RAPPORT DES RESULTATS 2012 « TRYPANO PHASE 4 »

RDC 0811411

ACRONYMES **4**

1 APERÇU DE L'INTERVENTION **6**

1.1 FICHE PROJET 6
1.2 PERFORMANCES DU PROJET 7
1.3 EXECUTION BUDGETAIRE 7
1.4 RESUME 8

2 ANALYSE DE L'INTERVENTION **10**

2.1 CONTEXTE 10
2.1.1 Contexte général *10*
2.1.2 Contexte institutionnel *11*
2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution *12*
2.1.4 Contexte HARMO *13*
2.2 OUTCOME 14
2.2.1 Analyse des progrès réalisés *14*
2.2.2 Gestion des risques *17*
2.2.3 Impact potentiel *19*
2.2.4 Critères de qualité *19*
2.3 OUTPUT 1 23
2.3.1 Analyse des progrès réalisés *23*
2.3.2 Exécution budgétaire *24*
2.3.3 Critères de qualité *24*
2.4 OUTPUT 2 25
2.4.1 Analyse des progrès réalisés *25*
2.4.2 Exécution budgétaire *27*
2.4.3 Critères de qualité *28*
2.5 OUTPUT 3 28
2.5.1 Analyse des progrès réalisés *28*
Exécution budgétaire *30*
2.5.2 Critères de qualité *30*
2.6 OUTPUT 4 31
2.6.1 Analyse des progrès réalisés *31*
2.6.2 Exécution budgétaire *33*
2.6.3 Critères de qualité *33*
2.7 OUTPUT 5 34
2.7.1 Analyse des progrès réalisés *34*
2.7.2 Exécution budgétaire *36*
2.7.3 Critères de qualité *36*
2.8 OUTPUT 6 37
2.8.1 Exécution budgétaire *39*
2.8.2 Critères de qualité *39*
2.8.3 Analyse des progrès réalisés *40*
2.9 OUTPUT 7 40
2.9.1 Exécution budgétaire *42*
2.9.2 Critères de qualité *42*

2.10 OUTPUT 8 &9 43
2.10.1 Analyse des progrès réalisés 43
2.10.2 Exécution budgétaire 46

3 THEMES TRANSVERSAUX 47

3.1 GENRE 47
3.2 ENVIRONNEMENT 47
3.3 AUTRE 48

4 PILOTAGE ET APPRENTISSAGE 50

4.1 PLAN D'ACTION 50
4.2 ENSEIGNEMENTS TIRES 50

5 ANNEXES 53

5.1 CADRE LOGIQUE D'ORIGINE 53
5.2 APERÇU DES MORE RESULTS 60
5.3 RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) » 60
5.4 DECISIONS PRISES PAR LA SMCL ET SUIVI 64

Acronymes

AE	Action d'envergure
ASSNIP	Appui au système de santé au niveau intermédiaire et périphérique
ATI	Assistant technique international
BAD	Banque Africaine de Développement
BCT	Bureau central de la trypanosomiase
BDD	Bandundu
BDD N	Bandundu Nord
BDD S	Bandundu Sud
BM	Banque Mondiale
CATT	Card agglutination test for trypanosomiasis
CDR	Centrale de distribution régionale de médicaments
CDTC	Centre de dépistage, traitement et contrôle
CS	Centre de santé
CSR	Centre de santé de référence
CTB	Agence belge de développement
CTC	Centrifugation en tubes capillaires
D4	4ème direction du MINSAN de la lutte contre la maladie (=DLM)
D5	5ème direction du MINSAN des soins de santé primaires
DEP	Direction d'études et de planification du MINSAN
DGM	Direction générale pour la migration
DIR	Direction
DLM	Direction de la lutte contre la maladie (D4)
DTF	Dossier technique et financier
ECP	Equipe cadre provincial
ECZS	Equipe cadre de la zone de santé
EMP	Evaluation à mi-parcours
EQ	Equateur
EQN	Equateur Nord
EQS	Equateur Sud
FED	Fonds européen pour le développement
FS	Formation sanitaire
GIBS	Groupe interbailleurs santé
HGR	Hôpital général de référence
IEC	Information, éducation et communication
IMTA	Institut de médecine tropicale d'Anvers
INRB	Institut national de recherche biomédicale
ITS	Institut Tropicale Suisse

JNV	Journées nationales de vaccination
KIN	Kinshasa
KOC	Kasaï Occidental
KOR	Kasaï Oriental
LAMP	Loop amplification test
MAN	Maniema
MINSAN	Ministère de la Santé
MSF	Médecins sans frontières
ND	Non disponible
NECT	Nifurtimox eflornithine combined treatment
NOK	Non OK
OAC	Organisation à assise communautaire
PAO	Plan d'action opérationnel
PARSS	Programme d'appui à la réhabilitation du secteur santé
PATTEC	Panafrican trypanosomiasis and tsé-tsé eradication campaign
PCA	Paquet complémentaires des activités
PDS	Plan de développement sanitaire
PDSZ	Plan de développement sanitaire de la zone de santé
PFO	Project financial officer
PMA	Paquet minimum des activités
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PNLTHA	Programme national de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine
PNMLS	Programme national multisectoriel de lutte contre le Sida
PNTS	Programme national de transfusion sanguine
PO	Province Orientale
PTE DA	Population totale examinée en dépistage actif
Q1	1er trimestre
RAF	Responsable administratif et financier
RECO	Relais communautaires
RI	Résultat intermédiaire
SMCL	Structure mixte de concertation locale
SRSS	Stratégie de renforcement du système de santé
TI DA	Taux d'infection en dépistage actif
UA	Union Africaine
UE	Union Européenne
UM	Unité mobile
ZS	Zone de santé
ZSE	Zone de santé endémique

1 Aperçu de l'intervention

1.1 Fiche projet

Titre de la prestation	Appui à la lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine, phase 4 « 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
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	Début : 29/04/2009 - Fin : 28/04/2014 (durée : 60 mois)
Date de la Convention de mise en œuvre	Date de signature : 12/06/2009
Durée de l'exécution	Début :01/07/2009 - Fin : 30/06/2013 (durée : 48 mois)
Groupes cibles	Les malades de sommeil et la population à risque des provinces citées.
Objectif général (impact)	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 (outcome)	L'endémie de la THA est sous contrôle dans toutes les ZS endémiques où la lutte contre la THA est appuyée dans le cadre de la prestation
Résultats intermédiaires (outputs)	
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 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) et provincial (ECP, ECZS).	
R6 : L'accompagnement du processus de l'intégration et le suivi scientifique de la lutte contre la THA sont assurés tout au long de l'intervention.	
R7 : La collaboration intra zonale, 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.	

1.2 Performances du projet

	Efficience	Efficacité	Durabilité
Outcome	B	B	D
Output 1	B	B	C
Output 2	B	B	C
Output 3	B	B	B
Output 4	B	B	B
Output 5	B	B	C
Output 6	B	C	B

1.3 Exécution budgétaire

Budget total	Dépenses 2009-2012	Dépenses année 2012	Solde phase 4 au 31/12/2012	Taux de décaissement total
10.000.000 €	8.428.242 €	2.167.652 €	1.571.758 €	84,3 %

1.4 Résumé

1. Des changements ont eu lieu au niveau de la direction du PNLTHA à la fin de l'année 2012 sous l'impulsion de Son Excellence le Ministre de la Santé. La nouvelle dynamique qui s'installe se caractérise par un souci pour une planification méticuleuse et concertée et la rigueur dans le travail.

2. La synergie entre le PNLTHA, la CTB et l'OMS dans le domaine du dépistage actif (la CTB appuyant le PNLTHA pour le fonctionnement des équipes mobiles et l'OMS lui procurant les indispensables tests CATT) a permis en 2012 d'examiner une population à risque plus importante (1.460.156 personnes en 2012 versus 1.189.603 personnes en 2011) et de diagnostiquer 4807 nouveaux cas de THA dans les zones où la CTB appuie le PNLTHA dont 4106 cas parasitologiques et 701 cas sérologiques. Au Bandundu l'intensification du dépistage actif a eu un impact significatif : 1870 nouveaux cas y ont été diagnostiqués en dépistage actif en 2012 versus 1119 en 2011. Globalement le Bandundu a déclaré presque 2/3 des cas (64 %) dans la zone ou la CTB appuie le PNLTHA. Dans les autres provinces où la CTB appuie le programme, le taux d'infection en dépistage actif dans les ZS à risque sont restés stationnaires se rapprochant de 0.10 %.

3. Le processus d'intégration des activités de lutte contre la THA dans les ZS endémiques poursuit son cours au rythme de la réforme, lentement mais sûrement. Le retrait de la coopération bilatérale du secteur de la santé (y compris le projet Trypano) constitue une menace pour l'aboutissement de ce processus bien entamé.

4. La RDC par la voie de Son Excellence le Ministre des Affaires Etrangères a adressé une demande officielle à la Belgique pour la prolongation de son appui à la lutte contre la THA au-delà de juin 2013. L'évaluation du projet en septembre 2012 a recommandé la prolongation du projet jusqu'à la date d'expiration de la convention spécifique (28 avril 2014) en attendant que des solutions soient trouvées pour l'épineux problème du financement à plus long terme de la surveillance de la THA en RDC.

5. A la demande du PNLTHA - appuyé dans cette démarche par l'OMS - des institutions de recherche comme le DNDi ont accepté au lieu de compter sur les apports du projet bilatéral belgo-congolais, de s'impliquer à partir de fin 2012 dans le financement des activités de lutte dans leurs sites de recherche. Cette évolution cadre avec l'approche multi-bailleur de la 4ème phase du projet bilatéral et permettra au projet de réorienter certaines ressources vers des aires/zones de santé endémiques jusque-là moins bien couvertes.

Fonctionnaire exécution nationale	Fonctionnaire exécution CTB
Dr Crispin Lumbala	Dr Wim Van der Veken

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
DIRECTION
MINISTERE DE LA SANTE

CTB RD CONGO
AGENCE BELGE DE DEVELOPPEMENT
FIN PROJET

2 Analyse de l'intervention[1]

2.1 Contexte

2.1.1 Contexte général

Après le 2ème déguerpissement du PNLTHA de son siège au 123a, av. de la Justice à Gombe en octobre 2011, le programme a été logé par le MINSAN dans l'aile gauche du complexe PNMLS au Boulevard Triomphal. Cette aile n'étant pas encore complètement réhabilitée, était restée inoccupé. L'espoir de regagner l'ancien siège s'est avéré vain : entre-temps le bâtiment a été démoli et un nouvel immeuble y est en construction. Avec la démolition du « BCT » (Bureau Central de la Trypanosomiase) disparaît non seulement un bâtiment historique où des centaines de réunions de la coopération et du Ministère de la Santé ont eu lieu depuis les années '60 mais aussi une adresse de référence, « le petit pont », bien connue des Kinois en cas de suspicion de « la maladie ya mpongi ». Après des années d'incertitude c'était un soulagement pour le PNLTHA de ne plus vivre sous la menace constante d'un déguerpissement et de se retrouver dans des locaux relativement spacieux et agréables dans le complexe du PNMLS. Grâce à des petits aménagements, chaque division a pu être réinstallée tant bien que mal. Les pertes et dégâts matériels sont restés limités mais les archives ont souffert sous la pluie. Le service de garage et l'atelier d'assemblage de rotateurs ont été installés dans des conteneurs alors que l'atelier de confection de pièges travaille toujours dans le couloir à l'extérieur. Il existe un projet pour la construction d'un nouveau laboratoire dont le financement doit encore être trouvé. Le projet a aussi financé une nouvelle installation d'internet et un groupe de secours pour assurer la bonne conservation des CATT en cas de coupure de courant électrique.

Le 2ème élément contextuel important a été la mise en place d'une nouvelle direction au Q4 2012. (voir paragraphe suivant).

Dans le contexte de la réforme le PNLTHA a été maintenu comme programme prioritaire du MINSAN mais comme pour d'autres programmes spécialisés ses coordinations provinciales vont à terme être complètement intégrées dans les DPS. Entre-temps le PNLTHA s'inscrit entièrement dans la démarche du MINSAN qui passe par l'élaboration et la mise en œuvre des PAO à tous les niveaux.

Le financement de la lutte contre la THA reste toujours problématique d'autant plus que la reprise en 2012 de la guerre au Nord Kivu aura probablement un impact négatif sur le budget de l'Etat pour le secteur santé.

[1] Dans le présent document : L'impact équivaut à l'objectif général, l'outcome à l'objectif spécifique et l'output au résultat

Déguerpissement du PNLTHA, octobre 2011

2.1.2 Contexte institutionnel

Au 4ème trimestre 2012 un nouveau médecin directeur a été désigné. Depuis son arrivée un nouvel air souffle à travers le programme : les réunions au niveau central sont régulières, un effort collectif de planification est mené et la rigueur est restaurée au niveau de la gestion. Il s'agit ici d'atouts managériaux critiques face à la complexité qui caractérise l'environnement actuel du PNLTHA : incertitude quant à la poursuite de l'appui à la lutte en perspective de l'arrêt du projet bilatéral; besoin de coordination entre les activités de lutte et les études menées par les institutions de recherche; contexte de réforme sanitaire ; défis à relever tant de l'intégration de la lutte que de l'élimination de la THA d'ici 2020.

Dans le contexte de réforme qui prône l'intégration des programmes spécialisés, l'ancrage institutionnel du projet n'a rien perdu de sa pertinence d'autant plus qu'il s'inscrit dans l'appui plus large à la réforme qui caractérise tous les projets bilatéraux belges dans le secteur santé. (DEP, DLM, ASSNIP, CDR).

Depuis le déguerpissement du PNLTHA, le projet n'est plus en permanence avec le programme. Le PNMLS exigerait le paiement d'un loyer, une condition qui s'oppose à l'accord conclu depuis la 2ème phase que le MINSAN met gracieusement des locaux à la disposition du projet. Malgré la séparation physique, la collaboration avec le programme est très étroite et quotidienne. Les principes de la concertation et de la double signature restent d'application.

2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

Lors de la SMCL 2012, la CTB a réitéré son souhait d'une plus grande disponibilité du PNLTHA pour le suivi du projet. Concrètement elle a demandé d'affecter le personnel nécessaire pour la logistique, le suivi des équipes mobiles et l'accompagnement du processus d'intégration. La SMCL a renvoyé cette question au MINSAN. Des discussions qui ont suivi, il est apparu que pour le PNLTHA il s'agissait plutôt d'une question d'organisation. De l'avis de la CTB par contre, les activités de recherche et de la réforme ont pris une telle ampleur qu'il ne reste plus assez de temps pour un suivi adéquat des activités de lutte qui elles aussi exigent une attention permanente. Pour remédier à ce chevauchement constant entre lutte et recherche, l'évaluation à mi-parcours a recommandé l'élaboration d'un code de bonne conduite pour la recherche.

Suite aux départs du RAF du PNLTHA, du RAF ATI CTB et du PFO CTB qui tous les trois connaissaient le projet par cœur, la cellule administrative et financière s'est retrouvée brusquement affaiblie. L'évaluation à mi-parcours ayant remarqué la surcharge de l'actuelle cellule du projet, a vivement recommandé l'engagement d'un RAF en cas de prolongation du projet.

Entre-temps les actions suivantes ont été prises :

- La division de la logistique du PNLTHA a été renforcée par un magasinier
- Un médecin a été désigné pour le suivi des équipes mobiles et un deuxième pour le suivi du processus d'intégration
- Un comptable-logisticien a été affecté au projet.
- Redynamisation de la cellule financière et administrative PNLTHA-CTB.

En conclusion les modalités d'exécution sont en train d'améliorer même si elles ne sont pas encore totalement appropriées pour un déroulement optimal de l'intervention. L'espoir existe que par une approche managériale adéquate, la nouvelle direction trouvera des solutions aux problèmes posés.

2.1.4 Contexte HARMO

Une collaboration étroite s'est établie entre la CTB et l'OMS en 2012 pour l'appui au dépistage actif par les équipes mobiles du PNLTHA (résultat 2). Le budget du projet bilatéral pour les CATT tests ne couvrant que la moitié des besoins pour 4 ans, la CTB, tout en s'engageant d'assurer le reste du fonctionnement des équipes mobiles, a demandé à l'OMS d'appuyer financièrement ce volet. La réponse favorable de l'OMS a permis d'intensifier le dépistage actif en 2012[2].

En 2012, le projet ASSNIP 4/CTB a volé au secours de la coordination PNLTHA en Equateur Nord par l'achat de 100.000 CATT. Cette action devrait servir comme exemple pour d'autres intervenants appuyant des ZS endémiques pour la THA.

Après la validation en 2009 du NECT, schéma thérapeutique moins toxique que le dangereux mélarsoprol, le DNDi s'est mis sur la voie de la recherche d'un médicament oral, efficace et facile d'administration pour le traitement des cas de 2ème stade : le fexinidazole. L'inclusion des premiers malades a démarré en décembre 2012. Dans le cadre de cet essai clinique important, le DNDi prend en charge 3 équipes mobiles auparavant financées par le projet bilatéral, réhabilite les infrastructures dans les sites de recherche et assure des frais de fonctionnement liés à la lutte.

Au 1er trimestre 2012 la sous-commission sur l'intégration de la DLM a démarré ses travaux. Le PNLTHA et la CTB y participent activement.

En conclusion, l'approche multi-bailleur prônée par la phase 4, commence à porter timidement ses fruits. La communication la plus attendue pour 2013 concerne les résultats préliminaires de l'étude du DNDi sur le fexinidazole. La mise en application des PAO dans lesquels la lutte contre la THA a été inscrite, est une deuxième avancée attendue en 2013.

[2] Voir rapport sur dotation OMS en annexe

2.2 Outcome

2.2.1 Analyse des progrès réalisés

Objectif général (impact)	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 (outcome)	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.

Indicateurs	Baseline 1998-2000	Baseline *2008*	Progrès 2011	Progrès 2012	Cible 2013	Cible finale	Commentaires
La réduction annuelle de nouveaux malades (morbidité)	**26.318 (1998)**	**7326 6606 dans la zone appuyée par la CTB**	**5595 NC pour tout le pays ; 4430 NC dans la zone appuyée par la CTB ; 4863 cas parasito**	**5799 NC pour tout le pays ; 4807 NC dans la zone appuyée par la CTB ; 4628 cas parasito**	7500	**2000**	Les actions d'envergure envisagées au Bandundu et Kasaï Oriental en 2013 devraient faire sortir un plus grand nombre de cas. Après ce « pic » attendu en 2013, l'impact de la réduction du réservoir devrait se traduire en 2014 et 2015 dans une réduction significative de cas (2000/an)
La réduction du nombre de décès causés par la THA (mortalité).	**421 (2000)**	**109**	**30**	**29 ?**	**20**	**10**	La mortalité est sous-estimée car elle ne concerne que les cas déclarés et pas les cas « ratés ».

La réduction du nombre de décès causés par la THA (mortalité).								
Le taux d'infection (TI DA) des zones endémiques est en diminution chaque année de façon à ce qu'en 2012 il est inférieur à 0.1 %.	**Pro-vin.**	**2000**	**2008**	**2011**	**2012**	**2013**	**OS**	Par rapport à 2008 l'évolution est favorable dans toutes les provinces Les petites variations entre 2011 et 2012 n'expriment ni une hausse ni une baisse. significatives.
	BC	0.22	0.15	0.15	0.12	0.10	<0.10	
	KIN	0.74	0.25	0.15	0.17	0.10	<0.10	
	BDD	0.70	0.31	0.18	0.24	0.20	<0.10	
	KOR	0.89	0.16	0.19	0.14	0.12	<0.10	
	KOC		0.10	0.23	0.08	0.10	<0.10	
	Man	0.47	0.24	0.08	0.18	0.12	<0.10	
	EQ	0.39	0.07	0.06	0.09	0.10	<0.10	

Analyse des progrès réalisés par rapport à l'outcome

Lien entre les outputs et l'outcome :

1. L'implication active des équipes cadre des ZS endémiques dans la planification de la lutte (RI 1), reste un résultat intermédiaire indispensable pour l'atteinte de l'objectif général.
2. L'utilisation de techniques de diagnostic plus efficaces telles la CTC, la mini-colonne et le CATT sur sérum dilué contribue incontestablement au diagnostic de cas qui avec des techniques moins performantes auraient été ratés (RI 2, amélioration du rendement des UM). Le fait que certaines équipes ont encore quelques difficultés dans la maîtrise de ces techniques est un argument en faveur de l'hypothèse que l'utilisation optimale de ces techniques peut faire gagner encore du terrain.

   De même, le rajeunissement en 2012 du personnel des équipes mobiles (voir RI 2) a eu un impact sur leur rendement : l'augmentation de la population examinée et du nombre de nouveaux cas diagnostiqués en sont les preuves.

	3. La contribution des formations sanitaires polyvalentes au diagnostic des cas (RI 3) a augmenté en pourcentage par rapport au passé (23 % en 2012 contre 15 % en 2008). L'extension de la couverture en dépistage passif vers toutes les formations sanitaires des ZSE est indispensable pour la mise en place d'un réseau de surveillance efficace et avec une couverture suffisante. 4. Une analyse plus fine des données épidémiologiques à l'aide de bases de données informatisées et des cartes géographiques détaillées (RI 4) ne peut que contribuer qu'au meilleur ciblage des lieux de transmission, la THA étant une maladie très rurale et fort focalisée.
Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'outcome (sur la base d'indicateurs) :	1. La diminution de la morbidité (nombre de nouveau cas déclarés par an) par rapport aux années de l'apogée de la THA en RDC (1997-1998) est plutôt spectaculaire mais doit être pris avec réserve du fait que dans les ZS endémiques il y a aires de santé où il est difficile de réduire le réservoir humain du fait de l'accessibilité difficile. 2. La diminution significative de la mortalité notée après 2009 s'explique par le remplacement de l'arsobal - causant des encéphalopathies souvent fatales - par le schéma thérapeutique moins toxique NECT. 3. Le taux d'infection en dépistage actif s'est amélioré par rapport au baseline de 2008 dans chacune des provinces et varie entre 0.10 % (objectif atteint) et 0.20 % à l'exception de la province de Bandundu (0.24 %) et de la partie nord de la Province Orientale où les MSF-Suisse interviennent. (la CTB n'y intervient que dans le foyer d'Isangi). Pour une meilleure appréciation de l'évolution de l'endémicité, l'objectif spécifique devrait être évalué à l'aide d'un 2ème indicateur qui classifierait toutes les aires de santé selon leur incidence annuelle en cas de THA déclarés.
Difficultés & facteurs d'influence (positive ou négative)	1. Les difficultés principales pour atteindre les objectifs sont d'ordre financier et logistique. La THA est endémique dans 10 des 11 provinces d'un pays à dimensions continentales et d'un accès géographique extrêmement difficile. Pour accéder au fin fond des villages endémiques et les campements en forêt là où la maladie continue à se transmettre, il faut des moyens logistiques très considérables qui dépassent de loin les moyens financiers prévus dans le cadre du projet. Suite à l'état de vétusté du charroi automobile (25 des 35 véhicules datent de 2004 ou avant !) et le mauvais état des routes rurales, les équipes mobiles accèdent aujourd'hui difficilement ou plus du tout à certains villages d'accès difficile. L'objectif de l'élimination de la malade qui se situe à un seuil encore beaucoup plus bas que l'objectif du projet (0.01 %) ne saura pourtant être atteint sans un ratissage profond qui lui suppose le déploiement de moyens logistiques performants et des approches tout à fait particulières (marches à pied, transport par porteurs etc.) pour accéder aux populations difficilement accessibles. 2. La généralisation du schéma thérapeutique combiné pour le traitement des cas de 2ème stade (le NECT ou nifurtimox eflornithine combined treatment) a influé très positivement tant sur la morbidité par le traitement efficace des cas qui ne répondaient plus au mélarsoprol que sur la mortalité par la diminution dramatique des cas d'encéphalopathie arsenicale.

	3. La synergie PNLTHA-OMS-CTB est un facteur positif qui a permis de continuer et intensifier le dépistage actif en 2012.
Résultats inattendus :	Les ZS endémiques de Kikongo et d'Ipamu dans la province du Bandundu qui n'étaient que partiellement couvertes dans le cadre du projet bilatéral, ont été prospectées en 2012 par MSF-Belgique. L'hypothèse de départ était que les prévalences y seraient supérieures à 0.50 %. Contre toute attente les prévalences moyennes n'y ont guère dépassé 0.15 %, un résultat qui se rapproche de l'objectif de la phase de 0.10 %.

2.2.2 Gestion des risques

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	PI	TR	P	I	Note	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
1. Insuffisance des moyens financiers pour l'organisation des ateliers provinciaux	DTF	D	E	E	D	Sélection des coordinations prioritaires Raccourcissement de la durée Sollicitation d'autres bailleurs	DIR PNLTHA	15/03/ 2013	En discussion	NOK
2. Perturbation exécution planning par pannes véhicules	DTF	R	E	M	C	Maintenance préventive < garage niveau central PNLTHA	CD Log PNLTHA	Perma-nent	Missions retardées suite au moratoire pour PAO	OK
						UM et coordination se prêtent main forte en cas d'immobilisation d'un véhicule	Coordina -tions		Continu	OK
						Demande à l'OMS de 6 véhicules 4 x 4	DIR PNLTHA		En attente réponse OMS	NOK
3. La population n'accepte pas de se faire examiner par des UM venant d'ailleurs pdt actions d'envergure	DTF	D	F		A					
4. Insuffisance des moyens financiers pour le dépistage actif	DTF	R	E	E	D	Lettre adressée à l'OMS Genève par RR CTB-RDC demandant financement CATT	Chef projet, RR	03/2012	Réponse positive ➔ achat CATT par OMS	OK
						Rapport sur dotation CATT transmis par RR CTB RDC à l'OMS Genève		02/2013	En attente de la réponse de l'OMS	NOK
5. Réforme perturbe fct coordinations	DTF	D	M	M	B					
6. Financements supplémentaires non trouvés pour continuité des activités dans certaines coordinations	DTF	D	E	E	D	Décision SMCL 2011 : réaménagement budgétaire ➔ maintien appui coordination	SMCL	Avril 2011	Toutes les coordinations continuent à être appuyées	OK
7. Intégration lutte THA dans PMA/PCA pas acceptée officiellement	DTF	D	F		A					
8. L'atelier sur l'intégration n'a pas lieu au début de la phase 4	DTF	D	E	M	C	PNLTHA dépendant du planning DLM	DLM	Avril 2013	Préparation de l'atelier en cours	NOK
9. Le financement OMS n'est pas trouvé pour cartographier des ZSE non géoréférencées par le projet	DTF	D	E	F	B					

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	PI	TR	P	I	Note	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
10. Des techniques de surveillance épidémiologique complémentaires ne sont pas intégrées dans la routine (sécutrans)	DTF	D	M	E	C	Un atelier PNTS-PNLTHA est envisagé pour officialiser la THA comme 5ème marqueur de la sécutrans en RDC	PNLTHA, PNTS, CTB	Q1 2013	Préparation de l'atelier en cours ;	NOK
						Assemblage de rotateurs CATT en RDC pour diminuer coût et introduire le CATT dans la sécutrans des ZS à THA			Assemblage rotateurs se fait déjà au PNLTHA	
11. La DLM n'est pas disponible pour le pilotage du comité d'accompagnement d'intégration	DTF	D	M	E	C	Rejet d'un comité spécifique pour la THA Création en 2012 d'une commission intégration au sein de la DLM pour tous les programmes spécialisés			Atelier programmé pour Q1-Q2 2013	
12. Insuffisance des moyens financiers pour la participation aux colloques internationaux	DTF	R	E	F	B					
13. Des financements supplémentaires ne sont pas trouvés pour la lutte transfrontalière	DTF	D	E	F	B					
14. Les ECZ des ZSE et leurs partenaires acceptent le principe d'une contribution à la lutte contre la THA sur les budgets d'appui global	DTF	D	M	E	C	Inscription lutte THA dans PAO ZS à THA	ECP, MCP	Activité continuelle	75 % des ZSE	OK
						Saisir les forums, tables rondes, GIBS, grandes réunions du Minsan pour faire le marketing en faveur de cette activité	DIR PNLTHA, CTB		En préparation	NOK
15. La plaidoirie n'est pas considérée comme une activité à part entière	DTF	D	M	E	C	Sous l'impulsion du PATTEC et de l'UA des activités de plaidoirie ont été menées en RDC en 2010 et 2011	Point focal PATTEC au PNLTHA	2012	Ralentissement après les changements de régime en Libye	
						OMS et institutions de recherche mènent des actions de plaidoirie pour la THA			La réforme ne se prête pas à la plaidoirie verticale.	

PI : Période d'identification du risque
DTF = dossier technique et financier

TR : Type de risque
D = risque de développement
R = risque de réputation

P : Probabilité du risque
E = élevé (e)
M= moyen (ne)
F= faible

I : Impact du risque

2.2.3 Impact potentiel

- Dans toutes les provinces endémiques pour la THA où la CTB a appuyé le PNLTHA, le nombre de cas déclarés et l'endémicité a diminué de façon significative par rapport au début de la 2ème phase en 2000. La morbidité et la mortalité ont donc diminué de façon considérable. Cet « outcome » contribue évidemment à la réalisation des objectifs sectoriels du domaine de la santé qui visent une meilleure santé de la population et une meilleure espérance de vie. Le nombre de décès à cause de la THA – et donc le nombre de familles endeuillées à cause de la THA - a diminué, le nombre de personnes avec séquelles neurologiques à cause des complications de la THA ou de son traitement a diminué, le nombre de jours de travail chômés pour cause de maladie a diminué, le nombre d'enfants orphelins a diminué, moins de retards scolaires sont imputables à la THA que par le passé, moins de dépenses sont faites pour des hospitalisations que par le passé, moins de jours sont chômés pour cause d' accompagnement de malades hospitalisés.

- Malheureusement la THA ne peut pas encore être éradiquée. Si des progrès significatifs ont été notés dans la plupart des provinces, dans les provinces de Bandundu et du Kasaï Oriental la maladie n'est pas encore suffisamment contrôlée. C'est principalement une question de moyens. Une action d'envergure nationale en 2013 dans laquelle prendraient part les microscopistes d'autres provinces hypo-endémiques pourrait avoir un effet « knock down » sur l'endémie dans ces provinces avec un impact pour d'années. Mais même si un jour on arrivait à déclarer moins de 1000 cas par an en RDC, une surveillance bien efficace devra toujours rester en place vu l'impossibilité d'éradiquer totalement tant le réservoir humain que les vecteurs. Le système de surveillance intégré qu'on est en train de mettre en place tant au niveau de la base (surveillance à base communautaire) qu'au niveau des CS et des hôpitaux ne peut que renforcer la mémoire collective de la maladie favorisant la détection rapide d'éventuelles recrudescences.

2.2.4 Critères de qualité

1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires.		
Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D		
1.1 Quel est le degré de pertinence actuel du projet ?		
☒	**A**	Clairement toujours ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, extrêmement pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.
☐	**B**	S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours explicite), relativement compatible avec les engagements en matière d'efficacité de l'aide, pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.
☐	**C**	Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.
☐	**D**	Contradictions avec les politiques nationales et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis.

1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?		
☐	A	Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable).
☒	B	Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses.
☐	C	Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'un projet et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.
☐	D	La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que le projet puisse espérer aboutir.

2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe (appréciation de l'ensemble de l'intervention)		
Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D		
2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils correctement gérés ?		
☐	A	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.
☒	B	La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible.
☐	C	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.
☐	D	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.
2.2 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement gérés ?		
☐	A	Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité ce qui contribuera aux outcomes planifiés.
☒	B	Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing.
☐	C	Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.
☐	D	La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps.

3. EFFICACITÉ JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année N		
Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D		
3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?		
☐	A	La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués.
☒	B	L'outcome sera atteint avec quelques minimes restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.
☐	C	L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome.
☐	D	Le projet n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.

3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés sur la base des résultats atteints dans l'optique de réaliser l'outcome (objectif spécifique) ?		
☐	**A**	Le projet réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.
☒	**B**	Le projet réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive.
☐	**C**	Le projet n'est pas totalement parvenu à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir au projet la réalisation de son outcome.
☐	**D**	Le projet n'est pas parvenu à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

4. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).		
Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins 3 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Maximum 2 'C', pas de 'D' = B ; Au moins 3 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D		
4.1 Durabilité financière/économique ?		
☐	**A**	La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci.
☐	**B**	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.
☐	**C**	Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.
☒	**D**	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.
4.2 Quel est le degré d'appropriation du projet par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?		
☐	**A**	La SMCL et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliquées à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.
☐	**B**	La mise en œuvre se base en grande partie sur la SMCL et d'autres structures locales pertinentes, impliquées elles aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible.
☒	**C**	Le projet recourt principalement à des arrangements ponctuels et à la SMCL et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises.
☐	**D**	Le projet dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.
4.3 Quel est le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre le projet et le niveau politique ?		
☒	**A**	Le projet bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.
☐	**B**	Le projet a bénéficié, en général, de l'appui de la politique et des institutions chargées de la mettre en œuvre, ou à tout le moins n'a pas été gêné par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.
☐	**C**	La durabilité du projet est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.
☐	**D**	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec le projet. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité du projet.

4.4 Dans quelle mesure le projet contribue-t-il à la capacité institutionnelle et de gestion ?		
☐	**A**	Le projet est intégré aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite).
☒	**B**	La gestion du projet est bien intégrée aux structures institutionnelles et a contribué d'une certaine manière au renforcement des capacités. Une expertise supplémentaire peut s'avérer requise. Des améliorations sont possibles en vue de garantir la durabilité.
☐	**C**	Le projet repose trop sur des structures ponctuelles plutôt que sur des institutions ; le renforcement des capacités n'a pas suffi à garantir pleinement la durabilité. Des mesures correctives sont requises.
☐	**D**	Le projet repose sur des structures ponctuelles et un transfert de compétences vers des institutions existantes, qui permettrait de garantir la durabilité, est improbable à moins que des changements fondamentaux n'interviennent.

Critères	Note
Pertinence	A
Efficience	B
Efficacité	B
Durabilité	D

2.3 Output 1

2.3.1 Analyse des progrès réalisés

LA LUTTE CONTRE LA THA EST PLANIFIEE PAR LES ZS SELON L'EVIDENCE EPIDEMIOLOGIQUE						
Indicateurs	***Baseline en 2008***	**2010**	**2012**	**Cible 2013**	**Cible finale**	**Commentaires**
Ateliers provinciaux réalisés	7	4	4	10		Insuffisance du budget pour organiser cette activité dans toutes les provinces endémiques de façon répétitive.
Nbre de ZS avec lutte contre la THA intégrée dans leur plan annuel	48	99	117	150	235	La lutte est inscrite dans les PAO des ZS lors des ateliers provinciaux de PAO
Politique d'intégration explicite disponible	0	0	0	1	1	Activité conditionnée par la tenue de l'atelier sur l'intégration de la THA planifiée par la DLM au Q1-Q2 2013. Brochure sur le processus d'intégration en général disponible.

État d'avancement des <u>principales</u> activités [3]	**État d'avancement :**				**Commentaires** (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1 Organiser des ateliers provinciaux afin de programmer le lancement progressif de l'intégration de la lutte contre la THA dans les ZSE d'une province réunissant les ECZS endémiques, les UM, l'ECP et le niveau national		x			
2 Inscrire la lutte contre la THA dans les PDSZ et les plans opérationnels annuels des ZS endémiques		x			

[3] A : Les activités sont en avance
B : Les activités sont dans les délais
C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :	
Lien entre les activités et l'output :	Le lien entre les activités et l'output est toujours valable et le restera dans l'avenir. En fait c'est l'ECZS qui est responsable pour la planification, la coordination de la mise en œuvre et le suivi de toute activité sanitaire dans sa zone y comprises les activités de lutte contre la THA. Quant à la capacité des ECZS pour planifier de façon autonome la lutte, elle doit encore être renforcée mais le fait que l'ECZ est 1er responsable est un acquis incontournable découlant du PNDS.
Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output :	Avant la phase 4, la THA ne figurait pas dans les plans des ZS mêmes si celles-ci étaient endémiques. Aujourd'hui la plupart des ZS ont inscrit la lutte contre la THA dans leur PAO ce qui est une avancée remarquable par rapport au passé.
Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence :	Le budget de 59.000 € pour ce résultat était dès le départ insuffisant pour couvrir la tenue de 10 ateliers par ans pendant 4 ans. Des solutions alternatives ont été cherchées pour pallier à cette situation comme le raccourcissement de la durée des ateliers, l'organisation de l'atelier juste après les revues annuelles provinciales, la limitation des appuis du niveau central aux 3 provinces les endémiques (BDD, KOR, KOC) etc.

2.3.2 Exécution budgétaire

Montant Total Prévu	Dépenses globales au 31/12/2012	Taux d'exécution global
59.000 €	54.222 €	91.9 %

2.3.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficience	B
Efficacité	B
Durabilité	C

2.4 Output 2

2.4.1 Analyse des progrès réalisés

L'action des UM est rendue plus efficace							
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline* (2009)**		**Progrès année 2011**	**Progrès année 2012**	**Cible année 2013**	**Cible finale**	**Commentaires**
Réduction du TI DA à 0.1 %	**Coordin**	**TI DA (%)**					Les TI DA fluctuent entre 0.03 %(EQN) et 0.31 %(BDD N). La plupart des coordinations ont des TI DA entre 0.10 % et 0.20 %, des valeurs qui se rapprochent de l'objectif de 0.1 %.
	BC	0.21	0.20	0.12	0.10	<0.10	
	BDD N	0.27	0.18	0.31	0.20	<0.10	
	BDD S	0.41	0.20	0.18	0.15	<0.10	
	KOR	0.16	0.09	0.14	0.12	<0.10	
	KOC	0.10	0.10	0.08	0.10	<0.10	
	EQN	0.06	0.04	0.03	0.05	<0.10	
	EQS	0.10	0.14	0.15	0.10	<0.10	
	KIN	0.25	0.05	0.17	0.10	<0.10	
	Man/Kat	0.03	0.03	0.18	0.10	<0.10	
Nombre d'UM appliquant systématiquement tous les tests	**19/32**		**21/31**	**26/31**			En EQ, l'utilisation n'est pas encore systématique. Les 3 UM de la PO n'ont pas été reprises dans le tableau mais elles utilisent systématiquement les tests.

État d'avancement des <u>principales</u> activités	**État d'avancement :**				**Commentaires**
	A	B	C	D	
1-4 Organiser le DA dans les ZS endémiques sur base de l'endémicité selon le plan annuel établi		X			PTE DA 2012 : 1.460.156 ; 260 itinérances réalisées par 34 UM
5 Organiser des actions d'envergure (plusieurs UM) dans les ZS hyperendémiques selon le plan annuel établi		x			Dans le foyer de Kwamouth (BDD) : 180 NC diagnostiqués ; dans la ZS de Tshikula (KOC): 20 NC diagnostiqués (impact de l'action précédente bien visible)

6 Améliorer la participation de la population cible au dépistage actif					1.460.156 personnes examinées sur 1.744.390 personnes recensées = 83.7 % de participation
7 Améliorer la détection de la THA lors du DA grâce à l'utilisation de techniques de dépistage et de diagnostic efficaces par toutes les UM		X			

COORDINATION	Tot NC	PG	SF	GE	LCR	WOO	Maect	DIL
BDD N	1984	27%	6%	6%	4%	22%	16%	20%
BDD S	1120	34%	5%	3%	7%	27%	16%	8%
BC	116	26%	0%	16%	30%	28%	1%	0%
KIN	59	15%	0%	0%	15%	69%	0%	0%
EQN	47	9%	0%	60%	11%	19%	2%	0%
EQS	87	15%	3%	25%	14%	22%	0%	21%
K OC	128	30%	0%	37%	13%	4%	3%	13%
KOR	499	21%	0%	3%	12%	14%	17%	32%
SANKURU	128	20%	0%	13%	5%	27%	8%	28%
MAN-KAT	122	12%	0%	55%	24%	1%	4%	4%
ISANGI	225	8%	0%	2%	2%	56%	12%	20%
TOTAL	4515	26%	4%	8%	7%	24%	14%	17%

8 Traiter systématiquement dans les AS hyperendémiques les cas sérologiques CATT + à 1/8		X			Augmentation du nombre de cas sérologiques par rapport à 2011 : 1171 cas sérologiques en 2012 contre 732 en 2011
9 Améliorer la gestion des ressources humaines au sein des UM (GRH UM)		X			Rajeunissement des équipes/ Equipes plus petites qu'auparavant ⇨ Meilleurs résultats
10 Etendre la couverture en DA des UM		X			⇨ Au Bandundu MSF-B a prospecté les ZSE de Kikongo et Ipamu qui étaient moins bien couvertes par le projet ⇨ La reprise en décembre 2012 de 3 UM par le DNDi (Bandundu, Masi-Manimba, Tshilenge) devrait permettre d'améliorer la couverture en DA en 2013.
11 Assurer la coordination des activités A0201 – A0210		X			Activité continuelle
12 Evaluer toutes les UM à l'aide d'une grille d'évaluation préétablie et effectuer les rétro-actions qui s'imposent		X			Activité continuelle

Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :	
Lien entre les activités et l'output. :	Le rajeunissement des équipes mobiles, l'appui de l'OMS au sérodépistage par l'achat de CATT, l'utilisation plus systématique des techniques sensibles par les équipes mobiles, la plus grande disponibilité de mini-colonnes, les actions d'envergure au Bandundu et au Kasaï Oriental, le renouvellement du matériel de campement et de la chaîne de froid, sont tous des facteurs qui ont contribué à un meilleur rendement des UM en 2012.
Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output :	La mise en œuvre des activités du RI selon le plan arrêté a conduit à une augmentation de la population totale examinée en dépistage actif (de 1.189.603 à 1.460.156 - augmentation de 23 %) et au diagnostic d'un plus grand nombre de NC en DA surtout dans la province de Bandundu.(1119 cas en 2011 à 1870 NC en 2012). Cette augmentation de NC ne reflète pas nécessairement une recrudescence de la maladie mais plutôt un dépistage actif plus intensif et plus performant. Les fluctuations du TI DA parfois à la hausse, parfois à la baisse, reflètent plus des variations en population totale examinée entre les années que des réelles hausses ou baisses. La plupart des coordinations se rapprochent de l'objectif d'un TI DA de 0.1 %.
Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence :	Sans la réponse favorable de l'OMS à la requête de la CTB d'appuyer le PNLTHA[4] par l'achat de CATT, la population examinée en 2012 n'aurait pas pu augmenter de 23 % par rapport à 2011.
Résultats inattendus :	MSF-B s'étant attendu à un TI DA d'au moins 0.50 % dans la ZS de Kikongo au Bandundu qui n'était que partiellement couverte par le projet bilatéral, n'a trouvé qu'un TI DA moyen de 0.15 % bien en dessous des attentes et plutôt rassurant comme résultat.

2.4.2 Exécution budgétaire

Montant Total Prévu	Dépenses globales au 31/12/2012	Taux d'exécution global
4.145.700 €	3.804.993 €	91.8 %

[4] Voir rapport sur dotation OMS en annexe

2.4.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficience	B
Efficacité	B
Durabilité	C

2.5 Output 3

2.5.1 Analyse des progrès réalisés

LES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LA THA (dépistage, diagnostic, traitement et suivi post thérapeutique, IEC) FONT PARTIE INTEGRANTE DU PMA et PCA des FS des ZS ENDEMIQUES ET LA PRISE EN CHARGE DES CAS DE THA EST AMELIOREE						
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Progrès année 2011**	**Progrès année 2012**	**Cible année 2013**	**Cible finale**	**Commentaires**
Nombre de ZSE ayant intégré les activités de lutte dans le PMA et PCA		114	129	150	236	129 ECZS, 129 HGR et 370 CS
Lutte contre la THA reprise dans le PMA et PCA	**0**	**OK**	**OK**			⇨ La lutte contre la THA est inscrite dans le canevas des PAO. ⇨ Les activités de dépistage de la THA sont entièrement reprises dans les algorithmes de la plainte au diagnostic pour les CS ;
Nbre personnels ZSE formés en THA		**101 (2010)**	**224**	ND		90 médecins - 98 techniciens de labo - 13 infirmiers

								8 superviseurs - 7 chefs d'unités mobiles - 2 RECO - 6 autres
Nbre de CDTC intégrés dans les HGR, CS	**BC**	0/3	0/3	0/3	3/3		3/3	Le nombre de FS polyvalentes impliquées dans le dépistage, traitement et contrôle, dépasse depuis la 3ème phase le nombre de CDTC du PNLTHA, se chiffrant à plus de 200. La plupart des CDTC sont déjà « intégrés » (intégration physique et fonctionnelle) dans les HGR ou CSR. Mais souvent il subsiste encore un lien fort avec le PNLTHA de par les primes qui leur sont allouées mensuellement. La plupart du personnel des CDTC fait néanmoins partie du personnel de la ZS.
	BDD N	0/9	1/9	6/9	9/9		9/9	
	BDD S	0/9	2/9	3/9	9/9		9/9	
	KOR	3/15	3/15	3/15	15/15		15/15	
	KOC	0/6	1/6	1/6	6/6		6/6	
	EQN	22/22	22/22	22/22			22/22	
	EQS	0						
	MAN	0/6	6/6	6/6			6/6	
	KAT	0/2	2/2	2/2			2/2	
	KIN	1/3	1/3	3/3			3/3	
	PO	1/1	1/1	1/1			1/1	

État d'avancement des <u>principales</u> activités	**État d'avancement :**				**Commentaires** (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1 Valider lors de l'atelier sur l'intégration du MinSan 4ème direction, l'intégration des activités de lutte contre la THA dans le PMA et PCA			X		L'atelier de la DLM sur l'intégration aura lieu au Q1 – Q2 2012
2 Rédiger et diffuser un manuel des stratégies et de procédures des activités intégrées de lutte contre la THA dans les provinces et les ZS			X		La rédaction du manuel est conditionnée par la tenue de cet atelier
3 Former le personnel en THA selon le PDSZ		X			
4 Mettre en œuvre les activités de lutte contre la THA conformément au PMA et PCA		X			
5 Intégrer les CDTC dans les HGR là où c'est justifiée et possible			X		La plupart des CDTC sont intégrés fonctionnellement mais pas administrativement
6 Assurer la coordination des activités		X			

Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :	
Lien entre les activités et l'output.	Les liens entre les activités et l'output restent pertinents. C'est surtout au niveau de l'activité 3 et 4 que le rapprochement entre les structures du programme et les FS polyvalentes contribue au progrès en termes opérationnels.

Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output :	De plus en plus d'ECZ des ZSE s'intéressent pour la THA là où auparavant elles étaient plutôt mises à l'écart et faiblement impliquées dans la lutte. Dans plusieurs provinces ces ECZ viennent activement solliciter d'être formées dans la prise en charge de la THA. Elles sollicitent aussi les intrants tels les rotateurs et les CATT pour le dépistage passif.
Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence :	La résistance à l'intégration est plus grande dans les CDTC du PNLTHA que dans les formations sanitaires polyvalentes qui sont contentes d'étendre leur champ d'action et leurs connaissances dans le domaine médical.

Exécution budgétaire

Montant Total Prévu	Dépenses globales au 31/12/2012	Taux d'exécution global
2.845.503 €	2.138.952 €	74.9 %

2.5.2 Critères de qualité

Critères	Note
Efficience	B
Efficacité	B
Durabilité	B

2.6 Output 4

2.6.1 Analyse des progrès réalisés

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

Indicateurs	Valeur de la *Baseline*	Progrès année 2011	Progrès année 2012	Cible année 2013	Cible finale	Commentaires
Nombre de ZSE appliquant un système de surveillance intégrée	?					Toutes les ZS sont obligées de rapporter leurs données sanitaires selon le canevas du SNIS. Ce canevas intègre à part d'autres données, les données qui concernent des problèmes spécifiques comme la tuberculose, la THA etc. mais de façon bcp plus succincte que le rapportage des programmes spécialisés tels le PNLTHA, le PNT, le PNL qui ont encore leur propre système bcp plus détaille de collecte de données. L'évolution du SNIS vers un système plus intégré dépasse le mandat du PNLTHA et est à situer au niveau de D5 et D4.
Nombre de malades traités suivis	40 %	50 %	ND			La guérison, les distances entre le domicile et le centre de suivi, le coût lié au suivi (séjour, transport etc.) et la crainte des ponctions lombaires, sont des facteurs qui diminuent l'assiduité au suivi.

État d'avancement des <u>principales</u> activités	**État d'avancement :**				**Commentaires**
	A	B	C	D	
1 Actualiser les listes des villages et données démographiques par aire de santé des ZS, géoréférencer les villages des aires de santé endémiques à problème THA et produire des cartes épidémiologiques pertinentes.		X			Activité de routine qui se fait dans le cadre du recensement médical. 2 ZSE endémiques du KOR (Bibanga et Ngandajika) ont été cartographiées en 2012.

2 Harmoniser le système de récolte et de rapportage des données du PNLTHA avec le système de récolte et rapportage des ZS			X		Il s'agit d'un travail dans le cadre de la réforme qui relève du mandat de D4 et D5 et que le PNLTHA à lui seul ne peut entreprendre.
3 Mettre à jour et analyser mensuellement la banque des données THA au niveau périphérique, provincial et central et assurer le rapportage mensuel		X			Ce travail continue dans chacune des coordinations. La complétude des rapports mensuels des UM et des rapports des coordinations trimestriels s'approche de 100 %
4 Assurer la surveillance des cas de rechute		X			Cette surveillance se fait dans le cadre du suivi de routine. Vu la faible assiduité au suivi pour les raisons évoquées ci-dessus, l'on ne peut écarter l'hypothèse que certains cas de rechute échappent à la surveillance.
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			Le sérodépistage en passif est de plus en plus intégré dans les FS. Le projet mise surtout sur un ancrage dans le système de santé à travers le screening sérologique obligatoire des donneurs de sang (sécutrans) et le dépistage volontaire au niveau des consultations curatives et prénatales, hospitalisations, accompagnateurs.
6 Impliquer les structures de santé et les communautés dans les activités de surveillance (surveillance à base communautaire)			X		Les leaders communautaires et les RECO et OAC sont activement impliqués dans les activités de dépistage actif, la récupération des non répondants et le suivi des malades traités. Un problème récurrent est la réclamation de primes auxquelles ces acteurs ont été habitués lors des JNV et d'autres campagnes sanitaires.

Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : .

Lien entre les activités et l'output.	Les données épidémiologiques sont actuellement encore principalement générées et rapportées par les structures spécifiques du programme selon un système bien établi de rapportage mensuel par les équipes mobiles. L'analyse de ces données permet d'orienter les activités de dépistage actif et passif et de suivre l'efficacité du traitement. Le rapprochement qui s'opère de plus en plus entre les structures du programme et les structures polyvalentes des ZSE, conduit petit à petit à une meilleure appropriation par les ZS de leurs propres données et à une plus grande implication dans la planification.
Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output:	Le CATT a fait son entrée dans les FS polyvalentes des ZSE tant au niveau des consultations curatives et les hospitalisations qu'au niveau des banques de sang. Il y a 10 ans aucune FS en dehors des CDTC du PNLTHA ne faisait le CATT alors qu'aujourd'hui on retrouve le CATT dans les activités de routine au niveau de structures fixes. La sérosurveillance à minima par le biais de screening obligatoire des donneurs de sang est un objectif qui est maintenu car il ne protège non seulement les receveurs de sang mais il constitue un ancrage certain dans les FS des ZSE.

Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence :	⇨ L'introduction du CATT dans les FS se heurte parfois à une résistance de la part des fournisseurs de soins du fait qu'il s'agit d'un examen gratuit qui ne génère pas directement des recettes. Toutefois plusieurs coordinateurs signalent que là où ils ont implanté le CATT tout en renforçant le labo, ils ont vu une augmentation de la fréquentation des services. ⇨ Au niveau du PNTS il y a un réel intérêt pour l'adoption de la THA comme 5ème marqueur de la sécutrans. Vu l'insuffisance des moyens financiers dans le cadre du projet, il est important d'officialiser cette politique validant le CATT comme test obligatoire avant le don de sang. L'adoption officielle de cette politique pourra aider à mobiliser les ressources financières nécessaires pour cet aspect de la sécutrans.

2.6.2 Exécution budgétaire

Montant Total Prévu	Dépenses globales au 31/12/2012	Taux d'exécution global
50.000 €	29.648 €	59.3 %

2.6.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficience	B
Efficacité	B
Durabilité	B

2.7 Output 5

2.7.1 Analyse des progrès réalisés

UN APPUI INSTITUTIONNEL ADAPTE A LA CONFIGURATION NOUVELLLE (décentralisation, SRSS, intégration) EST FOURNI AUX NIVEAU CENTRAL (PNLTHA, 4° Direction) et PROVINCIAL (ECP, ECZS)						
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Progrès année 2011**	**Progrès année 2012**	**Cible année N**	**Cible finale**	**Commentaires**
Document disponible avec définition d'une politique sur l'intégration	Déclaration politique nationale ; DTF phase 4, SRSS, PNDS	2 Documents de la DLM « Intégration des programmes »	Draft Intégration THA dans les FS	Doc. Intégration THA validé		Le processus de la formulation de la politique sur l'intégration se déroule en étapes sous le pilotage de la DLM. Deux documents qui concernent l'intégration ont été élaborés, édités et diffusés. Actuellement les programmes spécifiques, tout en s'appuyant sur ces documents de base, formulent leur propre politique d'intégration. Le draft du PNLTHA sera validé lors de l'atelier sur l'intégration de la THA organisé par la DLM au 1er sem 2013.
Nombre de coordinateurs de programme intégrés dans l'ECP	2	5	8	10		Tous les coordonnateurs font partie soit des DPS soit des futures DPS au niveau des actuels districts mais tous ne sont pas membres actifs des ECP.
Document disponible avec définition de la relation fonctionnelle entre la D4 et le programme			draft			La DLM a formulé un document sur la restructuration des programmes spécialisés, leur future structure unique et la relation avec leur direction de tutelle.

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1 Mettre en place l'équipe d'exécution conjointe pour assurer l'exécution opérationnelle sur le plan technique (A0501 1), logistique (A0501 2), administratif et financier (A0501 3		X			Une nouvelle équipe de direction a été mise en place en octobre 2012
2 Améliorer l'appui logistique aux UM et aux FS		X			CTB a renforcé sa cellule avec un comptable-logisticien ; un magasinier a été affecté à la logistique du PNLTHA
3 Primes Equipe Direction Programme		X			

Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :

Lien entre les activités et l'output :	⇨ Le PNLTHA, tant au niveau central que provincial, suit le rythme de la réforme qui avance lentement mais sûrement. Pour les transformations à mettre en œuvre (décentralisation, PNDS, intégration…) elle s'oriente sur les directives du secrétariat général et l'encadrement technique par la DLM et la DEP. ⇨ A part cela, étant une organisation ayant en charge 10 coordinations, 33 équipes mobiles, 50 centres spécialisés et plus de 300 formations sanitaires collaborant, au total plus de 450 personnes, le PNLTHA fait face à une charge de travail importante tant sur le plan administratif que sur le plan logistique. A cette charge s'ajoute tout le travail dans le cadre des recherches cliniques avec les institutions internationales. L'appui du projet au fonctionnement du programme n'est certes pas suffisant pour couvrir tous ses besoins mais il permet de faire l'essentiel. Le management efficace d'une grande organisation ne suppose pas seulement la disponibilité des moyens financiers mais aussi un planning adéquat et participatif, une mise en œuvre et suivi rigoureux et l'encouragement du personnel. La mesure dans laquelle le projet peut contribuer par son appui technique, financier et administratif au bon fonctionnement de la direction et des coordinations dépend aussi de la façon dont l'organisation est gérée selon les principes de transparence, communication efficace et bonne gouvernance.
Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output :	Après la mise en place de la nouvelle direction des progrès dans le sens d'une redynamisation du PNLTHA ont été notés : ⇨ Tenue à la demande de la nouvelle direction d'un atelier à Kinshasa avec les coordinateurs provinciaux ⇨ Rédaction obligatoire des PAO par les coordinateurs provinciaux et par le niveau central ⇨ Préparation du rapport annuel avec l'implication de tous les chefs de division La nouvelle approche managériale justifie l'espoir que le taux de réalisation des activités ira en augmentant en 2013.

Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence :	⇨ Le déguerpissement d'octobre 2012 a encore eu des conséquences pour le bon fonctionnement de la direction du PNLTHA au cours de 2012 ⇨ Problème de disponibilité pour une mise en œuvre optimale des activités au niveau de la direction évoqué par la CTB dans la SMCL 2012 ⇨ Il y a eu des suspensions au niveau de la direction en octobre 2012 qui ont eu un impact sur le déroulement normal des activités
Résultats inattendus :	Changements au niveau de la direction au Q4 2013

2.7.2 Exécution budgétaire

Montant Total Prévu	Dépenses globales au 31/12/2012	Taux d'exécution global
1.224.200 €	954.587 €	77.9 %

2.7.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficience	B
Efficacité	B
Durabilité	C

2.8 Output 6

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

Indicateurs	Valeur de la *Baseline*	Progrès année 2011	Progrès année 2012	Cible année 2013	Cible finale	Commentaires
Comité d'accompagnement installé et opérationnel	0	0	1			La sous-commission sur l'intégration des programmes spécialisés a été mise en place au niveau de la DLM et se réunit chaque mois
Nombre de recherche-actions réalisées	0		2			Recherche-action sur l'intégration au niveau de l'hôpital Roi Baudouin et la sérosurveillance aux sites d'accostage à Maluku.
Nombre d'évaluations réalisées			1			L'évaluation à mi-parcours a eu lieu en septembre 2012.
Augmentation du nombre de partenaires intrazonaux, intersectoriel et régionaux						Les partenaires traditionnels du PNLTHA (OMS, CTB, DNDi, IMTA, ITS, FIND, INRB) ont continué à appuyer le PNLTHA en 2012. Les partenaires qui appuient le développement des ZSE contribuent aussi à la lutte contre la THA (PARSS, UE, BAD, Memisa,CTB)
Existence d'un plan multisectoriel de lutte contre la THA	0	1				Ce plan a été élaboré avec l'appui du PATTEC en 2010.

État d'avancement des <u>principales</u> activités	**État d'avancement :**				**Commentaires** (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1 Etablir les TDR et le cahier de charges du comité d'accompagnement, suivi scientifique et d'évaluation de l'intégration (PNLTHA, 4ème et 5ème directions MSP, DEP, Ecole de Santé Publique, Représentants des partenaires…) et le mettre en place ; établir le calendrier des réunions et des supervisions et l'exécuter ; documenter, publier et partager les leçons			X		⇨ Le MINSAN a créé au niveau de la DLM une sous-commission qui se consacre à la problématique de l'intégration des programmes spécialisés. Elle a débuté ses travaux au Q1 2012. ⇨ Des missions d'exploration ont eu lieu dans 6 provinces dans le cadre de l'intégration de la fonction de la lutte

					contre la maladie dans les DPS. Le PNLTHA et la CTB, membres actifs de ce comité, ont pris part à ces missions.
2 Appuyer la conception et l'exécution de recherches		X			Plusieurs études sur la THA sont actuellement en cours en RDC : ⇨ l'essai clinique avec fexinidazole (DNDi/ITS) ⇨ NECT-field (DNDi) ⇨ le LAMP et les tests de diagnostic rapide (FIND) ⇨ le xénomonitorage (Makerere University) ⇨ pharmacovigilance (IMTA) ⇨ tests de diagnostic rapide (IMTA)
3 Organiser les missions d'expertise externe et les évaluations externes		X			Une EMP a eu lieu en septembre 2012 ; plusieurs missions dans le cadre de la recherche scientifique ont eu lieu avec FIND (tests individuels) Makerere University (xénomonitorage), DNDi (préparation fexinidazole).
4 Appuyer la participation aux colloques internationaux et aux réunions de concertation inter pays					Une journée scientifique internationale a eu lieu le 6 décembre 2012 à Kinshasa. Les premiers résultats des tests rapides produits par FIND y ont été présentés. Le PNLTHA a également participé à la rédaction du plan régional de l'OMS de la lutte contre la THA et à une réunion à l'OMS Genève sur l'élimination de la THA d'ici 2020.

Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :

Lien entre les activités et l'output. :	⇨ La non mise en place d'un comité d'accompagnement spécifique pour l'intégration de la lutte contre la THA de la façon dont le DTF l'avait envisagée, a été déjà rapporté dans le rapport annuel 2010. A la place, le MINSAN a créé au niveau de la DLM une sous-commission sur l'intégration de tous les programmes spécialisés qui a débuté ses activités au Q1 2012 et dont le PNLTHA et la CTB sont membres actifs. ⇨ Entre-temps sur terrain l'accompagnement du processus d'intégration continue à se faire par les coordinateurs et superviseurs provinciaux qui collaborent étroitement avec les ECZ des ZSE et qui supervisent les activités déjà intégrées au niveau des FS polyvalentes. En conclusion les liens entre les activités et l'output sont maintenus mais la formule a changé.
Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output :	⇨ Le processus d'intégration poursuit son cours selon les axes prescrits par le MINSAN. L'élaboration des PAO par les ECZ des ZS elles-mêmes, est un élément clé dans l'intégration. Tout commence par le planning dont les ZS sont elles-mêmes les auteurs et dans lequel les partenaires externes doivent s'inscrire. Le PNLTHA est pris dans cet élan à tous ces niveaux (central, provincial et périphérique) et contribue par un accompagnement rapproché à la réalisation de la politique sectorielle. En matière d'intégration on n'en est plus à la case de départ et il existe de multiples expériences (positives et négatives) qui sont échangées entre les coordinations et dont des leçons intéressantes sont capitalisées.

	⇨ L'essai clinique avec le fexinidazole et les études sur les tests rapides et individuels qui se mènent actuellement en RDC, ouvrent des perspectives très intéressantes pour la lutte contre la THA dans toute l'Afrique. L'appui logistique et financier du projet au PNLTHA contribue directement soit indirectement au déroulement de ces études. ⇨
Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :	L'EMP a rapporté que si certes des progrès ont été faits dans le domaine de l'intégration, on n'est pas encore arrivé à l'intégration totale (fonctionnelle et administrative). Cela peut être vrai pour les CDTC dont certains dépendent encore du programme. Toutefois il faut reconnaître qu'aujourd'hui un grand nombre de FS polyvalentes qui ne dépendent pas du PNLTHA développent des activités de prise en charge de la THA ce qu'ils ne faisaient pas auparavant. L'intégration de la THA ne se réalise donc pas seulement au niveau des anciens CDTC qui sont appelés à disparaître mais au niveau de toutes les formations sanitaires. L'intégration n'est pas un but en soi qu'il faut réaliser dans la précipitation au risque de perdre les acquis mais elle doit avant tout servir à une meilleure assise de la surveillance en mettant à contribution tout le système de santé sans que les compétences spécifiques ne soient perdues.

2.8.1 Exécution budgétaire

Montant Total Prévu	Dépenses globales au 31/12/2012	Taux d'exécution global
40.000 €	9.355	23.3 %

2.8.2 Critères de qualité

Critères	Note
Efficience	B
Efficacité	C
Durabilité	B

2.8.3 Analyse des progrès réalisés

2.9 Output 7

LA COLLABORATION INTRA ZONALE, INTERSECTORIELLE ET TRANSFRONTALIERE EST RENFORCEE						
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Progrès année 2011**	**Progrès année 2012**	**Cible année 2013**	**Cible finale**	**Commentaires**
Nombre de plans de ZS intégrant la THA	48	99	129	150	236	
Nombre d'activités à base communautaire	2	0	2	6		Les chiffres réfèrent au nombre d'actions d'envergure qui supposent une très forte implication des communautés ; si on prend en considération les recensements médicaux effectués (nombre d'itinérances) qui supposent aussi la participation de la communauté, leur nombre se chiffre à 260 pour 2012.
Nombre de bailleurs nouvellement identifiés		1	1			Le DNDi qui mène des actions de recherche a décidé de s'engager à partir de décembre 2012 dans la lutte contre la THA dans les sites de recherche

État d'avancement des <u>principales</u> activités	**État d'avancement :**				**Commentaires** (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1 Etablir un état des lieux de partenariat intrazonal (partenaires en ZS) et intersectoriel potentiel (Education, Environnement & Hygiène, Agriculture et Elevage, Développement rural, Média…), identifier les possibilités de synergies et concevoir les stratégies de mise en œuvre.		X			Ce travail avait déjà été fait en 2010 et 2011 dans le cadre de la PATTEC.

2 Planifier des actions pertinentes par secteur ; négocier les financements nécessaires et exécuter		X			Voir documents de la PATTEC
3 Mettre en commun les expériences lors des forums trypano		X			La plateforme régionale sur la recherche sur la THA appuyée par le DNDi permet de mettre en commun les expériences inter-pays
4 Participer à l'organisation d'actions de lutte transfrontalière			X		Contrairement à la recherche, la lutte transfrontalière a disparu vers l'arrière-plan en 2012. Un plan régional de l'OMS est pourtant en préparation. La direction du PNLTHA a participé activement à sa rédaction à Libreville et Brazzaville.

Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :.

Lien entre les activités et l'output :	Il est un phénomène connu que dès que la THA recule, un désintéressement s'installe au sein des communautés vis-à-vis des activités de lutte contre la THA et qu'il devient difficile d'obtenir la participation de la population au dépistage actif. La baisse ou la simple suppression des activités ont souvent pour conséquence l'oubli. L'effacement de la THA de la mémoire collective est un des principaux dangers qui guette les communautés ce qui justifie une approche qui dépasse le cadre strict du PNLTHA tel que le projet l'a envisagé. Les liens activités-output restent valables. Ces activités à long terme intéressent l'enseignement (primaire, secondaire et universitaire), les médias et tout autre acteur qui peut contribuer à l'entretien d'un certaine vigilance. Les initiatives du projet dans le cadre de ce résultat sont mentionnées ci-dessous :
Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output :	1) L'appropriation par le PNLTHA de « mémoire collective THA » et l'importance de la cultiver. 2) Conception d'une bande dessinée destinée aux écoles primaires et secondaires (en voie de finalisation) 3) Conception d'un projet de communication sur la THA via les radios communautaires (cahier a été rédigé – demande d'offres en cours) 4) Tentatives d'enraciner la surveillance sérologique dans le système de santé à travers le réseau du PNTS pour la sécurité transfusionnelle : pour cela il faudra d'abord valider officiellement la politique commune entre PNTS et PNLTHA dans ce domaine (collaboration intrasectorielle) : l'atelier à ce sujet est planifié pour Q1-Q2 2013 5) Poursuite du sérodépistage aux frontières dans les sites d'accostage des voyageurs sur le fleuve Congo à Maluku. (collaboration avec services d'hygiène, la DGM etc.)
Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence :	⇨ Depuis la mutation de la responsable de l'IEC du PNLTHA, le suivi des activités, telles la finalisation de la bande dessinée, pose problème. ⇨ Le budget du projet est insuffisant pour un appui suffisant du PNTS pour le volet sécutrans vis-à-vis de la THA.

2.9.1 Exécution budgétaire

Montant Total Prévu	Dépenses globales au 31/12/2012	Taux d'exécution global
0 €	0 €	%

2.9.2 Critères de qualité

Critères	Note
Efficience	
Efficacité	
Durabilité	

2.10 Output 8 &9

2.10.1 Analyse des progrès réalisés

Output 8 : LA CARTOGRAPHIE DES APPUIS GLOBAUX ET PARTICULIERS AUX ZS ENDEMIQUES THA EST REALISEE ET ACTUALISEE ET LES BESOINS NON SATISFAITS SONT IDENTIFIES

Output 9 : LA LUTTE CONTRE LA THA EST PRISE EN COMPTE ET BUDGETISEE DANS LES PDS DES ZS ENDEMIQUES ET DES FINANCEMENTS COUVRANT LES BESOINS IDENTIFIES SONT OBTENUS

Indicateurs	Valeur de la *Baseline*	Progrès année 2011	Progrès année 2012	Cible année 2013	Cible finale	Commentaires
Nbre de cartes THA – partenaires faites par province	10	10	10			Travail actualisé chaque année par la DEP & D5
Nbre de ZSE avec besoins non satisfaits identifiés	0		50	125		Les 50 ZSE qui comptent pour environ 80 % des cas de THA déclarés
Existence d'un document « costing » activités de lutte THA	ok					A actualiser en 2013
Nbre de ZSE ayant un plan budgétisé basé sur le costing THA et les besoins non satisfaits pour la THA		x	x	x		La majorité des ZSE ont inscrit la THA dans leur PAO budgétisés ; les coordinations du PNLTHA assistent depuis 2011 les ZSE lors de la rédaction des PAO avec les informations concernant le coût des intrants et des activités.
Nbre de forum trypano nationaux et provinciaux tenus						La tenue de forums pour une maladie spécifique est une activité qui ne cadre plus avec la SRSS et la mise en œuvre du PNDS

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
8.1 Mettre à jour la liste des intervenants dans les ZS endémiques et les cartographier par domaine d'intervention et par contribution		X			
8.2 Identifier les besoins THA non satisfaits ni par les projets spécifiques de lutte contre la THA ni par les projets d'appuis globaux aux ZS		X			
8.3 Briefer en collaboration avec la Direction 4 et la DEP régulièrement les partenaires sur l'évolution épidémiologique de la THA dans les ZS qu'ils appuient et solliciter leur appui complémentaire à la lutte contre la THA en fonction des besoins réels (tenue de forums trypano national et provinciaux)			X		La tenue de forums pour des maladies spécifiques a été abandonnée dans le cadre de la SRSS
9.1 Elaborer des plans budgétisés à long terme (national et provinciaux)		X			Les microplanifications par maladie spécifique ont été abandonnées en faveur du PAO qui intègre toutes les dimensions de l'action sanitaire et qui est par chaque ZS un exercice obligatoire du MINSAN dans le cadre du PNDS
9.2 Faire la plaidoirie au niveau provincial et national pour le financement de ces plans		X			L'élaboration obligatoire pour chaque niveau de la pyramide sanitaire des PAO (directions/programmes, ECP et ECZS), à laquelle sont associés les partenaires (qui doivent y inscrire leurs appuis) marque la volonté du MINSAN qui plaide non seulement en faveur d'obtention de financements mais surtout d'appuis alignés et harmonisés. La tenue des SMCL dans les provinces endémiques est chaque fois une occasion pour activer la plaidoirie en faveur de l'appui à la lutte contre la THA en province.

Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :	
Lien entre les activités et l'output.	En ce qui concerne la plaidoirie pour l'obtention de financements couvrant les besoins spécifiques dans le cadre de la lutte contre la THA, le projet a suivi 2 lignes directrices : 1) <u>La politique du Ministère de la Santé</u> Le MINSAN a appelé les gouvernements provinciaux, les programmes spécialisés et les partenaires dans le domaine de la santé à s'aligner tous à la SRSS, le PNDS et aux PAO qui en découlent. Il n'est plus l'heure pour des actions de plaidoirie en faveur d'une maladie spécifique. Tous les appuis doivent s'intégrer dans le cadre des appuis globaux aux zones de santé. Par ailleurs, vu l'impact que le projet a eu sur l'endémicité de la THA dans la plupart des provinces, il paraît improbable qu'à ce jour des financements très spécifiques puissent être trouvés pour la THA. Comme indiqué dans le DTF, il est important que dans le long terme des financements minimaux soient garantis au niveau des ZSE pour la surveillance de la THA. Au niveau des CS et hôpitaux des ZSE, ces financements concernent principalement l'équipement et les consommables des laboratoires (microscopes etc.), la formation et la rémunération correcte du personnel, les tests sérologiques et les trypanocides. Les 4 premiers éléments peuvent être parfaitement pris en compte dans le cadre du fonctionnement normal des ZS et des appuis globaux dont elles bénéficient alors que pour les tests de dépistage et les trypanocides il existe jusque-là une forte dépendance des financements extérieurs (Sanofi-Aventis, Bayer, OMS et CTB). Cette dépendance est encore plus grande pour les équipes mobiles dont la plupart couvrent plusieurs ZS et ne pourraient donc pas être prises en charge par une seule ZS. Comme elles ne génèrent pas de revenus elles sont encore plus vulnérables sur le plan financier que les formations sanitaires fixes ; d'où une discussion doit avoir lieu pour définir les contours du financement dans l'avenir des équipes mobiles qui vont rester. (équipes attachées aux provinces ?) 2) <u>La politique d'advocacy de la PATTEC</u> Comme le PNLTHA s'était aligné sur le volet « advocacy » de la campagne panafricaine pour l'éradication des tsé-tsé et trypanosomoses, la PATTEC, le projet, n'ayant pas de budget pour les activités de plaidoirie, n'a pas développé des activités spécifiques à part la démarche pour obtenir un appui complémentaire de l'OMS pour les CATT.
Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output	Les financements suivants ont été obtenus au cours de l'année 2012 en faveur des activités de lutte : - Financement de 750.000 CATT par l'OMS Genève - Le financement de 4 équipes mobiles par le DNDi (dont 3 qui étaient auparavant prises en charge par la CTB) à partir de décembre 2012 et les frais de réhabilitations des sites de recherche dans le Bandundu et le Kasaï

	Oriental - Le gouvernement provincial du Bas-Congo a financé l'achat de centrifugeuses à micro-hématocrite pour les HGR des ZS. Grâce à ces équipements, un examen de haut niveau (la CTC) pour le diagnostic de la THA est maintenant disponible. - D'autres financements dans le cadre des appuis globaux aux ZS de la part de la BM (PARSS Equateur, Maniema), du 9ème FED (Kasaï) et de la BAD (Isangi et Yabaondo), ont directement ou indirectement contribué à la lutte contre la THA (équipement de labo, réhabilitations, frais de fonctionnement etc.) - Financement intra CTB : o ASSNIP 4 (Gemena) : financement de 100.000 CATT o DLM : financement de la mise en place d'un réseau de laboratoires provinciaux de référence – le PNLTHA y a participé activement
Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence :	- Le PNLTHA et la CTB ayant anticipé la rupture de stock des CATT par épuisement du budget, ont saisi l'OMS qui a réagi favorablement en mettant à la disposition du PNLTHA un lot de 750.000 CATT après les 1.000.000 tests déjà livrés fin 2011. - Il y a un besoin d'harmonisation entre les financements pour la lutte (CTB et OMS) et les multiples projets de recherche. L'EMP a émis la recommandation d'élaborer un code de bonne conduite pour les recherches.
Résultats inattendus :	Les activités d'« advocacy » appuyées par la PATTEC et l'Union Africaine et mises en œuvre en 2010 et 2011 par le PNLTHA, ne se sont plus poursuivies en 2012. Cette évolution inattendue est expliquée par certains comme une conséquence possible des changements olitiques liées au printemps arabe.

2.10.2 Exécution budgétaire

Montant Total Prévu	Dépenses globales au 31/12/2012	Taux d'exécution global
0 €	0 €	

3 Thèmes transversaux

3.1 Genre

- Le PNLTHA est un programme spécialisé du MINSAN dont le sexe ratio penche à plus de 90 % en faveur d'un personnel masculin. Ceci s'explique du fait que la stratégie principale est le dépistage actif qui suppose des déplacements fréquents et des absences prolongées peu compatibles avec le rôle traditionnel des femmes. Toutefois au niveau de la direction du PNLTHA, les coordinations provinciales et les centres de diagnostic et de traitement, la domination masculine est moins prononcée qu'au niveau des équipes mobiles. Le processus d'intégration en cours conduira automatiquement à une plus grande implication des femmes, vu leur présence plus importante dans les formations sanitaires fixes.

- Dans le cadre de l'intégration, le projet a conseillé le PNLTHA de promouvoir dans les ZSE le dépistage systématique de la THA chez les femmes enceintes. Les premières expériences ont montré que certaines femmes refusent de se faire dépister à cause de croyances. Un travail de sensibilisation sur le bien-fondé de cette action préventive qui a un intérêt également pour l'enfant qui va naître, s'avère encore nécessaire.

3.2 Environnement

- Depuis juillet 2009, le mélarsoprol (Arsobal), a été progressivement remplacé par le NECT (nifurtimox – eflornithine combined treatment) pour le traitement des nouveaux cas du 2ème stade de la maladie. Il s'agit d'un médicament fort toxique dont la production posait de tels problèmes pour l'environnement qu'à un moment donné l'arrêt de sa fabrication avait été envisagé. Dans son rôle de conseiller technique au PNLTHA, le projet CTB a établi des contacts avec l'OMS et la firme Aventis-Sanofi pour que la destruction des ampoules de mélarsoprol périmées et non périmées, se fasse de façon professionnelle sans aucun risque pour l'environnement. Sanofi-Aventis a décidé de charger la société VEOLIA de l'évacuation et de la destruction. Comme les stocks provinciaux de mélarsoprol ont tous été renvoyés à la direction du PNLTHA en 2012, la procédure de l'évacuation de ce produit aura lieu en 2013.

- Pour sensibiliser le personnel de labo sur l'importance d'une bonne gestion des déchets biologiques (tubes de prélèvements contenant du sang, lancettes souillées etc.), l'unité de l'assurance-qualité de l'INRB a été invitée pour une formation dans ce domaine. Les unités mobiles ont été

équipées avec des seaux à robinet pour faciliter le lavage régulier des mains lors du dépistage actif. Les conteneurs pour aiguilles usées devront être renouvelés en 2013.

- Il n'existe pas encore une alternative moins polluante pour les véhicules 4 x 4 dont le PNLTHA se sert (35 dans le cadre du projet CTB) pour accéder aux populations à risque. En attendant la mise sur le marché de véhicules plus écologiques, le projet appuie le PNLTHA pour un entretien correct et régulier des engins. Le PNLTHA surveille les déplacements des équipes, n'autorisant en principe que des déplacements dans le cadre de la lutte.

- La diminution des cas de THA constatée en Afrique de l'Ouest a été mise en relation avec la désertification accélérée et son impact sur les populations de glossines. En RDC on rapporte que les galeries forestières connues comme l'habitat idéal des glossines sont en train de disparaître à une vitesse alarmante. Sur un éventuel lien entre ce changement environnemental en milieu rural et la diminution apparente de l'endémicité constatée également en RDC suite à une hypothétique diminution de la population du vecteur responsable pour la transmission de la maladie, il n'existe pratiquement pas de données. Dans un but de sensibiliser la population mais aussi pour documenter d'une façon systématique la présence du vecteur, le projet a proposé au PNLTHA d'instaurer un piégeage de sensibilisation-observation moyennant la pose de 5 pièges par aire de santé endémiques dont les captures seraient mensuellement rapportées. L'étude de xénomonitorage appuyée par Makerere University s'attèle, entre autres, à actualiser la carte des différentes espèces de glossines en RDC.

3.3 Autre

Considéré toujours comme un programme « hyperspécialisé » bénéficiant de financements tout à fait à part en dehors du système habituel, le PNLTHA a longtemps fonctionné au sein du Ministère de la Santé dans une sorte d'isolément sur un terrain où on supposait qu'il ne pouvait y opérer que les spécialistes en THA. Depuis la 3ème phase du projet (2004) et l'avènement de la SRSS (2006) des efforts sont faits pour sortir le programme de sa bulle en créant des ouvertures vers le reste du système de santé à tous ses niveaux.
La synergie avec le PNTS qui est favorable à adopter le CATT comme 5ème marqueur de la sécurité transfusionnelle en RDC en est un exemple concret et apprécié.

De même tant au niveau intermédiaire que périphérique, cette ouverture suscite beaucoup d'intérêt auprès des prestataires, pour lesquels un monde jusque-là inconnu se dévoile, comme en témoignent les rapports de formation.

D'autres pistes de collaboration intra et intersectorielle sont en perspectives de réalisation à court terme :

- Une campagne nationale de sensibilisation au sujet de la THA via les radios communautaires

- Une collaboration avec la Direction des laboratoires du MinSan, l'INRB et le PNLP pour une meilleure mise à profit des centaines de milliers de gouttes épaisses effectuées et lues chaque année en zones endémiques paludisme/trypanosomiase. Dans ces gouttes épaisses les laborantins ne cherchent souvent que les plasmodiums alors qu'elles peuvent bien servir pour le diagnostic et la surveillance de la THA ainsi que d'autres maladies parasitaires.

4 Pilotage et apprentissage

4.1 Plan d'action

Plan d'action	Acteur	Date limite
Description de l'action/la décision à prendre.	*Le responsable de la prise de décision/action*	*p. ex., Q1, Q2, Q3 ou Q4 de l'année N+1*
Organiser des actions d'envergure au Bandundu et au Kasaï Oriental avec l'implication des ressources humaines des équipes mobiles d'autres provinces et les ECZS des ZS concernées	PNLTHA/CTB	Q2
Chercher des appuis complémentaires pour l'achat des CATT pour le dépistage actif (OMS ?)	PNLTHA/CTB	Q1
Faire un plan budgétisé pour la poursuite de l'intervention jusqu'à la date d'expiration de la Convention Spécifique (28/04/2013)	PNLTHA/CTB	Q1
Harmoniser les activités dans le cadre de la lutte avec les activités dans le cadre de la recherche.	PNLTHA/Partenaires	Q1

4.2 Enseignements tirés

Malgré le contexte difficile en termes d'accessibilité géographique, contraintes logistiques, rémunération insuffisante du personnel, etc., il s'est avéré possible d'atteindre des résultats remarquables à voir l'évolution épidémiologique dans toutes les provinces endémiques. Plus que d'autre chose cette évolution positive est le fruit de l'endurance hors-norme dont le personnel congolais qui œuvre sur le terrain a fait preuve. Elle résulte des sacrifices que ce personnel dévoué a été prêt à faire pour sauver la vie des malades tout en essayant de réserver un avenir à la propre famille grâce à des petites économies faites sur les modiques primes d'encouragement payées dans le cadre de l'intervention. Aller en itinérance 20 jours par mois, 11 mois par an, à la recherche de malades dans les villages les plus reculés, et cela pendant des années, c'est plus qu'un simple travail. Plusieurs des anciens microscopistes sont entre-temps décédés dans un anonymat presque total. La plupart d'entre eux ont néanmoins pu permettre à leurs enfants d'être scolarisés et de réussir des études supérieures, parfois même à l'étranger. En cas d'arrêt du projet soit en cas d'atteinte de l'objectif d'élimination, aucune stratégie d'exit, aucun décompte n'est prévu pour ce personnel qui, s'il est âgé n'aura plus de perspectives professionnelles, s'il est jeune, sera obligé de se reconvertir à d'autres types de travail. Une stratégie d'exit devrait tenir compte de cet aspect.

Si grâce aux ressources humaines, matérielles et financières des résultats encourageants qui se rapprochent de l'atteinte de l'objectif (sauf pour la province du Bandundu) ont pu être obtenus, par contre pour atteindre le niveau de l'élimination il faudra encore des moyens financiers considérables et des approches spécifiques. Il est illusoire de penser qu'avec un appui au fonctionnement de 2 à 2.5 mln € par an, complété par les appuis d'Aventis-Sanofi et de l'OMS, l'on puisse arriver un jour à l'élimination de la THA en RDC. La conséquence de la non-atteinte de l'élimination est que la maladie continue à se transmettre à bas bruit et qu'on reste dans une situation où le risque de recrudescences ne peut être écarté. La non-élimination peut créer à la longue l'impression d'une certaine inefficacité soit que l'on tire en longueur les choses pour durer. Le taux d'exécution budgétaire élevé du projet montre pourtant le contraire. La marge budgétaire est si étroite que l'enveloppe allouée permet de justesse de maintenir le statu quo sur le plan épidémiologique dans ce pays à dimensions continentales. Que l'approche multi-bailleur prônée par la phase 4, n'ait pas eu les résultats escomptés, était un risque bien connu avant le démarrage de l'actuelle phase. La plupart des partenaires du PNLTHA sont des institutions qui ont pour mission la recherche (IMTA, FIND, DNDi, ITS…) et elles n'ont pas de fonds pour la lutte de routine. D'autres bailleurs ne s'intéressent pas à un problème qui en termes de santé publique à leurs yeux a perdu beaucoup en importance. En conclusion la problématique du financement de la lutte contre la THA est bien complexe et nécessite une analyse et une discussion approfondies. Si réellement l'objectif est d'éliminer la THA en RDC alors c'est aujourd'hui le moment mais dans ce cas il faut trouver le paquet financier nécessaire. Si on n'est pas en mesure de trouver les fonds pour l'élimination, il faudra se rendre compte que le coût pour maintenir à long terme le statu quo actuel, pourrait assez vite dépasser le coût d'une campagne d'élimination plus coûteuse par an mais d'une durée moins longue.

Au moment où l'élimination pointe à l'horizon et qu'avec un « one shot » musclé et sur un laps de temps relativement bref l'on pourrait obtenir un véritable effet « knock down » sur l'endémie là où elle persiste encore (Bandundu et dans une moindre mesure le Kasaï Oriental), l'exit de la coopération bilatérale du secteur santé en RDC n'est pas tombé à point nommé. Depuis 4 ans maintenant le PNLTHA s'est lancé avec l'appui de la CTB dans des « actions d'envergure intraprovinciaux » pendant lesquelles des équipes mobiles qui n'ont plus beaucoup de travail dans leur propre rayon d'action prêtent main forte à des équipes voisines qui opèrent dans des zones de santé où la maladie est encore plus présente. Les résultats ont été à tel point encourageants que l'IMTA en a félicité le PNLTHA et la CTB. A juste titre le conseiller médical de la Fondation Bill Gates en visite en RDC a exprimé ses doutes par rapport à la faisabilité dans l'avenir d'essais cliniques qui nécessitent des masses critiques de malades pour

obtenir des résultats fiables sur le plan statistique. Grâce à son étendu, la RDC reste aujourd'hui pratiquement le seul « laboratoire » en Afrique pour la mise au point de nouveau médicaments et tests de diagnostic contre la THA. L'appui bilatéral la CTB au fonctionnement du PNLTHA à ses 3 niveaux, constitue un atout indéniable pour le déroulement de ces études de grand intérêt qui auront – en cas d'issue favorable - un impact sur le plan continental. L'intensification des activités au Bandundu et au Kasaï Oriental par les actions d'envergure appuyées par la CTB relève d'un triple avantage : un plus grand nombre des malades sera détecté et traité sur une période plus courte avec un effet « knock down » sur le réservoir humain, point d'orgue d'une lutte sans relâche depuis 15 ans ; la période d'inclusion pour l'étude fexinidazole pourrait s'en retrouver raccourcie ce qui à son tour ferait que le médicament pourrait être plus vite disponible dans tous les pays endémiques; il y aura un impact sur le coût de la lutte qui diminuera dès que l'endémicité se rapprochera du seuil de l'élimination. Les partenariats de l'OMS/Sanofi, la CTB et les institutions de recherche constituent donc une synergie triangulaire à haut potentiel au centre duquel se trouve le PNLTHA. Nul besoin de toucher aujourd'hui à l'architecture de cette configuration dont les équipes gagnantes se complètent et contribuent chacune de façon spécifique selon leur rôle spécifique tout en cultivant le souci constant d'alignement et d'harmonisation. Avec la nouvelle direction du PNLTHA qui a été mise en place par le MINSAN, il y a de l'espoir que sous son leadership les collaborations seront encore plus fructueuses dans l'avenir pour qu'à court terme l'endémie de la THA puisse finalement être réduite jusqu'au niveau de l'élimination au grand et durable profit de la population congolaise.

5 Annexes

5.1 Cadre logique d'origine

RI	Activités	IOV	Moyen		Hypothèses et risques	Sources de vérification
			RH	RM		
Composante 1 : Soins intégrés, globaux et de qualité Ri 4)						
R.1	La lutte contre la THA est planifiée par les ZS selon l'évidence épidémiologique	ateliers provinciaux réalisés; Nbre de ZS avec lutte contre le THA intégré dans leur plan annuel; politique d'intégration explicite disponible			ZS fonctionnelle avec ECZ en place et disposant des données épidémiologique	
Act. R0101	Inscrire la lutte contre la THA dans les PDSZ et les plans opérationnels annuels des ZS endémiques		ECZS, ECP, MCP	transport local	Modèle de PDSZ disponible	PDSZ
Act. A0102	Organiser les ateliers provinciaux afin de programmer le lancement progressif de l'intégration de la lutte contre la THA dans les ZSE d'une province, réunissant les ECZ endémiques, les UM, l'ECP et le niveau national		MCP, ECZS, CUM, PNLTHA	transport, salle, fournitures, imprimés	Suffisance des moyens financer pour organiser ces ateliers	Rapports des ateliers provinciaux
R.2	L'action des UM est rendue plus efficace	réduction du TI à < 0,1%; Nbre d'UM appliquant systématiquement tous les tests	PNLTHA, MCP, CTB, ECP, ECZ, UM	frais d'investissement et de fonctionnement	Fiabilité données démographiques	
Act. A0201 A0102 A0203 A0204	Organiser le DA dans les ZS endémiques sur base de l'endémicité selon le plan annuel établi		ECZS, UM, MCP	véhicules, hors-bord, carburant, consommables médicaux	Pertubation exécution planning par insécurité, pannes véhicules, flambée inattendue d'un foyer	Plans annuels DA
Act. A0205	Organiser des actions d'envergure (plusieurs UM) dans les ZS hyperendémiques selon le plan annuel établi		ECZS, UM, MCP, PNLTHA	idem	La population cible accepte de se faire examiner par des UM qui viennent d'ailleurs	Rapports mensuels des UM
Act. A0206	Améliorer la participation de la population cible au dépistage actif		ECZS, UM, MCP, IT, RECO, leaders	outils pour l'IEC		Rapports mensuels des UM

Act. A0207	**Améliorer la détection de la THA lors du DA grâce à l'utilisation de techniques de dépistage et de diagnostic efficaces par toutes les UM**		**ECZS, UM, MCP**	**CATT et accessoires, centrifugeuses, générateurs, mini-colonnes etc.**	**Disponibilité des équipements nécessaires**	**RM des UM; fichier suivi techniques sensibles**
Act. A0208	**Traiter systématiquement dans les AS hyperendémiques les cas sérologiques CATT + à 1/8**		**personnel FS, UM**	**micropipettes et accessoires**	**changement de la politique du PNLTHA autorisant le traitement "sérologique"**	**RMdes UM**
Act. A0209	**Améliorer la gestion des ressources humaines au sein des UM (GRH UM)**		**personnel UM, MCP**		**Résistance de la part du personnel**	**Rapports annuels des coordinations**
Act. A0210	**Etendre la couverture en DA des UM**		**PNLTHA, ECP, partenaires**	**"Kits complets UM"**	**Des financements supplémentaires sont trouvés**	**Rapports annuels des coordinations**
Act. A0211	**Assurer la coordination des activités A0201 -A0210**		**Coordinations provinciales**	**bureau, véhicule, ordinateur, mail, hors-bord, dépôt**	**Reformes secteur de santé ne perturbent pas fonctionnement coordinations; des financement supplémentaires trouvés pour garantir continuité activités dans certaines coordinations**	**Rapport trimestriels des coordinations**
Act.A0212	**Evaluer toutes les UM à l'aide d'une grille d'évaluation préétablie et effectuer les rétro-actions qui s'imposent**		**PNLTHA-CTB**	**moyens de déplacement**	**Indépendance et objectivité des évaluateurs; les problèmes de RH sont résolus dans la dignité**	**Rapports d'évaluation UM**
R3	**Les activités de lutte contre la THA (dépistage, diagnostic, traitement et suivi postthérapeutique, IEC, LAV) font partie intégrante du PMA, PCA et PAP des FS des ZS endémiques et la prise en charge est améliorée**	**Nombre de ZSE ayant intégrée les activités de lutte dans le PMA, PCA et PAP; Existence d'un rapport d'atelier national sur l'intégration; lutte contre la THA repris dans le PMA et PCA; Nbre de plans opérationnels des ZSE appuyés; Nbre personnels ZSE formés en THA; Nbre de CDTC intégrés dans les HGR, CS**	**SG, D4, D5, DEP, PNLTHA, ECP, partenaires, ECZ, HGR, CS, UM**		**L'intégration de la lutte contre la THA dans le PMA et le PCA est officiellement acceptée.**	**Rapports d'activités des ZS, rapports trimestriels des coordinateurs**
Act. A0301	**Valider lors de l'atelier national sur l'intégration du Ministère 4ème direction, l'intégration des activités de lutte contre la THA dans le PMA et le PCA**		**D4, D5, DEP, PNLTHA, ECP, MCP, experts en santé publique**	**salle, projecteur, imprimés**	**L'atelier a lieu au début de la phase 4**	**Rapport de l'atelier sur l'intégration**

Act. A0302	**Rédiger et diffuser un manuel de stratégies et de procédures des activités intégrées de lutte contre la THA dans les provinces et les ZS**		**SG, ECP, MCP, experts externes en édition**	**fabrication d'un manuel, moyens de communication et de transport**	**La diffusion suit vite la tenue de l'atelier et se fait de façon contrôlée.**	**Circulaire du MinSan adressée aux ZSE, Manuel distribué**
Act. A0303	**Appuyer la mise en œuvre des PDSZ et des plans opérationnels des ZS endémiques**		**Gouvernement & partenaires appuyant les ZS**	**moyens de communication et de transport**	**Il n'y a pas ou peu de retard dans les appuis aux ZSE par les partenaires**	**Rapports d'activités des ZS et des projets d'appui au ZS**
Act. A0304	**Former les personnels en THA selon les plans opérationnels**		**MCP, CUM, ECP, ECZ, IT superviseurs de stage**	**frais de stages pour MCZ et IT, salles, supports de formation**	**Les moyens financiers sont disponibles**	**Rapports de formation**
Act. A0305	**Mettre en œuvre les activités de lutte contre la THA conformément au PMA et PCA**		**ECZS, MD, IT et personnel des FS des ZSE, MCP, UM, personnel polyvalent supplémentaire dans les CS qui pratiqueraient le DA**	**transport local pour supervison intensive, moyens pour le dépistage, diagnostic et traitement en suffisance**	**Traitement de patients faux positifs**	**RM des FS (CS, HGR, CDTC), RM des UM, rapports trimestriels des coordinations**
Act. A0306	**Intégrer les CDTC dans les HGR/CS là où c'est justifié et possible**		**PNLTHA, MCP, ECZS, HGR**	**moyens de déplacement**	**Obstruction personnel CDTC au processus d'intégration; panier commun insuffisant pour motiver équipe élargi; obstruction ECZ par rapport à la prise en charge personnel CDTC**	**Rapports trimestriels des coordinations**
Act. A0307	**Mener une lutte anti-vectorielle simultanée au DA ciblant les AS à haute transmission avec la participation de la ZS et de la communauté (OAC, RECO, ONGD locales)**		**ECZS, UM, MCP, FS, OAC, RECO, ONGD**	**intrants pour la LAV**	**Disponiblité des intrants pour la LAV; financements supplémentaires (PATTEC ?)**	**RM LAV; contrats performance piégeurs; cahier captures glossines; RM UM; rapp. Trim. coordination**
Act. A0308 A0309 A0310 A0311	**Assurer la coordination des activités A0301 - A0307**		**MCP, superviseurs**	**bureau, véhicule, ordinateur, mail, hors-bord, dépôt**	**Reformes en cours secteur santé ne perturbent pas fonctionnement coordinations; financements supplémentaires trouvés pour garantir continuité activités dans certaines coordinations (BC, Eq S, Eq N, Man, San, Kocc)**	**Rapports trimestriels des coordinations**

R4	**Les données épidémiologiques sont utilisées comme outil de suivi et de contrôle dans le cadre de la surveillance des maladies**	**Nbre ZSE appliquant un système de surveillance intégrée ; Nbre de malades traités suivis**	**Cellule survepi PNLTHA, AT CTB, D4, coordinations prov., ECZS**	**logiciels, GPS, ordinateurs**	**Les données récoltées sont analysées par ceux qui les ont récoltées**	**RM, bases de données informatisées**
Act. A0401	**Actualiser les listes des villages et données démographiques par aire de santé des ZS, géoréférencer les villages des aires de santé endémiques à problème THA et produire des cartes épidémiologiques pertinentes**		**ECZS, IT, MCP, PNLTHA**	**moyens de déplacement, GPS, logiciel de cartographie, ordinateur**	**Recensement annuel par les ZS; financement OMS pour les ZSE non géoréfrencées par le projet phase 4**	**Cartes satéllitaires des ZSE avec données épidémiologiques par villages et ASE**
Act. A0402	**Harmoniser le système de recolte et de rapportage des données du PNLTHA avec le système de recolte et rapportage des ZS (tester et mettre en œuvre le protocole de système de surveillance épidémiologique de la THA)**		**D4, D5, DEP, PNLTHA, ECP, MCP**	**salle pour atelier, outils de collecte**	**le juste milieu est trouvé entre le rapportage très détaillé des UM et le rapportage trop succinct du SNIS par les FS; risque de voir apparaître le phénomène de "doublons" si système n'est pas bien mis au point**	**Protocole survepi; fiches recolte de données ZS; rapports mensuels des UM**
Act. A0403	**Mettre à jour et analyser mensuellement les banque de données THA provinciales et assurer le rapportage**		**Coordinations provinciales**	**logiciel, ordinateurs, fournitures**	**le contrat de performance stipulant l'obligation d'actualiser les BD est appliqué**	**Base de données provinciales**
Act. A0404	**Assurer la surveillance des cas de rechute**		**UM, CDTC, HGR, MCP**	**centres de traitement et de suivi, matériel pour PL, fournitures, moyens de communication**	**méthodologie suivi actif basée sur THARSAT mise au point et moyens financiers pour l'appliquer trouvés**	**Registre de suivi**
Act. A0405	**Diversifier les techniques de surveillance épidémiologique de la THA (sondages des groupes à haut risque, analyse de cohorte, sérosurveillance à partir de la sécurité transfusionnelle…)**		**UM, HGR, MCP, CDTC, ECZS**	**Comsommables comme les testes CATT**	**Non intégration dans la routine**	**Rapports annuels des coordinations**
Act. A0406	**Impliquer les structures de santé et les communautés dans les activités de surveillance (surveillance à base communautaire)**		**ECZS, MCP**	**moyens de communication**	**Un appui technique par l'OMS est fourni**	**Rapport des ZS, rapports trim coord. prov.**

Composante 2 : Renforcement structurel, décentralization, collaboration intra- et intersectorielle						
	et transfrontalière et suivi scientifique (Ri 3)					
R5	**Un appui institutionnel adapté à la configuration nouvelle (décentralisation, SRSS, intégration) est fourni aux niveaux central (PNLTHA, D4), provincial (ECP) et périphérique**	**Document disponible avec définition d'une politique sur l'intégration; Nbre de coordinateurs de programme intégré dans l'équipe de santé provinciale; document disponible avec définition de la rélation fonctionelle entre la D4 et le programme**	**ATB**		**Disponiblité de l'AT**	**Rapports annuels de suivi et évaluation**
Act. A0501	**Mettre en place le nouveau PMU pour assurer la gestion journalière sur le plan technique (A0501 1), logistique (A0501 2), administratif et financier (A0501 3)**		**PNLTHA-CTB**	**salle de réunion, fournitures**	**Un ROI est élaboré et son application est rigoureusement respécté**	**PV des PMU**
Act. A0502	**Améliorer l'appui logistique aux UM et aux FS**		**PNLTHA, coordinations provinciales**	**moyens de communication et de transport**	**Délais raisonnables pour l'exécution des MP; financement suffisant pour l'acheminement parfois urgent**	
Act. A0503	**Primes Equipe Direction Programme**		**Direction programme**	**NA**	**demande exorbitante**	**Rapports financiers**
R.6	**L'accompagnement du processus de l'intégration et le suivi scientifique de la lutte contre la THA sont assurés tout au long de l'intervention**	**Comité d'accompagnement installé et opérationnel; Nbre de recherche-actions réalisées; Nbre d'évaluations réalisées; Augmentation du nombre de partenaires intrazonaux, intersectoriels et régionaux; Existence d'un plan multisectoriel de lutte contre la THA**	**D4, D5, DEP, PNLTHA, OMS, CTB, ESP, partenaires**	**salle, fournitures**	**Disponibité de la D4 pour piloter ce comiter**	**Rapports suivi & évaluation, rapports comité d'accomp., rapports d'évaluation**
Act. A0601	**Mettre en place le comité d'accompagnement de l'intégration**		**PNLTHA, 4ème et 5ème directions MSP, DEP, Ecole de Santé Publique, Représentants des partenaires, experts internationaux…**	**salle, projecteur, imprimés**	**Dynamisme des membres du comité**	**Cahier de charges comité d'accompagnement, PV des réunions**
Act. A0602	**Appuyer la conception et l'exécution de recherche-actions par des organismes de recherche scientifique locaux et externes (enquête anthropologique sur la compréhension et la symbolique de la maladie et la perception de la lutte)**		**CTB-PNLTHA, comité d'accompagn.**	**moyens de déplacement, fournitures**	**Protocole de recherche bien élaboré**	**Protocole de recherche; rapports de recherche action**

Act. A0603	**Organiser les missions d'expertise externe et les évaluations externes**		**CTB**	**moyens de déplacement**	**Disponibilité des experts**	**Rapports de mission**
Act. A0604	**Participation aux colloques internationaux et aux réunions de concertation inter pays**		**CTB**	**moyens de déplacement**	**Des financements supplémentaires sont trouvés**	**Rapports de mission; rapports des conférences**
R7	**La collaboration intra zonale, intersectorielle et transfrontalière est renforcée**	**Nbre de plan de ZS intégrant la THA ; Nbre d'activités à base communautaire ; nbre de bailleurs nouvellement identifiés**	**partenaires en ZS, secteurs Environnement, Agriculture& élevage, Enseignement, Média, autres partenaires…**	**salle de réunion, fournitures**	**Les partenaires potentiels sont intéressés à s'impliquer activement dans la lutte contre la THA**	**PV des réunions multisectorielles sur la THA**
Act. A0701	**Etablir un état des lieux de partenariat intrazonal (partenaires en ZS), intersectoriel potentiel (Education, Environnement & Hygiène, Agriculture et Elevage, Développement rural, Média…), et transfrontalière; identifier les possibilités de synergies et concevoir les stratégies de mise en œuvre.**		**ECZS, MCP, ECP, PNLTHA, CTB, partenaires**	**salle de réunion, fournitures**	**Des financements supplémentaires sont trouvés**	**Listes des partenaires potentiels par ZS, coordination provinciale et au niveau national**
Act. A0702	**Planifier des actions pertinentes par secteur ; négocier les financements nécessaires et exécuter**		**PNLTHA, DGCD, CTB IS**	**salle de réunion, fournitures**	**Des financements supplémentaires sont trouvés**	**Plan multisectoriel de lutte**
Act. A0703	**Mettre en commun les expériences lors des forums trypano**		**PNLTHA, partenaires, CTB**	**salle de conférence**	**Participation active des inivtés**	**PV des forums trypano**
Act. A0704	**Participer à l'organisation d'actions de lutte transfrontalière**		**PNLTHA**	**moyens de déplacement**	**Reprise de l'appui régional à la lutte contre la THA en Afrique Centrale via OMS Afro**	**Rapport activités transfrontalières et PV des réunions**
Composante 3 : Financement global multi bailleurs à moyen et long terme (Ri 2)						
R8	**La cartographie des appuis globaux et particuliers aux ZS endémiques THA est réalisée et actualisée et les besoins non satisfaits sont identifiés**	**Nbre de cartes THA - partenaires faites par province; Nbre ZSE avec besoins non satisfaits identifié**	**PNLTHA, CTB, DEP, MCP, ECZS**	**ordinateur, fichiers des partenaires dans la santé**	**Le fichier des partenaires au niveau de la DEP est régulièrement mis à jour**	**Fichier partenaires appuyant ZSE; états de besoins par ZSE pour THA**

Act. A0801	**Mettre à jour la liste des intervenants dans les ZS endémiques et les cartographier par domaine d'intervention et par contribution**		**AT, DEP, MCP, ECZS, UM**	**ordinateur, fichiers des partenaires dans la santé**	**Dép. RH au niveau des province est fonctionnel**	**Liste d'intervenants à jour**
Act. A0802	**Faire des cartes par province qui contiennent les données épidémiologiques sur la THA ainsi que les renseignements sur les partenaires intervenant dans la santé au niveau des ZS endémiques**		**PNLTHA, CTB, DEP**	**fichiers MinSan des partenaires (DEP), moyens de communication et de déplacement**	**Les données épidémiologiques des ZSE sont disponibles**	**Cartes satéllitaires ZSE avec données survepi & parten.**
Act. A0803	**Identifier les besoins non satisfaits ni par les projets spécifiques de lutte contre la THA ni par les projets d'appuis globaux aux ZS**		**PNLTHA, CTB, MCP, ECZS**	**moyens de communication**	**Les données concernant les appuis prévus sont échangées en toute transparence**	**Etats besoins ZSE précisant les besoins non couverts lutte THA**
R9	**La lutte contre la THA est prise en compte et budgétisée dans les PDS des ZS endémiques et des financements couvrant les besoins identifiés sont obtenus.**	**Existence d'un document "costing" activités de lutte THA; Nbre de ZSE ayant un plan budgétisé basé sur le costing THA et les besoins non satisfaits pour la THA; Nbre de forum trypano nationaux et provinciaux tenus**	**SG,D4, ECP, ECZS, MCP, DEP, PNLTHA, CTB, partenaires**	**cfr ci-dessous**	**Les ECZ des ZSE et leurs partenaires acceptent le principe d'une contribution à la lutte contre la THA sur les budgets d'appui global.**	**Budgets PDS; documents projets lutte THA**
Act. A0901	**Elaborer des plans budgétisés à long terme (national et provinciaux)**		**PNLTHA, CTB, MCP, ECZS**	**moyens de communication**	**Coordination insuffisante entre les différents acteurs**	**Plans disponibles au niveau du PNLTHA**
Act. A0902	**Faire la plaidoirie au niveau provincial et national pour le financement de ces plans**		**MCP, PNLTHA, D4**	**salles de conférences, vidéo-projecteurs…**	**La plaidoirie est considérée comme une activité à part entière**	**Agenda PNLTHA, CTB, MCP**

5.2 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	NON
Rapport de *Baseline* enregistré dans PIT ?	ND
Planning de l'EMP	L'EMP a eu lieu en septembre 2013
Planning de l'évaluation finale	ND
Missions de backstopping depuis le 01/01/2012	Aucune

5.3 Rapport « Budget versus Actuels (y – m) »

Voir pages suivantes

BudCode RDC 0811411_	Budget DTF par LB (€)	Budget DTF par RI (€)	2009 (€)	2010 (€)	2011 (€)	2012 (€)	Total dépenses par LB au 31/12/212	Dépenses engagées	Total dépenses réelles + engagées	Dépenses par RI	Solde par LB (€)	Solde par RI (€)
Composante A												
RI 1		59.000								-54.222		4.778
A_01_02	59000,00			-26.041	-9.508	-18.674	-54.222		-54.222		4.778	
RI 2		4.145.697								-3.804.993		340.704
A_02_01	717.500		-121.634	-201.616	-139.055	-170.771	-633.077	-15.396	-648.472		69.028	
A_02_02	581.200		-3.934	-395.460	-100.372	-68.518	-568.284		-568.284		12.916	
A_02_03	143.785		-2.796	-67.056	-35.933	-59.083	-164.868		-164.868		-21.083	
A_02_04	1.257.480		-161.459	-315.076	-281.066	-331.822	-1.089.423	-8.357	-1.097.780		159.700	
A_02_05	90.000		-17.830	-16.259	20	-18.464	-52.533	-4.142	-56.675		33.325	
A_02_06	75.000		-772	-18.047	-1.959	-2.448	-23.227		-23.227		51.773	
A_02_07	1.278.232		-462.139	-445.073	-205.146	-133.330	-1.245.687		-1.245.687		32.545	
A_02_08	2.500						0				2.500	
A_02_10	0		0				0		0		0	
RI 3		2.845.500								-2.138.952		706.548
A_03_02	30.000						0		0		30.000	
A_03_03	185.556		-2.783	-11.639	-8.234	-25.571	-48.227		-48.227		137.329	
A_03_04	604.268		-80.022	-154.534	-147.987	-157.325	-539.869	-5.571	-545.440		58.828	
A_03_05	128.804		-697	-35.835	-5.897	-61.921	-104.351		-104.351		24.453	
A_03_06	639.386		-67.108	-105.660	-54.954	-76.036	-303.757		-303.757		335.629	
A_03_07	30.000				-111	-533	-644		-644		29.356	

BudCode RDC 0811411_	Budget DTF par LB (€)	Budget DTF par RI (€)	2009 (€)	2010 (€)	2011 (€)	2012 (€)	Total dépenses par LB au 31/12/212	Dépenses engagées	Total dépenses réelles + engagées	Dépenses par RI	Solde par LB (€)	Solde par RI (€)
A_03_08	91.000		-12.682	-12.542	-6.702	-5.529	-37.456		-37.456		53.544	
A_03_09	124.000		-1.871	-73.838	-1.389	-4.666	-81.764		-81.764		42.236	
A_03_10	561.421		-58.253	-157.855	-153.893	-221.072	-591.072	-2.157	-593.229		-31.808	
A_03_11	451.065		-63.788	-125.783	-103.007	-128.055	-420.634	-3.449	-424.083		26.982	
RI 4		50.000								-29.648		20.352
A_04_01	50.000		-4.858	-14.410	-317	-10.062	-29.648		-29.648		20.352	
Composante B												
RI 5		1.224.200								-954.587		300.258
B_01_01	772.200		-118.042	-176.852	-125.091	-161.048	-581.033	-5.717	-586.749		185.451	
B_01_02	20.000						0				20.000	
B_01_03	432.000		-51.723	-103.745	-91.860	-120.510	-367.838		-367.838		64.162	
RI 6		40.000								-9.355		
B_02_01	4.000			-2.848	-153		-3.001		-3.001		999	
B_02_02	16.000				-1.238	-669	-1.907		-1.907		14.093	
B_02_03	10.000					-1.189	-1.189		-1.189		8.811	
B_02_04	10.000		-3.258	0			-3.258		-3.258		6.742	
RI 7		0										0
Composante C												
RI 8		0										0
RI 9		0										0

BudCode RDC 0811411_	Budget DTF par LB (€)	Budget DTF par RI (€)	2009 (€)	2010 (€)	2011 (€)	2012 (€)	Total dépenses par LB au 31/12/212	Dépenses engagées	Total dépenses réelles + engagées	Dépenses par RI	Solde par LB (€)	Solde par RI (€)
Lignes Z		1.635.603								-1.436.485		199.118
Z_01_01	829.477		-101.458	-211.092	-204.924	-236.435	-753.909		-753.909		75.568	
Z_01_03	274.130		-70.982	-157.400	-45.748		-274.130		-274.130		0	
Z_01_04	55.165		-4.756	-14.395	-13.513	-15.262	-47.927		-47.927		7.238	
Z_01_05	250.000		-19.931	-27.091	-91.984	-34.475	-173.480		-173.480		76.520	
Z_02_01	20.000		-30.899		-80		-30.979		-30.979		-10.979	
Z_02_02	8.800		-927	-341	-236	-125	-1.629		-1.629		7.171	
Z_03_01	28.207		-1.507	-4.200	-2.700	-4.862	-13.269		-13.269		14.938	
Z_03_02	25.600		-2.679	-7.054	-5.057	-6.260	-21.051		-21.051		4.549	
Z_03_04	20.500		-1.737	-7.941	-5.027	-4.165	-18.869		-18.869		1.631	
Z_03_05	10.000		-2.030		-3.279	-743	-6.052		-6.052		3.948	
Z_03_06	4.000		-6.548	-14.082	-10.781	80	-31.331		-31.331		-27.331	
Z_03_07	20.324		-1.322	-6.520	-12.380	-1.232	-21.455		-21.455		-1.131	
Z_04_01	50.000					-42.072	-42.072		-42.072		7.928	
Z_04_02	14.400						0				14.400	
Z_04_03	25.000						0				25.000	
Z_99_98				101	-415	-18	-332		-332		-332	
Total général	10.000.000	10.000.000	-1.480.428	-2.910.185	-1.869.977	-2.122.863	-8.383.452	-44.789	-8.428.241	-8.428.241	**1.571.759**	**1.571.759**

5.4 Décisions prises par la SMCL et suivi

Décision prises					Action			Suivi
Décision à prendre	**Période d'identification**	**Timing**	**Source**	**Acteur**	**Action(s)**	**Resp.**	**Date limite**	**État d'avancement**
Exploiter l'étude sur les interdits au Kasaï Oriental dans d'autres provinces endémiques	Q1 2012	2012-2013	CR SMCL mars 2012	Dr Mpanya	Les études sur la perception se poursuivent	Dr Mpanya	Pas de date limite	
Renforcement du DA là où la transmission persiste et du DP dans les zones hypo-endémiques	Q1 2012	2012-2013	CR SMCL mars 2012	PNLTHA	Actions d'envergure dans le Bandundu et le Kasaï Occidental ; poursuite de l'intégration dans les ZSE	DIR PNLTHA/ coordinations provinciales/ UM	Fin projet	2 AE réalisées ; 260 itinérances réalisées ; augmentation du nombre de FS faisant le sérodépistage
Organiser une réunion sur proposition ATI sur renforcement du programme	Q1 2013	10 jours	CR SMCL mars 2012	CTB	Tenir une réunion	PNLTHA	avril 2012	Réunion tenue ; certaines mesures ont été prises
Organiser une réunion pour le plaidoyer	Q1 2012		CR SMCL mars 2012	SMCL	Préparer cette réunion	PNLTHA	Jun 2012	Pas encore réalisé