



Belgische Technische Coöperatie nv
Coopération Technique Belge sa

RAPPORT FINAL

« APPUI A LA LUTTE CONTRE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE, PHASE 2 » RDC/00/02

INFORMATIONS DE BASE SUR LA PRESTATION.

Pays	: République Démocratique du Congo
Secteur et sous –secteur CAD	: Santé / Lutte contre les maladies infectieuses (12250)
Institution nationale chargée de l'exécution	: Programme national de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine
Agences d'exécution	: Coopération Technique Belge Sous-traitants : Fometro, Memisa, MSF-B
Nombre d'experts en coopération internationale de la CTB	: 2
Durée de la prestation (selon AS/CS)	: 36 mois
Date de démarrage de la prestation :	
Selon AS/CS	: 31 juillet 1999
Effective	: 1 janvier 2000
Date de clôture de la prestation :	
Selon AS/CS	: 30 juillet 2002
Effective	: 30 septembre 2003
Modalités de gestion de la prestation	: - appui bilatéral au niveau central - sous-traitance par 3 ONG pour volets provincial et périphérique
Budget total de la prestation	: 8.482.430 €
Période couverte par le rapport :	: janvier 2000 – octobre 2003



Belgische Technische Coöperatie nv
Coopération Technique Belge sa

Annexes		Oui	Non
1.	Résumé des résultats	X	
2.	Etat des recettes et dépenses de l'année sous revue	X	
3.	Taux de déboursement de la prestation	X	
4.	Personnel de la prestation	X	
5.	Sous-traitance et appels d'offres	X	
6.	Equipements	X	
7.	Formations	X	
8.	Bailleurs de fonds	X	

PREMIÈRE PARTIE : APPRECIATION

Appréciez la pertinence et la performance de la prestation en utilisant les appréciations suivantes:

- 1. - Très satisfaisant
- 2. - Satisfaisant
- 3. - Non satisfaisant, malgré certains éléments positifs
- 4. - Non satisfaisant
- X. - Sans objet

Inscrivez vos réponses dans la colonne correspondant à votre rôle dans l'exécution de la prestation :

	Responsable national de l'exécution	Responsable CTB de l'exécution
PERTINENCE¹ (cf. PRIMA, §70, p.19)		
1. Quelle est la pertinence de la prestation par rapport aux priorités nationales de développement?	1	1
2. Quelle est la pertinence de la prestation par rapport à la politique belge de développement?	1	1
Indiquez votre score par rapport aux trois thèmes ci-dessous :		
a) Genre	1	1
b) Environnement	1	1
c) Economie sociale	1	1
3. Les objectifs de la prestation étaient-ils toujours pertinents ?	1	1
4. La prestation a-t-elle répondu aux besoins des groupes cibles?	2	2
5. En fonction de ses objectifs, la prestation s'est elle appuyée sur les organes locaux d'exécution appropriés?	2	2

¹ Selon le PRIMA, §70, p.19, il s'agit "d'apprécier si les choix des objectifs, les choix des groupes cibles et des organes locaux d'exécution restent pertinents et cohérents par rapport aux principes généraux relatifs à une aide efficace et efficiente, ainsi que par rapport à l'application des politiques et stratégies locales, régionales, internationales et belges de développement ».

	Responsable national de l'exécution	Responsable CTB de l'exécution
PERFORMANCE² (PRIMA, §71, pp.19-20)		
1. Les résultats obtenus par la prestation ont-ils contribué à la réalisation de ses objectifs ³ ? (efficacité)	2	2
2. Appréciez la qualité des résultats intermédiaires (efficacité)	2	2
3. Les modalités de gestion de la prestation ont-elle été appropriées? (efficacité)	2	2
4. Les ressources de la prestation ont-elles été suffisantes sur le plan de (efficacité) :	2	2
a. Ressources financières?	2	2
b. Ressources humaines ?	2	2
c. Matériel et équipements ?	2	2
5. Les ressources de la prestation ont-elles été utilisées efficacement et optimisées pour obtenir les résultats attendus? (efficacité)	2	2
6. La prestation a-t-elle été satisfaisante sur le plan coût-efficacité par rapport à des interventions similaires? (efficacité)	2	2
7. Sur base du planning d'exécution, appréciez la rapidité d'exécution de la prestation. (respect des délais)	2	2

Indiquez votre appréciation globale de la prestation *en utilisant les appréciations suivantes*:

- | |
|---|
| <p>1 - Très satisfaisant
 2 - Satisfaisant
 3 - Non satisfaisant, malgré certains éléments positifs
 4 - Non satisfaisant</p> |
|---|

	Responsable national de l'exécution	Responsable CTB de l'exécution
Appréciation globale de la prestation	2	2

² Selon le PRIMA, §71, pp. 19-20, il convient « d'apprécier et de mesurer les performances convenues dans les phases de préparation selon les 4 critères et les indicateurs établis pendant la formulation. (Les 4 critères sont efficacité, efficacité, respect des délais et qualité du personnel).

³ voir annexe 1 pour plus de détails

Expliquez les raisons de votre appréciation, qui peut dépasser le cadre strict des critères de pertinence et de performance ci-dessus et être différente de l'appréciation donnée pour ceux-ci.

La satisfaction ne peut être totale car l'objectif spécifique « l'endémie de la THA est sous contrôle dans tous les foyers sous surveillance » n'a pas été atteint. Le taux d'infection général pour tout le pays a diminué de 2000 à 2003 de 1,06 % à 0,47 % sans toutefois atteindre les 0,10 % (ou moins de 1 NC/an par 1000 habitants), résultat attendu à la fin de la phase 2 bien entendu dans des conditions plus favorables de disponibilité suffisante des moyens financiers nécessaires (600.000.000 BEF au lieu de 300.000.000 BEF) et de stabilité politique.

Malgré des conditions de terrain souvent difficiles, les UM ont fait preuve d'un dévouement sans relâche en cherchant en moyenne 20 jours par mois, 11 mois par année pendant 4 ans des nouveaux cas de THA au sein des populations des régions endémiques. Toutes les séances de dépistage actif ont été sans exception rapportées par les UM selon le canevas du rapport mensuel.

Les sacrifices consentis par les personnels soignants dans les centres de traitement méritent d'être évoqués également. La prise en charge délicate surtout des malades au 2ème stade dont le traitement se complique régulièrement d'une encéphalopathie arsénicale, s'y fait souvent avec peu de personnels dans des conditions d'accueil basiques avec un équipement minimal.

Une mention spéciale va vers l'Equateur Nord qui, malgré son isolation pendant la guerre, a réussi à ramener la maladie en seulement 5 ans de proportions épidémiques à un niveau presque résiduel. Dans les autres provinces les progrès faits sont réels mais moins spectaculaires.

L'ouverture du Ministère de la Santé et du PNLTHA envers une intégration progressive des activités de surveillance par un renforcement des capacités au niveau des zones de santé est une bonne évolution. Elle a permis dans certains cas de mieux orienter les actions comme par exemple à Kinshasa où la formation des médecins-chefs de zone a conduit à la découverte du foyer de Buma dans la zone de santé de N'sele.

Tenant compte des nombreuses contraintes de manque de moyens, d'instabilité politique, d'accès difficile etc., la satisfaction est surtout grande à la lecture des résultats suivants :

- 1) Le nombre de personnes examinées a augmenté de 47 % : de 1.606.000 personnes examinées en 2000 à 2.245.000 personnes examinées en 2003.
- 2) Le nombre de personnes examinées au CATT a augmenté de 134 % : de 915.000 en 2000 à 2.141.000 en 2003
- 3) Le nombre de NC a diminué d'environ 17.000 NC en 2000 à environ 11.000 NC en 2003.

Conclusion : le travail abattu par les UM et les CDTC a permis de sauver la vie à plus de 58.000 personnes et de diminuer la transmission de la maladie de façon à dresser une base solide pour un contrôle réel de la THA durant la 3^{ème} phase du projet. A la fin de cette 3ème phase la THA ne devrait plus figurer parmi les problèmes prioritaires de santé publique dans les zones d'intervention de la prestation.

Responsable national de l'exécution	Responsable CTB de l'exécution

DEUXIÈME PARTIE : RÉSUMÉ DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRESTATION.

1. Rappel de l'objectif spécifique et des résultats intermédiaires de la prestation, tels que mentionnés dans le document de projet.

Objectif spécifique	L'endémie de la THA est sous contrôle dans tous les foyers sous surveillance
RI 1	La politique nationale est bien définie et les stratégies et modules élaborées, distribuées et utilisées sur le terrain
RI 2	Les activités prioritaires sont planifiées semestriellement et exécutées
RI 3	Le personnel de tous les niveaux est formé et périodiquement recyclé
RI 4	La lutte contre la THA est supervisée à tous les niveaux
RI 5	La surveillance épidémiologique de la THA est efficace
RI 6	La couverture par dépistage actif et passif des foyers les plus virulents est efficace
RI 7	Les nouveaux malades et les malades rechutés sont correctement traités
RI 8	Les malades traités sont suivis pendant au moins 1 an et les suspects sérologiques pendant au moins 3 mois
RI 9	La participation communautaire est suffisante
RI 10	La LAV à base communautaire est appliquée d'une façon sélective
RI 11	Un appui institutionnel est fourni au BCT

NB : L'objectif spécifique et les résultats intermédiaires sont restés inchangés tout au long de la prestation.

2. Dans quelle mesure l'objectif spécifique de la prestation a-t-il été atteint, en fonction des indicateurs retenus ?

Comme évoqué ci-dessus (p. 5), l'objectif spécifique « l'endémie de la THA est sous contrôle dans tous les foyers sous surveillance » n'a pas été atteint. Le taux d'infection général pour tout le pays a diminué de 2000 à 2003 de 1,06 % à 0,48 % mais il n'a pas atteint les 0,10 % attendu (ou moins de 1 NC/an par 1000 habitants).

En différenciant par province les 2 IOV de l'objectif spécifique on obtient les résultats suivants :

Province	IOV 1 : tous les foyers connus sont surveillés soit par UM, soit par ZS	IOV 2 : < 0,1 % de la population résidant dans les foyers THA où le sérodepistage est appliqué, est depisté NC (en 2003)
Equateur Sud	Résultat atteint. A la fin de la 2 ^{ème} phase il reste la mini-équipe de la coordination et une UM pour le depistage actif dans les micro-foyers encore actifs. Dans le reste de la province, les centres fixes continuent la surveillance passive de la maladie en rapportant d'éventuels NC cas à la coordination à Mbandaka	0,11 %
Equateur Nord	Résultat atteint. Bonne surveillance active par 14 UM et passive par 21 CDTC de tous les foyers sauf une partie de la ZS de Loko.	0,17 %
Bas-Congo	Résultat atteint : surveillance active et passive de tous les foyers par 5 UM, 5 CDTC et 2 centres collaborateurs.	0,29 % <ul style="list-style-type: none"> - Dans le rayon d'action de Songololo (ZS Nsona Mpangu) le problème semble sous contrôle. - A Kimpese le problème tend également à l'extinction après le retour des Angolais dans leur pays. - A Luozu la situation est sous contrôle à l'exception de quelques aires de santé dans la ZS de Kibunzi où en 2002 - Dans le Bas-Fleuve (Boma et Seke-Banza) le problème tend aussi à la diminution mais il reste plus important que dans le reste de la province.
Kinshasa	L'ajout d'une UM a amélioré la couverture dans la partie périphérique de Kinshasa où on a réussi à contrôler la transmission active.	0,32 % Ce chiffre ne reflète pas la situation épidémiologique réelle. Dans la majorité des cas diagnostiqués à Kin, il s'agit de cas importés qui se sont infectés dans d'autres provinces (principalement au Bandundu.)

Province	IOV 1 : tous les foyers connus sont surveillés soit par UM, soit par ZS	IOV 2 : < 0,1 % de la population résidant dans les foyers THA où le séroépistage est appliqué, est dépisté NC (en 2003)
Maniema & Nord Katanga	Suffisance des équipes et des centres de traitement mais activités perturbées par la guerre et l'insécurité. A la fin de la 2 ^{ème} phase la sécurité s'est considérablement améliorée permettant une meilleure couverture des foyers par les UM.	0,59 %
Bandundu	Résultat partiellement atteint : la couverture en surveillance active s'est améliorée suite à l'ajout des UM de Bolobo, Popokabaka et Mokala. L'intégration de nombreux centres fixes pour la prise en charge des cas de THA au niveau des ZS contribue à une meilleure surveillance passive et une meilleure accessibilité aux soins. Il reste des ZS endémiques mal couvertes comme les ZS de Kikongo, Inongo, Ntandembelo etc. Les rayons d'action de certaines UM (ex. Idiofa et Kwamouth) sont trop vastes pour assurer une bonne couverture en surveillance. L'UM de Maluku (Kinshasa) vole au secours de l'UM de Kwamouth depuis 2003.	0,71 %
Kasaï	<p>Résultat non atteint.</p> <p>La couverture en dépistage actif s'est améliorée dans les lieux accessibles par la création de 2 nouvelles UM (Miabi et Maswika) appuyées par l'OMS.</p> <p>Les CDTC de Katanda et de Kamaleka ont été réhabilités permettant une meilleure surveillance passive et prise en charge des malades.</p> <p>Les foyers de Katende au Kasaï Occidental et du district du Sankuru au Kasaï Oriental par contre n'ont plus été surveillés activement suite à la guerre et l'insécurité.</p>	<p>1,27 %</p> <p>Nombreux facteurs contribuent aux difficultés d'un contrôle efficace de la THA au Kasaï</p> <ul style="list-style-type: none"> - région diamantifère : la population s'adonne à l'exploitation du diamant plutôt qu'à sa santé. Le faible taux de participation au dépistage en est une illustration - l'insécurité dans une grande partie de la province a rendu le travail des UM difficile voire impossible - des problèmes organisationnels et logistiques se sont posés au niveau de la coordination - l'importance de la résistance à l'arsobal constaté au Kasaï et son éventuel impact négatif sur le contrôle de la THA sont encore mal connus
Province Orientale	Aucune activité de dépistage systématique organisée malgré le réveil des anciens foyers (Isangi et Doruma)	Non disponible sauf pour les villages de la ZS Isangi où un sondage a mis en évidence des prévalences supérieures à 5 %.

3. Dans quelle mesure les résultats intermédiaires de la prestation ont-ils été atteints, en fonction des indicateurs retenus ? (2 pages max.)

Les conclusions à ce sujet de la mission d'évaluation de la phase 2 conduite par le Dr Stanghellini et le Dr Lokonga en février 2003 sont résumés dans le tableau ci-dessous. Seulement pour les résultats intermédiaires non ou partiellement atteints, les commentaires de la mission ont été repris de façon synthétique. Les détails des observations de la mission sont repris dans l'annexe 1.

RI	Description	Degré d'atteinte
RI 1	La politique nationale est bien définie et les stratégies et modules élaborées, distribuées et utilisées sur le terrain	Résultat atteint
RI 2	Les activités prioritaires sont planifiées semestriellement et exécutées	Résultat atteint
RI 3	Le personnel de tous les niveaux est formé et périodiquement recyclé	Résultat atteint
RI 4	La lutte contre la THA est supervisée à tous les niveaux	Résultat partiellement atteint 1) supervision des structures périphériques par les MCP insuffisantes (charge de travail incompatible avec 4 supervisions par an) 2) supervision des structures périphériques par les MCP de qualité parfois insuffisante
RI 5	La surveillance épidémiologique de la THA est efficace	Résultat partiellement atteint. La création d'une base de données informatisée pour une meilleure exploitation des données est en cours.
RI 6	La couverture par dépistage actif et passif des foyers les plus virulents est efficace	Résultat attendu n'est pas entièrement atteint : 1) participation au dépistage actif encore faible par endroits 2) nombres de centres fixes (qui sont à l'origine de 45 % des NC) peut encore être augmenté
RI 7	Les nouveaux malades et les malades rechutés sont correctement traités	Résultat atteint

(suite tableau)

RI	Description	Degré d'atteinte
RI 8	Les malades traités sont suivis pendant aux moins 1 an et les suspects sérologiques pendant au moins 3 mois	Résultat partiellement atteint. Faible proportion des suivis post-thérapeutiques (possibilité d'amélioration en associant les communautés villageoises (ASC, infirmiers des CS fixes)
RI 9	La participation communautaire est suffisante	Résultat pas totalement atteint. Bonne participation théorique mes résultats peu fiables car les chiffres des populations recensées semblent peu fiables.
RI 10	La LAV à base communautaire est appliqué d'une façon sélective	Résultat partiellement atteint. 1) Activités restreintes au stade de test de faisabilité, faibles du suivi et de l'analyse de données 2) Faible capacité de production de pièges
RI 11	Un appui institutionnel est fourni au BCT	Résultat atteint

4. **Décrivez le système de suivi-évaluation qui a été mis en place lors de la mise en oeuvre de la prestation.**

Le système de suivi-évaluation du PNLTHA (ex-BCT) s'appuie sur :

1) un rapportage périodique rigoureusement respecté par les 3 niveaux qui se servent de canevas standardisés :

Niveau	Rapportage
Périphérique : Unités mobiles	12 rapports mensuels/an et 1 rapport annuel
Intermédiaire : Coordinations provinciales	4 rapports trimestriels et 1 rapport annuel
Central : Direction PNLTHA	1 rapport annuel

2) la supervision par les personnes responsables pour cette activité à chaque niveau

Niveau	Supervision
Périphérique : Chef d'unité mobile	Suivi journalier de sa propre équipe et supervisions périodiques des CDTC et des CS collaborateurs
Intermédiaire : Coordinations provinciales	En théorie 4 supervisions par UM/an et 2 supervisions des CDTC par an. En pratique ces normes ne peuvent pas toujours être respectées à cause de la grande étendue de certaines coordinations et les problèmes d'accessibilité
Central : Direction PNLTHA	La direction planifie et oriente ses supervisions en fonction des problèmes prioritaires constatés lors de l'analyse des rapports venant du terrain et lors des supervisions précédentes. Elle est assistée dans cette activité par les conseillers techniques.

3) les ateliers provinciaux du « rapport annuel »

Au début de chaque année au mois de janvier, les chefs des unités mobiles et les secrétaires de toutes les UM d'une province sont traditionnellement convoqués à la réunion annuelle où les résultats de l'année écoulée sont rapportés et discutés ensemble avec la coordination provinciale et une délégation de la direction du PNLTHA. Ces réunions durent d'habitude une semaine par coordination.

Le PNLTHA a sa propre grille d'indicateurs dont les plus importants sont :

- le nombre de jours d'itinérance de l'UM (20 jours par mois pendant 11 mois par an)
- le nombre de villages visités/le nombre de villages endémiques
- le nombre de kilomètres parcourus par l'UM
- la population totale recensée
- la population totale examinée (entre 5000 et 6000 personnes/mois/UM)
- le taux de participation au DA (doit être supérieur à 80 %)

- la moyenne des personnes examinées par jour (idéalement 300 personnes/jour)
- la couverture en séro-dépistage CATT (idéalement 100 % de la population totale examinée)
- le nombre de NC diagnostiqués en DA
- le nombre de NC diagnostiqués en DP
- le nombre de NC en 1^{er} stade / nombre de NC en 2^{ème} stade (1^{er} stade devrait > 2^{ème} stade)
- le nombre de NC traités (idéalement 100 %)
- le nombre de NC correctement suivis après le traitement
- le nombre de rechutes et/ou le nombre de cas réfractaires
- le taux d'infection en DA (devrait théoriquement être inférieur à 0,1 % après 3 passages successifs de l'UM)
- nombre de décès dus à une encéphalopathie arsenicale (moins de 5 %)

4) l'évaluation annuelle des IOV formulés dans le DTF du projet bilatéral « Appui à la lutte contre la THA ».

Cette évaluation se fait à l'occasion des réunions semestrielles avec les MCP et s'est faite également lors de l'évaluation à la fin du projet.

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET ANALYSES.

1. Quels sont les problèmes et questions majeurs qui ont influencé l'exécution de la prestation et comment la prestation a-t-il tenté de les résoudre ?

5 problèmes importants qui ont eu une influence sur l'exécution et auxquels on a dû trouver une solution, sont résumés ici :

1. La guerre. Pour minimiser l'impact négatif de la guerre sur les activités de lutte, plusieurs solutions créatives ont été inventées durant la 2^{ème} phase aussi bien par la direction et les coordinations du PNLTHA que par les ONG. Un des premiers soucis - en attendant des meilleurs temps - a été de mettre en sécurité les véhicules tout terrain. Ainsi pour assurer la continuité des activités de lutte dans les zones de santé accessibles, la coordination de l'Equateur Nord a mis sur pied des mini-équipes mobiles se déplaçant à pied ou à vélo pendant que les véhicules 4 x 4 étaient cachés à des endroits secrets non connus par les rebelles et/ou militaires. D'autres unités mobiles déplacées par les événements de guerre comme l'UM de Befale en Equateur Sud - ont continué le dépistage dans d'autres zones de santé endémiques mais mieux accessibles. L'ONG Memisa s'est particulièrement investie dans les actions visant la réouverture du fleuve Congo donnant de nouveau un accès à la province de l'Equateur restée longtemps inaccessible à partir de Kinshasa.
2. Non respect de l'arrangement particulier (AP) de la prestation. Au début les ONG rapportaient leurs activités et leur comptabilité directement au siège de la CTB à Bruxelles au lieu de les rapporter au PNLTHA assisté par les 2 conseillers techniques de la CTB. Dans les conventions entre la CTB et les ONG qui furent conclues sans que le PNLTHA en prenne connaissance au préalable, le rôle du comité de concertation fut en plus réduit à un rôle de modérateur en cas de problèmes alors que l'arrangement particulier attribuait à cet organe le rôle de pilotage de la prestation. Après une concertation entre la direction du PNLTHA, les conseillers CTB auprès du programme, la représentation de la CTB en RDC et le siège de la CTB à Bruxelles, le mode de gestion du projet fut rendu conforme aux prescriptions de l'AP : tous les rapports des sous-traitants (d'activités et financiers) furent dorénavant introduits au niveau du PNLTHA et des conseillers de la CTB auprès du programme et le comité de concertation reprenait son rôle primordial dans la gestion du projet.
3. Problème du flux financier. Etant donné que l'ONG Fometro n'était pas en mesure de trouver les moyens financiers nécessaires pour financer de façon anticipative les actions de lutte dans les provinces où elle était active, une formule d'avance a été négociée et obtenue auprès du comité de direction de la CTB. Ceci a permis un meilleur déroulement des activités durant la deuxième période de la prestation.

4. Faiblesse de la logistique dans certaines provinces. Ce problème intimement lié au précédent a été partiellement résolu par la reprise du volet logistique dans les provinces du Bas-Congo, Kinshasa et Bandundu par le PNLTHA appuyé directement par la CTB.

5. Exploitation insuffisante des données épidémiologiques. Pour aider à résoudre ce problème une base de données sur mesure a été élaborée et testée dans une des provinces notamment le Bas-Congo. Elle existe depuis 2002 (en Access) et permet de mieux analyser et exploiter les données des rapports mensuels des unités mobiles afin de mieux planifier et orienter les différentes actions de lutte à entreprendre. Lors de la phase 3 une version améliorée sera introduite dans les autres provinces et son utilisation généralisée.

2. Quelles sont les causes des écarts par rapport aux résultats attendus ?

Plusieurs raisons expliquent pourquoi l'objectif spécifique et les résultats intermédiaires n'ont pu être totalement atteints :

- Insuffisance de moyens financiers. La totalité des moyens financiers estimés nécessaires pour atteindre l'objectif spécifique n'a pas été disponible. La Belgique a appuyé financièrement à hauteur de 50 % la prestation. Les contributions spécifiques attendues des autres bailleurs dans le cadre de ce projet sont restées minimales et l'hypothèse qu'ils allaient contribuer pour les 50 % restants n'a pas été confirmée. Etant donné ce manque de moyens financiers par rapport aux besoins il n'était pas possible d'atteindre l'objectif dans les délais prescrits. A noter que la gratuité des trypanocides obtenue par l'OMS auprès de la firme pharmaceutique Aventis a permis de réallouer la ligne budgétaire « trypanocides » à d'autres activités à partir de juillet 2001.

- Le contexte de guerre et d'instabilité politique :
 - o La continuation de la guerre (commencée en 1998) qui a divisé le pays en trois n'a pas favorisé l'accessibilité (pour les activités et la supervision), la logistique et le déroulement normal des activités. Ainsi des grandes parties des provinces du Kasai et du Maniema n'ont pu être surveillées à cause de l'insécurité.
 - o L'instabilité politique avec comme moment le plus critique l'assassinat du feu Président Laurent Désiré Kabila en 2001 a causé un ralentissement dans les activités pendant plusieurs mois.

- Le manque de fiabilité des données démographiques : une sous-estimation de la population totale à examiner suite à l'utilisation de techniques de recensement insuffisamment fiables peut entre autres expliquer pourquoi les résultats stagnent dans certaines régions.

- Une participation insuffisante de la population aux activités de dépistage actif : dans les provinces où la participation était bonne les résultats sont meilleures (Equateur Nord) que dans les provinces où la participation était faible (Kasai). Le contexte général de pauvreté a joué aussi. Dans le milieu rural le pouvoir d'achat de la population est souvent très faible. C'est une des raisons pourquoi le taux de participation au dépistage actif est souvent inférieur à la norme minimale. Beaucoup de gens considèrent les activités génératrices de revenus comme plus importantes que la participation à une activité sanitaire préventive.

- La non-utilisation en routine de techniques de laboratoire plus performantes telles la centrifugation en tube capillaire (WOO), la dilution du CATT, la mini-colonne. Les techniques « classiques » sont moins sensibles et ratent le diagnostic des cas qui n'auraient pas été ratés si on avait utilisé des techniques plus sensibles.

- Manque de rationalité dans la planification qui est insuffisamment basée sur une analyse approfondie des données épidémiologiques (« evidence based surveillance »). Avec le temps et la routine des critères moins objectifs se sont parfois infiltrés dans le planning des activités des unités mobiles ce qui fait qu'elles ne vont pas toujours là où elles devraient absolument aller ou qu'elles repassent dans des villages ou aires de santé où elles ne devraient plus retourner.

- Montage gestionnaire et financier inadapté du projet avec un mauvais équilibre entre les différents partenaires. Le montage du projet avec un volet central appuyé directement par la coopération technique belge et un volet périphérique appuyé par 3 ONG belges dont la plus petite (Fometro) avait la plus grande charge (6 des 7 provinces) a semblé ne pas être le plus approprié. Le fait que Fometro ne disposait pas de suffisamment de moyens financiers propres pour financer de façon anticipative les actions de lutte et que les remboursements par la CTB se faisaient parfois avec des retards importants, a constitué un sérieux obstacle et handicap qui explique pour une part la non- atteinte de certains résultats. Cette situation a été une des raisons du climat plutôt tendu durant la 2^{ème} phase entre d'un côté l'ONG Fometro et de l'autre côté PNLTHA et CTB.

- Performance sous-optimale des coordinations provinciales. Les inégalités observées dans la performance des coordinations expliquent partiellement les résultats inégaux entre les provinces. Plusieurs facteurs ont joué à ce niveau : formation et expérience des MCP, encadrement/coaching par le niveau central, taille de la coordination, présence ou non de superviseurs etc.

3. Quelles leçons peut-on tirer de l'expérience de la prestation? Faites une réponse détaillée sur les plans de l'impact et de la durabilité des résultats.

1) La guerre n'annule pas nécessairement l'impact des actions précédentes à condition que des solutions créatives soient élaborées

Il a été démontré durant la phase 2 que la guerre ne constitue pas nécessairement un obstacle absolu à la lutte. A l'exception des régions de combats actifs (ligne de front), les activités de lutte ont pu être maintenues partout. L'expérience de l'Equateur Nord montre qu'il est possible sans prendre trop de risques de trouver des solutions créatives qui évitent à ce que les acquis du passé et l'impact des actions précédentes soient perdus par un blocage total du programme à cause de la guerre.

2) Le succès de la lutte en Equateur Nord a montré que la stratégie de décentralisation de la lutte vers les provinces est garant de bons résultats si les conditions suivantes sont remplies :

- compétence et expérience du MCP et de son équipe
- respect rigoureux du séroépistage au CATT
- logistique performante
- planification rationnelle

3) L'intégration des activités de lutte dans les SSP est une condition importante pour assurer la durabilité des résultats obtenus.

Environ la moitié des nouveaux cas sont dépistés en passif au niveau des CDTC. Les formations sanitaires qui ne sont pas directement liés au programme ne dépistent que très peu de cas jusqu'à présent. Telle que la lutte est organisée maintenant il est peu probable que les résultats obtenus après des années de travail vont durer longtemps après l'arrêt du dépistage actif car la couverture actuelle en dépistage passif est trop faible pour consolider ces résultats. L'extension du dépistage passif à d'autres centres et hôpitaux situés dans des régions endémiques est donc vivement souhaitable car elle ne contribuera non seulement à une lutte plus efficace mais préparera en même temps la transition entre la période de dépistage actif intensif et la période de surveillance passive dès que les paramètres épidémiologiques l'autorisent celle-ci.

4) L'utilisation d'outils modernes pour la gestion de données tels les bases de données informatisées au niveau décentralisé est importante pour la planification, la comparaison des résultats dans le temps et la mesure de l'impact

Une des leçons apprises de la 2^{ème} façon est qu'il y existe une inadéquation entre l'effort énorme de récolte de données et la faible exploitation qu'on en fait. Même si le rapportage se fait

rigoureusement, on note beaucoup d'incohérences dans les données démographiques et géographiques et l'orthographe des localités. Le manque de connaissance par les membres des unités mobiles du découpage sanitaire prête à des confusions et ne permet pas des comparaisons faciles et fiables dans le temps.

La création au niveau provincial d'une base de données épidémiologiques informatisée est un processus qui oblige à l'obtention d'informations exhaustives, précises et complètes sur le milieu dans lequel on travaille. Si on associe les concernés directs (chef d'unités mobiles, médecins-chef de zone et infirmiers titulaires des aires de santé) à ce travail, l'harmonisation et la correction de la plupart des données incohérentes sont possible permettant une saisie et une exploitation beaucoup plus fiable par après. Il n'est pas encore claire jusqu'où il faut pousser les connaissances du milieu et s'il faut aller jusqu'à l'enregistrement des campements qui sont souvent des lieux de transmission de la maladie. Ces campements échappent à l'administration mais ne sont pas stables dans le temps. Ce qui est certain c'est qu'il faut des connaissances beaucoup plus poussées sur le plan démographique et géographique pour obtenir des dénominateurs fiables et des chiffres comparables. Au moins tous les villages doivent être connus avec exactitude c'est à dire leur nom exact, leur situation géographique exact sur la carte, leur population exacte et leur appartenance exact à une aire de santé. Sans la mise en place d'un tel système il sera difficile de mesurer l'impact des résultats obtenus car toute comparaison entre données d'années différentes s'avèrera difficile voire impossible.

L'expérience du Bas-Congo durant la 2^{ème} phase a montré qu'il est possible de créer une telle base de donnée informatisée au niveau provincial, de l'actualiser et de l'exploiter pour la planification des activités. L'expérience sera généralisée sous une forme améliorée dans les autres provinces durant la 3^{ème} phase.

Il est à noter qu'un impact de très longue durée n'est attendu dans ces régions où le taux résiduel est de 1 NC par an par 10.000 habitants c'est à dire un taux encore 10 fois inférieur au taux envisagé dans le projet. Une raison de plus pour mettre en place un système de mesure fiable permettant la détection précoce des situations alarmantes.

4. Selon vous, comment la prestation a-t-elle été perçue par les groupes cibles ?

En dépit de décennies de lutte contre la maladie du sommeil au Congo peu d'enquêtes y ont été menées dans le but de mieux connaître la perception de la population de la maladie et des actions de lutte. Ce manque d'information a été identifié comme un problème important lors de la formulation de la 3^{ème} phase : sans la connaissance de la perception des premiers concernés il est en effet difficile de mener une lutte efficace.

L'impression générale est que la majorité de la population congolaise des régions endémiques a gardé une attitude positive vis à vis des actions de la lutte contre la maladie du sommeil menées par les équipes du PNLTHA. Après une baisse en 2000, 2001 et 2002 du taux de participation en dessous de 80 %, seuil considéré comme minimal pour une lutte efficace, le taux général pour le pays est remonté à 81 % en 2003. On note néanmoins des différences significatives entre les provinces. Si en Equateur Nord et au Bandundu la participation reste bonne, au Kasaï et au Bas-Congo la participation est moindre et des pourcentages inférieurs à 50 % ont même été notés. Il n'est pas exclu que la participation est surestimée suite à des erreurs pendant le recensement de la population.

Comme raisons de l'absentéisme sont signalées :

- crainte de la stigmatisation sociale par un diagnostic en public
- crainte de la ponction lombaire ou des prélèvements de sang et de suc ganglionnaire
- crainte du traitement surtout des effets de l'arsobal
- crainte d'attraper la maladie en se faisant examiner (fausse conception de la transmission)
- manque de motivation pour participer à des actions sanitaires préventives
- taux d'absentéisme différent pour les deux sexes : les hommes adultes participent moins
- coût de participation au DA perçu comme trop élevé par une partie de la population : manque à gagner d'un jour de travail perdu, certificat médical payant (onéreux surtout pour des familles nombreuses)
- honte de se présenter par manque de vêtements (situation rencontrée en Equateur)
- faible implication des autorités dans la mobilisation sociale
- tensions ethniques
- manque de confiance quelquefois dans le personnel de l'UM
- THA non perçue comme un problème prioritaire dans les régions à faible endémicité

Le personnel des unités mobiles n'a pas été formé pour s'intéresser systématiquement à ces aspects qui relèvent de l'anthropologie et de la sociologie. Il se limite souvent à son travail de routine de dépistage actif sans chercher activement les causes ou raisons d'un absentéisme prononcé. Un renforcement de ses capacités dans ce domaine s'impose.

Comme solution à ce problème, le PNLTHA envisage deux actions dans l'avenir : l'organisation d'enquêtes de perception sous forme de « focus groups » et le remplacement des messagers des unités mobiles par des personnels qualifiés dans le domaine de l'information, l'éducation et la communication. Cette approche devrait permettre de mieux connaître la perception et les attentes de la population, de comprendre aussi les raisons de l'absentéisme, afin d'orienter l'action dans le sens d'une meilleure participation aux activités de dépistage.

5. Quels ont été les résultats du suivi-évaluation ou du monitoring et des éventuels audits et contrôles? Comment les recommandations de ceux-ci ont-elles été prises en compte ?

Suivi des Activités

En moyenne deux fois par an un monitoring se faisait par le responsable géographique de la CTB pour l'Afrique Centrale.

Le comité de concertation était la structure flexible qui semestriellement évaluait les taux de réalisation des activités et d'absorption du budget voté le semestre précédent, amendait les nouveaux plannings semestriels présentés et qui rectifiait les tirs en fonction des écarts constatés ou des nouveaux problèmes constatés.

Les ONG étaient invitées régulièrement à des séances de travail au PNLTHA surtout lors de la préparation du comité de concertation et en cas de problèmes spécifiques. En général les ONG ont bien tenu compte des recommandations leur adressées.

Pour des problèmes techniques le conseiller en matière de trypanosomiase au niveau de l'OMS AFRO à Kinshasa fut régulièrement consulté et invité aux réunions importantes.

La délégation de l'OMS Yaounde qui a effectué en 2002 une mission d'évaluation au Bas-Congo a recommandé de diminuer la charge de travail des équipes en simplifiant le système d'enregistrement lors du recensement. Cette recommandation n'avait pas encore été prise en compte avant la fin de la 2^{ème} phase.

En 2002, un atelier réunissant les médecins coordinateurs, a conduit à la rédaction par eux-mêmes d'un plan provincial semestriel. Ceci était une innovation car auparavant l'élaboration des plans se faisait au niveau central et au niveau des ONG. Cette évolution a permis par après d'impliquer de façon beaucoup plus active les médecins coordinateurs dans le monitoring de leur propre plan.

Une mission mixte « Santé – Congo » composée d'un membre du cabinet du secrétaire d'état belge de la coopération au développement, un représentant de la DGCD et un représentant de la CTB, a été de passage en RDC en octobre 2002 pour une évaluation du secteur santé. Cette mission avait recommandé d'accélérer le processus d'intégration de la lutte contre la THA dans les zones de santé. Cette recommandation a été prise en compte dans l'identification et la formulation de la 3^{ème} phase.

L'évaluation à mi-parcours par la DGCD s'est effectuée seulement vers la fin du projet en février 2003 à quelques mois de la fin du projet. C'est pourquoi elle a été considérée plutôt comme une « évaluation fin de projet ». Les recommandations de cette mission ont été largement prises en compte dans le DTF de la phase 3.

Juste après la mission d'évaluation, une mission d'identification par la DGCD a eu lieu en avril 2003. Elle a réuni la direction du PNLTHA, les médecins coordinateurs et les ONG et a conduit à la rédaction d'un dossier technique et financier provisoire qui a rendu possible la signature d'une convention spécifique de la 3^{ème} phase avant la fin de la 2^{ème} phase ceci dans le but d'éviter une interruption entre les 2 phases.

La mission de formulation de la 3^{ème} phase d'octobre 2003 qui a fait une analyse SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats) du PNLTHA a formulé des éléments d'évaluation complémentaires de la 2^{ème} phase. Ses recommandations se trouvent dans le DTF de la 3^{ème} phase.

Finances et administration

Aucune mission majeure d'audit ou de contrôle financier externe a eu lieu au cours de la prestation.

Le Commissaire du Gouvernement pour les finances auprès de la CTB, de passage à Kinshasa en 2002 a fait une courte escale au projet. Après une analyse rapide de la tenue de la comptabilité il a fait quelques recommandations desquelles le projet a tenu compte par la suite.

La Cour des Comptes a posé en 2003 une question écrite au sujet du dossier d'attribution des tests de séroépistage, les CATT, question à laquelle une réponse écrite a été donnée.

Sur le plan interne, des mécanismes de contrôle des finances et de la comptabilité étaient en place au niveau du projet, de la représentation et du siège de la CTB à Bruxelles. A chaque moment le projet a essayé de s'adapter aux nouvelles instructions venant du siège et/ou de la représentation de la CTB.

6. Quelles recommandations faites-vous pour la consolidation et l'appropriation de l'après-projet (les politiques à suivre ou à mettre en oeuvre, les ressources nationales nécessaires, la responsabilisation des groupes cible, la manière d'appliquer les recommandations...)?

1^{ère} recommandation : éviter l'arrêt des activités entre les 2 phases, assurer la continuité

La mission d'évaluation de la 2^{ème} phase a rappelé que la lutte contre la THA est un travail de longue haleine qui nécessite une vision à long terme si on veut sauvegarder les acquis du passé. Toute interruption intempestive des activités de lutte risque d'être soldée par une recrudescence rapide de la THA dans ces régions où le taux résiduel n'est pas encore atteint. C'est pourquoi le plaidoyer du Ministère de la Santé et des conseillers au programme a toujours été d'éviter la rupture entre les différentes phases qui se succèdent afin de ne pas perdre le terrain déjà gagné.

2^{ème} recommandation : encourager l'appropriation par le PNLTHA de la prestation

Pendant la période de suspension de la coopération bilatérale entre la Belgique et le Congo (1990-2000), les ONG belges ont joué un rôle prépondérant dans la mise en œuvre des projets humanitaires dont celui de la lutte contre la THA. Avec la reprise progressive de la coopération belgo-congolaise au commencement du 3^{ème} millénaire, la tendance est d'encourager à travers les projets bilatéraux le renforcement des capacités au sein des institutions officielles du pays. Le projet d'appui à la lutte contre la THA est un exemple de cette évolution. Là où durant la 1^{ère} phase le volet d'appui direct au PNLTHA était encore limité, il est devenu plus important pendant la 2^{ème} phase. Pendant la 3^{ème} phase la responsabilité du PNLTHA dans la mise en œuvre du projet sera encore plus grande car le programme sera responsable direct pour l'exécution du projet dans 5 ½ des 7 provinces. Même si en principe la formule de gestion des projets bilatéraux belges en RDC reste encore celle de la régie, sur le plan local on a opté depuis la 1^{ère} phase pour une formule de co-gestion où toutes les décisions sont concertées entre PNLTHA et CTB.

La recommandation est donc de continuer ce processus où le programme lui-même est directement responsable des activités programmées dans le DTF et assume également la responsabilité financière du projet assisté dans cette tâche par la CTB.

Pour mieux assumer ces tâches liées à cette plus grande responsabilité, il est souhaitable que pendant la 3^{ème} phase le « capacity building » au sein du Ministère continue et cela non seulement au niveau central, mais aussi les niveaux provincial et périphérique. On pense ici en premier lieu au renforcement des capacités managériales des médecins coordinateurs provinciaux, la formation en base de données et l'apprentissage et l'utilisation de la comptabilité informatisée au niveau des cellules des coordinations provinciales, la planification participative impliquant les acteurs de terrain qui sont les médecins-chef de zone, les personnels des unités mobiles et des CDTC, les infirmiers titulaires etc., et l'application de la formule du PMU (project management unit) au niveau de la direction du PNLTHA réunissant la direction et les conseillers CTB pour la gestion journalière du projet.

3^{ème} recommandation : stimuler le processus d'intégration des actions de lutte dans les structures soins de santé primaires et dans les communautés des zones de santé endémiques

Une des recommandations de la mission d'évaluation était également d'impliquer beaucoup plus la communauté dans les actions de lutte contre la THA, aussi bien au niveau de la sensibilisation et la mobilisation sociale, qu'au niveau du recensement et dépistage, le suivi des malades dépistés et la lutte anti-vectorielle. Cette recommandation suit la même logique que la précédente.

En effet, dans le cas (très) hypothétique où on réussirait par une approche purement verticale de contrôler la maladie sans implication importante dans la lutte du reste du personnel médical et paramédical ni des communautés des zones endémiques, le risque qu'une éventuelle recrudescence ne soit pas vite remarquée serait plus grand que si la maladie et la lutte contre elle sont restées incrustées dans la mémoire collective de la population et du personnel soignant.

Il semble par ailleurs peu probable que par une approche strictement verticale l'on pourra arriver à contrôler la maladie dans le contexte actuel avec les moyens disponibles. Personne ne conteste l'efficacité du filet fin de détection des spécialistes des unités mobiles. Le problème est que certains malades échappent aussi bien à l'action périodique (parfois trop espacée dans le temps) des unités mobiles qu'au diagnostic dans les centres fixes dont le personnel ne connaît pas bien la THA. D'où l'importance de compléter l'approche verticale par une approche plus horizontale à partir des structures spécifiques même de lutte que sont les coordinations provinciales, les unités mobiles et les CDTC. Il existe plusieurs mécanismes pour mettre en œuvre ce processus tels : l'association systématique des bureaux centraux des zones de santé à la planification de la lutte, l'extension du sérodépistage passif vers les hôpitaux généraux de référence et les centres de santé de référence, l'affectation des personnels des unités mobiles dans des centres fixes dans les zones endémiques où le problème est contrôlé, la formation des personnels de santé travaillant dans les centres de santé, le développement et l'application d'un programme scolaire au sujet de la THA dans les zones endémiques, l'intensification de la lutte anti-vectorielle etc.

En mettant en place un filet de détection permanent au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire, la probabilité de détecter un nombre supplémentaire de cas est plus élevée que dans un système où on se fie uniquement aux unités mobiles qui ont des rayons d'action parfois trop vastes pour assurer une couverture efficace en dépistage actif à tout moment et en tout lieu.

4^{ème} recommandation : rechercher des moyens financiers supplémentaires pour la lutte

Les moyens financiers actuellement disponibles pour la lutte contre la THA en RDC quoique importants ne suffisent pas encore pour l'atteinte de l'objectif ultime c'est à dire le contrôle de la THA sur tout le territoire de la RDC. Il faudra de nouveau intéresser d'autres bailleurs comme l'Union Européenne, la Banque Mondiale, les Coopérations bilatérales et d'autres pour s'associer à la campagne nationale de lutte contre ce fléau. Dans le cas où plus d'aide financière serait trouvée pour la lutte contre la THA, l'impact de la 3^{ème} phase sera probablement beaucoup plus grand. Lors du démarrage de la 3^{ème} phase, le PNLTHA et la CTB devraient présenter leur projet à l'ensemble des donateurs et essayer de les convaincre à s'impliquer dans la lutte.

7. Conclusions

Réussir à contrôler la maladie du sommeil de façon durable dans un contexte difficile tel que celui de la RDC, pays aux dimensions d'un continent, peut ressembler à une mission impossible.

S'il n'a pas été possible d'atteindre l'objectif spécifique de la 2^{ème} phase dans les délais prévus, la prestation a toutefois permis dans chacune de provinces d'arrêter la progression et d'infléchir même la courbe des nouveaux cas de façon très significative comme à l'Equateur Nord, l'Equateur Sud et au Bas-Congo où à la fin de la 2^{ème} phase on était déjà proche du niveau résiduel.

L'intérêt de la 2^{ème} phase qui s'est déroulée sur une toile de fonds d'instabilité politique et de guerre, a été d'empêcher la propagation de la maladie du sommeil. La digue qui a été dressée - malgré les conditions de travail souvent très difficiles - contre l'expansion galopante et inquiétante de cette maladie invalidante et mortelle, constitue une base solide pour une lutte efficace lors de la 3^{ème} phase. Si durant les 5 ans suivants (2004-2008) le pays reste à l'abri d'événements socio-politiques majeurs perturbant éventuellement les actions de lutte et si les recommandations des différentes missions d'évaluation sont prises en compte dès la mise en oeuvre de la 3^{ème} phase, le contrôle effectif de la THA est un objectif réalisable dans la plupart des provinces endémiques d'ici 2008.

Responsable national de l'exécution	Responsable CTB de l'exécution

QUATRIEME PARTIE : ANNEXES.

Annexes
Annexe 1 Résumé des résultats
Annexe 2 Etat des recettes et dépenses
Annexe 3 Taux de déboursement de la prestation
Annexe 4 Personnel de la prestation
Annexe 5 Sous traitances
Annexe 6 Equipements
Annexe 7 Formations
Annexe 8 Bailleurs de fonds

ANNEXE 1. Résumé des résultats et des activités

Pour résumer les résultats obtenus dans le cadre de la 2^{ème} phase on a divisé l'annexe en 2 parties :

- 1) les observations par rapport au cadre logique de la mission d'évaluation des Drs Stanghellini et Lokonga (février 2003)
- 2) les tendances épidémiologiques et les performances du programme tel que résumé dans le rapport de formulation de la 3^{ème} phase (De Muynck octobre 2003)

1. Mission Stanghellini-Lokonga (extrait du rapport d'évaluation)

I.- Appréciation par rapport aux indicateurs du cadre logique

Dans quelle mesure les activités déployées ont permis d'atteindre les 11 résultats du projet ?

Résultat 1.- La politique nationale est bien définie, les stratégies et modules sont élaborés et distribués :

A la suite d'un travail préliminaire effectué en 1998, des assises se sont tenues à la fin de cette même année et ont eu pour résultat l'élaboration d'un document sur la Politique générale de la maladie du sommeil en RDC. C'est ce document qui a été à la base de la réflexion pour l'atelier de validation réuni en avril 2001.

C'est ainsi que depuis cette date existe un fascicule imprimé intitulé :

« Déclaration de la politique nationale de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine en République Démocratique du Congo. »

Ce document a été largement diffusé à l'ensemble des personnels du PNLTHA tant au niveau central qu'intermédiaire et périphérique, ainsi qu'à l'ensemble des personnels relevant du Ministère de la santé. Ce document définit clairement la stratégie et la méthodologie de la lutte, les directives techniques ainsi que le cadre institutionnel.

Conformément aux objectifs, un certain nombre de documents techniques ont été élaborés :

Guide technique général
Module pour les médecins
Module pour les zones de santé
Module pour les infirmiers (diagnostic et traitement)
Module des techniques de laboratoire
Module des agents de santé (LAV)

Module des animateurs de santé

Module de supervision pour les médecins coordonnateurs provinciaux (MCP)

Le guide technique général est en fait issu d'une édition de 1995 et a été diffusé à l'ensemble des personnels. Il comporte entre autres les modalités de dépistage et les techniques de laboratoire, ainsi que différentes directives. Il aurait besoin d'être révisé afin de le mettre aux normes actuelles et de le présenter d'une façon plus attrayante.

Les autres modules ne sont pas diffusés d'une façon systématique mais remis à chaque agent à la fin du cycle de formation correspondant.

De plus un dépliant d'information sur la trypanosomiase ayant pour finalité de sensibiliser les populations et les inciter à participer aux prospections et à consulter, a été diffusé largement auprès de tous les intervenants de santé, les responsables des comités villageois, les écoles, etc. Cette action sur le comportement de la population entre parfaitement dans le cadre des activités de santé communautaire.

Le fait que les modules existent et soient présents aux différents niveaux de la structure (unités mobiles, centres de dépistage et de traitement, centres de santé collaborateurs) n'implique pas forcément que les directives soient mises en application de façon rigoureuse et en permanence. C'est le rôle des supervisions de s'en assurer et de faire une remise à niveau immédiate en fonction des anomalies rencontrées.

Pour que le personnel se réfère en permanence à ces directives, au lieu que les documents s'accumulent sur le bureau ou dans une armoire, il serait intéressant d'éditer des fiches techniques plastifiées (organisation de la chaîne de dépistage, chaque technique de laboratoire, posologies médicamenteuses etc.) et placées en permanence sur le poste de travail.

Des instructions de mise à jour (comme le CATT systématique pour le dépistage) ont été élaborées et diffusées.

€Le résultat attendu a donc été atteint.

Résultat 2.- Les activités sont planifiées semestriellement et exécutées :

L'Accord Particulier prévoit en son article 6 la mise en place dès le premier mois du projet et avec une fréquence de réunion semestrielle une structure mixte locale de concertation intitulée Comité de Concertation.

Le Comité de Concertation est composé du Directeur du PNLTHA ou son représentant, et d'un représentant de la Coopération belge. Avec voix consultative, étaient également prévu le conseiller régional THA de OMS/AFRO, un expert belge mis en place dans le

cadre du projet, un membre du staff du PNLTHA, et éventuellement un représentant des ONG's œuvrant dans le cadre du projet.

Ce Comité de Concertation a pour objet :

- le suivi de l'intervention
- la hiérarchisation des interventions
- l'élaboration semestrielle des programmes d'activité et les budgets correspondants
- le suivi de l'exécution des budgets
- l'étude des souhaits exprimés pour des modifications des résultats intermédiaires
- la prise de décision pour l'exécution de certains volets par les sous-traitants.

Le Comité de Concertation s'est effectivement mis en place et a tenu 7 réunions semestrielles. Celles-ci ont eu lieu les 22 décembre 1999, 18 janvier 2000, 26 juin 2000, 6 et 12 février 2001, 17 et 20 juillet 2001, 5 mars 2002, 13 et 23 septembre 2002.

Des comptes-rendus détaillés ont été rédigés après chaque réunion, faisant le point sur les débats et les décisions prises, et diffusés à l'ensemble des participants.

La mise en œuvre des programmations approuvées par le Comité de Concertation a rencontré des difficultés en raison du système de remboursement des frais engagés par les ONG's qui devaient avancer les fonds avec remboursement ultérieur. Ce système provoquait des dysfonctionnements, problème soulevé essentiellement par Fometro, qui ne dispose pas de fonds propres, pour expliquer les anomalies identifiées dans le déroulement des activités à réaliser. Un autre problème était le circuit complexe de transmission des justificatifs, qui prolongeait là aussi les délais de remboursement. Ces deux problèmes ont trouvé une solution par la mise en place d'une avance de 30% des budgets semestriels prévus, et par la simplification du cheminement des justificatifs.

Un autre problème soulevé régulièrement par Fometro est le rôle respectif du PNLTHA et des sous-traitants, suite à certains dysfonctionnements constatés dans le déroulement des activités de terrain dans les provinces où cette ONG est impliquée. Or le protocole général de collaboration signé entre le PNLTHA et les ONG concernées (signature très tardive pour Fometro après de longues discussions) définit très clairement les rôles de chacune des parties.

Les relations souvent tendues entre PNLTHA et Fometro n'ont pas été favorables à un bon déroulement des activités.

Les réunions techniques : il était prévu également l'organisation avec les intervenants, de réunions techniques tous les deux mois; celles-ci se déroulent effectivement, sans calendrier précis, permettant d'aborder les différents problèmes rencontrés et de préparer les réunions du Comité de Concertation.

Le FOTRY (Forum Trypanosomiase) avait été mis en place il y a quelques années par la représentation de l'OMS venant combler un vide en terme de coordination des activités

menées sur le terrain, en associant partenaires effectivement impliqués et partenaires potentiels. Les réunions se sont espacées au fil des ans, et ce forum semble actuellement ne plus être nécessaire. Il pourrait être remplacé par une réunion annuelle sous la forme d'une revue, permettant de présenter la situation de l'endémie sommeilleuse, les actions de lutte à mener et les perspectives aux représentants des pays ou des institutions inter-états ou internationales pour attirer leur attention sur les problèmes de la maladie du sommeil et les impliquer en terme d'appuis nécessaires.

€Le résultat attendu a donc été atteint.

Résultat 3.- Le personnel de tous les niveaux est formé et périodiquement recyclé :

Il était prévu d'identifier les personnels à former à tous les niveaux, à charge pour le niveau central de former/recycler les MCP, ainsi que les personnels relevant de la province de Kinshasa, et pour le niveau provincial les différents personnels d'exécution des UM, CDTC et CS, des piégeurs et des animateurs, ainsi que les personnels des zones de santé.

Toute une série de formations ont été organisées, dont la liste détaillée serait fastidieuse à énumérer. Les modules de formation étant disponibles, les personnels ont été progressivement formés selon les directives.

A noter la méthode utilisée pour la formation de médecins coordonnateurs provinciaux ; ceux-ci sont tout d'abord affectés pour une période de trois à 4 mois dans une unité mobile afin d'y occuper successivement tous les postes de la chaîne de dépistage ; ils participent aussi aux activités des centres fixes de dépistage et de traitement. Ils sont dirigés ensuite au niveau PNLTHA afin de s'imprégner de tous les aspects de la gestion au niveau central. Le stage de formation se poursuit ensuite dans une province avec un médecin coordonnateur du lieu. Ils sont ensuite affectés à leur poste, appuyés par les responsables du niveau central. Ce cycle de formation avec ses différents stages d'imprégnation et d'acquisition est particulièrement intéressant.

€Le résultat attendu a donc été atteint.

Résultat 4.- La lutte contre la THA est supervisée à tous les niveaux :

Les objectifs en ce qui concerne les supervisions étaient les suivants :

- Les médecins coordonnateurs provinciaux sont supervisés au moins 2 fois par an par le PLNTHA.

- Les unités mobiles sont supervisées par le MCP au moins 4 fois par an
- Les zones de santé des régions infectées sont supervisées au moins 2 fois par an

Les supervisions des Médecins coordonnateurs sont effectuées par le PNLTHA tant en ce qui concerne les activités techniques que les activités gestionnaires ; ces supervisions se font en général conjointement avec les ONG's sous-traitantes, sauf avec Fometro depuis quelques mois.

Les contacts avec les MCP sont particulièrement importants et la fréquence de deux supervisions par an doit être un minimum.

Les supervisions des formations périphériques spécifiques (Unités mobiles et CDTC) par les MCP sont en général faites régulièrement, avec parfois des difficultés de mise en œuvre pour des raisons techniques (véhicule accidenté en réparation depuis plusieurs semaines dans le Bas Congo par exemple) ou d'accessibilité. Les rapports sont transmis au PLNTHA et la rétro-information est faite. Dans certains cas (comme dans le Bandundu) ces supervisions représentent une quantité de travail telle qu'il serait nécessaire d'installer auprès des MCP, des superviseurs provinciaux en nombre suffisant pour pouvoir assurer correctement cette activité. Le profil de ces superviseurs doit être établi en vue de leur recrutement avec des connaissances techniques approfondies, et des capacités d'analyse et de synthèse reconnues. Une formation spécifique devra être mise en place.

Les centres de santé collaborateurs sont supervisés par les médecins des zones de santé. Une partie de ces supervisions pourrait être assurée conjointement par les MCP et les MCZ.

€ Le résultat attendu a donc été atteint.

Résultat 5.- La surveillance épidémiologique de la THA est efficace :

Les documents de recueil de données existent (rapports mensuels des formations périphériques, rapports des MCP) et les informations sont régulièrement collectées et transmises. La surveillance s'arrête assez souvent à ces deux activités. L'analyse tant au niveau provincial que central est relativement faible, les tableaux et graphiques d'évolution et les cartes ne sont pas toujours disponibles.

Si un effort doit être fait avec les outils actuellement en place, il faut noter l'important travail en cours dans ce domaine. Une banque de données a été créée avec le logiciel Access et a été testée dans le Bas Congo ; les informations des dernières années seront saisies pour chaque village, permettant ainsi de suivre l'évolution de l'endémie dans chaque unité fondamentale (le village), au niveau de chaque zone de santé et de chaque

province. Les MCP et leurs secrétaires sont en cours de formation pour l'utilisation de cette base de données. La géoréférence de toutes les localités des aires de santé endémiques à l'aide de GPS est en cours.

Cette activité fondamentale doit être poursuivie car elle permettra une analyse fine de la situation épidémiologique. Grâce à une mise à jour mensuelle des données (rythme de rédaction des rapports d'activité) adapter de façon pertinente les activités de lutte à mener dans chaque village des zones de santé.

€Le résultat attendu été partiellement atteint.

Résultat 6.- La couverture par dépistage actif et passif des foyers les plus virulents est efficace :

Le dépistage actif est assuré par les unités mobiles actuellement au nombre de 33 ; le potentiel de travail théorique d'une équipe est l'examen de 300 personnes par jour soit 70 000 par an et pour les 33 unités mobiles existantes une possibilité théorique d'examiner 2 310 000 personnes par an. Le nombre actuel des unités mobiles est insuffisant pour couvrir la totalité des besoins, lorsque les zones de transmission actuellement inaccessibles seront ouvertes au dépistage.

Le travail de routine a été mené par les différentes équipes avec parfois des arrêts de travail plus ou moins longs pour des raisons d'accessibilité (Equateur Sud) ou de véhicule indisponible (Bas Congo).

Certaines zones de transmission ne sont pas encore couvertes en particulier dans le Bandundu.

La programmation ne fait pas apparaître le nombre d'habitants recensés, alors que sa connaissance permet d'évaluer les besoins en matériel techniques et permettra le calcul des indices épidémiologiques.

Le matériel technique est présent pour réaliser l'ensemble des tâches prévues.

L'organisation du dépistage en rayonnant chaque jour à partir d'un village centre nous paraît une source d'usure du matériel, de dépenses de carburant, ne permet pas de sensibiliser le soir les populations en organisant des réunions avec les responsables villageois, et entraîne un retard au démarrage des activités le matin, décourageant les villageois par une trop longue attente.

Le bon fonctionnement de la chaîne de dépistage nécessite une bonne organisation, ce que nous n'avons pas vu sur le terrain. Enfin le chef d'équipe doit assurer son rôle d'organisateur.

L'efficacité de ce dépistage n'est pas toujours évident si l'on se réfère au nombre de malades dépistés en 2^o période. Cependant ce résultat doit être modulé car chaque année, certaines zones ne sont plus couvertes en raison de la baisse de l'endémie, et d'autres viennent s'ajouter à partir de cas dépistés passivement, augmentant ainsi le nombre de cas en 2^o période.

L'introduction de techniques plus sensibles comme la centrifugation en tube capillaire permettrait d'alléger la charge de travail de laboratoire et d'améliorer les résultats. Il faudrait également envisager l'introduction de la titration des sérums, en définissant ainsi le statut des suspects sérologiques. Une étude sur ce sujet est actuellement en cours.

Durant la période 1999 – 2002, les unités mobiles ont examiné plus de 5,6 millions de personnes et ont dépisté plus de 35 500 malades. Les UM sont donc utilisées à plein temps. Pour la suite en enlever à certains endroits (B-C) et à redéployer dans d'autres (Ban)

En ce qui concerne le dépistage passif un grand nombre de centres participent à ce dépistage ; il y a actuellement 35 CDTC (centre de dépistage, de diagnostic et de contrôle) et nombreux HGR (Hôpitaux Généraux de Référence) et Centres de Santé qui participent au dépistage passif. Leur recrutement est important puisqu'ils ont dépisté en moyenne un peu moins de la moitié des nouveaux cas (46%), en presque totalité en 2^o phase. Les personnels de ces formations ont été formés et équipés du matériel nécessaire aux activités.

Durant la période 1999 – 2002, les formations fixes ont examiné près de 1,3 millions de personnes et ont dépisté près de 31 000 malades.

Au total durant cette période, les activités de dépistage actif et passif ont permis d'examiner près de 5,2 millions de personnes, et de dépister près de 66 500 malades.

€Le résultat attendu n'est pas entièrement atteint.

Résultat 7.- Les nouveaux malades et les malades rechutés sont correctement traités :

L'implication de l'O.M.S permet à l'heure actuelle de disposer des trypanocides nécessaires à la mise en œuvre des traitements, et ce gratuitement. Les médicaments adjuvants et les divers consommables sont régulièrement disponibles. Les protocoles de traitement sont standardisés, élaborés et suivis, malgré quelque égarement à certains moments.

En moyenne 96,3 % des malades dépistés sont traités.

D'une façon globale, le délai entre le dépistage et le traitement dépasse les 8 jours de l'indicateur et se situe entre 8 et 15 jours. Cet intervalle est dû à des raisons essentiellement pratiques du malade, et concernant le transport et l'accompagnement de celui-ci pendant l'hospitalisation.

Les médicaments de recours en cas d'échec thérapeutique ou de rechute sont disponibles et les protocoles thérapeutiques sont diffusés. Il s'agit essentiellement du nifurtimox jusqu'en novembre 2002, et exclusivement de l'éflornithine depuis lors.

€Le résultat attendu est atteint.

Résultat 8.- Les malades traités sont suivis pendant au moins 1 an et les suspects sérologiques pendant au moins 3 mois :

Le suivi post-thérapeutique est effectué avec difficulté en raison d'une non présentation des malades aux contrôles. Dans la plupart des cas les anciens malades contrôlés l'ont été au cours des tournées de prospection. Pour les autres, la crainte d'une nouvelle P.L., l'éloignement, l'oubli sont autant de facteurs d'absence. L'indicateur proposé était largement optimiste au regard d'un objectif rattaché essentiellement à un problème comportemental.

Pour ce qui est du suivi des suspects sérologiques le problème est encore plus important, car le plus souvent les personnes convoquées pour ces suivis n'en comprennent pas l'intérêt, se sentant eux-mêmes en bonne santé. Rares sont les suivis effectivement réalisés.

L'information donnée à l'infirmier du centre de santé permet d'intervenir par l'intermédiaire des chefs de village et faire venir dans certains cas le récalcitrant. De même l'appui des notables, des chefs de village et des agents de santé communautaires permettrait d'améliorer le nombre des suivis post-thérapeutiques.

L'utilisation de la titration par CATT des sérums pour les actuels suspects biologiques permettrait de donner un statut définitif à ces suspects.

€Le résultat attendu été partiellement atteint.

Résultat 9 La participation communautaire est suffisante :

La participation communautaire est semble-t'il bonne d'après les chiffres mais elle est variable suivant les provinces, les zones de santé et les villages. Par exemple elle est

excellente dans l'Equateur Sud, en baisse sensible dans le Bas Congo. Le rôle des infirmiers de centres de santé, de médecins chefs de zone de santé est important et doit être activé ; les responsables villageois et les chefs d'unité mobile sont également des éléments sensibles pour la participation communautaire.

Un biais pour l'évaluation de cette participation est également introduit par des chiffres de populations recensées très aléatoire, ne permettant pas le calcul fiable du taux de présentation.

€Le résultat attendu n'est pas totalement atteint.

Résultat 10.- La LAV à base communautaire est appliquée d'une façon sélective :

La Lutte anti-vectorielle en est encore au stade embryonnaire ; les modules existent, les formations ont été faites pour les captureurs sélectionnés, les documents de recueil des données sont utilisés et l'information est transmise.

Cependant le choix des villages n'a pas respecté les critères (villages à forte transmission), le nombre de pièges installés dans chaque village est relativement modeste, ne permettant pas une lutte efficace, l'analyse des données est insuffisante. La production journalière de pièges est faible, au niveau de 15 unités par jour.

Un grand nombre de captureurs formés ont arrêté leur travail plus ou moins vite, posant le problème de l'implication de la communauté villageoise dans ce travail.

Du travail reste encore à faire pour obtenir des résultats intéressants dans ce domaine.

€Le résultat attendu n'est que partiellement atteint.

Résultat 11.- Un appui institutionnel est fourni au BCT :

Les deux assistants techniques sont en place et assurent les tâches qui leur sont dévolues.

Les relations sont bonnes avec le directeur et le staff du PNLTHA, qui paraissent apprécier les prestations fournies par les deux conseillers.

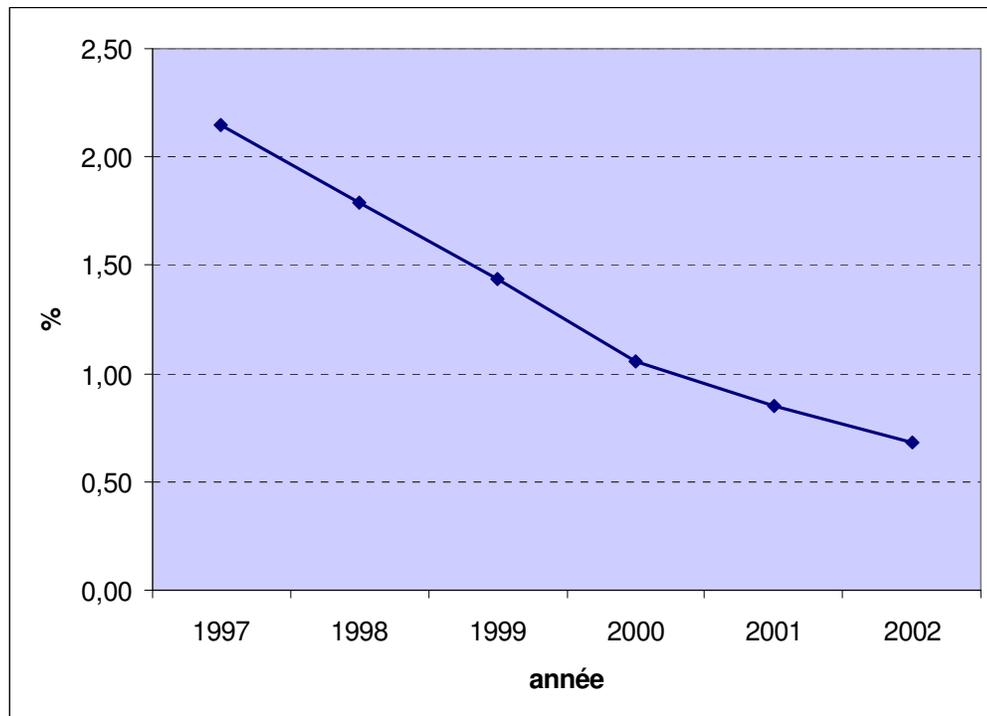
€Le résultat attendu a été atteint.

2. Mission De Muynck (extrait du rapport de formulation complété par quelques données de 2003)

Tendances épidémiologiques et performances de 1997 à 2002

A. Les tendances épidémiologiques

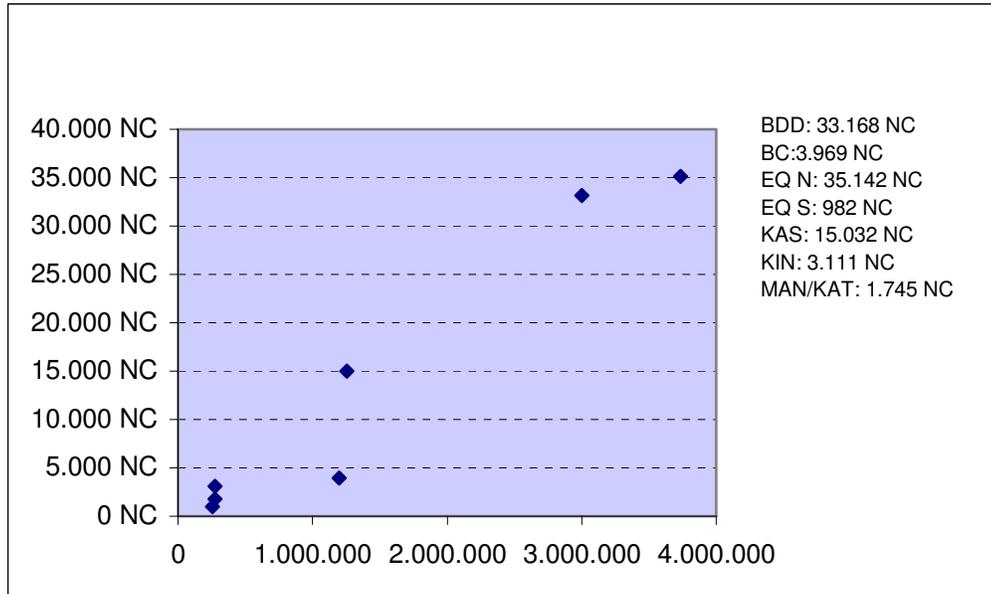
Figure 1: Taux d'infection générale (NC DA + NC DP sur la population totale examinée)



Le taux d'infection montre une tendance nettement dégressive dès 1997, pour arriver à moins de 1.00 % à partir de 2001 (Figure 1).

En 2003 le taux d'infection générale est descendu en dessous de 0,50 % c'est à dire 0,48 %. (11481 NC sur 2.400.673 personnes examinées)

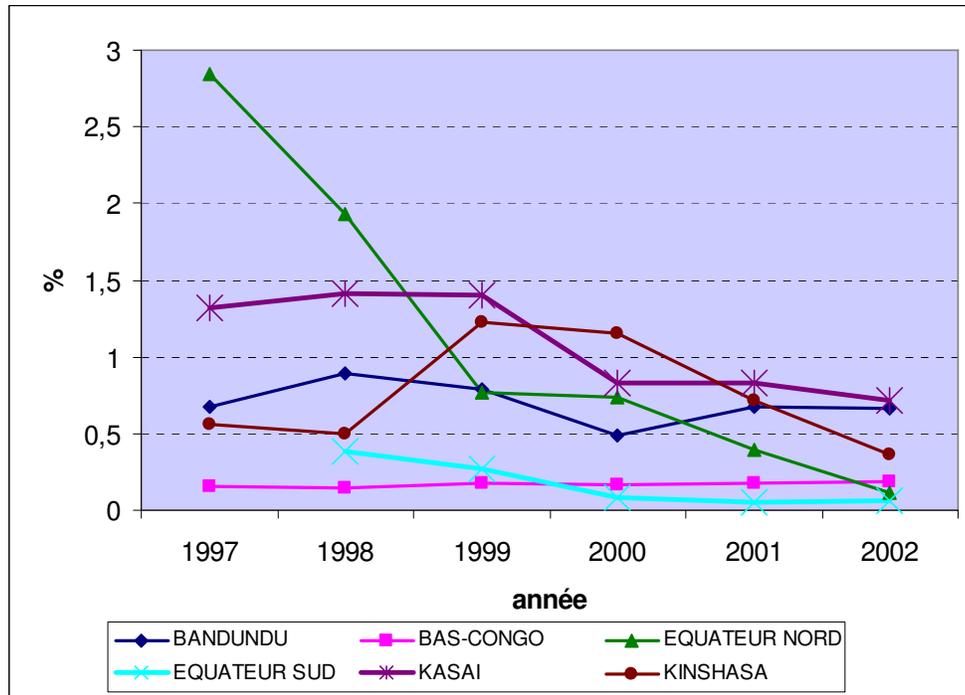
Figure 2: Total NC détectés entre 1998 et 2002, par rapport à la population recensée dans sept provinces/régions de la RDC.



La Figure 2 met en évidence que la plupart des cas ont été détectés dans 2 provinces seulement: Equateur Nord avec 35.142 cas détectés sur 3 millions de personnes recensées, et la province de Bandundu avec 33.168 cas sur en 3,75 millions de personnes recensées.

Un nombre important de cas (15.032) a été détecté dans les 2 Kasai, sur plus de 1 million de personnes recensées. A Kinshasa un grand effort pour recenser la population à risque a été fait, et un nombre non-négligeable de cas a été dépisté (3.111). Tant dans la province du Bas-Congo comme dans l'Equateur Sud, un nombre plutôt réduit de cas a été dépisté, mais la population recensée était aussi limitée en nombre.

Figure 3: TI basé sur les cas détectés activement, par province et par année (RDC 1997-2002)

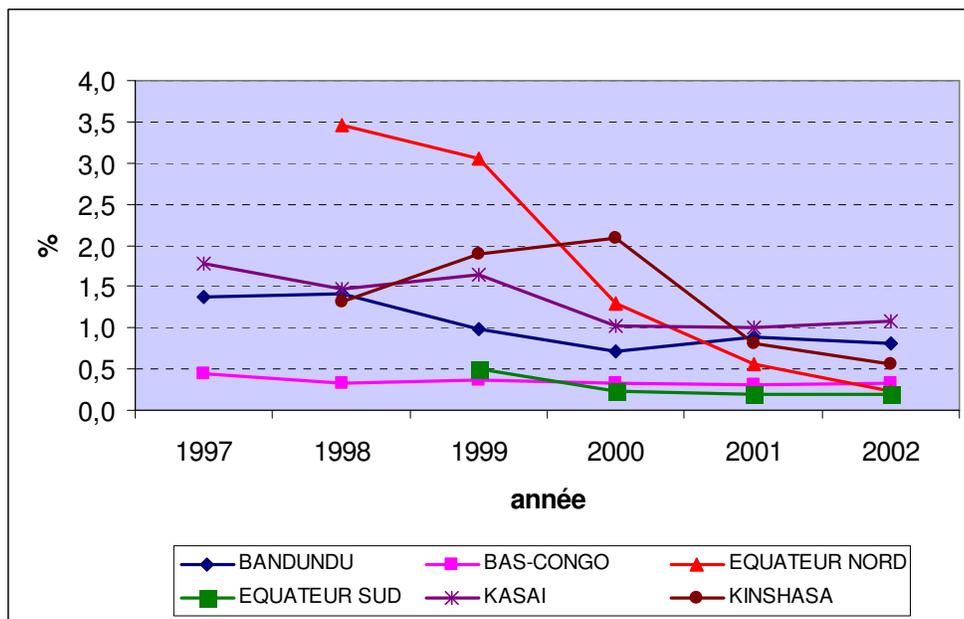


La Figure 3 examine l'évolution de l'endémicité estimée par le biais du taux d'infection (TI), basé sur les cas détectés activement. La totalité de la population qui a assisté au dépistage actif a été prise comme dénominateur.

On constate que le TI n'a dépassé le 1,5% qu'en Equateur Nord seulement. En l'année 2002, partout le TI provincial est inférieur à 1,0%. On peut distinguer 2 grandes tendances: une tendance à la diminution dans les provinces Equateur Nord, Kasai et Equateur Sud ; une tendance à la stabilisation au Bandundu et au Bas-Congo.

A Kinshasa le TI a d'abord fortement augmenté en 1999, pour diminuer ensuite et atteindre son niveau le plus bas en 2002.

Figure 4: Évolution de l'IMN, par province et par année (RDC 1997-2002)



L'indicateur utilisé dans la Figure 4 prend comme numérateur la totalité des cas dépistés (= activement et passivement) et comme dénominateur le nombre de personnes recensées. Dans la littérature française cet indicateur est appelé IMN (Indice de Morbidité Nouvelle).

Cette figure confirme le message de la figure précédente, à une exception près, notamment cet indicateur-ci montre au Bandundu la tendance est plus complexe: d'abord un plateau à un niveau de $\pm 1,4$ %, une diminution ensuite jusqu'en 2000 et plus tard un plateau inférieur à 1%.

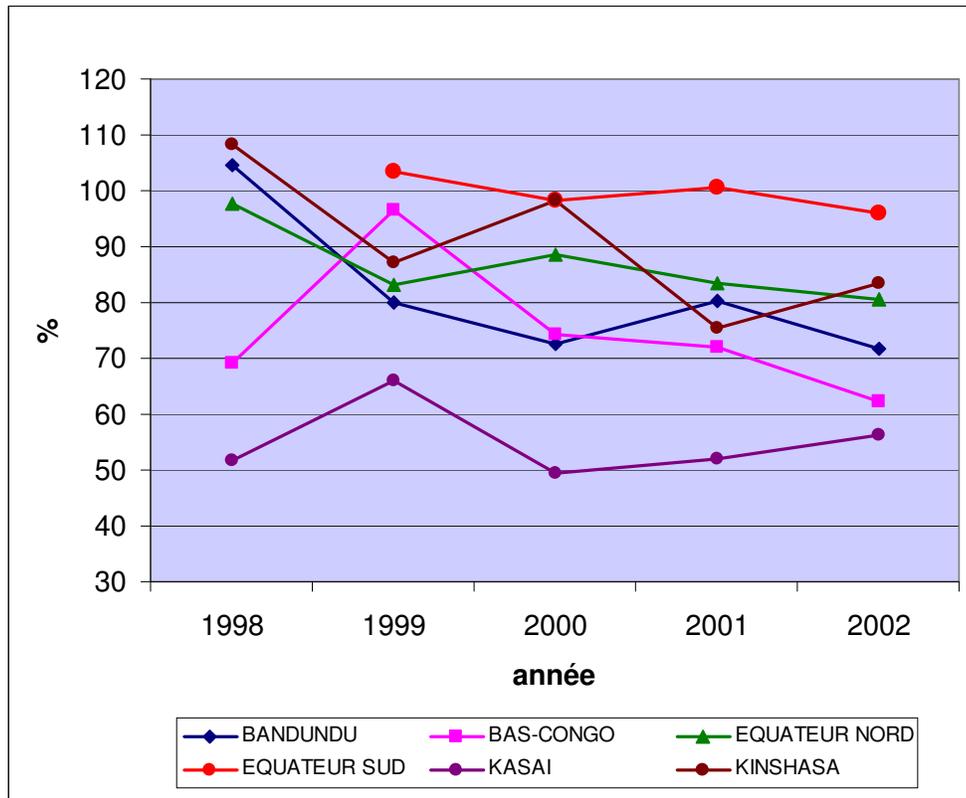
Situation en 2003 :

Province	PTR	NC en 2003	IMN
Equateur Sud	81726	103	0,12
Equateur Nord	1053748	1597	0,15
Bas-Congo	236469	522	0,22
Kinshasa	103684	286	0,28
Maniema-Katanga	130124	732	0,56
Bandundu	926675	5384	0,58
Kasai Oriental et Occidental	286365	2606	0,91

En appliquant l'IMN sur les résultats de 2003 les provinces se rangent de la même façon qu'en 2002 mais la tendance générale est à la baisse par rapport à 2002.

La performance de la lutte depuis 1997

Figure 5: Dynamique de la participation de la population au dépistage actif par province et par année (RDC 1998-2002)

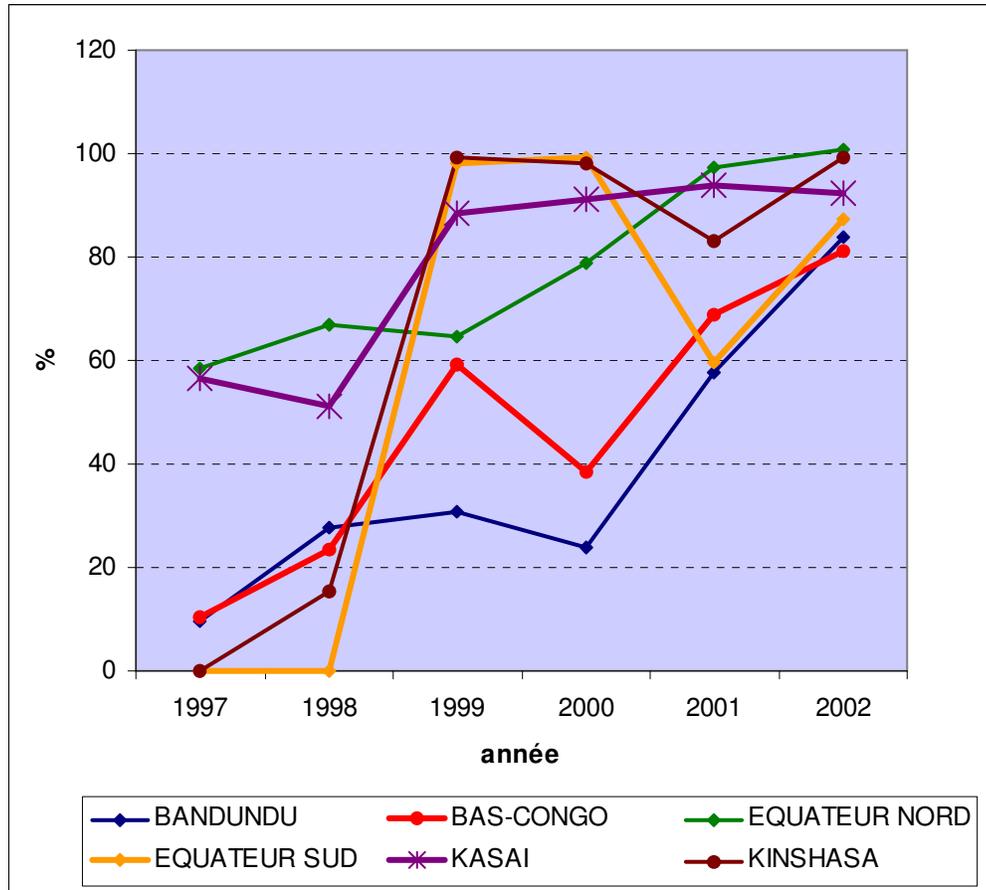


Deux tendances se distinguent: une stabilisation à un taux très élevé en Equateur Sud et à un taux très bas dans le Kasai ; une tendance à la diminution dans toutes les autres provinces.

Situation en 2003 : les provinces se rangent de la même façon mais la tendance générale est à la hausse du taux de participation par rapport à 2002

Province	PTR	PTE en 2003	Taux de participation
Equateur Sud	ND	93245	
Maniema-Katanga	130124	117919	90 %
Equateur Nord	1053748	895664	85 %
Kinshasa	103684	84425	82 %
Bandundu	926675	719665	78 %
Bas-Congo	236469	173990	74 %
Kasaï Oriental et Occidental	286365	198262	69 %

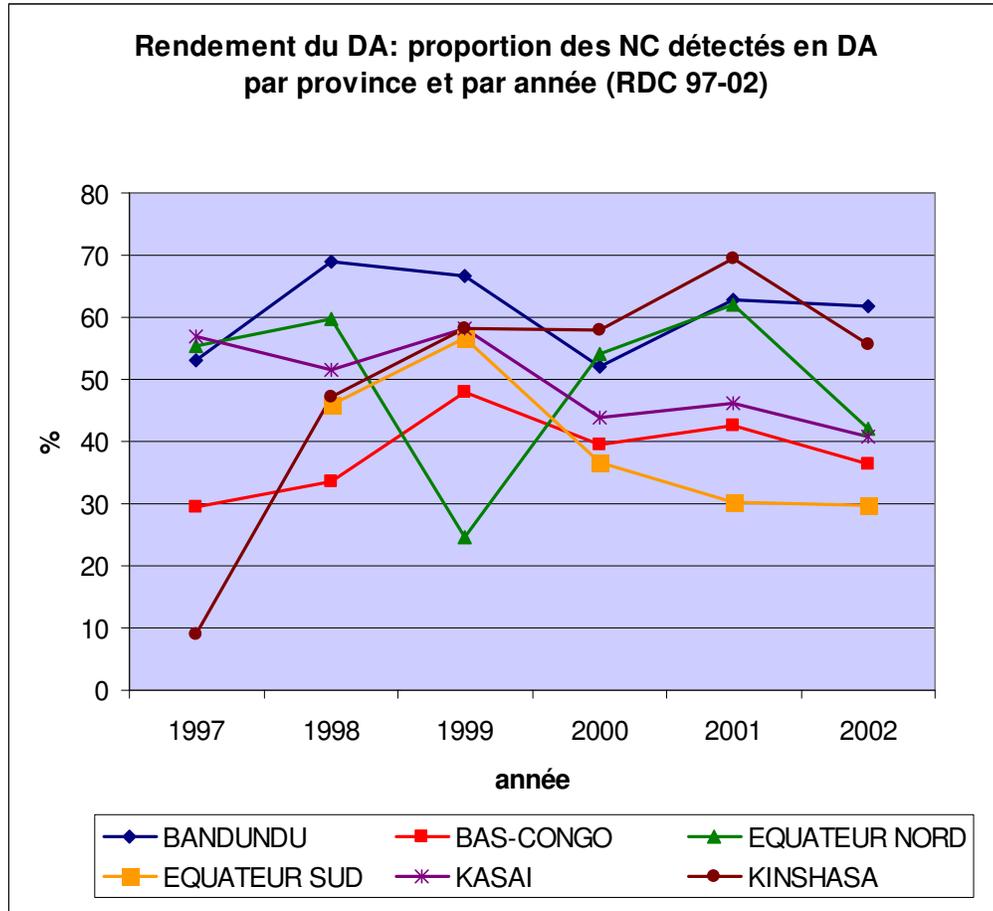
Figure 6: Couverture CATT: proportion de la population totale examinée ayant subi le test de dépistage CATT par province et par année (RDC 97-02)



En 1997 il n'y avait que 2 provinces (Équateur Nord et Kasai) où le CATT était utilisé. Mais relativement vite la stratégie de séro-dépistage a été adoptée. En 2002 le séro-dépistage est appliqué dans presque la totalité de la population dépistée.

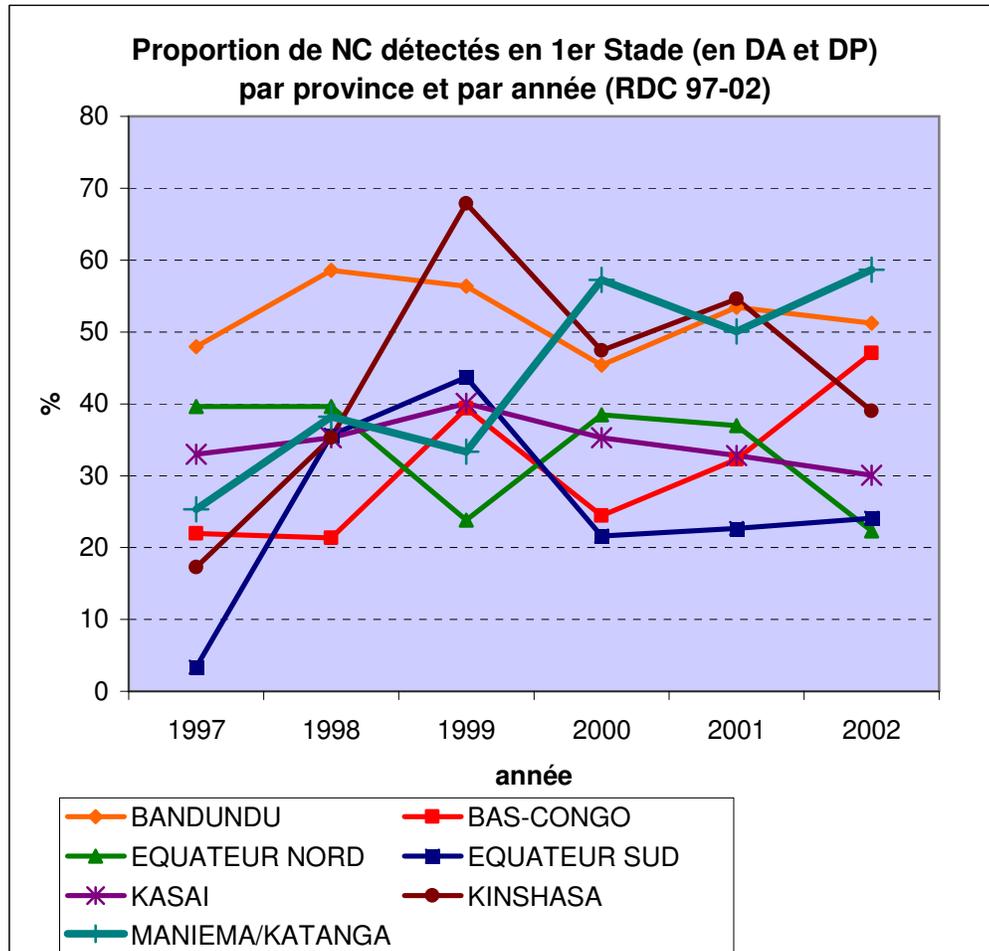
En 2003 la couverture en séro-dépistage avec le CATT n'a pas différé significativement de l'année 2002.

Figure 7: Proportion de NC détectés en DA, par province et par année- RDC 1997-2002



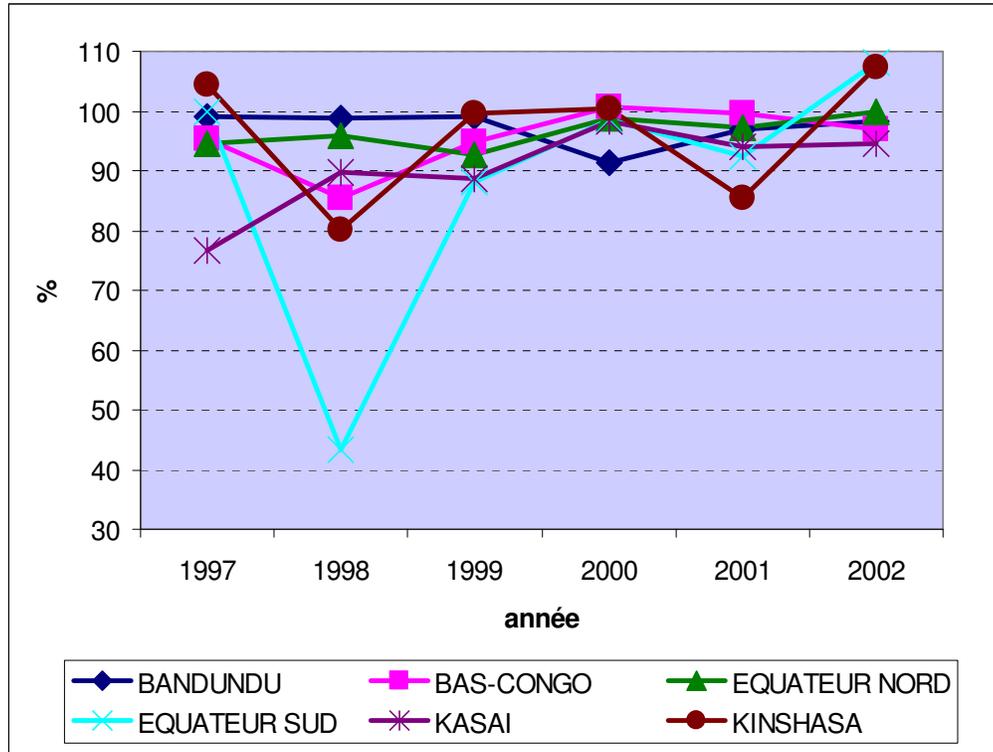
Cette proportion varie fortement par province. A l'intérieur de presque toutes les provinces la proportion de NC détectés en DA reste \pm stable entre 1997 et 2002. La forte baisse en 1999 des NC détectés en DA en Equateur Nord était due à la guerre.

Figure 8: Proportion de NC détectés en premier stade, par province et par année (RDC 1997-2002)



Kinshasa, Maniéma/Katanga et Equateur Sud montrent d'importantes variations dans le temps. Dans les autres provinces la tendance générale est d'une stabilité dans le temps, quoiqu'il y ait un grand écart entre les provinces avec le taux le plus bas (Equateur Nord et Equateur Sud) et le plus haut (Bandundu).

Figure 9: Proportion de NC mis en traitement, par année et par province. RDC 1997-2002.



Cette figure montre que dans toutes les provinces presque la totalité des cas accepte de se faire traiter, et ces hauts chiffres n'ont que peu bougé dans le temps.

En 2003 la même tendance est maintenue mais on observe que les délais entre le jour du diagnostic et la date du début du traitement sont parfois beaucoup très longs.

ANNEXE 2: ETAT DES DEPENSES

Niveau central (PNLTHA)

Résultat intermédiaire	Description	Dépenses cumulées
RI 1	La politique nationale est bien définie et les stratégies et modules élaborées, distribuées et utilisées sur le terrain	8.267 €
RI 2	Les activités prioritaires sont planifiées semestriellement et exécutées	8.020 €
RI 3	Le personnel de tous les niveaux est formé et périodiquement recyclé	79.324 €
RI 4	La lutte contre la THA est supervisée à tous les niveaux	867.055 €
RI 5	La surveillance épidémiologique de la THA est efficace	96.700 €
RI 6	La couverture par dépistage actif et passif des foyers les plus virulents est efficace	321.698 €
RI 7	Les nouveaux malades et les malades rechutés sont correctement traités	140.145 €
RI 8	Les malades traités sont suivis pendant au moins 1 an et les suspects sérologiques pendant au moins 3 mois	0 €
RI 9	La participation communautaire est suffisante	10.580 €
RI 10	La LAV à base communautaire est appliquée d'une façon sélective	40.448 €
RI 11	Un appui institutionnel est fourni au BCT	783097 €
Total		2.355.334 €

Sous-traitance

FOMETRO	Résultats 2 à 10 (Kinshasa, Bas-Congo, Bandundu, Kasai, Maniema & Nord-Katanga)	4.362.736 €
MEMISA	Résultats 2 à 10 (Equateur Nord)	1.268.171 €
MSF-B	Résultats 2 à 10 (Equateur Sud)	397.284 €
		6.028.191 €

GRAND TOTAL DES DEPENSES CUMULEES : **8.383.525 €**
(niveau central (y compris l'AT) + sous-traitance)

BUDGET TOTAL : **8.482.430 €**

TAUX D'ABSORPTION : **98,83 %**

Commentaire

Du fait que les sous-traitants avaient leur propre système comptable avec un encodage et des imputations différents de celui de la CTB et donc du cadre logique, il n'a pas été possible de faire une synthèse globale des dépenses de toutes les activités en les imputant toutes dans l'un ou l'autre résultat intermédiaire du cadre logique. Le système d'imputation par résultat et par activité n'avait en effet été mis en place au niveau central quand le projet avait déjà démarré.

Le comité de concertation n'a pas jugé opportun surtout à cause de la guerre et l'éloignement de certaines coordinations d'imposer le changement du système comptable et son rapportage. Par contre il a veillé à ce que les plans semestriels présentés par les ONG soient toujours conformes à la logique du projet.

La CTB à Bruxelles de son côté a informé le projet que pour les sous-traitants une seule ligne budgétaire suffisait et que par conséquent il n'était pas nécessaire de changer ce système au cours du projet. Pour la 3^{ème} phase cette approche changera et les ONG sous-traitantes seront demandées de faire un rapportage financier conforme à celui de la CTB ce qui permettra une analyse exacte des dépenses par résultat intermédiaire et par activité.

Dans le tableau qui résume les dépenses cumulées du niveau central et qui comprend également l'assistance technique (résultat 11), les lignes budgétaires par activité n'ont pas été détaillées. Les raisons en sont que tout d'abord ces lignes étaient fort détaillées, de deux qu'au cours du projet, des nouvelles lignes ont été ajoutées avec l'approbation du comité de concertation ce qui rend difficile l'interprétation et les comparaisons entre ce qui était initialement prévu et ce qui a été finalement dépensé.

Il est à mentionner qu'il y a eu deux rallonges budgétaires après deux échanges de lettres, une première fois uniquement pour la prise en charge de l'assistance technique, une deuxième fois pour le projet pour la période de transition entre 2^{ème} phase et 3^{ème} phase (juillet-septembre 2004).

ANNEXE 3 : Taux de déboursement de la prestation.

Source de financement	Budget cumulé	Dépenses réelles cumulées	Taux de déboursement cumulé	Commentaires et remarques
Contribution belge directe	8.482.430 €	8.383.525 €	98, 83 %	En 2000 et 2001 tous les projets ont connu la très grande différence entre le taux officiel du gouvernement et le taux parallèle dans la vie de tous les jours. Les taux moyens appliqués se sont plus basés sur le taux parallèle que sur le taux officiel.
Contribution Etat partenaire	Salaires des agents de l'état ; frais de fonctionnement.			
Contribution Fonds de contrepartie	Nil			
Autres	Nil			

ANNEXE 4 : Personnel de la prestation

Type de personnel (titre, nom et genre)	Durée de recrutement (date début et fin)	Commentaires (délais de recrutement, pertinence de la fonction ou du profil...)
1. Personnel national mis à disposition par le Pays Partenaire (cfr liste jointe)	- personnels au niveau de la direction, au niveau des coordinations et au niveau des unités mobiles et centres de traitement sont presque tous des fonctionnaires de l'Etat	Nécessité de bien redéfinir les profils de poste et les responsabilités dans le cadre du projet de la 3 ^{ème} phase
2. Personnel d'appui recruté localement	Voir ONG	Seulement au niveau des ONG, pas au niveau du Ministère de la Santé (PNLTHA)
3. Personnel d'encadrement recruté localement	- 1 médecin congolais en santé publique pour Fometro depuis décembre 2001 pour suivi province Bas-Congo	Manque de disponibilité de ce médecin pour le suivi depuis qu'il était devenu le responsable pour le suivi du projet Sida Banque mondiale (à partir de mai 2002)
4. Personnel International (hors CTB)	<p>- 1 administratrice Fometro prise en charge sur les fonds du projet (Cellule d'appui Fometro)</p> <p>- 1 médecin en santé publique pour Fometro (jusque juillet '02)</p> <p>- 1 médecin italienne en 1 infirmière belge en Equateur Nord (co-financement)</p>	Manque de ressources humaines au niveau de Fometro pour suivi adéquat de la prestation
en Coopération Internationale (CTB)	<p>- 1 technicien sanitaire depuis 31 juillet 1999</p> <p>- 1 médecin en santé publique depuis septembre 2000</p>	Engagement d'un logisticien souhaitable si changement à un appui bilatéral direct pour les volets périphériques et provinciaux

ANNEXE 5 : Sous-traitance et appels d'offres
(une fiche par sous-traitance)

Mode de passation du marché : décision du conseil des Ministres du Gouvernement belge en 1999
:

Date de l'appel d'offres : sans objet

Date de début du contrat de sous-traitance : 1^{er} janvier 2000

Nom des sous-contractants : Fometro, Memisa-Belgique, MSF-B

Objet du contrat : Appui logistique et technique à la mise en œuvre de la lutte contre la THA

ONG	Zones d'intervention
Fometro	Bas-Congo, Kinshasa*, Bandundu, Kasai, Maniema, Katanga
Memisa-Belgique	Equateur Nord
MSF-belgique	Equateur Sud

* La gestion du projet au niveau de la coordination de Kinshasa a été entièrement reprise à partir de juillet 2002 par le PNLTHA

Coût du contrat : les conventions entre CTB et les ONG n'avaient pas mentionné le coût du contrat. Les budgets étaient déterminés semestriellement sur base des plans budgétaires soumis à l'approbation du comité de concertation

Durée du contrat : les contrats/conventions étaient chaque fois d'une durée de 6 mois

Résultats produits :

- Les résultats obtenus dans les différentes provinces appuyés par les 3 ONG sont repris en annexe 1.
- Ces résultats sont complétés par l'analyse SWOT provinciale ci-dessous qui avait été faite durant la même mission de formulation.

Analyse SWOT Provinciale⁴

Points forts et faibles de chaque province endémique:

FOMETRO

REGION	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
<i>Bas Congo</i>		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problème THA moins grave que dans les autres provinces (TI autour de 0,5 %) ▪ Dans certaines ZS le travail des UM a conduit à la presque élimination de la maladie (exemple ZS Nsona Mpangu) ▪ MCP fort en SSP/connaît le système de la ZS ▪ Esprit de concertation et d'équipe ▪ Seule province avec une base de données de surveillance informatisée et presque complète (données 1997 – 2003) permettant une programmation rationnelle ▪ Enthousiasme de la part du BCZS et de la population des ZS hyper-endémiques de Boma Bungu et de Seke-Banza à s'impliquer activement dans la lutte contre la THA (LAV). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vieillesse des équipes (âge moyen plus élevé de toutes les provinces) ▪ Manque d'expérience technique des jeunes personnels engagés dans un contexte de faible endémicité ▪ Coordination à renforcer dans le domaine de surveillance épidémiologique, techniques sérologiques/parasitologiques et en planification rationnelle des activités de DA/DP et informatique ▪ Rôle du superviseur pas bien défini / confusion rôle MCP – superviseur ▪ Faible participation de la population au DA ▪ Rationalité du choix des endroits à dépister activement, pas toujours évidente ▪ Processus d'intégration dans les SSP et autres FS pas encore très avancé malgré formation des MCZ/superviseurs ▪ Situation épidémiologique pas bien connue dans certaines zones de santé non couvertes (ex. Tshela – Kizu - Gombe Matadi ...)

⁴ Les détails se lisent dans les annexes correspondantes.

REGION	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
<i>Bandundu</i>		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Excellente gestion du programme; bon suivi des activités; bonne analyse des rapports mensuels et rétro-information pertinente et ponctuelle ; début encourageant d'intégration de dépistage et traitement des patients au 1^{er} stade dans les SSP ▪ Les membres des unités mobiles sont encore en âge actif, permettant un bon rendement ▪ L'esprit d'équipe des 14 unités mobiles est en général très bon ▪ La compétence technique des membres des UM est très bonne ▪ La proportion de cas dépistés en stade I est très haute ▪ Les formations sanitaires ont un bon rendement de dépistage, ce qui suggère un début d'intégration du dépistage très encourageant. ▪ Le traitement est plus accessible, par la décentralisation du traitement aux patients en stade I de la maladie, et par l'intégration d'un réseau d'hôpitaux dans le traitement des patients en stade II ▪ Bon encadrement des patients en traitement, même dans les formations sanitaires ▪ La composition ethnique de la population est plutôt homogène, ce qui facilite la généralisation des messages IEC, et la sensibilisation & mobilisation de la population ▪ La province a peu souffert de la guerre récente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Importantes distances entre la coordination et les divers foyers, ce qui rend la logistique difficile et la supervision régulière presque impossible ▪ La vétusté du charroi automobile, entraînant des frais de réparation récurrents importants et occasionnant des interruptions fréquentes dans les activités des unités mobiles ▪ L'existence d'une population riveraine nombreuse. Son accessibilité est difficile et sa mobilisation pose des problèmes spécifiques d'ordre logistique mais aussi socio-anthropologique.
<i>Maniema-Katanga</i>		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage de presque un demi million de gens et détection de 2116 NC malgré un climat de guerre depuis 1997 et des circonstances opérationnelles extrêmement décourageantes. ▪ La population appuie activement le programme ▪ L'actuel Médecin Coordonnateur récemment nommé connaît très bien la 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Climat d'insécurité jusque récemment ▪ Province restée pendant longtemps sans MCP ▪ Manque de véhicules pour toutes les UM, tous perdus pendant la guerre ▪ Longues distances à parcourir par bicyclettes, ce qui empêche l'utilisation du sérodépistage ▪ Population très appauvrie par les

REGION	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
	<p>région où il a travaillé comme chef d'UM avant de devenir médecin dans la lutte contre la THA.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Flexibilité et dynamisme des équipes mobiles 	<p>troubles récentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les JNV ayant motivé la participation des responsables par le biais de primes, le travail bénévole est devenu ensuite très difficile ▪ Manque de personnel formé. Suite à la guerre la plupart du personnel formé a quitté la région et le personnel qui est resté sur place, est âgé et n'a que peu de force pour le travail de brousse ▪ Même dans les CDTC, le sérodépistage est devenu impossible, suite aux problèmes de la chaîne de froid
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kasai 		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'un Centre de référence au niveau provincial (CRT Dipumba) ce qui constitue une opportunité pour la recherche ▪ Conditions d'accueil et de prise en charge améliorée dans plusieurs CDTC (Miabi, Kakenge, Maswika, Kamaleka et Katanda) ▪ Amélioration de la couverture par l'augmentation des UM (4 à 7) ▪ Bonne implication de certains MCZ dans la lutte ▪ Expertise dans l'administration du DFMO ▪ Analyse régulière des rapports 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux élevé de cas réfractaires ▪ Faible couverture de la population à risque ▪ Difficulté pour améliorer certains facteurs indispensables au contrôle de la maladie tels que le contrôle des mouvements de la population et la faible participation de la population aux activités de dépistage actif ▪ Instabilité du personnel (surtout au Kasai Oriental) ▪ Capacités de la coordination en gestion financière et matérielle des ressources insuffisamment développée ▪ Grand rayon d'action pour une seule Coordination et accessibilité géographique limitée pendant la saison pluvieuse (Masuika, Sankuru) ▪ Faible capacité de stockage au niveau de la Coordination ▪ Mauvaises conditions d'hébergement des malades dans certains CDTC (Cilenge, CRT Dipumba, Tshitolo, ...) ▪ Insuffisance des moyens diagnostiques au laboratoire provincial de Dipumba - fonctionnement du CRT Dipumba (Centre Régional de la THA) comme un simple CDTC et non comme une réelle structure de référence et complexité de la gestion de ce centre avec la MIBA ▪
Kinshasa		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proximité du siège du PNLTHA a des avantages par rapport aux autres provinces pour la logistique, la 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incidence de beaucoup de cas « ratés » de la THA par les FS publiques et privées de Kinshasa

REGION	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
	<p>supervision, expertise qui se trouve au niveau national</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Situation géographique privilégiée de la capitale: accès facile à la communication (téléphone, Internet etc.) ... ▪ Existence de plusieurs centres spécialisés (CNRTHA, CDTC Roi Baudouin, CDTC Maluku, labo PNLTHA, CDTC Kikimi, INRB) <p>Présence de plusieurs MCZ enthousiastes pour l'implication dans la lutte (N'Sele, Lemba et Mont Ngafula)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaboration entre la Coordination et ZS et FS encore faible ▪ Planification des activités de lutte pas assez rationnelle (dépistage et LAV) ▪ MCP pas encore formé en santé publique/contrôle des maladies; pas assez formé en techniques de laboratoire. ▪ Climat conflictuel au sein d'une des unités mobiles ▪ Manque de locaux propres pour coordination et UM

MEMISA-Belgique

REGION	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
<i>Equateur Nord</i>		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaboration fructueuse entre les 2 ONG (CDI et Memisa) d'un côté et le PNLTHA de l'autre côté. ▪ Leadership: excellente capacité d'organisation et de gestion du coordinateur provincial; style de gestion participatif et orienté vers un travail d'équipe ▪ Personnel des CDTC, UM et de la coordination: hautement motivé et bien formé ▪ Réceptivité de la coordination provinciale aux avis des experts ▪ Excellente performance du programme, qui a conduit à une forte diminution de l'endémicité ▪ Bonne participation de la population au DA et sérieux effort de récupération des non-répondants ▪ Bonne participation des autorités administratives, sanitaires et traditionnelles ▪ Mobilisation des églises, écoles et groupements sociaux ▪ Intégration des CDTC dans les hôpitaux, conduisant à une bonne intégration de diagnostic, traitement et suivi post-thérapeutique ▪ Parfait entretien du charroi automobile et excellent support logistique tant au niveau 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Détection des cas par les FS est très faible ▪ DP: malgré les efforts d'intégration de la lutte dans les SSP, plusieurs cas suspects ne sont pas reconnus comme tels dans la consultation externe des hôpitaux ▪ Séro-suspects: manque de connaissance de la régularité et de l'efficacité du suivi ▪ Très grande prévalence de cas réfractaires ▪ Existence d'une certaine disharmonie entre la coordination (à Bwamanda) et la coordination adjointe (située à Gemena).

REGION	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
	<p>de Kinshasa que de Bwamanda</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recensement de la population couverte qui est de haute qualité et correctement actualisé ▪ Délai entre diagnostic et traitement dû aux patients, est minimal ▪ Refus de traitement quasi inexistant ▪ Bon engagement de la population dans la LAV ▪ Importante attention à la IEC ▪ Dépistage systématique des membres de famille des nouveaux cas de THA 	

MSF-Belgique

REGION	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
<i>Equateur Sud</i>		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible prévalence des cas de THA ▪ Ressources humaines expérimentées et dévouées ▪ Préfinancement des activités et investissements par MSF-B ▪ Équipement de base disponible sur le terrain (UM) ▪ Appui logistique avec un circuit reliant le terrain à Bruxelles via Kinshasa ▪ Formation des MCZ et certains laborantins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dégradations des routes et inaccessibilité de certaines contrées, et grandes distances à parcourir et état de routes médiocres donc seulement un passage annuel est faisable pour les UM ▪ Nombreuses populations riveraines avec forte mobilité ▪ Pluies abondantes et forêt dense ▪ Manque de réactivité de certains MCZ en dépit des formations ▪ Difficulté pour le logement des UM ▪ Faible présence du MCP sur terrain

ANNEXE 6 : Liste des Equipements acquis par la prestation

Niveau central

Type d'équipement	Coût		Date de livraison		Remarques
	<i>prévu</i>	<i>réel</i>	<i>prévue</i>	<i>réelle</i>	
2 Véhicules 4 x 4 pour le niveau central/assistance technique	55.000 €	55.383 €	2000	2000	Toujours en bon état à la fin du projet
4 kits ordinateurs desktop	10000 €	10.353 €	2000-2003	2000-2003	En bon état
2 ordinateurs portables	6000 €	4800 €	2000	2001	En bon état
2 scanners	1000 €	929 €	2000	2001 et 2003	Panne irréparable du 1 ^{er} scanner acheté en 2001
2 photocopieuses	7500 €	0 €			Une photocopieuse puissante avait été achetée à la fin de la 1 ^{ère} phase ; elle est toujours fonctionnelle à la fin de la 2 ^{ème} phase
TV + vidéo	1500 €	1845 €			En bon état
Matériel de camping	9000 €				Matériel de campement pour la direction a été acheté sur le budget du projet régional OMS
1 phonie HF	3000 €	0 €			Acheté sur projet régional trypano (OMS/CTB)
3 téléphones portables	1275 €	857 €	2000-2003	2000-2003	Changement de Telecell au Celtel et Vodacom
1 réseau UHF	3000 €	2000 €	2000	2001	Insertion dans le réseau « santé pour tous » à Kin
Mobilier de bureau	2500 €	4854 €	2000	2000 et 2002	Les besoins avaient été sous estimés au départ
Equipement de laboratoire	18750 €	8377 €	2001	2001 et 2002	Le gros des équipements pour le labo au PNLTHA avait déjà été acheté sur le reliquat de la 1 ^{ère} phase
1 connexion internet	Non prévue	3000 €	Non prévue	2000	Panne de module 15 mois après l'achat
10 GPS	4625 €	3958 €	2001	2002	

Niveau provincial & périphérique

Province/coordination	Kinshasa	Bas-Congo	Bandundu	Kasaï	Maniema & Nord-Kat	Equateur Sud	Equateur Nord
Véhicules 4 X 4	1	2	4	2	0	0	6
Baleinières	0	0	4	0	0	1 pirogue	0
Moteur hors-bord	0	1	7	0	0	1	0
Motos	0	0	1	0	0	3	4
Kit Ordinateurs	2	1	1	1	0	0	1
Ordinateur portable	0	0	0	0	1	0	2
Machines à écrire	1	3	12	5	2	0	16
SAT Phone	0	0	0	0	0	0	1
Phonie HF fixe	0	1	1	0	0	0	0
Phonie HF mobile	0	1	1	0	0	0	1
Phonie UHF fixe	1	0	0	0	0	0	0
Phonie UHF mobile	2	0	0	0	0	0	0
Microscopes	8	20	35	17	15	6	10
Matériel de campement	1 kit	5 kits	13 kits	4 kits	4 kits	1 kit	7 kits
Bacs frigo	1	6	10	7	4	1	15
Matelas	20	40	100	28	ND	0	ND
Vélos	3	13	20	8	8	22	20
Rotateurs pour CATT	4	10	29	8	8	5	9
Chargeurs rotateurs	4	10	29	8	8	0	0
Frigos	1	3	0	4	1	1	5

Annexe 7. Formations

Durant la 2^{ème} phase, plusieurs formations ont été organisées et financées par l’OMS soit par OMS-AFRO dans le cadre du projet « appui régional à la lutte contre la THA en Afrique Centrale », soit dans le cadre du biennium OMS-RDC, soit par l’antenne de l’OMS Yaounde ou par l’OMS Genève même. Il s’agissait principalement de formations internationales en THA (Cours international sur la THA) et de formations en surveillance épidémiologique et Health Mapper. Pour la LAV il y a eu des formations financées par SANRU.

Les activités de formation dans le cadre de la 2^{ème} phase du projet « Appui à la lutte contre la THA » ont été – de façon résumée – les suivantes :

Type de formation	Pays, Province, Institution, Durée	Nom ou Nombre de personnes formées	Dates de la formation	Sujet ,contenu et niveau
Atelier	RDC, Kinshasa, Kimouenza, ZS de Mont Amba	30 ASC-piégeurs	Septembre 2000	Formation en lutte anti-vectorielle (LAV)
Bourse	Burkina Faso, Ouagadougou, CIRDES, 1 mois	1	Octobre 2000	Formation sur les techniques de LAV
Atelier	RDC, Kinshasa, ZS Kinkole-Maluku	30 ASC-piégeurs	Novembre 2000	Formation en LAV
Atelier	RDC, Equateur Nord, Bwamanda	11 infirmiers, 4 microscopistes, 4 secrétaires	Octobre-décembre 2000	Formation en management de la THA
Stage	RDC, Kinshasa 3 mois	1	Déc. 2000-Février 2001	Stage d’infirmière responsable-gestionnaire au CNRTHA
Atelier	RDC, Equateur Nord, Bwamanda	28 personnels pour CDTC, UM et mini-UM	Mars 2001	Formation en management de la THA
Atelier	RDC, Kinshasa PNLTHA, 1 semaine	17 médecins-chef de zone	Avril 2001	Formation en management de la THA
Atelier	RDC, Kinshasa, Mbankana	30 ASC-piégeurs	Juillet 2001	Formation en LAV
Atelier	RDC, Kinshasa, INRB, 2 x 10 jours	30	Juin 2001, Août 2001	Formation en techniques de laboratoire
Atelier	RDC, Equateur Sud, Mbandaka et Boende, 1 semaine/atelier	22 (12) (10)	Avril 2002	Formation en management de la THA au niveau des ZS
Atelier	RDC, Bas-Congo, ZS, 1 semaine	21	Octobre 2002	Formation en management de la THA

Type de formation	Pays, Province, Institution, Durée	Nom ou Nombre de personnes formées	Dates de la formation	Sujet ,contenu et niveau
Atelier	RDC, Bas-Congo, ZS de Seke-Banza	31 ASC-piégeurs	Juillet 2002	Formation en LAV
Atelier	RDC, Equateur Sud, Mbandaka, ZS de Lukolela	31 ASC-piégeurs	Avril 2002	Formation en LAV
Stage	RDC, Bandundu, 3 mois	6	2002	Dépistage, diagnostic et prise en charge de la THA ; formation chef d'UM
Stage	RDC, Bandundu, 3 mois	4 infirmiers	2002	Dépistage, diagnostic et prise en charge de la THA
Autres	« In service training » du personnel de la direction par un professeur en informatique, Kinshasa, 4 semaines	7	2002	Formation en informatique
Stage	RDC, Kinshasa, 3 mois	2	2003	Stage d'infirmière responsable d'un CDTC
Stage	RDC, Kinshasa, PNLTHA, 3 mois	1	2002	Stage en auto-mécanique
Bourse	Portugal, Lisbonne, 3 semaines	1	2003	Cours international sur la THA

ANNEXE 8. Interventions des Bailleurs de fonds

Interventions d'autres bailleurs de fonds sur le même projet ou dans des projets contribuant à un même objectif spécifique.

Bailleurs de fonds intervenant dans le même projet				
Bailleurs de fonds	Nom de l'intervention	Budget	Principaux objectifs	Commentaires
Aucun (financement DGCD à 100 %)				
Bailleurs de fonds contribuant à un même objectif spécifique				
Bailleurs de fonds	Nom de l'intervention	Budget	Principaux objectifs	Commentaires
Etat Congolais	Appui au fonctionnement du PNLTHA : <ul style="list-style-type: none"> - salaires des agents de santé - achat fournitures de bureau - médicaments essentiels 	environ 100.000 USD par an 500 USD/an environ 5000 USD/an		
AVENTIS - OMS	Neglected diseases program	?	Assurer la production et la disponibilité gratuite à travers l'OMS des trypanocides essentiels pendant une période de 5 ans (2001-2006)	
DGCD / Memisa	Appui à la lutte contre la THA en Equateur Nord	142.806.851 BEF pour la période 1999-2002	Diminuer la mortalité et la morbidité dues à la THA à un niveau compatible avec une vie productive en Equateur Nord	Co-financement DGCD-Memisa (85 %-15 %)

Bailleurs de fonds contribuant à un même objectif spécifique				
Bailleurs de fonds	Nom de l'intervention	Budget	Principaux objectifs	Commentaires
DGCD/CTB	«Appui Régional à la lutte contre la THA en Afrique Centrale »	58.000.000 BEF	Appui aux pays les plus touchés par la THA en Afrique Centrale (RDC et Angola principalement) via OMS-Afro	Presque la moitié du budget est encore disponible
DGCD – IMT Anvers	Renforcement et collaboration institutionnelle avec le laboratoire national de référence de la THA de l'INRB à Kinshasa	4.400.000 BEF	Renforcer les activités du PNLTHA et de l'IMT d'Anvers en RDC par la création d'un Laboratoire National de Référence de la THA à l'INRB : formation de personnel / contrôle de qualité / fabrication de mini-colonnes / échantillonnage de souches résistantes / recherche scientifique sur la THA à Kinshasa	Le projet a pris fin le 31/12/2002 Un nouvel accord cadre pour 5 ans est en cours
Union Européenne / PATS	« Appu à la lutte contre la THA au Kasai »	870.862 euro	Intégration des activités de lutte dans le système de soins de santé primaires	Projet de 18 mois mis en œuvre par Fometro, arrêté en 2002. Le projet n'a pas été prolongé
OMS Genève	Appui à la mise en place de 3 nouvelles équipes mobiles au Bandundu et Kasai	349.450 USD	Cfr objectif spécifique de la prestation CTB	Durée : 3 ans Démarrage a eu lieu en 2002
UNDP/World Bank/WHO special program for research and training in tropical diseases (TDR)	Clinical Trial on Pentamidine Regimens	90.655 USD	Comparison of 2 pentamidine treatment regimens : short course of 3 injections versus long course of 7 injections	Les résultats provisoires n'ont pas pu mettre en évidence dans l'efficacité des 2 schémas.

Bailleurs de fonds contribuant à un même objectif spécifique				
Bailleurs de fonds	Nom de l'intervention	Budget	Principaux objectifs	Commentaires
UNDP/World Bank/WHO special program for research and training in tropical diseases (TDR)	Prospective Cohort study CATT positive apparently aparasitaemic versus CATT- negative and aparasitaemic	75.365 USD	To asses the parasitological evolution of individuals who are CATT positive parasitological negative (sero-suspects). The results will be used to assess the need to treat serologically positive individuals as a control measure of Gambiense HAT	
Coopération française	Alerte aux épidémies et lutte contre la THA en RDC	298.900 euro	1) Appui à la surveillance 2) Appui à une amélioration du diagnostic et la qualité des soins	Démarré en mars 2002, le projet a connu un retard dans son exécution
Melinda & Bill Gates Foundation	Essai clinique du DB 289	ND	Essai clinique d'un médicament oral pour le traitement du 1 ^{er} stade	Exécuté par IMMTECH et Institut Tropical Suisse
AFRICA	Réhabilitation du CNPP à Kinshasa et du CDTC de Maluku	25.000 USD	Améliorer les conditions d'accueil des malades hospitalisés	Continuation des aides ponctuelles au fonctionnement du CNPP
USAID	SANRU	6000 USD par ZS par an pendant 5 ans à raison de 5 ZS par an (consacré surtout à la lutte antivectorielle)	Appuyer les ZS dans la lutte contre la THA si réellement le problème y est important	Projet arrêté après 1 an (suite à des restrictions budgétaires)

Liste des abréviations

AS	Arrangement Spécifique
ASC	Agent de santé communautaire
BCT	Bureau central de la trypanosomiase
CATT	Card Agglutination Trypanosomiasis Test
CDTC	Centre de diagnostic, traitement et contrôle
CNRTHA	Centre national de référence pour la trypanosomiase humaine africaine
CS	Convention spécifique
CS	Centre de santé
DA	Dépistage actif
DGCD	Direction général de la coopération au développement
DP	Dépistage passif
DTF	Dossier technique et financier
INRB	Institut national de recherche biomédicale
IOV	Indicateur objectivement vérifiable
LAV	Lutte antivectorielle
MCP	Médecin coordonateur provincial
NC	Nouveau cas
PNLTHA	Programme national de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine
SWOT	Strenghts, weaknesess, opportunities and threats
TDR	Tropical diseases research
THA	Trypanosomiase humaine africaine
ZS	Zone de santé