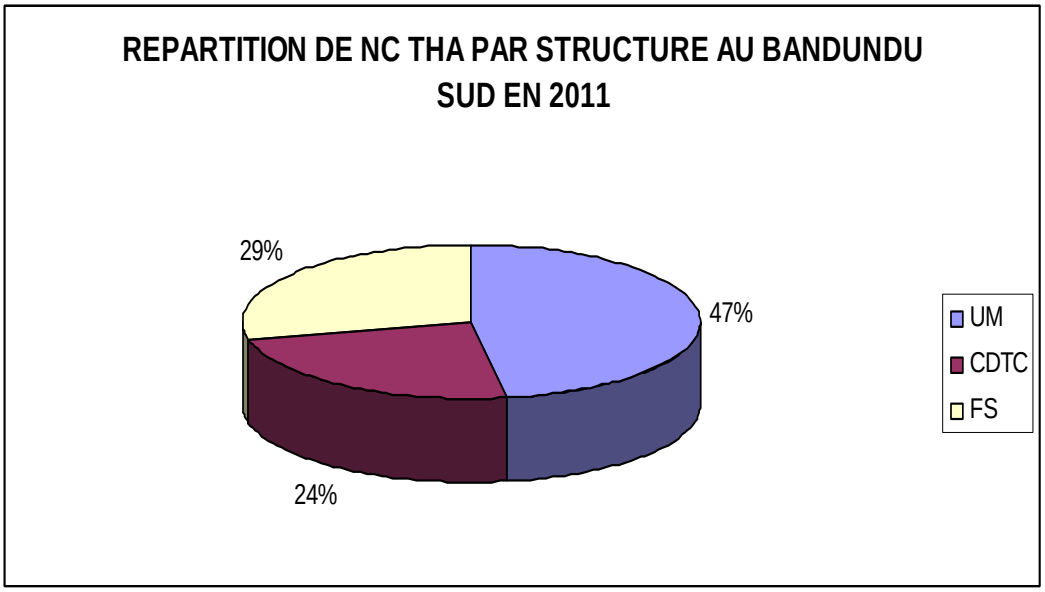
Diminution importante de la PTE DA (-29 %) (252411 personnes examinées en moins >< 2010)



Diminution des NC déclarés en DA suit la diminution du PTE DA (-28 %)
Nombre de NC déclarés en DP stationnaire

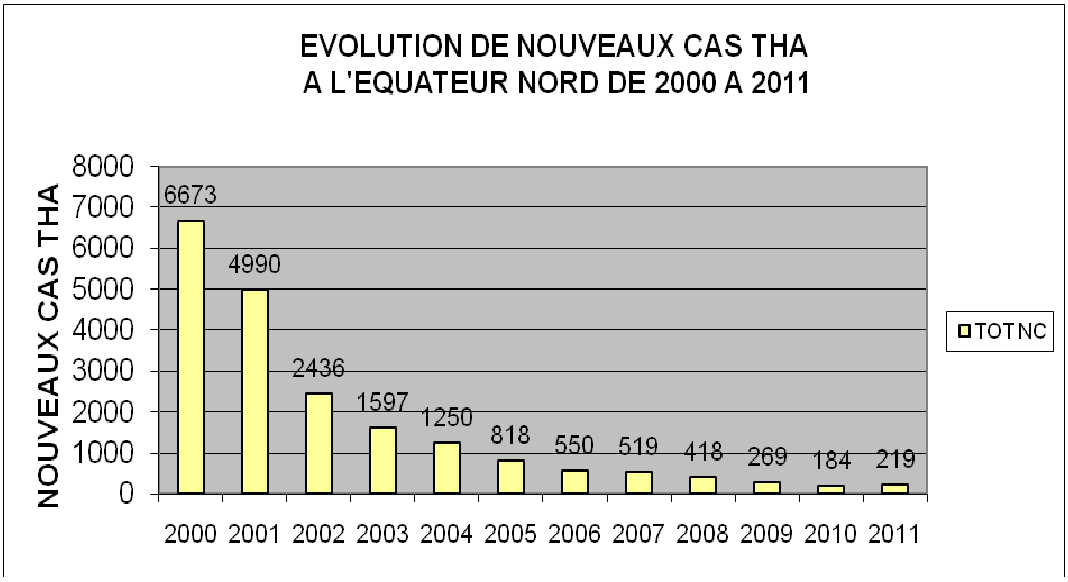


57 % des NC déclarés, dépistés en passif versus 43 % en actif.

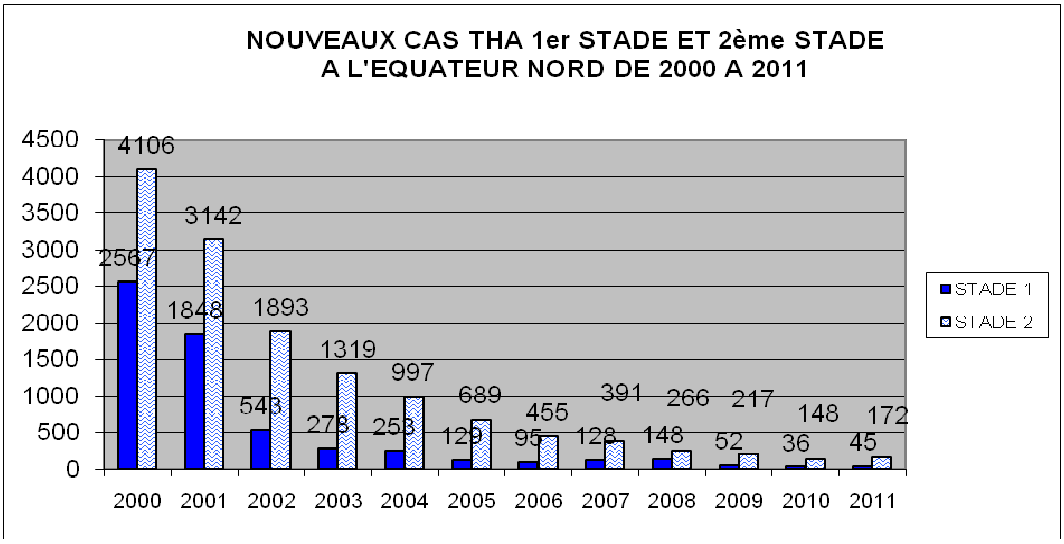


53 % des NC déclarés, dépistés en passif versus 47 % en actif.

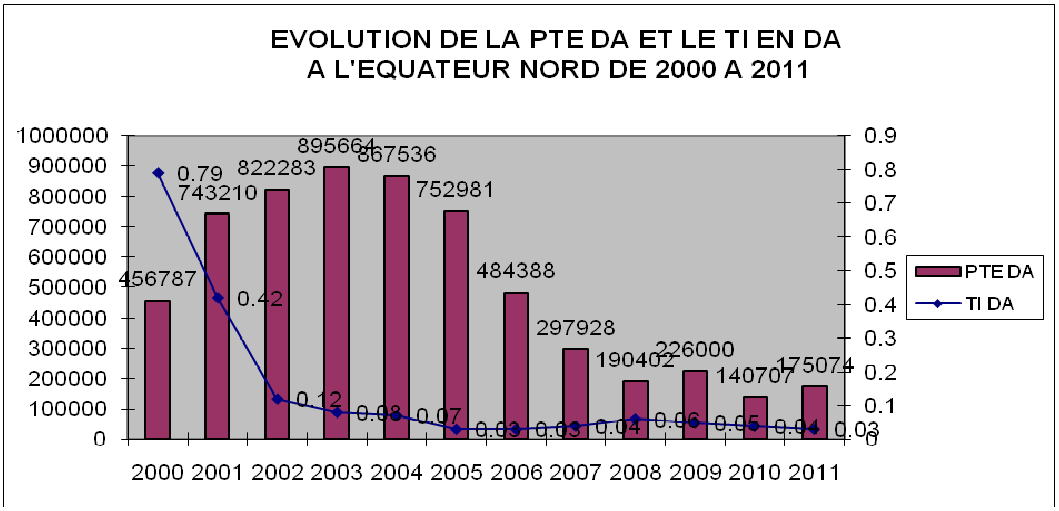
RESULTATS EQUATEUR NORD



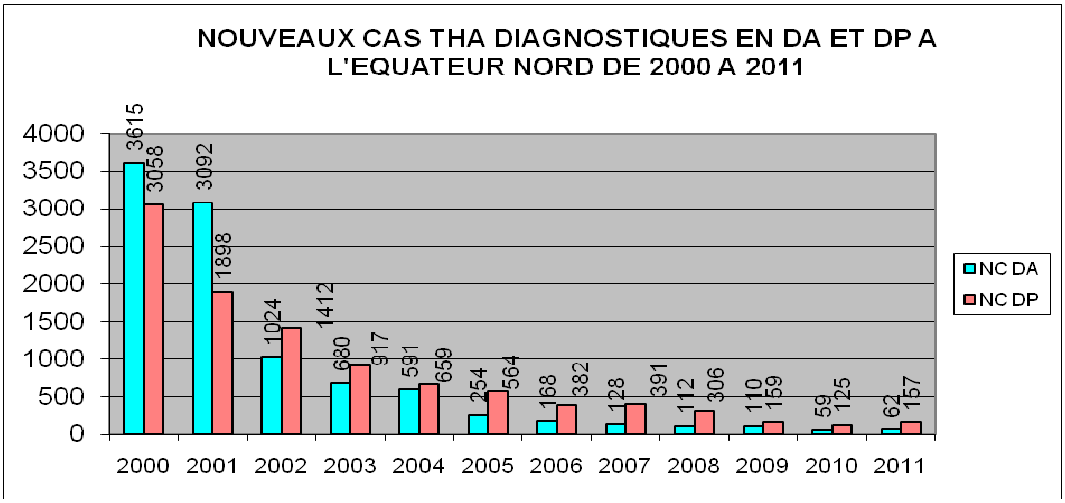
Nombre total de NC déclarés +/- stationnaire.



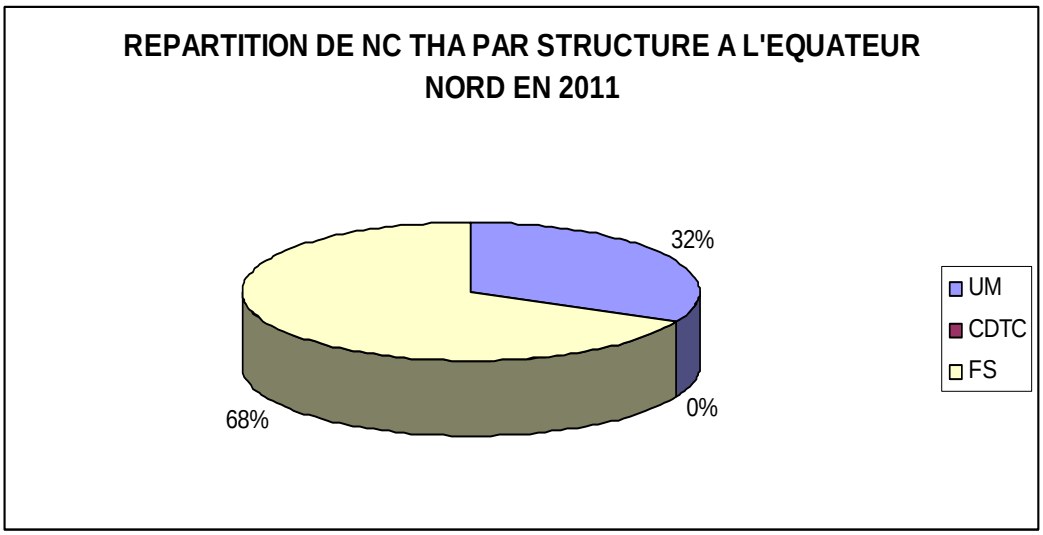
Situation comparable à celle de 2010.



Légère augmentation de la PTE DA (+ 10 %) par rapport à 2010. TI DA stationnaire.

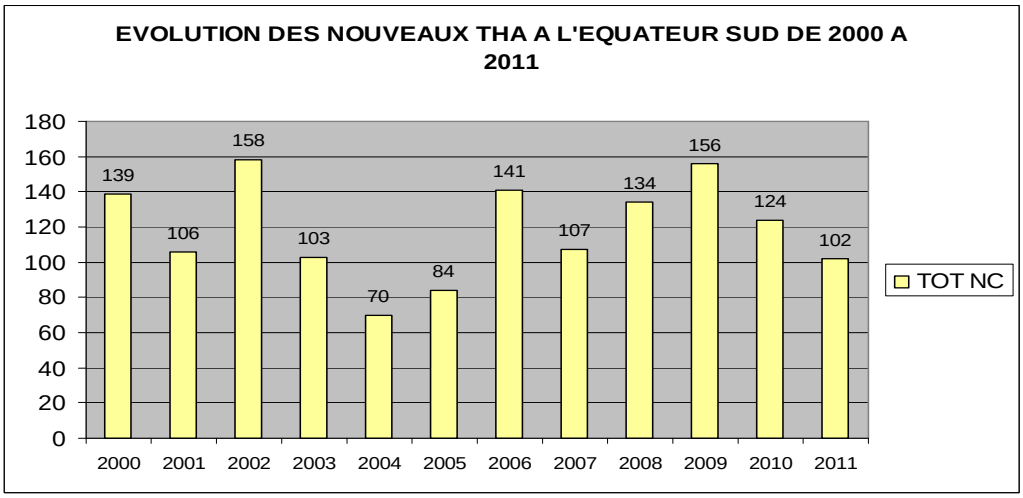


Situation comparable à celle de 2010 : 2 fois plus de NC déclarés en DP qu'en DA.

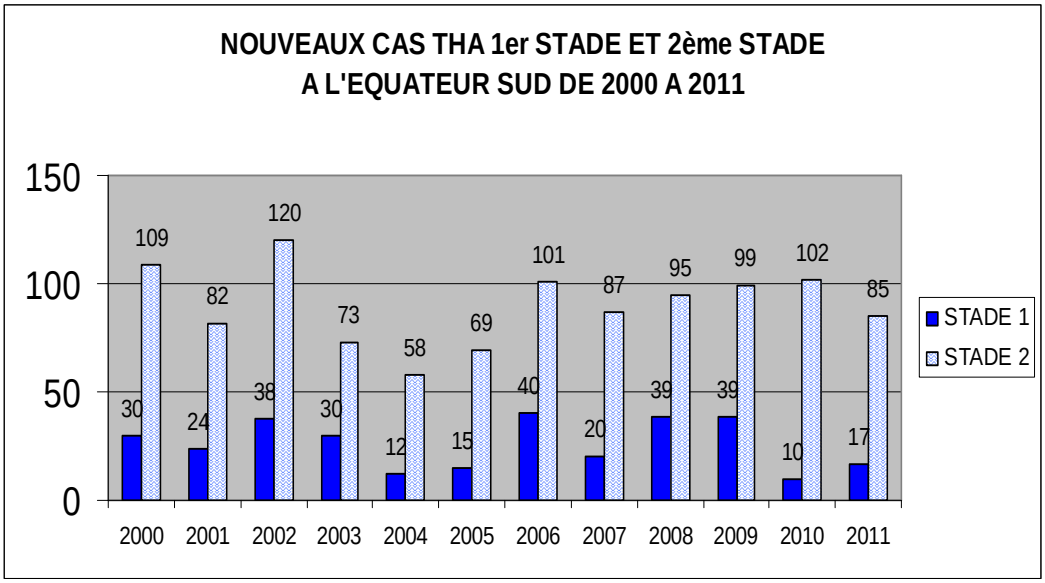


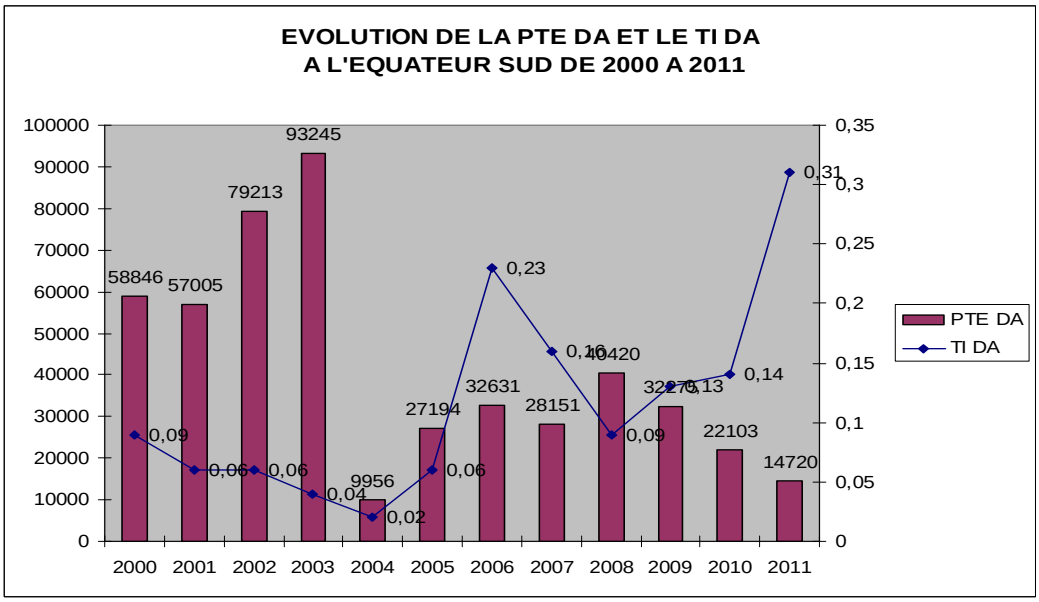
Tous les CDTC ont été démantelés il y a 3 ans et leur personnel a été réaffecté dans les FS polyvalentes. (Intégration administrative)

RESULTATS EQUATEUR SUD

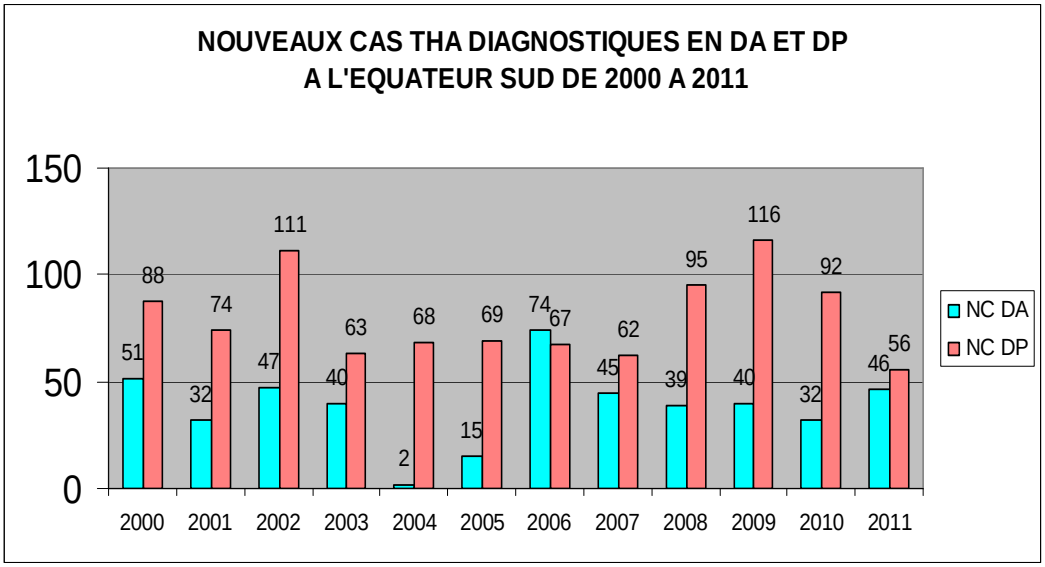


Diminution de 18 % des NC THA déclarés par rapport à 2010 mais globalement même situation qu'au début de la décennie.

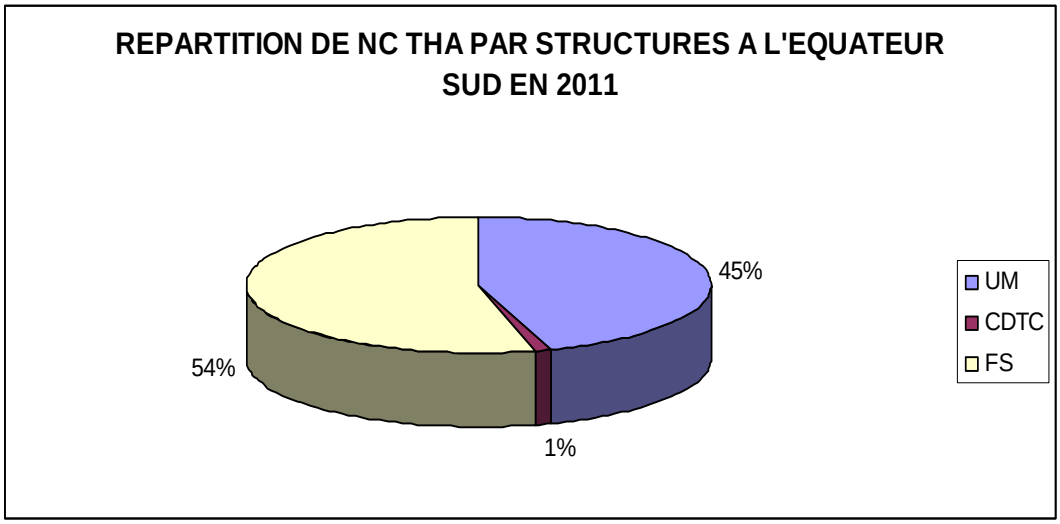




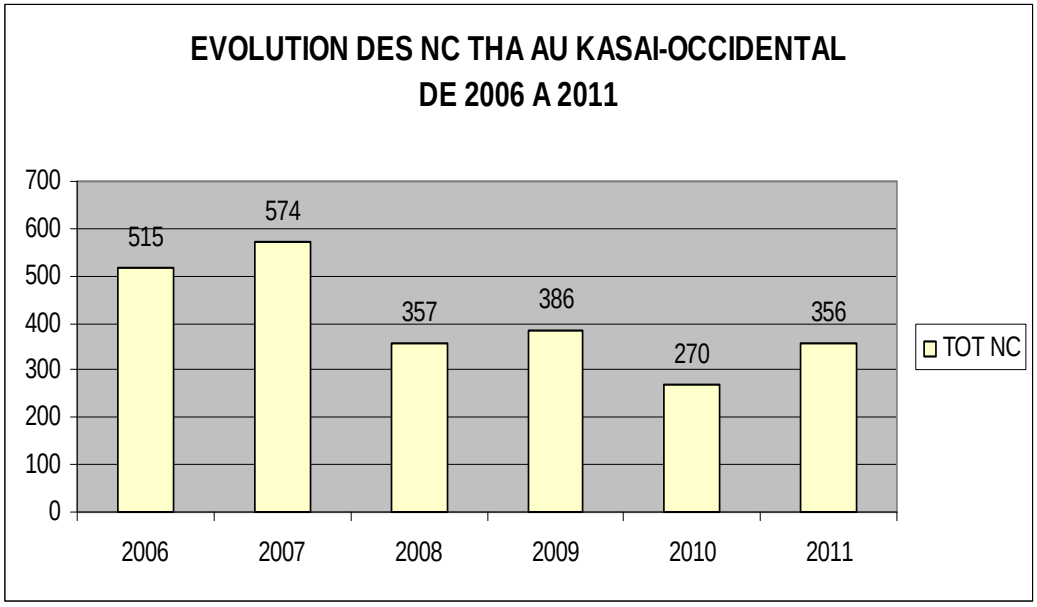
Augmentation apparente mais non significative. Elle s'explique par la diminution de la PTE DA et la découverte d'un micro foyer dans la ZS de Bikoro

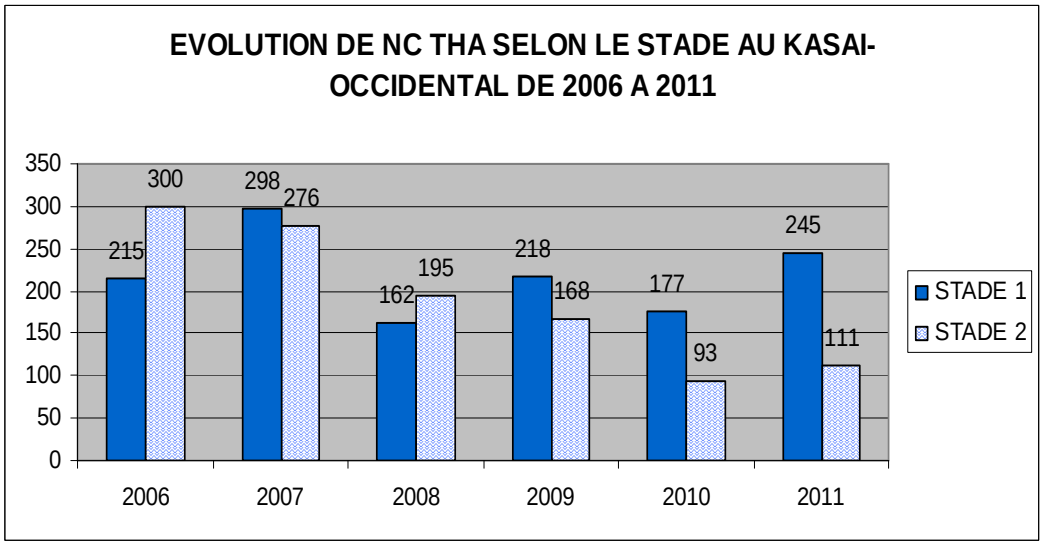


L'augmentation du nombre de NC déclarés en DA est due au dépistage d'un nombre de cas dans une AS de la ZS de Bikoro, ZS voisine de la ZS endémique de Ntondo.

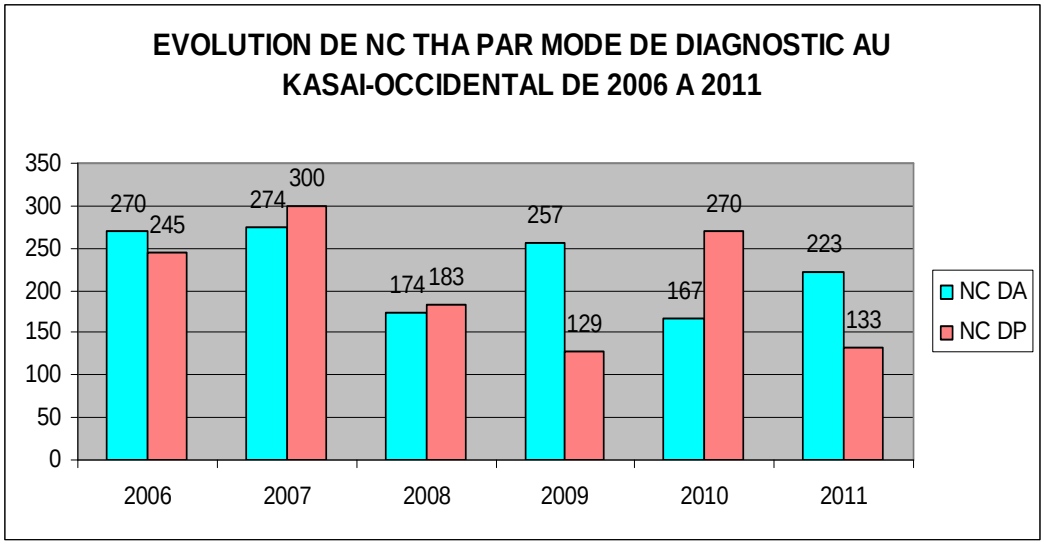


RESULTATS KASAI OCCIDENTAL

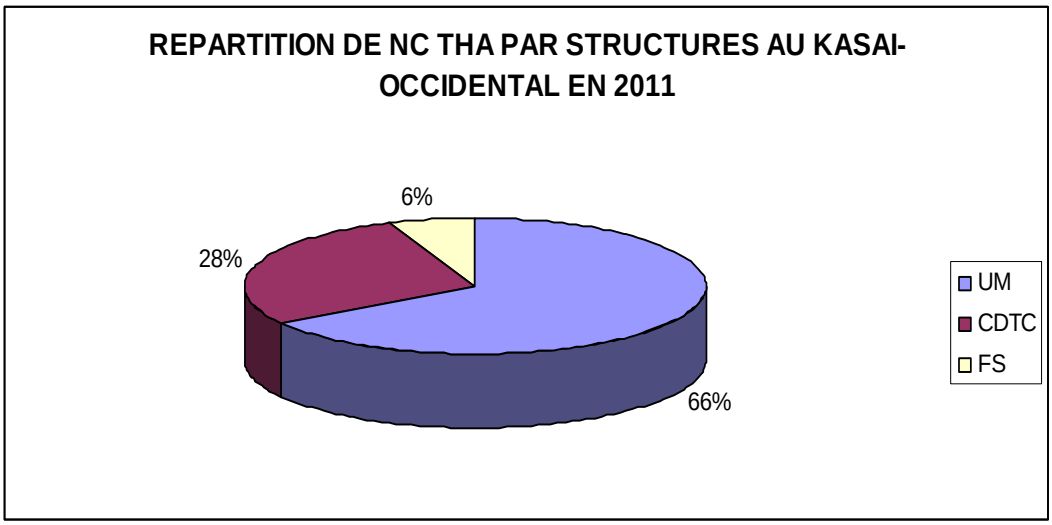




Augmentation du nombre de NC au 1er stade (effet de la ZS de Tshikula) (+38 %) Augmentation moins significative des NC au 2ème stade (+19 %)

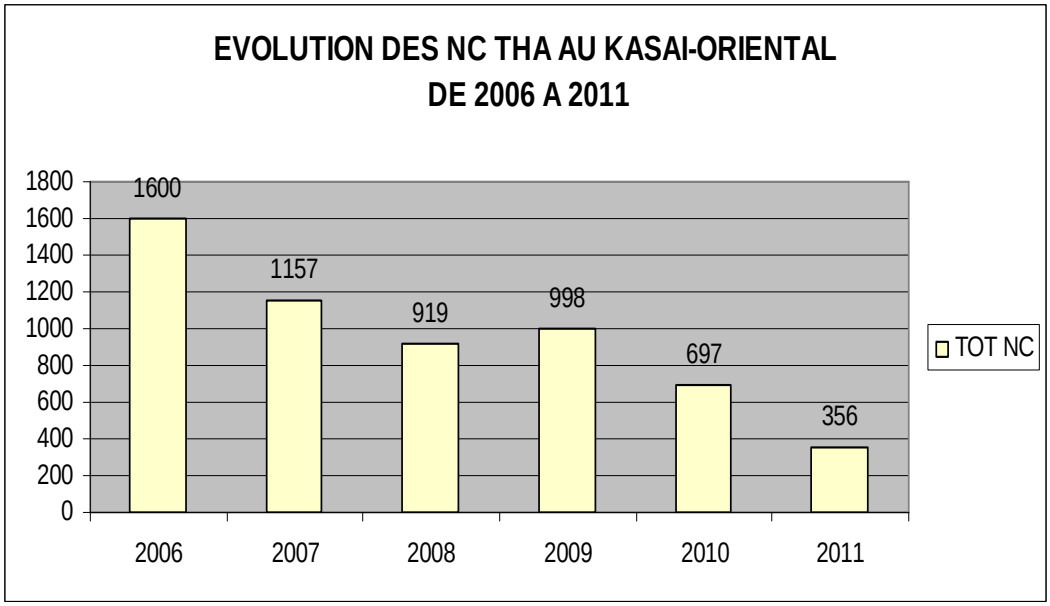


Augmentation du nombre NC en DA : effet de la recrudescence dans la ZS de Tshikula

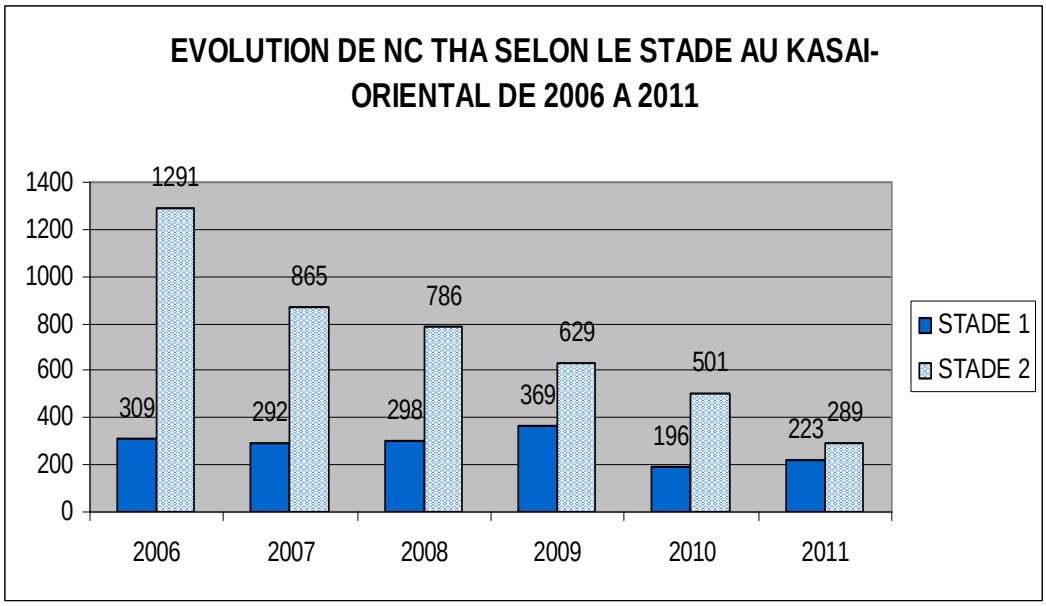


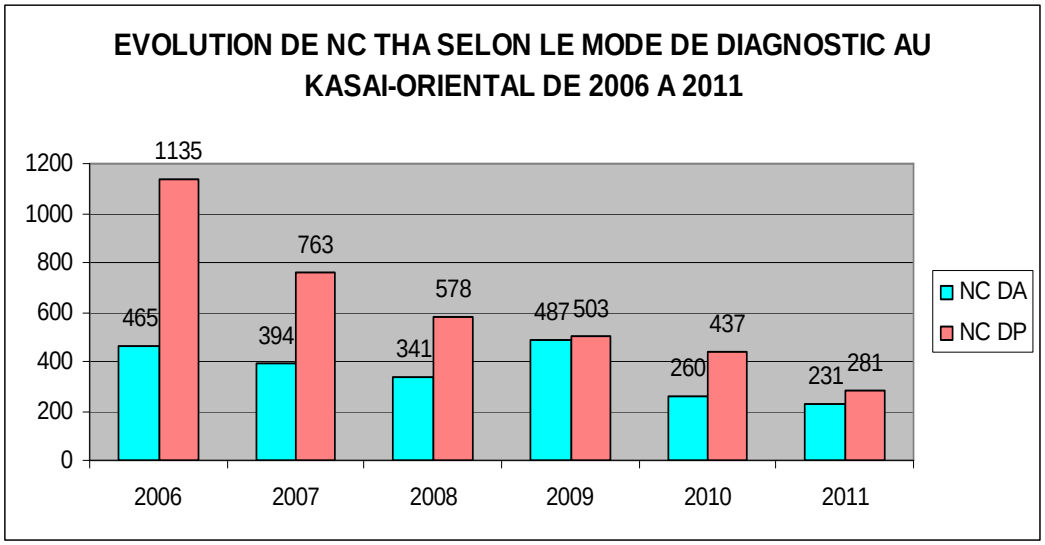
Faible contribution des FS malgré les efforts orientés sur l'intégration durant les années précédentes.

KASAI-ORIENTAL (sans le district du Sankuru)

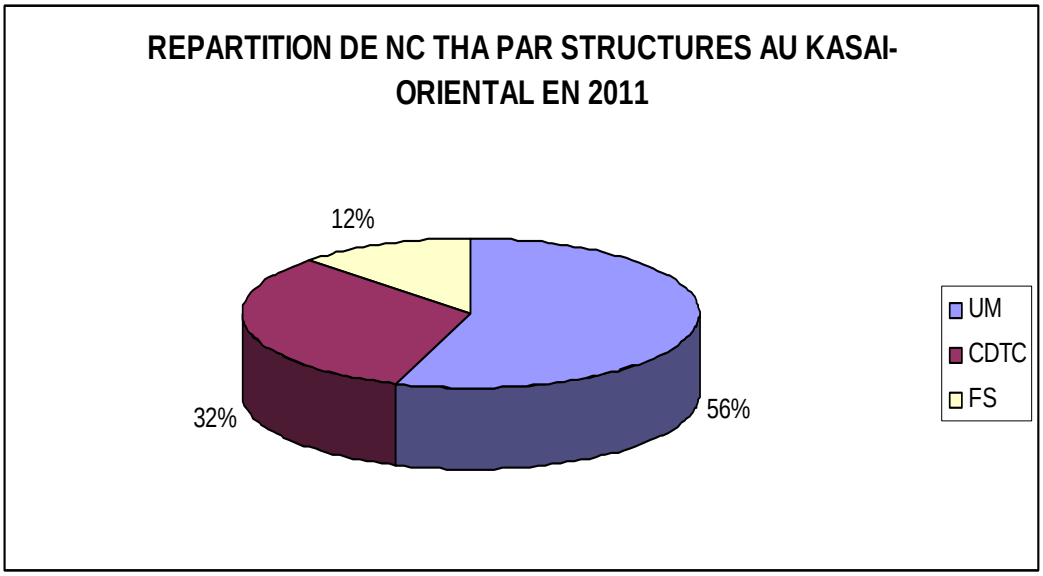


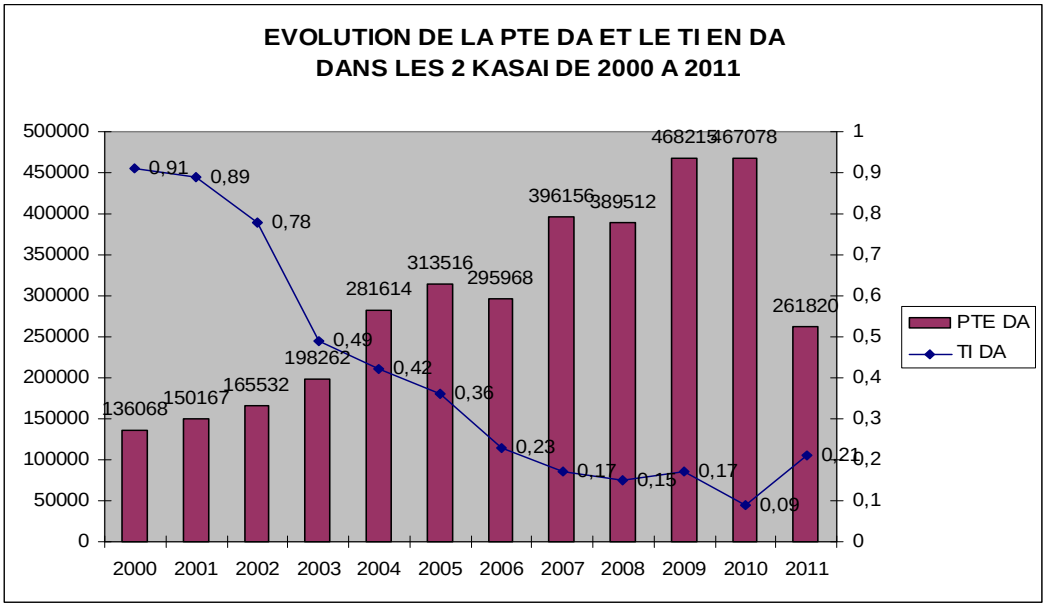
Diminution important des NC déclarés (-49 %) par rapport à 2010 dû à une diminution significative des au 2ème stade (-42 %)



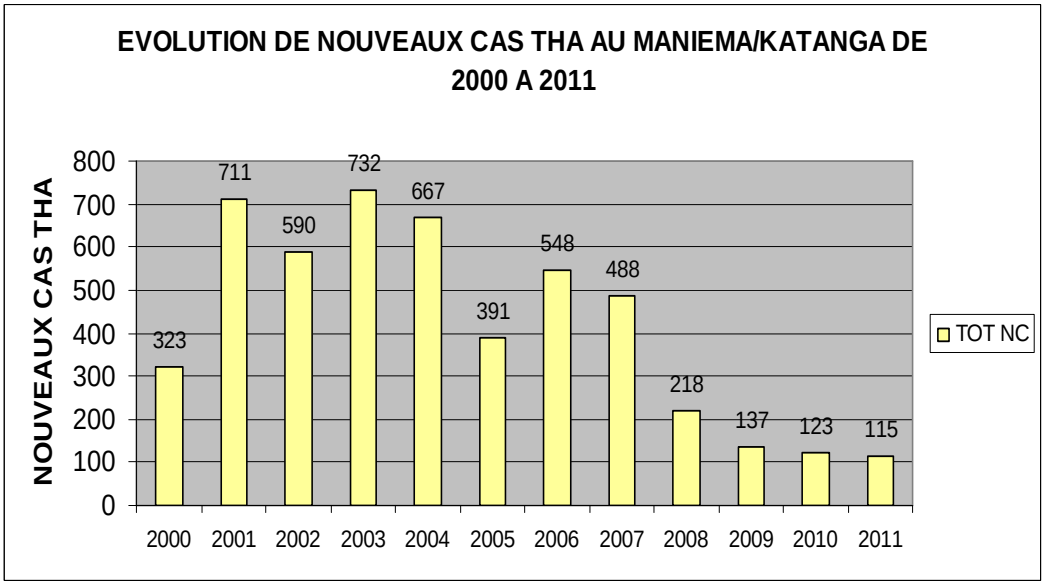


Diminution légère du nombre de NC en DA (-11 %) et diminution plus importante des NC déclarés en DP (-36 %)

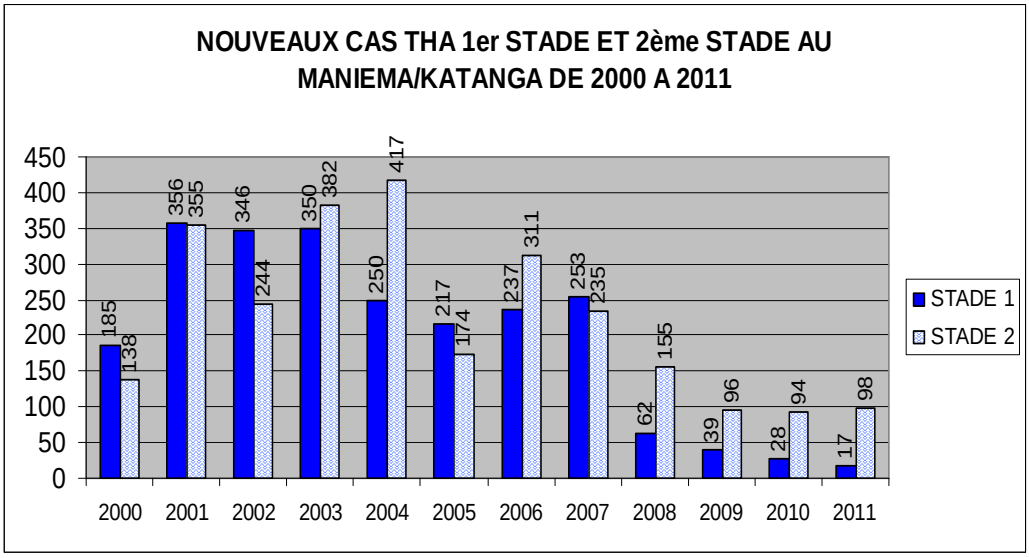




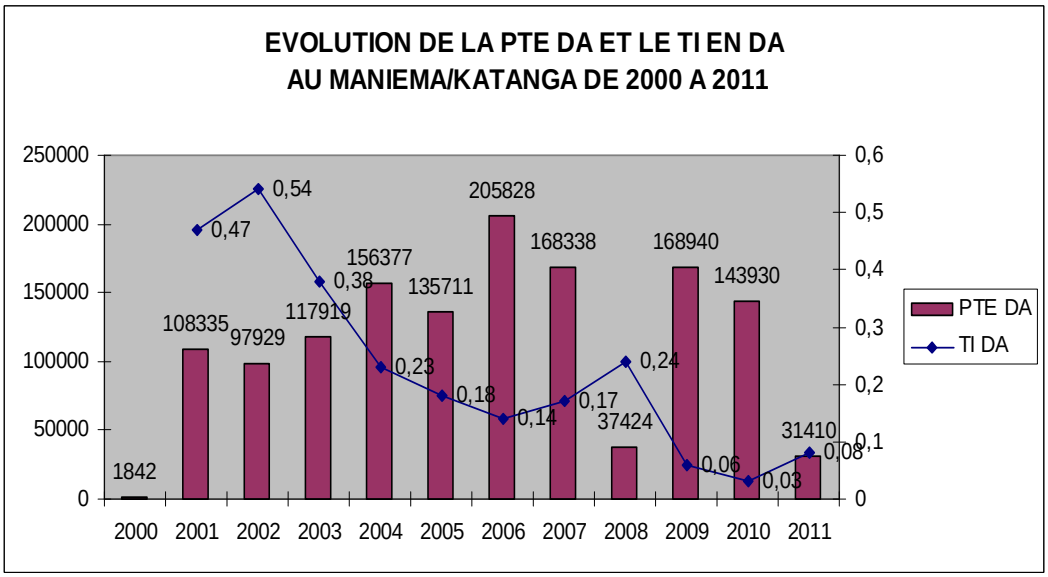
RESULTATS MANIEMA & KATANGA



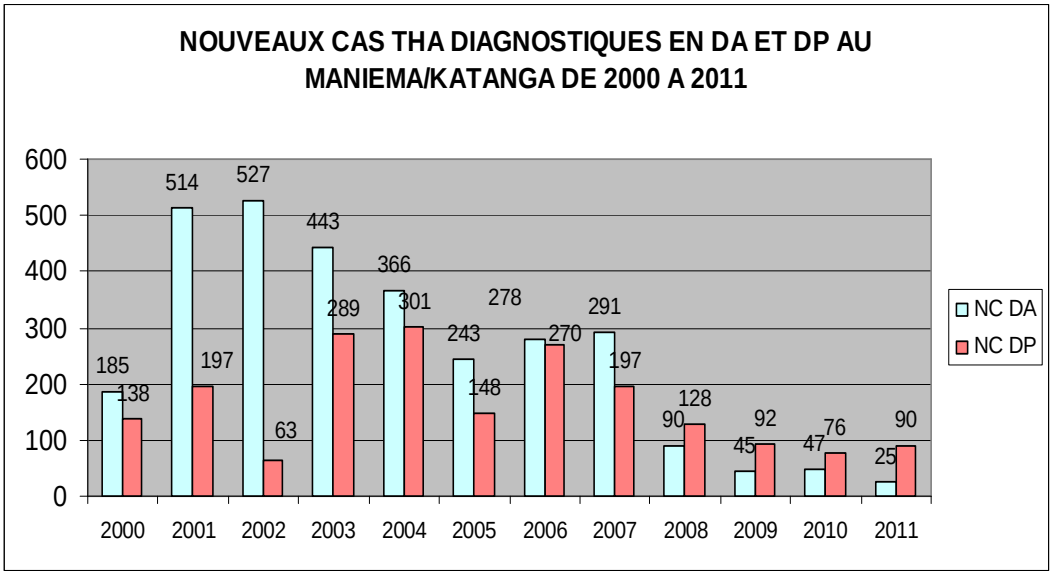
Nombre total NC déclarés +/- stationnaire depuis 2009.



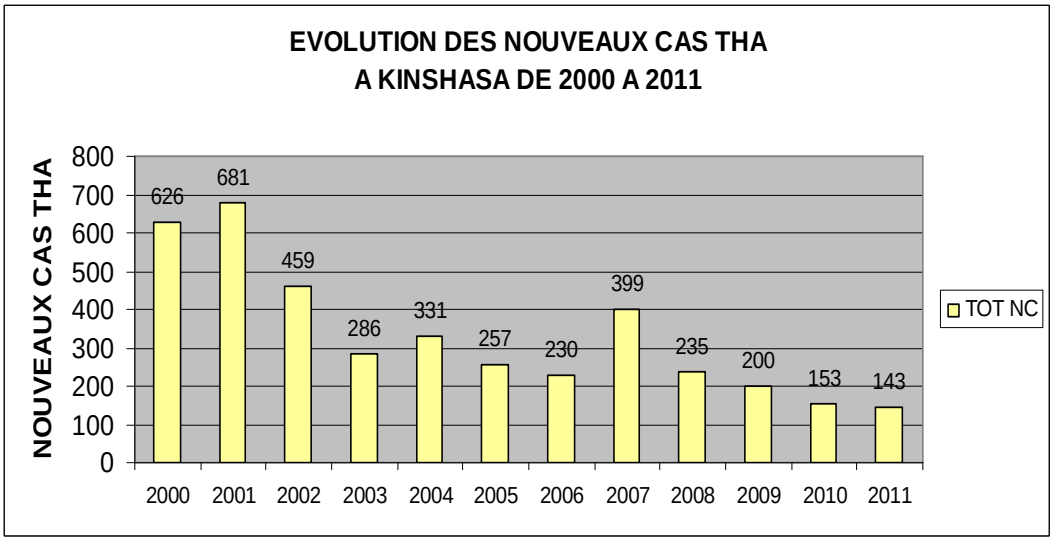
Prédominance des cas de 2ème stade. Peu d'évidence pour une transmission active.



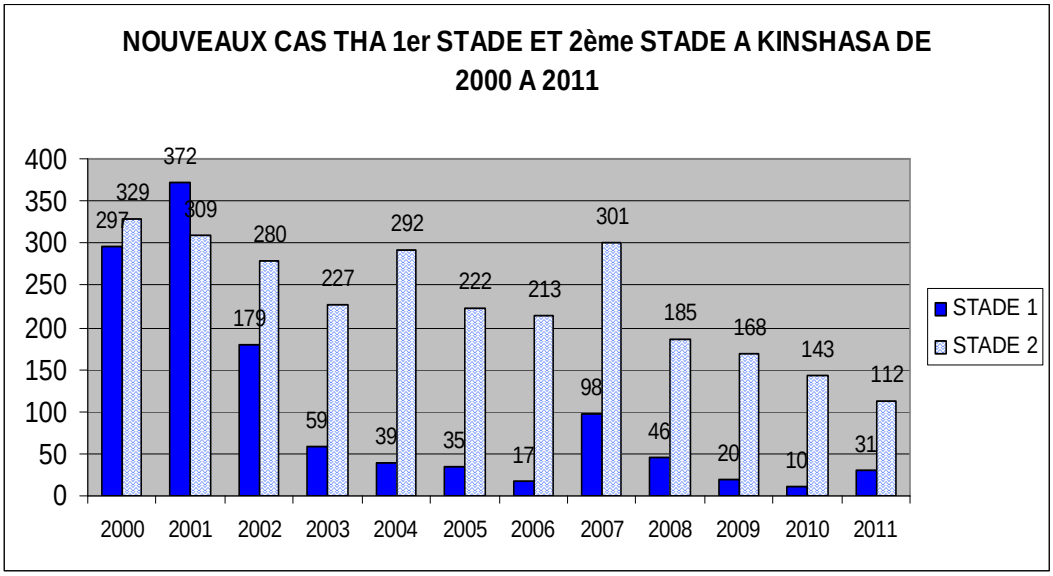
PTE DA faible due à une réduction du nombre d'UM. mois et d'une rupture en tests de sérodépistage.

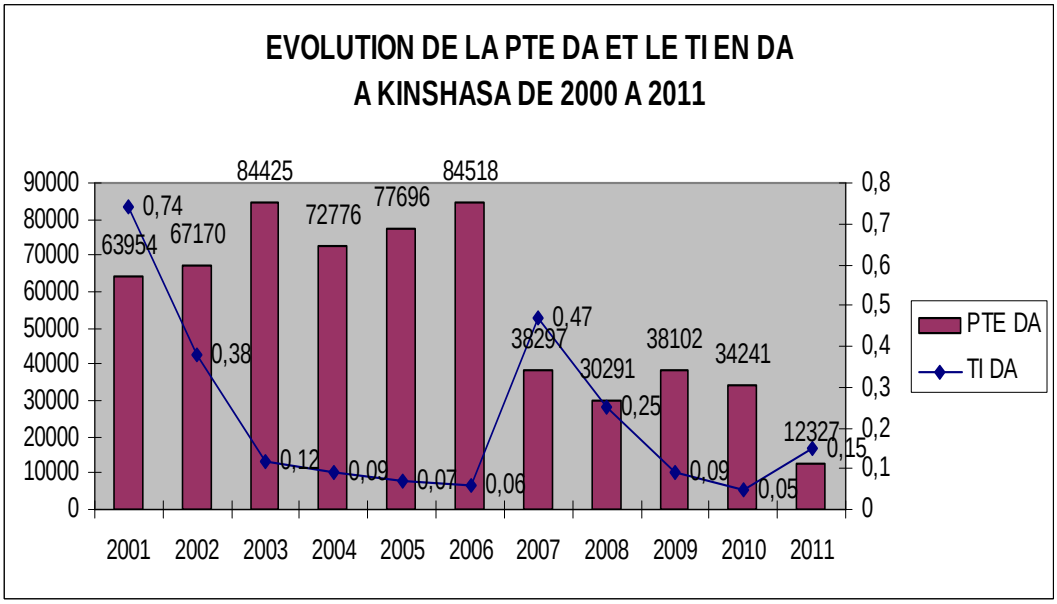


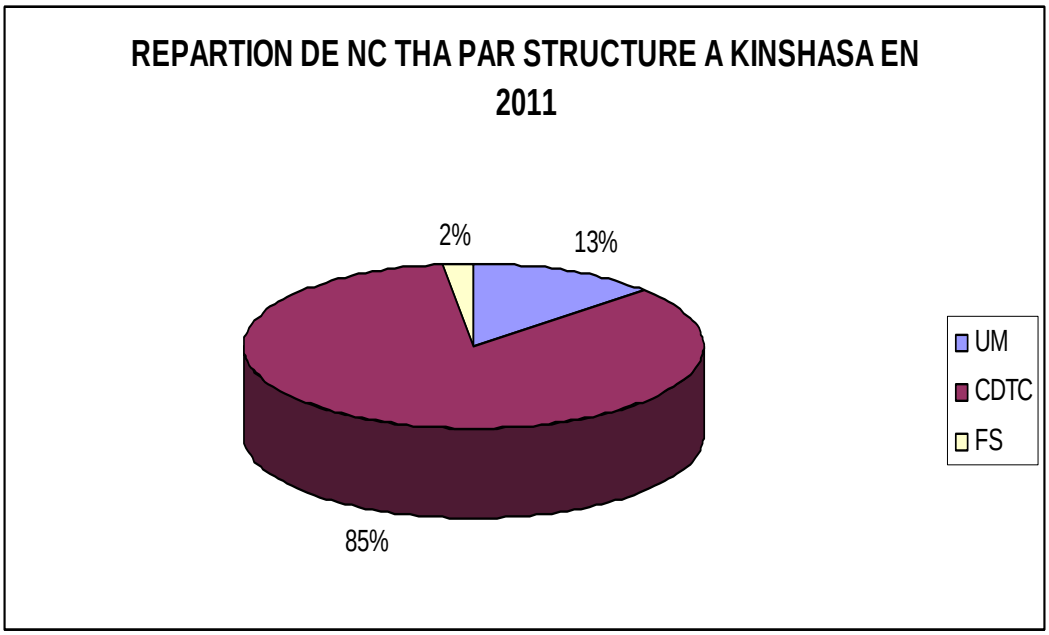
RESULTATS KINSHASA



Situation comparable à celle de 2010.


NOUVEAUX CAS THA 1er STADE ET 2ème STADE A KINSHASA DE 2000 A 2011
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
10
143
31
112
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
STADE 1
STADE 2


EVOLUTION DE LA PTE DA ET LE TI EN DA A KINSHASA DE 2000 A 2011
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
34241
12327
0,74
0,38
0,12
0,09
0,07
0,06
0,47
0,25
0,09
0,05
0,15
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
PTE DA
TI DA



Faible contribution des FS au dépistage malgré les efforts d'intégration.