



Belgische Technische Coöperatie nv
Coopération Technique Belge sa

RAPPORT FINAL

« Appui au PNLS » RDC 0200311.

INFORMATIONS DE BASE SUR LA PRESTATION.

Pays	: République Démocratique du Congo
Secteur et sous –secteur CAD	: Santé
Institution nationale ou régionale chargée de l'exécution	: Ministère de la Santé : Programme National de Lutte contre le Sida Programme National de Transfusion sanguine
Agences d'exécution	: Coopération Technique Belge
Nbre d'experts en coopération internationale de la CTB	: 1
Durée de la prestation (selon AS/CS)	: 46 mois
Date de démarrage de la prestation :	
Selon AS/CS	: 16 juillet 2003
Effective	: 1 mars 2004
Date de clôture de la prestation :	
Selon AS/CS	: 15 juillet 2006
Effective	: 31 décembre 2007
Modalités de gestion de la prestation	: régie
Budget total de la prestation	: 6.550.000 euros
Période couverte par le rapport	: 1 mars 2004 au 31 décembre 2007



Belgische Technische Coöperatie nv
Coopération Technique Belge sa

Annexes		Sources	Commentaires
1.	Résumé des résultats	Cadre logique	Indicateurs à actualiser dès réception des rapports sanitaires
2.	Etat des recettes et dépenses	Rapports FIT	Le rapport sera fourni dès clôture de la comptabilité
3.	Taux de déboursement de la prestation	Rapports FIT	Le rapport sera fourni dès clôture de la comptabilité
4.	Personnel de la prestation	Personnel CTB	Présent
5.	Sous-traitance et appels d'offres	Registre des marchés publics	Finaliser deux contrats
6.	Equipements	Inventaires	Finaliser inventaire Kin
7.	Formations	Divers	Présent
8.	Bailleurs de fonds	PNLS	Présent
9.	Activités communications	Rapports d'activités	Présent
10.	Suivi des recommandations de l'EF	Tableau CTB Bruxelles	Présent
11.	Rapport de l'audit financier		Présent

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

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

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. Appréciez la qualité des résultats intermédiaires (efficacité)		2
3. Les modalités de gestion de la prestation ont-elle été appropriées? (efficacité)		2
4. Les ressources de la prestation ont-elles été suffisantes sur le plan de (efficience) :		
a. Ressources financières?		2
b. Ressources humaines ?		2
c. Matériel et équipements ?		2
5. Les ressources de la prestation ont-elles été utilisées efficacement et optimisées pour obtenir les résultats attendus? (efficience)		2
6. La prestation a-t-elle été satisfaisante sur le plan coût-efficacité par rapport à des interventions similaires? (efficience)		2
7. Sur base du planning d'exécution, appréciez la rapidité d'exécution de la prestation. (respect des délais)		2

	Responsable national de l'exécution	Responsable CTB de l'exécution
Appréciation globale de la prestation		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, efficience, respect des délais et qualité du personnel).

³ voir annexe 1 pour plus de détails

L'appréciation globale de la prestation est jugée satisfaisante mais nous pouvons approfondir la réflexion par rapport à différents points :

1. par rapport aux résultats attendus et à son rapport coût/efficacité :

Si certaines activités ont démarré avec un peu (et parfois beaucoup) de retard, elles ont tachés de s'inscrire dans une politique de santé globale et malgré une insuffisance de prise en compte initiale (dans le DTF) de l'intégration de la lutte au niveau de la zone de santé, des efforts ont été fait dans ce sens.

Les résultats sont palpables même si variables d'une province à l'autre ou d'une zone de santé à l'autre.

Quand nous comparons le rapport coût/efficacité de la prestation bilatérale belge et celui des deux grands financements multilatéraux, il ne fait aucun doute que les procédures très strictes de gestion des fonds, les coûts unitaires de certaines activités et le mécanisme de collaboration rapprochée entre l'assistance technique et les programmes, facilitant des décaissements réguliers et rapides, permettent la tenue effective des activités, un suivi précis des différents coûts de mise en œuvre de ces activités, une optimisation de l'utilisation des fonds disponibles et donc l'obtention de résultats concrets.

2. par rapport au contexte de mise en œuvre :

La prestation, formulée avant « l'ère multisectorielle », a toutefois un embryon de développement multisectoriel de la lutte. Au cours de son exécution, elle a développé un processus portant sur l'appropriation de la lutte contre le sida par les communautés et ouvrant le dialogue sur des solutions multisectorielles de lutte contre l'épidémie (Annexe 9: rapport activités communication).

Le contexte de transition politique qu'a vécu le pays depuis 2004 jusqu'à aujourd'hui peut être transféré au contexte de mise en œuvre également. Sortant de plusieurs années de guerre, l'appui international avait, peu avant le démarrage du projet, entamé son évolution d'une aide humanitaire d'urgence et verticale vers une approche de développement à long terme.

Cette transition, encore vécue par la prestation et ayant aboutit à la Stratégie de Renforcement du Système de la Santé, de même que la transition de la lutte sectorielle santé vers la lutte multisectorielle ont fait que les activités se sont menées dans un contexte en perpétuelle progression. Les résultats acquis sont donc à valoriser et des leçons fortes doivent être tirées de l'expérience accumulée au cours de ces trois dernières années.

3. par rapport à l'avenir

La Belgique pourra, d'une manière à convenir de commun accord avec le gouvernement congolais, poursuivre son appui à la lutte contre le sida en République Démocratique du Congo en tenant compte des éléments de réflexion suivants :

1. comment aider le ministère de la santé à asseoir son leadership dans la lutte contre le sida dans le secteur santé et à poursuivre l'intégration de la lutte dans sa Stratégie de Renforcement du Système de Santé.
2. et par là, également, comment asseoir le leadership du PNLS dans la lutte, par rapport aux autres programmes du ministère de la santé
3. comment trouver un meilleur ancrage pour les activités communautaires multisectorielles qui peuvent se développer grâce à l'expertise disponible au sein du projet

4. comment renforcer les efforts d'harmonisation et d'alignement des partenaires de la lutte contre le sida en RDC

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

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

- 1. Si nécessaire, décrivez l'objectif Spécifique et les Résultats Intermédiaires de la prestation, tels que mentionnés dans le document de projet ainsi que les changements opérés (quand, comment et pourquoi)**

Objectif spécifique : améliorer le contrôle d l'infection par le VIH/sida, ainsi que la prise en charge des patients atteints du VIH et des Infection Sexuellement Transmissibles dans les provinces de l'Equateur et du Bas Congo.

R1. La planification et la coordination des activités de lutte contre le VIH/sida par le Bureau Provincial de Coordination du PNLS sont améliorées

R2. La sécurité transfusionnelle des aires d'intervention du projet est améliorée

R3. La prise en charges des Infections Sexuellement Transmissibles est améliorée

R4. Les connaissances, les croyances et les pratiques des populations en matière de VIH/sida et d'Infections Sexuellement Transmissibles sont améliorées

R5. La perception des risques personnels face au VIH/sida est renforcée

R6. LA promotion et l'utilisation correcte du préservatif sont améliorées

R7. De nouveaux centres de Conseil et de Dépistage Volontaire et de nouveaux centres de Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant sont fonctionnels

R8. La prise en charge médicale des Personnes Vivant avec le VIH, comprenant des médicaments pour lutter contre les Infections Opportunistes, ainsi que l'introduction des antirétroviraux – est améliorée

R9. La prise en charge psychosociale des Personnes Vivant avec le VIH, et des personnes affectées par le VIH/sida est améliorée

R10. La compétence des services de la Direction Nationale du PNLS en matière de Communication pour le Changement de Comportement et de mobilisation sociale est améliorée

R.11. La planification et la coordination des activités de lutte contre le VIH/sida par la direction Nationale du PNLS est améliorée

R12. Appropriation communautaire et sida transversal : créé en février 2007

Le projet ayant été formulé à un moment où la lutte multisectorielle contre le sida n'était pas encore très développée, il avait été structuré sur base d'objectifs essentiellement médicaux. La prestation a eu l'occasion de développer une méthodologie d'appropriation communautaire de la lutte contre le sida, dans le but d'ouvrir les activités à la lutte multisectorielle. Un souci de pérennisation du processus a visé à rechercher, durant la prolongation, une meilleure appropriation du processus par le PNLS et le test de son ancrage au sein de la zone de santé. Parallèlement, l'intégration du processus à un niveau plus opérationnel a fait l'objet de réflexion. Ce travail a été placé comme un résultat à part entière dans le cadre de la prolongation du projet.

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

Indicateur retenu : Taux d'incidence du VIH/sida

Source de vérification : Enquêtes de suivi de la sérosurveillance

Province	Site sentinelle	Urbain / Rural	2005 (%)	2006 (%) (draft)
Kinshasa	Binza Meteo	U	4	3,6
	Boyambi	U	4,5	3,8
	Kingasani	U	2,9	3,5
Bas Congo	Matadi	U	6,1	4,9
	Lukula	R	6,2	3,7
Equateur	Mbandaka	U	6,1	ND
	Karawa	R	4,6	5,3
Katanga	Lubumbashi	U	6,6	5,4
Bandundu	Kikwit	U	3,3	3,2
	Vanga	R	2,5	3,1
Kasaï Occidental	Tshikapa	U	7,8	5,2
	Lodja	R	7,2	6,9
Kasaï Oriental	Mbuji Mayi	U	4,7	4
	Mikalayi	R	2,2	2,8
Province Oriental	Kisangani	U	6	5,7
	Bunia	U	5	3,5
	Neisu	R	4	5,8
Maniema	Kindu	U	4,2	4,2
	Kasongo	R	3,8	-
Nord Kivu	Goma	U	5,1	3,5
	Katwa	R	3,1	2
Sud Kivu	Bukavu	U	2,7	3,1

	Ruzizi	R	4,3	4,9
--	--------	---	-----	-----

Si nous ne pouvons affirmer que l'objectif spécifique est atteint, au vu des données disponibles suite aux enquêtes sérosurveillance nationale, nous pouvons, certes, dire que la prestation a contribué à maintenir stable la prévalence du VIH/sida en RDC.

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

Voir annexe 1

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

4.1. Informations de routine :

La prestation belge était un appui aux programmes du ministère de la santé. Elle était donc sensée s'appuyer sur les outils de suivi et évaluation de ces derniers afin de respecter la politique du pays en la matière.

Dans un premier temps, en 2004, la prestation a accompagné le PNLS, avec la collaboration de la GTZ, lors de séances de travail en vue de revoir les indicateurs nécessaires au programme ainsi que les outils de collecte. Cette activité s'est vue interrompue rapidement par la mise en place de la task force Suivi et Evaluation au PNMLS.

Cette task force a donc élaboré un guide de suivi et évaluation mais, comme nous le pensions, ce guide n'avait pas l'ambition de revoir l'ensemble des outils de la lutte dans le secteur de la santé.

Le PNLS a donc repris ces travaux, accompagné de l'OMS cette fois-ci et a élaboré ses propres documents. Travail important mais, de l'avis de l'assistance technique, n'a pas suffisamment allégé le système de récolte de l'information.

La prestation a cependant multiplié et distribué ces outils dans les zones de santé appuyées par le projet.

4.2. Supervisions

La prestation a mis à disposition des bureaux centraux des zones de santé appuyées, des médecins chefs de districts, des inspections médicales et des deux directions nationales des moyens de supervision régulière.

4.3. Comités de suivi provinciaux

Tous les trimestres, un comité de suivi s'est tenu dans chaque province, rassemblant les inspections médicales, des représentants des directions nationales, de la société civile provinciale et les assistants techniques du projet.

4.4. Structure Mixte de Coordination Locale

Tous les 6 mois, la SMCL se réunit pour suivre l'état d'avancement, les modifications budgétaires, les recommandations des comités de suivi provinciaux. A ces rencontres, s'ajoutent également des réunions de la cellule de gestion de chaque province et du niveau central faisant le point sur de petits problèmes opérationnels.

4.5. Evaluation à mi-parcours

L'évaluation à mi-parcours du projet n'a pas eu lieu, à cause du climat politique du pays au moment où elle aurait dû se tenir, mais aussi à cause d'un climat peu propice à sa tenue au sein des deux directions nationales des PNLS et PNTS, suite à la suspension de leurs deux directeurs.

4.6. Evaluation finale du projet

C'est ainsi que s'est finalement déroulée une évaluation finale du projet au mois de septembre 2006, ayant pour objectifs d'analyser ce qui avait été fait dans le cadre de la prestation, mais aussi de proposer des recommandations pour les derniers mois du projet et pour une éventuelle deuxième phase. (Annexe 10 : Evaluation finale)

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 ?

I. Déstructuration du ministère de la santé

La désintégration du ministère de la santé ne lui permet pas de fonctionner de manière efficace. Cela l'empêche d'être suffisamment fort pour assurer le leadership de la lutte dans le secteur de la santé et ne favorise pas l'alignement et l'harmonisation des partenaires. 52 programmes spécialisés rivalisent entre eux pour attirer les financements des bailleurs afin de développer des plans de lutte contre des maladies ou des problématiques spécifiques, sans suffisamment d'harmonisation avec les paquets minimaux et complémentaires prévus dans l'appui global à la zone de santé. Cela a pour conséquence :

-52 directions nationales de programmes à Kinshasa, se voyant souvent imputé un personnel pléthorique et non qualifié pour les tâches lui assignées, obligés de trouver des mécanismes de survie pour faire fonctionner la direction, mais aussi les familles du personnel. Un exemple le plus typique illustrant ce phénomène de survie est la réalisation de supervisions du niveau central jusqu'au niveau des structures sanitaires et des relais communautaires.

-des inspections médicales provinciales entourés d'une multitude d'électrons libres, autant de coordinations provinciales de la plupart de ces programmes spécialisés, aux mêmes contraintes qu'au niveau national

-des zones de santé tiraillées entre les activités de tous ces programmes, formations, remplissage des nombreux outils de collecte, supervisions et des structures sanitaires recevant les intrants sans toujours une bonne estimation des besoins, sans outils de gestion adéquats,...

-des malades écartelés entre différents programmes, qui pour le même problème de santé, ne reçoit pas toujours le même accompagnement. Prenons deux exemples de duplication potentielle d'action dans le cadre de la lutte, sans vouloir dire ici que chaque programme met en place des stratégies différentes :

- le cas de la co infection VIH-tuberculose : qui prend en charge le patient, le PNT ? le PNLS ?

-la prévention de la transmission de la mère à l'enfant : le programme de la santé de la reproduction ? le PNLS ?

-l'établissement du contenu des kits de traitement : quel est le rôle de la Direction de la Pharmacie et du programme national d'achat des médicaments dans la validation de ces kits ?

II. La création du PNMLS

La restructuration institutionnelle de la lutte, avec la création du PNMLS, entraînant une redistribution des rôles et responsabilités entre anciens et nouveaux acteurs de la lutte, une recherche de la part des partenaires à se repositionner adéquatement.

Le flou dans la description des rôles du PNMLS et du PNLS, l'interprétation de certains articles du décret présidentiel instaurant le PNMLS facilite cette situation, même si, il faut le reconnaître, de grands progrès dans la répartition des responsabilités entre les uns et les autres sont là depuis quelques mois.

La non actualisation du plan stratégique national, dans lequel chaque secteur a clairement identifié son rôle et la manière de mettre en œuvre les activités dont il est responsable, ajoute à la difficulté de l'organisation de la lutte dans le pays et à l'alignement des partenaires en RDC.

III. Coordination, alignement, harmonisation

La restructuration institutionnelle de la lutte, la désintégration du ministère de la santé, la pression internationale à l'obtention de résultats rapides, le pouvoir financier des gros bailleurs multilatéraux sont autant d'éléments qui ont rendu très difficile la mise en place de mécanismes de coordination, d'alignement et d'harmonisation des partenaires de la lutte dans le secteur de la santé.

Le manque de réflexion entre le Ministère de la santé et plus particulièrement le PNLS et le PNTS et l'ensemble de leurs partenaires, quant à leur capacité à assumer les activités qui leur sont demandées par ces derniers en terme de ressources humaines, logistiques et financières et leur organisation a demandé à la prestation belge d'assumer des frais élevés de fonctionnement des deux directions nationales.

D'autre part, l'implication des programmes dans les activités à mener avec ces gros financements, activités souvent planifiées à court terme une fois que les fonds sont décaissés, a plusieurs fois entraîné de gros retards dans l'exécution des activités de la prestation belge. Les répercussions financières pour le programme sont beaucoup moins grandes quand une activité de la « CTB » n'est pas exécutée ou prend du retard que quand une activité « MAP » ou « FM » ne l'est pas.

IV. Organisation du PNLS

La désintégration du ministère de la santé se reflète également au sein même du PNLS, par la présence d'autant de divisions que de volets de la lutte...rendant difficile la mise en place d'un paquet global d'activités de lutte au sein d'une même zone de santé, certains partenaires ayant l'opportunité, grâce à cette structuration, de n'appuyer qu'un volet ou l'autre de la lutte.

V. Appui au niveau central, intermédiaire et périphérique

La prestation a eu à réaliser tant des activités d'appui institutionnel au niveau central, que provincial, mais aussi des activités d'appui au niveau périphérique, au niveau des hôpitaux et des centres de santé, jusqu'aux activités communautaires. Ce champ d'action très large, tant en terme de spécificités techniques que de couverture géographique, a fort compliqué la tâche en terme de suivi et de recherche de la qualité...

VI. Zones d'intervention non ciblée au moment de la formulation

Le choix du lieu d'intervention s'est limité, au moment de la formulation, au choix des provinces à appuyer, entraînant des difficultés de rationaliser le choix des zones de santé, une fois les activités démarrées, et ce, en particulier à l'Equateur.

VII. Faiblesse du suivi et évaluation

Malgré notre choix délibéré de s'appuyer sur le système national d'informations sanitaires, et ce dans le but de ne pas créer de système de substitution, nous soulignons, malgré tout, la difficulté de recueillir les données du terrain, tant dans le cadre de l'estimation de certains besoins, dans le suivi des activités et dans la gestion des stocks de médicaments...

VIII. Procédures d'achat

L'absence de système national d'approvisionnement en intrants de la lutte contre le sida (ainsi que pour la sécurisation du sang en général), la faiblesse actuelle de la Fedecame, le mode de fonctionnement en régie, a demandé à la prestation belge de suivre les procédures de passation des marchés publiques selon la loi belge.

La lenteur et la rigidité de ces procédures couplées à un mauvais système de gestion des stocks en périphérie n'a pas facilité l'approvisionnement régulier de toutes les structures appuyées.

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

Cfr annexe 1 et question précédente

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.

La lutte est dynamique. Identifié et formulé en période de crise, la mise en œuvre a coïncidé avec l'arrivée de plusieurs gros financements.

Nous ne reviendrons pas sur les raisons et sur le contexte qui, lors de la formulation du projet, ont fait que les différents appuis se planifiaient de telle ou telle manière. Analysons plutôt la situation telle qu'elle se présente aujourd'hui et les perspectives d'avenir de la lutte contre le sida en RDC.

I. Multisectorialité de la lutte contre le sida

Comme déjà soulevé plus haut, le démarrage du PNMLS n'a pas été accompagné de répartition des rôles et des responsabilités très claire entre le PNMLS et le PNLS. Cela a entraîné confusion, lenteur et tensions.

Aujourd'hui, les différents responsables de la lutte et leurs partenaires ont pris conscience de l'urgence d'élaborer un plan stratégique multisectoriel national. Mais pour que la situation antérieure ne perdure pas, le pays doit absolument se donner l'objectif d'élaborer ce document en répartissant clairement les activités par secteur, selon chacune de leurs spécificités. Dans les quelques plans sectoriels élaborés au jour d'aujourd'hui, la transposition d'activités du secteur santé représente malheureusement souvent la plus grande partie des enjeux.

Il nous semble également primordial que l'agence de coordination nationale ne cumule plus les fonctions de coordination nationale et d'agence d'exécution du projet MAP de la Banque Mondiale.

Chaque secteur devrait avoir ses bailleurs et ses acteurs regroupés autour de lui afin d'assurer un leadership sectoriel fort et permettre l'harmonisation et l'alignement de ses partenaires autour d'une stratégie sectorielle de lutte intégrée dans la stratégie sectorielle globale.

II. Lutte contre le sida dans le secteur de la santé

Dans le sens de ce qui a été dit ci haut, la lutte contre le sida doit s'intégrer à la stratégie de renforcement du système de santé que s'est donné le ministère de la santé en 2006. La pression de certains bailleurs à l'obtention de résultats rapidement visibles mais souvent de courte durée doit être jugulée. Mais pour y arriver, le secteur de la santé doit proposer une stratégie et un plan de mise en œuvre cohérent dans lequel chaque partenaire pourra s'inscrire.

Nous restons conscient malgré tout que la mise en œuvre de la stratégie de renforcement du système de santé ne fait que démarrer et que des solutions de différentes vitesses doivent être proposées selon les zones d'intervention.

III. Appropriation communautaire de la lutte contre le sida

L'expérience acquise dans le cadre de la prestation belge n'a fait que renforcer la notion de nécessité d'impliquer les communautés de base dans l'identification de leurs besoins et dans la recherche de solutions locales et dans le partage de ces expériences.

Le pays pâtit d'une insuffisance de services de prévention et de traitement dans le cadre de la lutte contre le sida (mais nous pouvons élargir la réflexion aux services de santé dans son ensemble). Mais, là où le service est présent, son offre a le plus souvent précédé la demande. Que voyions-nous ? Le service de santé n'est pas accessible, n'est pas fréquenté...

Les stratégies de communication de masse, comme les méthodes de communication de proximité classiques, telles que la pair éducation (relais communautaire et pair éducateur), ne permettent pas suffisamment l'appropriation du problème du sida par les communautés. Médias de masse et pairs éducateurs fonctionnent sur le même registre de la transmission d'une information sans créer un cadre permettant la libération de la parole des communautés par rapport au problème du sida.

Sans implication concrète de la communauté dans les actions de lutte entreprises par les différents acteurs de la lutte en RDC, sans qu'elle ne devienne capable d'agir de par elle-même – même (empowering development) nous pensons qu'aucun projet ne pourra se targuer d'obtenir des résultats pérennes.

IV. appui institutionnel au niveau central du ministère de la santé

La désintégration du ministère de la santé, comme mentionné plus haut, a favorisé l'appui que la prestation belge a donné à la lutte contre le sida, en se plaçant au niveau de la structure officiellement reconnue comme responsable de la lutte contre le sida. Mais nous devons rester critique envers nous-même également et nous poser la question inverse : dans quelle mesure, nos

appuis et les appuis des autres bailleurs n'ont-ils pas permis, si non autorisé, le morcellement de la santé en autant de programmes spécialisés ?

Il est donc urgent de favoriser une réflexion consensuelle au sein du ministère de la santé et avec l'ensemble de ses partenaires sur les différentes stratégies de réorganisation institutionnelle, permettant aux différentes structures du ministère de la santé d'être plus efficaces, et à un moindre coût. La sélection des compétences et leur motivation seront également des éléments indispensables à la réflexion.

Il est important d'aider le pays à sortir des urgences et à tendre vers une vision progressive de développement à long terme.

V. appui institutionnel au niveau intermédiaire du ministère de la santé

Au niveau intermédiaire, une réorganisation institutionnelle devra également avoir lieu, avec les mêmes sujets de réflexion que pour celle du niveau central. Mais il est important également de rappeler que le pays a mis en place un important mécanisme de décentralisation. La réorganisation des pouvoirs doit donc se faire également au sein du ministère de la santé. Décentralisation et stratégie de renforcement du système de santé poussent donc les partenaires à progressivement se calquer sur les plans de développement provinciaux. Appui au niveau intermédiaire et appui au niveau central revêtiront donc des enjeux très différents et seront le plus possible indépendant l'un de l'autre.

VI. appui périphérique au niveau des zones de santé

Rationalisation des services, des activités et des coûts, intégration dans le paquet global d'appui à la zone de santé, sont autant d'éléments vers lesquels il faut progressivement évoluer, en fonction de la fonctionnalité des zones de santé afin d'améliorer la qualité et la durabilité des actions de lutte dans le secteur de la santé.

VII. approvisionnement en intrants de la lutte contre le sida

Le ministère de la santé doit pouvoir proposer aux différents partenaires de la lutte de centraliser leurs commandes et de passer par des procédures de passation de marchés communes afin de pouvoir disposer d'un approvisionnement national mieux contrôlé en terme de qualité des intrants, en terme de régularité des approvisionnements afin de favoriser une meilleure gestion des stocks et disposer d'un stock d'alerte empêchant le pays de se trouver dans des situations de rupture de stock.

Pour cela, il doit

- disposer d'une structure solide, reconnue par tous les bailleurs
- mais aussi d'être en mesure de mettre à disposition des partenaires des données fiables quand à la quantification des besoins locaux
- et encore d'améliorer significativement la gestion des stocks périphériques y compris au sein des structures hospitalières.

Du côté de ces partenaires, un effort doit être fait en vue de renforcer le système d'approvisionnement du pays et de s'aligner sur les procédures nationales.

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

Si nous nous basons sur les différents résultats du DTF, nous considérons deux groupes cibles principaux.

1. Les membres des coordinations nationales et provinciales

Plusieurs collègues de la direction nationale ont participé effectivement à l'élaboration du dossier technique et financier de la prestation. Ils reconnaissent cela comme un atout majeur de la prestation. C'est d'ailleurs un des seuls projets ayant contribué à la mise en œuvre de l'approche « paquet d'activités au niveau de la zone de santé » que préconise le programme.

Le fait que la prestation ait prévu des indemnités mensuelles est un élément fort apprécié, qu'ils donnent souvent en exemple aux autres bailleurs.

La proximité de l'assistance technique nationale est appréciée. Toutefois, le souhait des formulateurs de voir s'intégrer les assistants techniques dans les équipes provinciales et de pérenniser leur présence dans l'équipe même après la prestation a été trop optimiste. En effet, l'assistance technique, de part la différence de statut, reste un apport extérieur chargé de veiller à la bonne exécution des activités et du suivi des finances.

Le fait de déterminer les sites d'appui avec les autorités de chaque province et la société civile a aussi été fort apprécié (atelier de démarrage).

C'est sans doute l'occasion de soulever ici le conflit d'intérêt que l'assistance technique vit en devant assumer et le rôle de conseil technique et le rôle de gestionnaire des fonds du projet. Les tâches inhérentes à ce dernier amputent largement la disponibilité de l'assistant technique pour le conseil.

7.2. Les populations bénéficiaires des services mis en place

La population bénéficiaire de la prestation est à l'extrême bout de la pyramide. L'appui mis en place n'a pas commencé par une identification de ses besoins. Les planifications sont le plus souvent descendantes et non pas ascendantes. Ce qui aboutit à une trop faible fréquentation des services mis en place. (Cfr point 3 III. Appropriation communautaire de la lutte contre le sida)

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 ?

Annexe 11. Tableau de suivi des recommandations de l'évaluation finale du projet

Annexe 12. Rapport de l'audit des représentations locales RDC 2005 et rapport d'audit du projet en décembre 2007.

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...)?

Cfr Question 3

7. Conclusions

Le Ministère de la santé, via son PNLS et son PNTS, a acquis, grâce à la mise en œuvre de la prestation belge, une expertise importante dans la gestion d'un vaste programme de la lutte contre le sida. La prestation ayant appuyée les différents échelons de la pyramide sanitaire, la capitalisation des expériences positives et négatives à tous ces échelons doit être utilisée à développer les nouvelles stratégies de lutte contre le sida dans le secteur de la santé.

La prestation belge ne se prolongera pas dans sa forme actuelle. Ce n'est pas pour autant que la Belgique ne soutiendra plus les efforts de lutte contre le sida dans le pays.

Quels moyens se donne-t-elle ?

1. Coopération multilatérale :

La Belgique participe au financement de différents fonds multilatéraux comme celui du Fonds Mondial.

2. Coopération bilatérale indirecte :

Plusieurs ONGs belges reçoivent des financements du gouvernement belge afin de mener des actions de lutte contre le sida

3. Coopération bilatérale directe :

Des appuis bilatéraux directs à différents niveaux de la pyramide sanitaire ont débuté ou débiteront prochainement (projet ASSNIP, projet d'appui à la direction de la lutte contre les maladies :ASSNIC, ...)

4. Le sida ; thème transversal de la coopération belge

Dans toutes actions de la coopération belge, la thématique sida doit être prise en compte, quel que soit le secteur d'intervention. Une stratégie thématique sida est en cours d'élaboration.

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

TROISIEME 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/ Marchés publics
Annexe 6 Equipements
Annexe 7 Formations
Annexe 8 Bailleurs de fonds
Annexe 9 Activités de communication
Annexe 10 Evaluation finale (EF)
Annexe 11 Suivi des recommandations de l'EF
Annexe 12 Rapport d'audit

Annexe 1 Résumé des Résultats

1. La planification et la coordination des activités de lutte contre le sida par le bureau BPC-IMP dans les provinces de l'E. et du BC. sont améliorées.					
2004-2007					
Hypothèse:	1. Les ressources humaines sont motivées par leur travail				
Commentaires:	Voir remarque du résultat 11				
Hypothèse:	2. La formation continue par l'AT de proximité est de qualité				
Commentaires:	La relation de travail entre les AT nationaux, que ce soit au niveau central ou au niveau provincial, avec leurs homologues respectifs, dans la responsabilité qui leur est confiée de gestion des ressources de la prestation, n'est pas toujours aisée puisque ils sont régulièrement amenés à se heurter à des mécanismes de survie ou de gestion individuelle des équipements et des financements alloués. Toutefois, l'équipe d'AT de la prestation tâche de travailler avec diplomatie et d'obtenir des résultats progressifs. Le rôle d'appui technique de l'AT reste très général puisque, contrairement à la formulation initiale, l'option a été levée de prendre un At par site plutôt que plusieurs AT spécialisés dans des activités bien spécifiques de la lutte contre le sida				
Hypothèse:	3. Le PNLS apporte effectivement un appui de qualité				
Commentaires:	Les bureaux de coordination provinciaux faisant normalement partie intégrante de l'Inspection Médicale Provinciale travaillent encore fort en en électrons libres, happés par la verticalisation des appuis aux programmes. Toutefois, la stratégie de renforcement du système de santé fait son chemin et favorise un rapprochement progressif des bureaux de coordination vis à vis de l'inspection médicale provinciale.				
sous-résultats	IOV	Niv performance réalisé EQ	Niv performance réalisé BC	Niv performance réalisé Lubum	Observations
1. Le bureau BPC-IMP-IMD est équipé pour remplir ses missions					
Identifier les besoins	Analyse de situation effectuée et liste des partenaires établie	1	1	1	ateliers de démarrage
Réhabilitations	Nombre de BPC réhabilités	1	1	1	

Equipement des BPC en matériel de bureau	Nombre d'IMP-BPC ayant reçu un complément d'équipement selon leur état de besoin	1	1	1	
Equipement des BPC en véhicules	Nombre de véhicules livrés aux BPC	1	1	1	
Equipement des BPC en motos	Nombre de motos livrés aux bénéficiaires identifiés	3	1	-	
Allouer les frais de fonctionnement de bureaux aux BPC	Nombre de BPC-Mois financés				
2. Les ressources humaines pour le BPC/IMP sont en nombre suffisant et elles sont motivées					
Motiver le personnel des BPC selon des critères de performance	Nombre de mois BPC motivés				
Motiver le personnel des DS selon des critères de performance	Nombre de mois DS motivés			-	
Motiver le personnel des BCZ selon des critères de performance	Nombre de mois BCZ motivés			-	
Former les membres des BPC en suivi et évaluation des activités	Nombre de BPC formés	1	1	-	
Organiser les ateliers sur l'assurance qualité	Nombre d'ateliers organisés	1	1	-	
3. L'équipe BPC-IMP est impliquée dès le démarrage du projet					
Organiser un atelier de démarrage du projet (équipe BPC, IMP, IMD et partenaires)	Tenue effective de l'atelier de démarrage	1	1	1	
4. Les organes de concertation de lutte contre le sida sont fonctionnels					
Tenir les réunions des organes de coordination au BPC	tenue régulière des réunions	cellules de gestion mensuelles et comités de suivi trimestriels			
5. Le plan de mise en œuvre du projet est élaboré					
Organiser un atelier d'élaboration du plan de mise en oeuvre du projet	Plan opérationnel annuel	Revue des objectifs à atteindre et des activités à mettre en œuvre chaque année lors des comités de suivi			
	Proportion des activités prévues réalisées				

6. Le suivi et l'évaluation des activités sont régulièrement réalisés					
Effectuer les supervisions dans les zones de santé par le BPC et l'IMP	Nombre de supervisions réalisées par le BPC/IMP				
Effectuer les supervisions dans les zones de santé par les MCD et MCZ	Nombre de supervisions réalisées par le MCD et les MCZ				

2. La sécurité transfusionnelle des aires d'intervention du projet dans les provinces de l'Equateur et du Bas-Congo et dans la ville de Lubumbashi est améliorée					
2004-2007					
Hypothèse:	Les zones de santé sont suffisamment fonctionnelles				
Commentaires:	L'appui vertical, malgré le soucis d'impliquer la zone de santé, ne favorise pas une bonne intégration des activités. Le choix des zones d'intervention a été fait initialement en fonction de plusieurs critères dont celui-ci.				
Hypothèse:	Les kits de médicaments ST sont effectivement disponibles et adéquats				
Commentaires:	Considéré plutôt comme résultat				
Hypothèse:	Le PNTS apporte effectivement un appui de qualité				
Commentaires:	Le PNTS doit apporter un appui adéquat à sa coordination provinciale. Ici, on se réfère donc à la remarque faite au résultat 1.				
activités	IOV	Niv performance réalisé EQ	Niv performance réalisé BC	Niv performance réalisé Lubum	Observations
1. Les centres qui pratiquent la TS sont accrédités					
analyser la situation pour définir les centres aptes à transfuser	présence d'un document d'analyse de situation	L'analyse de la situation a été faite lors des ateliers de démarrage provinciaux			

	nombre de centres aptes à pratiquer la TS	14	62	32	
2. La compétence en TS du personnel de santé est renforcée					
former et recycler les responsables de la TS	nombre de formation effectuées	2	2	2	
	nombre de personnes formées	30	38 + 20 pairs recruteurs	26+20 pairs recruteurs	
3. Les centres accrédités disposent des intrants nécessaires pour la TS					
fournir les kits de TS de base aux centres identifiés	nombre de kits distribués				
fournir le petit matériel de labo complémentaire	nombre de labo équipés	14	62	32	
4. Les centres appuyés transfusent du sang de qualité					
analyser les données des centres appuyés	nombre de kits de TS consommés				une partie des transfusions sécurisée par des intrants d'autres partenaires ou des fonds de pérennisation, surtout à Lubumbashi
	nombre de transfusions sécurisées 2005	3059	10175	12923	
	nombre de transfusions sécurisées 2006	2722	8599	13922	
	nombre de transfusions sécurisées 2007		13340	12587	
	nombre de transfusions sécurisées total		32114	39432	
	proportion d'unités de sang sécurisées		100%	100%	
	nombre de contrôle de qualité effectués				

attention: le projet a contribué à répondre à la rupture de stock nationale à plusieurs reprises. Les rapports sont actualisés...

3. La prise en charge des IST dans les provinces de l'Equateur et du Bas-Congo est améliorée				
2004-2007				
Hypothèse 1:	Les zones de santé sont suffisamment fonctionnelles			
Commentaires:	L'appui vertical, malgré le soucis d'impliquer la zone de santé, ne favorise pas une bonne intégration des activités. Le choix des zones d'intervention a été fait initialement en fonction de plusieurs critères dont celui-ci. Mais l'appui ne prend pas en compte l'ensemble de la zone de santé et rend parfois difficile une prise en charge globale de qualité du patient			
Hypothèse 2:	Les kits de médicaments IST sont effectivement disponibles et adéquats			
Commentaires:	Considéré plutôt comme résultat			
activités	IOV	Niv performance réalisé EQ	Niv performance réalisé BC	Observations
1. Les centres de santé répondant aux pré-requis de l'approche syndromique sont identifiés				
analyser la situation concernant la fonctionnalité des différentes zones de santé	présence d'un document d'analyse de situation	L'analyse de la situation a été faite lors des ateliers de démarrage provinciaux		
	nombre de centres aptes à traiter les IST	37	48	
2. La compétence du personnel de santé pour l'approche syndromique est effective				
organiser la formation complémentaire du personnel responsable identifié	nombre de formation effectuées	2	1	
	nombre de personnes formées	54	40	
3. Les centres identifiés disposent des intrants nécessaires pour l'approche syndromique				
fournir les kits IST de base aux centres identifiés	nombre de kits distribués		273	
4. La prise en charge des IST dans les districts et zones non fonctionnelles est améliorée				

définir une stratégie alternative pour les centres ne répondant pas aux pré-requis	présence d'un rapport spécifique pour l'approche à mener dans les zones non ou peu fonctionnelles	Une étude est en cours fin 2007 qui étudie la sensibilité des germes aux traitements préconisés dans le cadre de l'approche syndromique		
5. Les centres appuyés traitent les IST de manière adéquate				
Analyser les données des centres appuyés	Nombre de kits ISTconsommés		273	
	Nbre de cas d'IST traitées en 2005	27403	7556	
	Nbre de cas d'IST traitées en 2006	20722	6342	
	Nbre de cas d'IST traitées en 2007		17498	
	Nbre de cas d'IST traitées totales		31396	

6. La promotion et l'utilisation correcte du préservatif dans les provinces de l'Equateur et du Bas-Congo sont améliorées				
2004-2007				
Hypothèse 1:	D'autres efforts sont entrepris pour limiter l'effet négatif des barrières socio-culturelles et/ou économiques à l'utilisation du préservatif			
Hypothèse 2:	Il existe un programme de marketing social du préservatif			
Commentaire:	En règle général, le pays est couvert par l'action de ASF/PSI			
sous-résultats	IOV	Niv performance réalisé EQ	Niv performance réalisé BC	Observations
1. Les préservatifs sont disponibles , notamment dans les emplacements à risques identifiés et lors des activités de communication				
rendre disponible le préservatif dans les OAC, emplacements à risques identifiés, les pharmacies et centres de santé	nombre de préservatifs distribués(dans les kits IST)	306709 (à actualiser)	863000	
2. Un plan de communication provincial est préparé				
3. Les représentants des groupes à risques et les RC sont capables de promouvoir l'utilisation correcte et la négociation du préservatif				

former les AC, RC et les leaders de groupes à risques à l'utilisation correct et aux techniques de négociation du préservatif (conseil technique marketing social)	% des membres des groupes à risques qui connaît l'utilisation correcte du préservatif	?	?	fait partie des activités des relais communautaires, pairs éducateurs et autres facilitateurs
--	---	---	---	---

7.Des nouveaux centres CDV et PTME sont fonctionnels dans les provinces de l'E. et du BC.	
2004-2007	
Hypothèse 1:	Il existe une structure dynamique et fonctionnelle qui désire intégrer le CDV dans ses activités
Commentaire:	Le choix a porter sur le développement de CDV hospitalier dans la plupart des cas.
Hypothèse 2:	Le CDV s'integre dans un programme global de prévention du VIH qui prévoit l'aiguillage des patients à des services de prévention et de soins adaptés
Commentaire:	De par sa localisation hospitalière, cela va de fait
Hypothèse 3:	Le personnel de santé et les conseillers développent des attitudes positives à l'attention des patients séropositifs.
Commentaire:	résultat à atteindre par l'appui
Hypothèse 4:	Les tests sont effectivement disponibles et adéquats
Commentaire:	résultat à atteindre
Hypothèse 5:	Le CDV est accessible financièrement et géographiquement
Commentaire:	Le CDV est gratuit en RDC
Hypothèse 6:	L'anonymat et la protection de la confidentialité sont garantis
Commentaire:	A renforcer par l'accompagnement
Hypothèse 7:	La direction de la structure qui accueille le CDV reconnaît la spécificité du travail des conseillers et met en place un support psychologique à leur attention
Commentaire:	A renforcer par l'accompagnement

sous-résultats	IOV	Niv performance réalisé EQ	Niv performance réalisé BC	Observations
1. Une analyse de situation a permis d'identifier les structures les plus adaptées à l'introduction des CDV et centres PTME en provinces				
identifier les structures les mieux adaptées à la mise en place de CDV et de centres PTME	Présence d'un document d'analyse de situation	cfr ateliers de démarrage		
2. Les CDV et centres PTME installés fonctionnent correctement, sont régulièrement suivis et leurs activités sont évaluées dans un cadre d'assurance qualité et selon une approche globale et intégrée				
établir un partenariat avec les responsables d'ONG nationales et d'agences internationales ayant développé des CDV ou des centres PTME à Kinshasa pour permettre un conseil technique approprié au contexte	non réalisé			
mettre en place une procédure d'assurance qualité	Présence d'un protocole d'assurance qualité	Protocole disponible. Premiers contrôles de qualité en 2007		
I. CDV				
organiser la formation des chargés du counseling et de l'accueil des patients	Nombre de personnes formées	41	18	
Aménager les services minimum conformément aux normes nationales	Nombre de CDV mis en place	9	9	

Réhabiliter les locaux	Nombre de CDV réfectionnés	9	9	
équiper les CDV en mobilier et matériel audio visuel	Nombre de CDV appuyés	9	9	
assurer l'approvisionnement en petit matériel de labo des CDV	Nombre de CDV appuyés en petits matériels de labo	9	9	
sous-résultats	IOV	Niv performance réalisé EQ	Niv performance réalisé BC	Observations
assurer l'approvisionnement régulier en tests de diagnostic rapide des CDV	Nombre de personnes qui font le test de diagnostic en 2005	non fonctionnels	822	
	Nombre de personnes qui font le test de diagnostic en 2006	1837	3623	
	Nombre de personnes qui font le test de diagnostic en 2007		20456	
	Nombre de personnes qui font le test de diagnostic en total		24901	
	Nombre de CDV ayant connu une rupture de stock en test de diagnostic	ND	0	
mener les séances de counselling pré et post test pour les individus et les couples	Nombre de personnes qui reçoivent le conseil pré-test 2005	non fonctionnels	829	
	Nombre de personnes qui reçoivent le conseil pré-test 2006	ND	8417	
	Nombre de personnes qui reçoivent le conseil pré-test 2007		20551	

	Nombre de personnes qui reçoivent le conseil pré-test total		29797	
	proportion de personnes qui retirent leurs résultats 2005	non fonctionnels	95,7	
	proportion de personnes qui retirent leurs résultats 2006	ND	95,7	
	proportion de personnes qui retirent leurs résultats 2007		99,8	
	proportion de personnes qui retirent leurs résultats total		97,9	
orienter les patients séropositifs vers les structures de prise en charge médicale et/ou psychosociale	Nombre de personnes séropositives orientées 2005	non fonctionnels	191	
	Nombre de personnes séropositives orientées 2006	405	718	
	Nombre de personnes séropositives orientées 2007		2077	
	Nombre de personnes séropositives orientées total		2986	
faciliter la création de groupes de supports ou de clubs post-tests	non réalisé			
mettre en place un système de soutien psychologique pour les conseillers (rotations, retraites)	non réalisé			
sous-résultats	IOV	Niv performance réalisé EQ	Niv performance réalisé BC	Observations

II. Centres PTME				
Aménager les services minimum conformément aux normes nationales des centres PTME	Nombre de centres PTME mis en place	24	11	
assurer l'approvisionnement en petit matériel de labo des centres PTME	Nombre de centres PTME appuyés en petits matériels de labo	24	11	
assurer l'approvisionnement régulier en tests de diagnostic rapide des centres PTME	Nombre de personnes qui font le test de diagnostic en 2006	754	560	
	Nombre de personnes qui font le test de diagnostic en 2007		17455	
	Nombre de centres PTME n'ayant pas connu une rupture de stock en test de diagnostic	ND	0	
assurer l'accompagnement des PVV	Proportion de PVV revenues après leurs résultats		90,9	
	Nombre de femmes VIH + traitées		151	
formations PTME	Nombre de personnes formées	72	19	

8. La PEC médicale des PVV est améliorée dans les provinces du BC et de l'E.					
2004-2007					
Hypothèse 1:	Les services de prise en charge médicale sont accessibles financièrement et géographiquement				
Commentaire:	Cela reste un souci majeur				
Hypothèse 2:	Les médicaments des IO sont effectivement disponibles et adéquats				
Commentaire:	Résultat à atteindre				
sous-résultats	IOV	Niv performance réalisé EQ	Niv performance réalisé BC	Niv performance réalisé Kin	Observations
1. Les PVV ont accès à des soins de santé de qualité (15 structures)					
organiser la formation du personnel chargé de la PEC des patients séro-positifs et/ou des malades	Nombre de personnes formées à la PEC	33	(0) à actualiser		Au Bas Congo, les prescripteurs sont formés par d'autres partenaires
assurer l'approvisionnement pour la PEC des IO	Nombre de structures approvisionnées	9	6		
	Nombre de PVV traités pour une IO en 2005	246	128		

	Nombre de PVV traités pour une IO en 2006	950	1022		
	Nombre de PVV traités pour une IO en 2007		3463		
	Nombre de PVV traités pour une IO total		4613		
2. 300 PVV ont accès à un traitement anti-rétroviral					
organiser la formation du personnel chargé de la PEC des patients séro-positifs et/ou des malades par ARV	Nombre de prestataires formés	33	5		
assurer la PEC par ARV selon les normes nationales avec l'aval de la DN/PNLS (300 patients X 27 mois X 40 €)	nombre de PVV recevant des ARV	166	197		
3. Le projet collabore avec d'autres structures de soin					
La prestation fournit des ARV génériques au projet SARA de prise en charge pédiatrique	Nombre d'enfants traités			272	
	Nombre de parents traités			71	

9. La PEC psychosociale des PA par le VIH est améliorée dans les provinces de l'E. et du BC.				
2004-2007				
Hypothèse 1:	Les effets négatifs suivant l'annonce des résultats sont limités			
Commentaire:	Considéré plutôt comme résultat			
Hypothèse 2:	Des groupes de supports ou Clubs post-tests se mettent en place spontanément			
Hypothèse 3:	Les VOCOSI sont motivés par une volonté altruiste d'aider les personnes infectées et affectées			
Hypothèse 4:	La direction de la structure qui accueille le CDV valorise le travail bénévole des VOCOSI			
Commentaire	Eléments importants pour la réussite, est à étudier au cas par cas			
sous-résultats	IOV	Niv performance réalisé EQ	Niv performance réalisé BC	Observations
1. Les PVV et les PA reçoivent une PEC psychosociale communautaire				
Définir et rendre disponible un kit de soins à domicile	Nbre de kits de soins à domicile disponibilisés	Le PNLS a décidé de commencer son appui par une mise à niveaux des associations actives dans ce domaine. Durant 2006, cette activité s'est tenue au Bas Congo. Celle de l'Equateur a eu lieu début 2007. Des contrats de sous-traitance à plusieurs associations		
Assurer les visites des malades à domicile en impliquant les familles	Nbre de PVV et de PA bénéficiant d'une PEC psychosociale			

Assurer la distribution de l'aide par les VOCOSI		locales ont été signés. Leurs rapports apporteront des données chiffrées
Faciliter le développement des AGR pour les PVV		
Autres activités (appuis juridiques, ...)		
2. Les OACs et ONGs sont soutenues		
Soutenir les associations	Nombre d'associations soutenues	cfr commentaire plus haut
Mettre en place un système de soutien psychologique pour les VOCOSI	Existence d'un système de soutien	

10. La compétence des services de la DN du PNLS en matière de CCC et de mobilisation sociale est améliorée			
2004-2007			
Hypothèses 1:	Il existe des compétences CCC mobilisables et compétentes au Congo, en dehors du PNLS		
Hypothèses 2:	La formation continue assurée par l'AT du projet est de qualité		
Commentaire:	La prestation s'est entourée de ces compétences externes par la formalisation de contrats de consultance et la mise en réseau de ces compétences		
sous-résultats	IOV	Niv performance réalisé Kin	Observations
1. Le PNLS dispose de normes et documents normatifs en matière de CCC (+ guides et modules)			
Organiser des ateliers de rédaction de guides et modules en matière de CCC	Présence de normes, de directives, de guides et de modules en matière de CCC	élaboration de deux Plans Intégrés de Communication provinciaux, d'un guide de recueil des messages, d'une boîte à image d'affiches de sensibilisation, de spots vidéo ainsi que des boîtes à outils en autoévaluation des compétences communautaires	
2. Le PNLS dispose d'un plan de communication national			
Elaborer en collaboration avec les partenaires concernés un plan de communication national	production d'un plan de communication national	Le PNLS n'a pas capitalisé les deux plans provinciaux pour élaborer un plan national.	
	degré de réalisation du plan de communication		

Appuyer techniquement la DN en matière de CCC par un expert national	nombres de missions effectuées	Un consultant national et un groupe d'experts internationaux ont travaillé dans ce cadre. Voir rapport, en annexe
Appuyer techniquement la DN en matière de CCC par un expert international	nombres de missions effectuées	

11. La planification et la coordination des activités de lutte contre le sida par la DN/PNLS est améliorée			
2004 - 2007			
Hypothèse :	Les ressources humaines du PNLS sont motivées pour leur travail		
Commentaires:	La charge de travail demandée par les différents bailleurs et partenaires au PNLS et au PNTS est importante, sans qu'un mécanisme harmonisé n'ait pu être mis en place entre les différents appuis visant à motiver suffisamment les agents du PNLS. La prestation belge est la seule à apporter une motivation mensuelle régulière et elle n'est pas suffisante pour empêcher l'attrait des frais de mission de la part des membres des directions nationales de ces deux programmes		
sous-résultats	IOV	Niv performance réalisé Kin	Observations
1. Définition des profils de poste de la DN au regard des tâches prévues			
recruter si nécessaire, selon les profils de postes	Les CV des membres de la DN correspondent aux profils de poste	La prestation belge n'a pas eu de rôle à jouer dans le processus de sélection des membres des directions nationales	
2. La supervision des activités est régulièrement effectuée			
effectuer des missions de supervision dans les aires d'intervention du projet	Nombre de supervisions des activités provinciales effectuées	Les supervisions se sont faites effectivement régulièrement mais sous financement le plus souvent autre, en général, plus attractifs en terme financiers que celui de la prestation belge	

tenir les réunions des organes de concertation	Tenue régulière des réunions	Les réunions de la SMCL se tiennent régulièrement.	
équiper la Direction Centrale d'un minimum d'équipement didactique et de documentation	la DN est équipée, selon son état de besoin	Au démarrage du projet, complété au cas par cas, si quand un besoin se présentait. Voir inventaire	
3. Le PNLS documente les expériences du projet			
élaborer en collaboration avec les partenaires concernés des processus de recherche opérationnelle	Production d'un document de recherche opérationnelle des expériences du projet	Cette activité n'a pas eu lieu.	
production d'un rapport annuel	Production d'un rapport annuel	Rapport annuel 2004, 2005 et 2006	
4. Les algorithmes d'utilisation des tests de dépistage sont clairement définis			
5. Le contrôle d'assurance qualité des tests de dépistage est effectué			
former les responsables du niveau central (formateurs)	Nombre de formations tenues	1	
analyser les résultats et donner une rétro-information	Disponibilité des résultats du contrôle de qualité	Les activités CDV et PTME ayant débutées en 2006, les premiers contrôles sont débutés en 2007	
élaborer les procédures d'assurance qualité	les algorithmes des tests VIH sont disponibles	1	

4. Les connaissance, les croyances et les pratiques des populations en matière de VIH/SIDA et d'IST sont améliorées					
2004-2007					
Hypothèse:	Les barrières ethno-culturelles à la prévention du VIH/sida sont identifiables et surmontables				
Commentaires:	oui				
Hypothèse:	Le déni et la stigmatisation à l'encontre du VIH/sida disparaissent progressivement				
Commentaires:	Résultat à atteindre				
Hypothèse:	D'autres efforts sont entrepris pour augmenter les connaissances sur le VIH/sida, particulièrement à l'égard des jeunes				
Commentaires:	oui				
Hypothèse:	Les responsables politiques, administratifs et sanitaires et - surtout- religieux stimulent le bon déroulement du projet				
Commentaires:	Résultat à atteindre				
sous-résultats	IOV	Niv performance réalisé EQ	Niv performance réalisé BC	Niveau Performance réalisé Kin	Observations
1. Les connaissances, les croyances et les pratiques des populations en matière de VIH sont mieux cernées					
recruter, former des animateurs communautaires (et les membres d'associations actives)	Nombre d'animateurs formés	180	240	-	
équiper des animateurs communautaires et les membres d'associations actives (vélo)	Nombre d'animateurs communautaires équipés d'un vélo	220 vélos onté ét distribué, à raison de 20 par ZS. Ils sont sous la responsabilité du bureau central de la zone de santé.			
2. Les responsables politiques , administratifs, sanitaires, religieux et tradipraticiens locaux se sentent concernés et impliqués par la problématique VIH/SIDA					

mener un plaidoyer actif auprès des responsables politiques , administratifs, sanitaires, religieux et tradipraticiens, enseignants et "hommes en uniformes"	Nombre de responsables sensibilisés	S'est fait régulièrement à diverses occasions			
3. Un plan provincial de communication, avalisé par le PNLS, est préparé					
organiser un atelier d'élaboration du plan provincial de communication relative au CCC et au CDV	plan de communication disponible	1	1	-	
Mettre en œuvre le plan provincial de communication	proportion des activités prévues réalisées	voir annexe 9			
4. Les activités du plan de communication sont exécutées					
produire et diffuser des émissions radiotélévisées et des publications dans la presse écrite	Nombre d'émissions radioTV et publications réalisées	Diffusion des spots audiovisuels, pièces de théâtre et témoignages de PVV sont autant d'activités qui ont régulièrement été exécutées dans le cadre du projet			
produire et organiser des animations théatrales et musicales adaptées avec troupes théatrales et vedettes locales	Nombre de production théatrales et musicales réalisées				
inviter les PVV de la capitale à témoigner de leur expérience à travers les activités de communication de masse	Nombre de témoignages faits dans la province				
organiser des ateliers de sensibilisation sur les attitudes positives vis à vis des PVV à l'attention des équipes des CDV /PTME, du personnel des structures de prise en charge médicale et de l'IMP et de la communauté	Nombre d'ateliers organisés dans chaque zone de santé				
5. Les connaissances, les croyances et les pratiques des populations en matière de VIH sont mieux cernées					

réaliser une enquête qualitative rapide complémentaire portant sur les connaissances, les croyances et les pratiques des populations	Nombre de focus group réalisés	Des focus groupes se sont déroulés au début du projet. Des rapports existent. Des séances éducatives se tiennent avec les relais communautaires. Des autoévaluations des compétences communautaires ont été organisées régulièrement avec différentes communautés.
	Nombre de groupes cibles interrogés	

5. La perception des risques personnels face au VIH/SIDA dans les provinces de l'Equateur et du Bas-Congo est renforcée					
2004-2007					
Hypothèse:	La communauté entière, à travers ses représentants, soutient et s'implique dans le projet				
Commentaires:	Résultat à atteindre				
Hypothèse:	Des stratégies novatrices sont développées pour atteindre les groupes les plus marginalisés				
Commentaires:	Résultat à atteindre				
Hypothèse:	Malgré les impératifs de survie quotidienne, les groupes les plus à risque reconnaissent la menace du VIH/Sida et s'adessent au CDV				
Commentaires:	Résultat à atteindre				
Hypothèse:	Les femmes sont informées selon l'approche genre et VIH/sida (reproduction allaitement,...)				
Commentaires:	Résultat à atteindre				
sous-résultats	IOV	source de vérif.	Niv performance réalisé EQ	Niv performance réalisé BC	Observations
1. Une identification des groupes à hauts risques face au VIH et leurs "leaders" dans les aires d'intervention du projet où un CDV ou un centre PTME sera mis en place est réalisée					
mener des enquêtes d'identification (enquêtes CAP)	Nombre d'enquête CAP réalisées	Rapports d'enquête	1		
mobiliser et former les RC des OAC	Nombre de relais communautaires formés	Rapport de formation	100	120	
2. Les leaders des groupes à risques sont engagés dans la lutte contre le VIH					

mobiliser et former des leaders dans les groupes à risques (pairs éducateurs)	Nombre de leaders des groupes à risque formés	Rapport de formation	80	120	
4. Les activités planifiées dans le plan de communication sont réalisées					
produire et valider des supports pédagogiques lors d'ateliers participatifs	Nombre de supports pédagogiques validés et disponibles	rapport d'ateliers	Production d'un recueil des messages, d'une boîte à images, d'une bande dessinée, de trois spots audio-visuels, de 2 affiches et de tableaux mureaux en Equateur		
produire et valider des supports vidéos lors d'ateliers participatifs	Nombre de supports vidéos validés et disponibles	rapport d'ateliers			
produire du matériel promotionnel et équiper les RC et les leaders des groupes à risques	Nombre de relais communautaires et de leaders équipés en matériel promotionnel	bon de livraison			

Annexe 4 : Personnel de la prestation : (sous contrat de travail CTB)

Type de personnel (titre, nom et genre)	Durée de recrutement (date début et fin)	Genre et Commentaires
1. Assistant Technique International, responsable du projet : Dr Sandrine Ruppel	01/03/04 au 31/12/07	F
2. Assistant Technique National basé à Kinshasa : Mr Gilbert KAPILA NGAMA	01/03/04 au 31/12/07	M
3. Secrétaire comptable basé à Kinshasa : Mr Jean Baptiste BOTIMA TSHOLO	22/03/04 au 31/12/07	M
4. Logisticien : Mr Willy Kongolo	01/12/05 au 31/12 07	M
5. Chauffeur : Mr Dieudonné OMPEMBE	01/04/04 au 31/12/07	M
6. Assistant Technique provincial au Bas Congo : Dr Paulin NARRI LUFUNGULA	01/12/04 au 30/09/07	M
7. Assistant Technique provincial à l'Equateur : Dr Didier MBALI	01/12/04 au 30/09/07	M
8. Chauffeur : Mr Djimmy Ngandu	17/09/07 au 31/12/07	M

Annexe 5: Sous traitances et appels d'offres

REGISTRE MARCHÉS PUBLICS "RDC 02 00311"															
Numéro d'ordre	Intitulé du CSC	Date d'envoi du CSC	Date de passation	Responsable mandaté	Gestionnaire du dossier	Pays partenaire	Code Navision prestation	Code NI DGCI	Intitulé de la prestation	Ligne budgétaire	Régie, cogestion ou autre	Budget prévu dans le CSC (€)	montant final du marché passé (€)	montant final de la facture (unité monétaire)	montant final de la facture (équival. en €)
RDC/063	marché de fournitures de véhicules 4X4	23/02/2004	24/09/2004	Philippe Hermand	Godefroid Kasende	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_R1_41_A et Z_GM_41_A	Régie	-	117.600,00 €	#####	#####
RDC/067	demande de prix pour équipement de bureaux	12/02/2004	1/03/2004	Philippe Hermand	Gilbert Kapila	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	Z_GM_44_A	Régie	-	12.060,00 €	12.060,00 €	12.060,00 €
RDC/068	demande de prix pour équipement de bureaux	12/02/2004	1/03/2004	Philippe Hermand	Gilbert Kapila	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	Z_GM_44_A	Régie	-	7.163,00 €	7.163,00 €	7.163,00 €

RDC/071	demande de prix en vue de fournir des intrants pour la sécurité transfusionnelle	19/05/2004	23/07/2004	Brenda Candries	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_R2_45_A	Régie	-	56.031,77 €	56.031,77 €	56.031,77 €
RDC/081	demande de prix en vue de fournir des intrants de biosécurité pour la sécurité transfusionnelle	27/07/2004	12/08/2004	Sandrine Ruppel	Gilbert Kapila	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_R2_45_A	Régie	-	7.768,40 €	7.768,40 €	7.768,40 €
RDC/082	demande de prix pour imprimés de traçabilité pour la sécurité transfusionnelle	28/07/2004	23/08/2004	Sandrine Ruppel	Gilbert Kapila	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_R2_45_A	Régie	-	11.354,00 €	11.354,00 €	11.354,00 €

RDC/083	demande de prix en vue de fournir des médicaments ARV	19/08/2004	4/10/2004	Sandrine Ruppol	Gilbert Kapila	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_R8_45_A	Régie	-	16485,5 \$	16485,74 \$	12.698,97 €
RDC/084	demande de prix en vue de fournir 4 motos et 30 vélos	20/09/2004	22/10/2004	Sandrine Ruppol	Sandrine Ruppol	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_R1_41_A et A_R9_51_A	Régie	-	13.611,25 €	13.611,25 €	13.611,25 €
RDC/103	demande de prix en vue de fourniture de médicaments et de consommables	21/10/2004	11/12/2004	Philippe Hermand	Sandrine Ruppol	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_R3_45_A et A_R8_45_A	Régie	-	60.900,45 €	60.900,45 €	60.900,45 €
RDC/106	demande de prix en vue de fourniture de matériels divers	2/11/2004	11/12/2004	Philippe Hermand	Sandrine Ruppol	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_R1_40_A et A_R10_44_A	Régie	-	#REF!	#REF!	#REF!
RDC/110	réhabilitation Mbandaka	nov-04	13/11/2004	Philippe Hermand	Sandrine Ruppol	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_R1_46_A	Régie	-	33.872,00 €	41 662,56 \$	33.872,00 €
RDC/110 bis	réhabilitation Matadi	nov-04	18/11/2004	Philippe Hermand	Sandrine Ruppol	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_R1_46_A	Régie	-	45.711 €	56 225 \$	45.711 €

RDC/123	médicaments	mars-05	11/07/2005	Philippe Hermand	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_R2_45_A et A_R3_45_A et A-R6_45_A et A_R8_45_A	Régie	-	551.693,85 €	571312,47	571312,47
RDC/146	médicaments	mai-05	annulé	Philippe Hermand	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_R2_45_A et A_R8_45_A	Régie	-	annulé	annulé	annulé
RDC/159	groupes électrogènes	21/06/2005	26/09/2005	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_02_02	Régie	-	35.850 €	35.261,41 €	35.261,41 €
RDC/160	frigos banque de sang	21/06/2005	26/09/2005	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_02_02	Régie	-	58.240 €	58.240 €	58.240 €
RDC/161	consultant CCC	27/09/2005	18/10/2005	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_10_01	Régie	-	62.280 €	62280	62280
RDC 183	consultant IST	suspendu	-	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00312		Appui au PNLS	A_03_03	Régie	-	-	-	-
RDC/185	médicaments	sept-05	11/01/2006	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_02_02 et A_08_03	Régie	-	386.163,56 €	369.135,07 €	369.135,07 €
RDC/187	revue jeunes	10/10/2005	annulé	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	Z_01_08	Régie	-	annulé	annulé	annulé
RDC/198	prise en charge psychos.	25/11/2005	annulé	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_09_03	Régie	-	-	-	-
RDC/202	boîte à image et BD	non attribué	-	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_04_04	Régie	-	-	-	-
Numéro d'ordre	Intitulé du CSC	Date d'envoi du CSC	Date de passation	Responsable mandaté	Gestionnaire du dossier	Pays partenaire	Code Navision prestation	Code NI DGCI	Intitulé de la prestation	Ligne budgétaire	Régie, cogestion ou autre	Budget prévu dans le CSC (€)	montant final du marché passé (€)	montant final de la facture (unité monétaire)	montant final de la facture (équival. en €)
RDC/215	boîte à image et BD	14/07/2006	26/09/2006	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_04_04	Régie	-	32770	32770	32770

RDC/222	réactifs et consommables ST	9/05/2006	annué par DIR	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-
RDC/227	réactifs et consommables ST	6/06/2006	28/09/2006	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_02_02	Régie	-	322305,83	321451,95	321451,95
RDC/244	antirétroviraux	17/07/2006	10/11/2006	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_08_03	Régie	-	27125,08	26517,48	26517,48
RDC/271	réhabilitations BPC Lubum	3/11/2006	4/12/2006	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_01_10	Régie	-	62559	72040	72040
RDC/275	consommables PTME	3/11/2006	10/11/2006	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_08_03	Régie	-	40614,61	40614,61	40614,61
RDC/337	véhicule	20/03/2007	3/04/2007	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_12_01	Régie	-	27000	27000	27000
RDC/338	consommables ST, CDV, PTME	15/03/2007	17/07/2007	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_02_02 et A_08_03	Régie	-	246297,56	en cours	en cours
RDC/339	réactifs ST, CDV, PTME	14/03/2007	17/07/2007	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_02_02 et A_08_03	Régie	-	347429,81	328092,83	328092,83
RDC/340	lot 1: médicaments IO	15/03/2007	21/06/2007	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_08_03	Régie	-	44471,68	42229,57	42229,57
RDC/340	lot 2: médicaments IST	15/03/2007	non attribué	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_03_02	Régie	-	-	-	-

RDC/411	extension stratégie autoévaluation des compétences	14/05/2007	14/05/2007	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_12_02	Régie	-	32059	32059	32059
RDC/415	médicaments IST	3/07/2007	25/09/2007	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_03_02	Régie	-	63002	51.539,16 €	51.539,16 €
151/07	réalisation d'un film de fiction	16/04/2007	16/04/2007	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_04_04	Régie	-	55000	55000	55000
RDC/509	antirétroviraux	24/10/2007	en cours	Manolo Demeure	Sandrine Ruppel	RDC	RDC 02 00311		Appui au PNLS	A_08_03	Régie	-	en cours	en cours	en cours

Annexe 6 Inventaire



<u>PAYS:</u>	RDC
<u>PROJET:</u>	RDC0200311
<u>Site:</u>	Mbandaka BPC PNLS ET PNTS
<u>Inventaire Physique par :</u>	DR Mbali (CTB) et Dr Monkange (BPC PNLS)
<u>Date Inventaire:</u>	15/10/2007

BATIMENTS

N° Inventaire	Intitule/ Description	Montant	Nom de l'utilisateur	STATUT	Commentaires
(a)	(b)	(e)	(l)	(m)	(n)
	bureau de coordination provinciale PNLS/PNTS Mbandaka	33.872,00	BPC	Bon Etat	marché RDC 110 bis

VEHICULES

N°Inventaire	Intitule/ Description	Numero serie	Nom de l'utilisateur	STATUT	Commentaires
(a)	(b)	(e)	(l)	(m)	(n)
	Toyota Land Cruiser long chassis Mbandaka	JTERB71J-700021358	BPC	Bon Etat	marché RDC 063
	Moto Suzuki Mbandaka	TF125-142918	BPC	Bon Etat	marché RDC 084
	Moto Suzuki Gemena	TF 125 -143140	Alasco	Bon Etat	marché RDC 084
	Moto Suzuki Boende	TF 125 - 142931	antenne PNT Boende	Bon Etat	marché RDC 084
	moteur hors bord Yamaha		BPC	Bon Etat	

FOURNITURE

N°Inventaire	Intitule/ Description	Quantité	Nom de l'utilisateur	STATUT	Commentaires
(a)	(b)		(l)	(m)	(n)
	bureau	1	ATP	Bon Etat	
	table pour ordinateur	1	ATP	Bon Etat	
	chaise de bureau en cuir	1	ATP	Bon Etat	
	chaise en bois	2	ATP	Bon Etat	
	étagère en bois	1	ATP	Bon Etat	

	poubelle en plastique	1	ATP	Bon Etat	
	caisse métallique portable	2	ATP	Bon Etat	
	carte géographique Equateur	1	ATP	Bon Etat	
	calculatrice	1	ATP	Mauvais Etat	
	perforateur	1	ATP	Bon Etat	
	agrafeuse	1	ATP	Bon Etat	
	flash disque	1	ATP	Bon Etat	
	chaise en bois	4	CPTS	Bon Etat	
	bureau	1	CPTS	Bon Etat	
	armoire	1	CPTS	Bon Etat	
	bureau	5	BPC	Bon Etat	
	fauteuils à roulettes	1	BPC	Bon Etat	
	chaise de bureau en cuir	1	BPC	Bon Etat	
	armoire	2	BPC	Bon Etat	
	étagère en bois	2	BPC	Bon Etat	
	table longue salle de réunion	4	BPC	Bon Etat	
	tablette salle de réunion	2	BPC	Bon Etat	
	chaise en bois	21	BPC	Bon Etat	
	bac porte documents	8	BPC	Bon Etat	
	poubelle en plastique	4	BPC	Bon Etat	

	agraffeuse	3	BPC	Bon Etat	sauf 1 en mauvais état
	signataires	4	BPC	Bon Etat	
	calculatrice	2	BPC	Bon Etat	
	perforateur	1	BPC	Hors Service	
	plateaux en plastique	2	BPC	Bon Etat	
	Verres	23	BPC	Bon Etat	
	gilets de sauvetage	3	BPC	Bon Etat	
	fut vide	2	BPC	Bon Etat	

MATERIEL INFORMATIQUE

N°Inventaire	Intitule/ Description	Quantité	Nom de l'utilisateur	STATUT	Commentaires
(a)	(b)		(l)	(m)	(n)
	ordinateur desk top	2	BPC	Bon Etat	11
	imprimante HP deskjet 3420	1	BPC	Hors Service	11
	imprimante Laser Canon	1	BPC	Bon Etat	
	stabilisateur	2	BPC	Bon Etat	131-6
	baffles ordinateur	2	BPC	Bon Etat	
	lap top DELL + sac	1	ATP	Bon Etat	131-6

	imprimante HP laserjet 1320n	1	ATP	Bon Etat	
	stabilisateur	1	ATP	Mauvais Etat	
	laptop DELL	1	IMP		134-6
	onduleur	2	BPC		131-6 et 11

EQUIPEMENT

N° Inventaire	Intitulé/ Description	Quantité	Nom de l'utilisateur	STATUT	Commentaires
(a)	(b)		(l)	(m)	(n)
	ventilateurs	1	ATP	Bon Etat	
	allonge électrique	1	ATP	Bon Etat	voir inventaire
	rideaux	4	ATP	Bon Etat	
	radiocassette enregistreur	1	ATP	Mauvais Etat	
	photocopieuse CANON	1	ATP	Bon Etat	
	petit matériel de labo	1	CPTS	Bon Etat	
	frigo conservation réactifs	1	CPTS	Bon Etat	
	frigo banque de sang	1	CPTS	Bon Etat	
	groupe électrogène PRAMAC	1	CPTS	Bon Etat	

	groupe électrogène Yamaha	1	BPC	Mauvais Etat	
	gasoline pour groupe électrogène	1	BPC	Bon Etat	
	rideaux	9	BPC	Bon Etat	

TELEPHONE

N° Inventaire	Intitule/ Description	Quantité	Nom de l'utilisateur	STATUT	Commentaires
(a)	(b)		(l)	(m)	(n)
	téléphone portable Alcatel	1,00	ATP	Mauvais Etat	

Annexe 7. Formations

Type de formation	Pays, Institution, Durée	Nom ou Nombre de personnes formées	Dates de la formation	Sujet, contenu et niveau
Stage				
Etude	Belgique, Liège	Aimé Bolemba, chef de division de la communication au PNLS	24/06 au 16/07/05	formation CICS, en communication sociale
	Madagascar, Tananarive	John Okende, chef de division surveillance épidémiologique	Mai 2006	formation sur la sérosurveillance de seconde génération
	Belgique, Bruxelles	Dr Ngantsui, chef de division recherche du PNLS et Dr Narri, ATP au Bas Congo	Juin- juillet 2006	recherche sur les systèmes de santé, ULB
Workshop				
1.	-RSA, Cape Town	Etienne Mpoye, chef de division Suivi et Evaluation au PNLS	-28/11 au 7/12/04	-3° Conférences de l'Assemblée Africaine d'Evaluation
2.	-Belgique, Bruxelles	Christian Siboko, médecin directeur adjoint du PNLS	-12/03 au 14/03/05	-3° Journées de la Francophonie sur le VIH/sida
3.	Suisse, Genève	Christian Siboko, médecin directeur ai du PNLS et Dr Sylvain Yuma, médecin directeur ai	Mai 2006	-59° Assemblée Mondiale de la Santé

4.	Canada, Toronto	du PNTS Dr Okenge, médecin directeur du PNLIS	Août 2006	XVI ^e conférence sur le sida
5.	France, Nancy	Dr Kapinga, chef de division u PNTS, Dr Kampanga, MCP Katanga, G. Kapila, ATN CTB Kinshasa	Novembre 2006	7 ^e Congrès sur l'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle
Formations dans les zones de santé	Voir annexe 1			

ANNEXE 8. Interventions des Bailleurs de fonds

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

Bailleurs de fonds intervenant dans la même prestation				
Bailleurs de fonds	Nom de l'intervention	Budget	Principaux objectifs	Commentaires
Néant				
Bailleurs de fonds contribuant à un même objectif spécifique				
Bailleurs de fonds	Nom de l'intervention	Budget	Principaux objectifs	Commentaires
Gouvernement congolais	MAP	3.000.000 \$	Lutte contre le sida dans le secteur santé mais aussi dans les autres secteurs de lutte contre le sida	-Données recueillies auprès de la direction nationale du PNLS. -Ce qui ne signifie pas que la somme totale de ces fonds a transité par le PNLS. -Une grosse proportion des fonds multilatéraux ont été versés directement aux sous-bénéficiaires et aux autres maîtres d'œuvre délégués.
Banque Mondiale		16.289.308 \$		
Fonds Mondial		16.530.272 \$		
UNICEF		5.300.000 \$		
OMS		300.000 \$		
GTZ		2.600.000 \$		
USAID		3.900.000 \$		
IMT Anvers		176.000 \$		
CDC		300.000 \$		
DFID		3.500.000 \$		
Total		51.895.580 \$		

des activités de communication développées dans le cadre du projet.

1. Introduction :

Dans l'annexe 1, vous aurez trouvé les tableaux de suivi des résultats 4 et 5, deux résultats portant sur des domaines de communication. Ces tableaux ne permettent pas de présenter correctement tous les acquis du projet dans ce domaine. D'autre part, un douzième résultat a été créé au courant de l'année 2007 pour lequel ce type de tableau n'avait pas été établi. Ce douzième résultat, portant sur la méthodologie d'autoévaluation des compétences et sur l'extension transversale de la lutte contre le sida au sein des projets de la CTB, est très important à nos yeux.

Vous trouverez ci-après les références aux activités réalisées dans le cadre des résultats 4, 5 et 12..

2. Tableau récapitulatif :

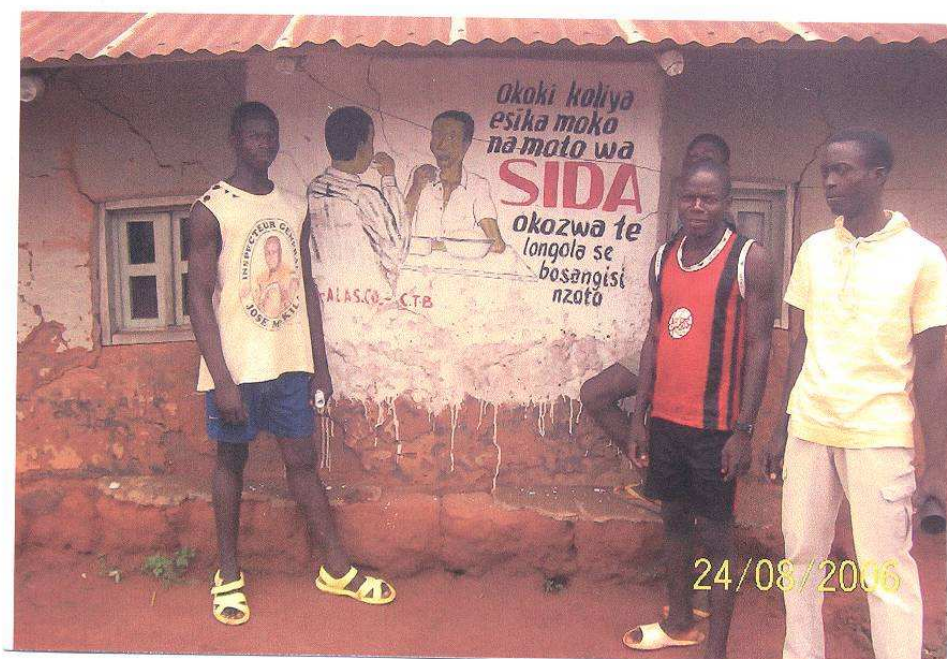
Activités	Sous quelle forme ?	Dates	Où trouvez de la documentation ?
I. Elaboration d'outils didactiques de communication et de sensibilisation			
Plan Intégré de Communication à l'Equateur	Atelier	Décembre 2004	PNLS
Plan Intégré de Communication au Bas Congo	Atelier	Mars 2005	PNLS
Atelier d'intégration de l'autoévaluation des compétences dans les PIC et de revue des outils didactiques existants en RDC (Kinshasa)	Atelier	Septembre 2005	PNLS
Réalisation de 3 spots audiovisuels (Abstinence, Fidélité, Préservatifs)	Contrat de production	Décembre 2005	PNLS
Elaboration d'un recueil des messages	Groupe de travail	1 ^{ier} semestre 2006	PNLS
Elaboration d'une boîte à image	Groupe de travail	1 ^{ier} semestre 2006	PNLS
Elaboration d'une bande dessinée	Contrat de production	1 ^{ier} semestre 2006	PNLS
Peinture de tableaux muraux à l'Equateur	Contrat de production	2005-2006	Annexe 9.1.
Elaboration de deux affiches	Contrat de production	Septembre 2007	PNLS
II. Formations de relais et de pairs éducateurs			
Formation des relais au Bas Congo et à l'Equateur (20 par ZS, 5ZS à l'Equateur, 6ZS au Bas Congo)	Formations sur site	Fin 2005, début 2006	PNLS
Formation des pairs éducateurs au Bas Congo et à l'Equateur (20 par ZS, 5ZS à l'Equateur, 6ZS au Bas Congo)	Formations sur site	Fin 2006, 1 ^{ier} semestre 2007	PNLS

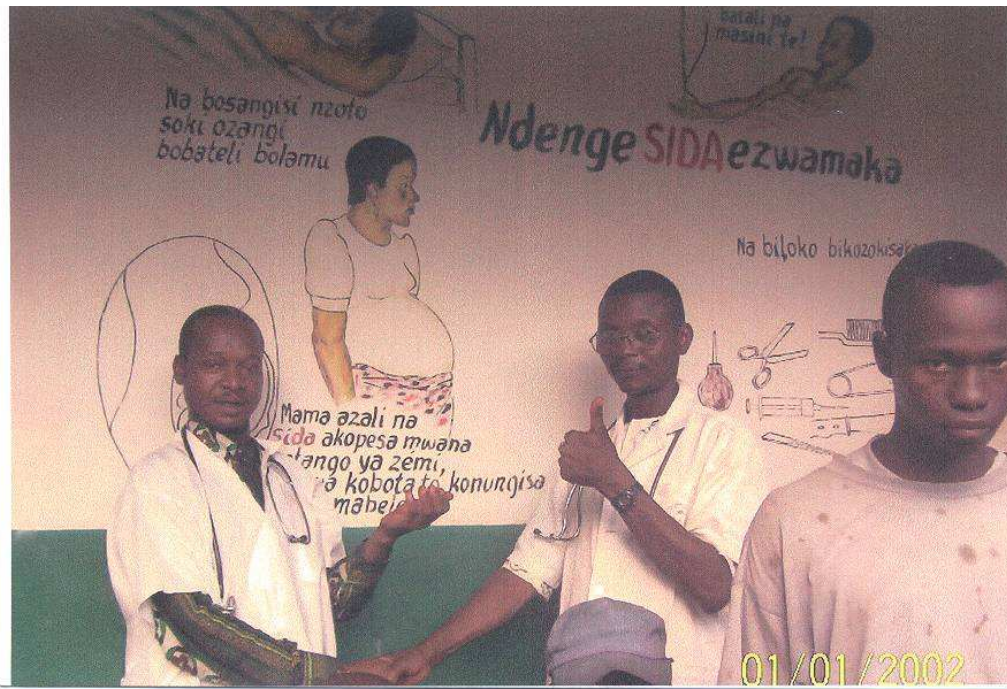
Expédition de vélos comme moyen de déplacement et de motivation pour les relais communautaires	Achat et expédition	Septembre 2007	-
III. Enquête qualitative et focus groupes			
Tenue de focus groupes à l'Equateur et au Bas Congo	Sur site	2005	PNLS
Enquête BSS dans la province de l'Equateur (PNLS et Ecole de Santé Publique de Kinshasa)	Equateur	2005	PNLS et Ecole de Santé Publique de Kinshasa
IV. L'autoévaluation des compétences face au sida			
Atelier de démarrage	Kinshasa	Février 2006	CD
Expérience pilote au niveau de trois zones de santé	Bas Congo	2007	CD
Expérience d'extension transversale de la lutte à la CTB (financement Fondation Roi Baudouin)	partout	2° semestre 2006	CD
Expérience d'extension transversale de la lutte à la CTB(financement DGDC)		2007	Annexe 9.2.
Bulletins RDCCompétence		2006-2007	CD
Boîte à outils			CD
Production d'une version radiophonique du documentaire « L'approche »	français	Décembre 2007	CD
V. Genre et VIH/sida			
Participation à l'atelier Dimitra sur la promotion des femmes rurales à Lubumbashi	Lubumbashi	Juin 2007	Annexe 9.3. bulletin Dimitra
			CD : présentation de SRUPPOL à l'atelier 2. recommandations de l'atelier
VI. Sida et entreprises			
Rencontre du Comité Inter Entreprise de la Lutte contre le Sida			CD : présentations aux comités sida des entreprises
Promotion de la méthodologie d'autoévaluation des compétences auprès de plusieurs entreprises			CD : rapport BAT et rapport RTPEC
VII. Sida et jeunes			
Appui aux « Forum Jeunes »	Kinshasa	Mars 2007	CD
	Equateur	Avril 2007	CD
	Goma	Septembre 2007	CD

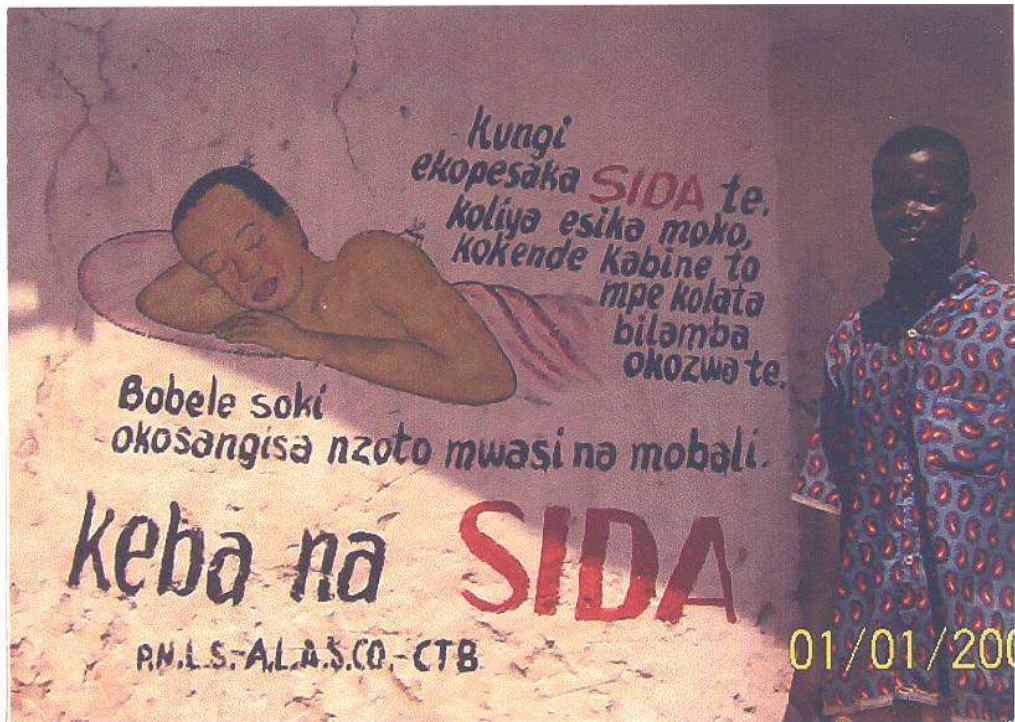
	Kisangani	Décembre 2007	CD
VIII. Sida et réseau national des personnes vivant avec le virus du sida (UCOP+)			
Appui à l'atelier national	Kinshasa	Août 2007	CD
Appui à différents ateliers provinciaux	Kinshasa	Septembre 2007	CD
	Lubumbashi	Octobre 2007	CD
	Bukavu	Novembre 2007	CD
	Kisangani	Décembre 2007	CD
IX. « Mon histoire, Papy »			
Production du film	Kinshasa	1 ^{er} semestre 2007	DVD
Avant première à Kinshasa	Kinshasa	22 septembre 2007	Annexe 9.4
Avant première à Bruxelles	Bruxelles	26 septembre 2007	Annexe 9.5
Festival de Namur	Namur	1 ^{er} octobre 2007	Annexe 9.6
Echos des activités de la JMS	Mbandaka	1 ^{er} décembre 2007	Annexe 9.7
Papy dans le magazine &Co			Annexe 9.8
Production des versions radiophoniques du film	français	Décembre 2007	CD
Production des versions radiophoniques du film	lingala	Décembre 2007	CD
Production des versions radiophoniques du film	swahili	Décembre 2007	CD
Production des versions radiophoniques du film	tshiluba	Décembre 2007	CD
Production des versions radiophoniques du film	kikongo	Décembre 2007	CD
X. Activités de plaidoyer diverses			
Journées Internationales de la Femme			-
Journées Mondiales sida			-
Foire de la FIKIN			-
Témoignages de personnes vivant avec le virus			-
Diffusion des spots de sensibilisation sur les chaînes de télévision nationales et provinciales			-

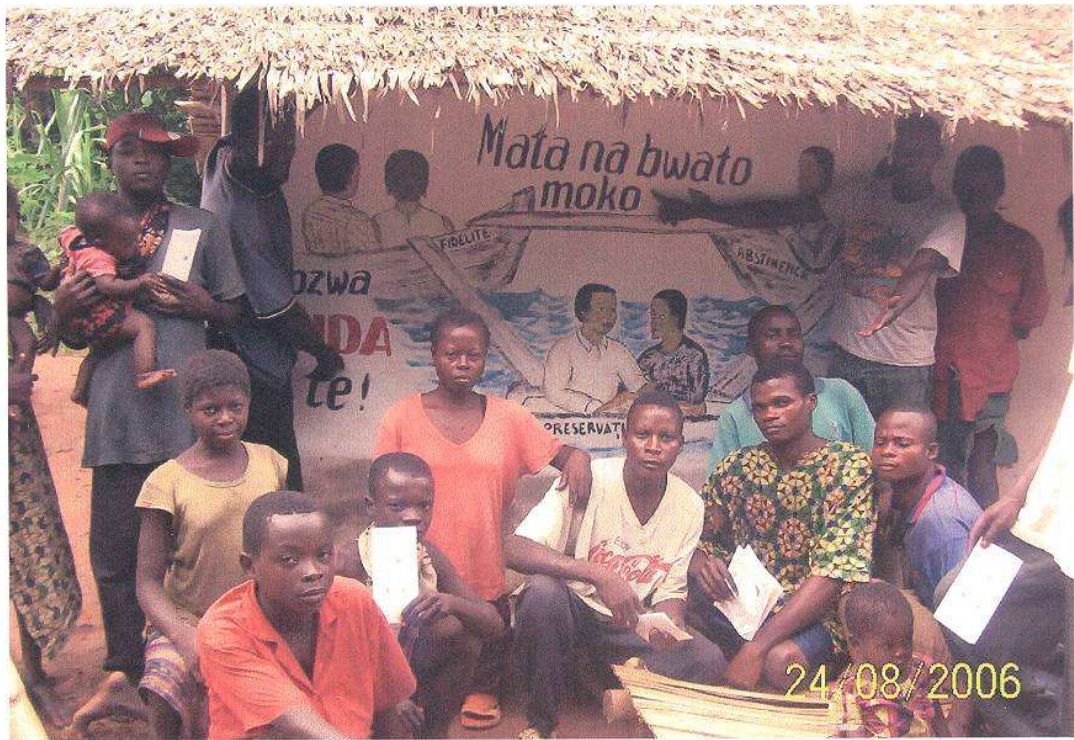
Annexe 9.1. Quelques exemples de tableaux muraux peints dans la province de l'Equateur

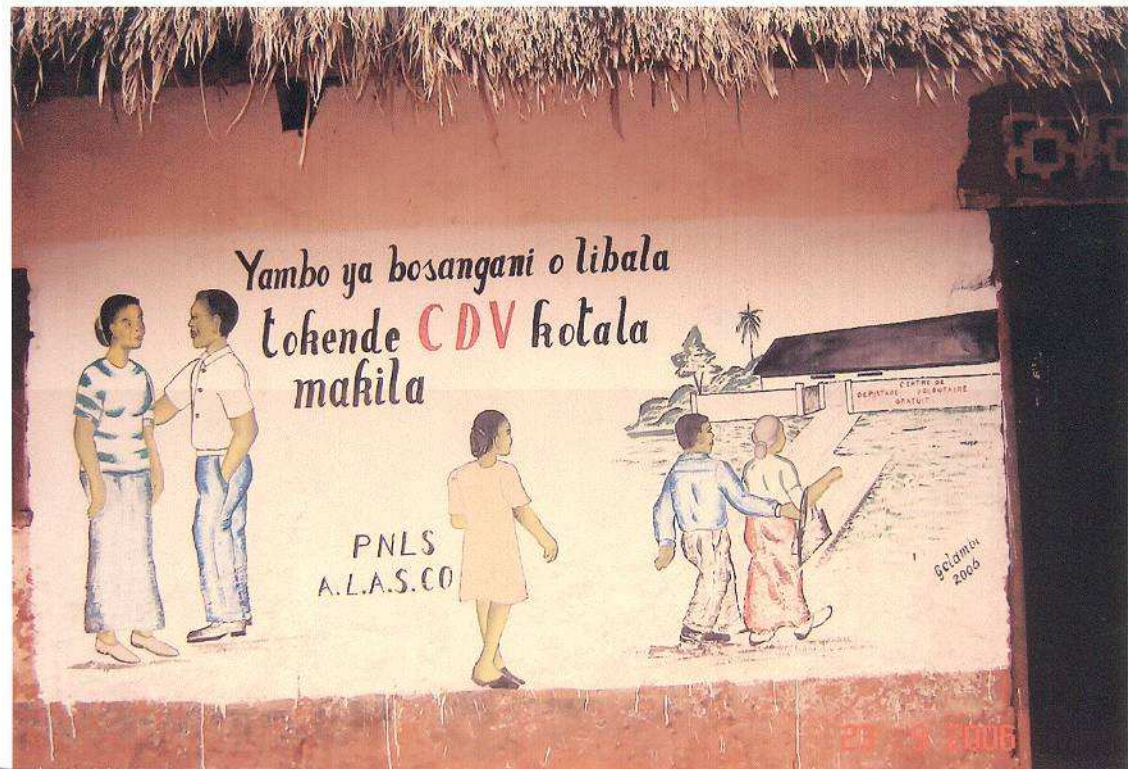














&CO

c'est le nom étonnant de ce nouveau magazine sur le développement. « CO » comme COngo, COopération, COmplicité ou encore COnvivialité. Il est né sous le signe du lien (&) pour souligner les relations particulières qui unissent la RDC et la Belgique. Ce magazine s'adresse en particulier aux forces vives de la société congolaise, les acteurs étatiques et non étatiques, les médias, les associations, les Ongd, les étudiants ou les simples citoyens. Et il s'adresse aussi à tous ceux qui s'intéressent au développement du Congo.

« &CO » est réalisé par le service communication externe de la CTB. Sa distribution est gratuite.

DIRECTRICE DE PUBLICATION : Marie-Christine Boeve

COORDINATION ÉDITORIALE : Carol Sacré

CONCEPTION GRAPHIQUE : Aplanos

RÉDACTION : Philippe Deboeck, Frédéric Loore, Olivier Stevens, Elise Odiekila, Jeanne Mbanga, Ben-Clet Kankonde Dambu, Jean-Christophe Charlier et Carol Sacré

CREDIT PHOTOS :

Jan Van Vel (agence Reporters), Dieter Telemans, Jan Van Gysel, Frederik Van Herzele, John Bompengo, Ingrid De Loof et Constant Dupuis pour les corrections.

Merci à ceux qui ont participé à la réalisation de ce numéro :

Guido Couck, Olivier Chanoine, Yves Hanoteau, Paul Cartier, Manolo Demeure, Charles Musombwa, Michel Francys, Eric Willemaers, Francis Lelo Nzuzi, Erwin Dickens, Hervé Corbel, Jean-Luc Mouzon, Sandrine Ruppel, Thierry Carton, Dominique Sowa, Frederik Van Herzele. Ainsi que l'équipe de la CTB en RDC.

Le sida... leçon de vie pour la CTB

Ou l'appropriation locale du développement, au-delà du sida

« ...La maladie ne sera vaincue
que lorsque tout individu,
toute communauté humaine
sera assez informé et
prendra la décision ferme
d'en faire sa propre affaire. »

KOFFI ANNAN

ancien secrétaire général des Nations Unies

Depuis un an, la CTB au Congo s'est donné pour défi la mise en pratique de la politique multi-sectorielle qui vise une extension transversale de la lutte contre le sida à tous les secteurs du développement.

RDC Compétence est le nom choisi par les « facilitateurs » qui développent une approche d'appropriation de la lutte par les communautés. Outre l'accompagnement dans un processus de vie original, RDC Compétence écoute toutes

les demandes. Son rôle consiste à favoriser les contacts (réseautage ou « networking »), à mobiliser des ressources, à favoriser le plaidoyer auprès des autorités ou le témoignage public des personnes vivant avec le virus. RDC Compétence voudrait montrer que les communautés congolaises peuvent apporter leurs expériences aux autres, au Congo, mais aussi dans le reste du monde. La coopération Sud-Sud mais surtout Sud-Nord, vous y croyez ? N'est-ce pas le plus beau gage de réussite pour un organisme de coopération.

En 2006, la plupart des projets CTB ont reçu la visite des « facilitateurs de RDC-Compétence ». Chaque équipe a identifié son potentiel, pour finalement constater que la majorité des ressources nécessaires était présente. Il suffit de les mobiliser. Beaucoup de partenaires, notamment dans les projets à base communautaire, offrent déjà des services de prévention et de traitement. Mais il faut en faire davantage.

RDC Compétence : C'est aussi un groupe de discussion ouvert sur le monde, grâce au Web, dans le cadre de « Aidscompétence »

RDC Compétence en Action à la CTB, rejoignez-nous en nous écrivant aux adresses suivantes : RDCCompetence-owner@yahoo.com et sandrine.ruppel@btctb.org

CONTACTS

COOPÉRATION TECHNIQUE BELGE (CTB)

Avenue Colonel Ebeya, 15-17
Gombe, Kinshasa – République Démocratique du Congo
T. + 243 (0) 81 89 46 611
E. manolo.demeure@btctb.org

Représentant Résident : Manolo Demeure

Responsable Administratif et Financier : Daniel Boucart

Responsable des Services Internationaux : Flory Fraipont

Responsable de l'exécution des Projets : Jan van Gysel

Coordinateur du Programme d'Urgence Post-Electoral : Yves Hanoteau

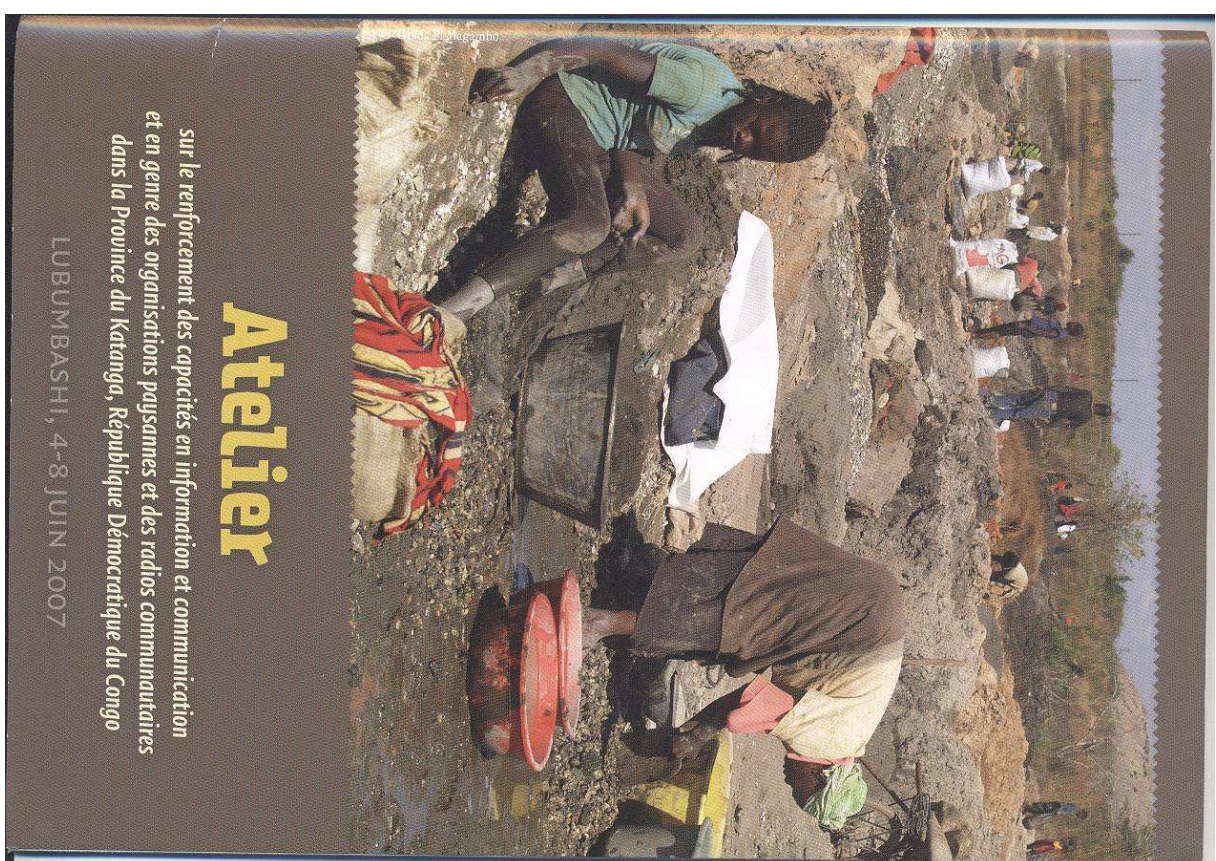
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COOPÉRATION AU DÉVELOPPEMENT (DGCD)

Ambassade de Belgique
Building du Cinquantenaire, Place du 27 Octobre
Kinshasa – République Démocratique du Congo
Adresse postale : B.P. 899 – Kinshasa
T. + 243 89 31 905
F. + 243 12 21 058
E. diplobel.kinshasa.ci@ic.cd

Ministre-Conseiller à la Coopération au Développement :
Paul Cartier (paul.cartier@diplobel.be)

www.btctb.org





Thème 3

Libérer la parole sur le VIH/SIDA : RDCompétence

Sandrine Ruyssael
CTB, Coopération technique belge

RDCompétence utilise un processus d'auto-évaluation par les communautés rurales de leurs forces et leurs faiblesses. Il faut libérer la parole des communautés face à la maladie pour les rendre actrices de l'identification et de la mise en place d'une solution.

Les discussions sont à mener quand toute la communauté est réunie (par exemple après la messe, ou après toute autre réunion). La communauté se pose d'abord la question de savoir si le VIH/SIDA est un problème et, si tel est le cas, jusqu'où la communauté est prête à aller pour montrer sa volonté de lutter contre la maladie : jusqu'au dépistage volontaire ? Qui connaît son statut sérologique ? Pour un monde compétent face au VIH/SIDA, il faut :

- prendre conscience que la maladie nous concerne tous personnellement dans notre vie familiale, sociale et professionnelle ;
- mobiliser nos forces pour réduire notre vulnérabilité et les risques que nous encourons ;
- veiller à ce que chacun puisse réaliser son potentiel ; et
- apprendre à partir de notre expérience et la partager avec d'autres.

© Tetshim

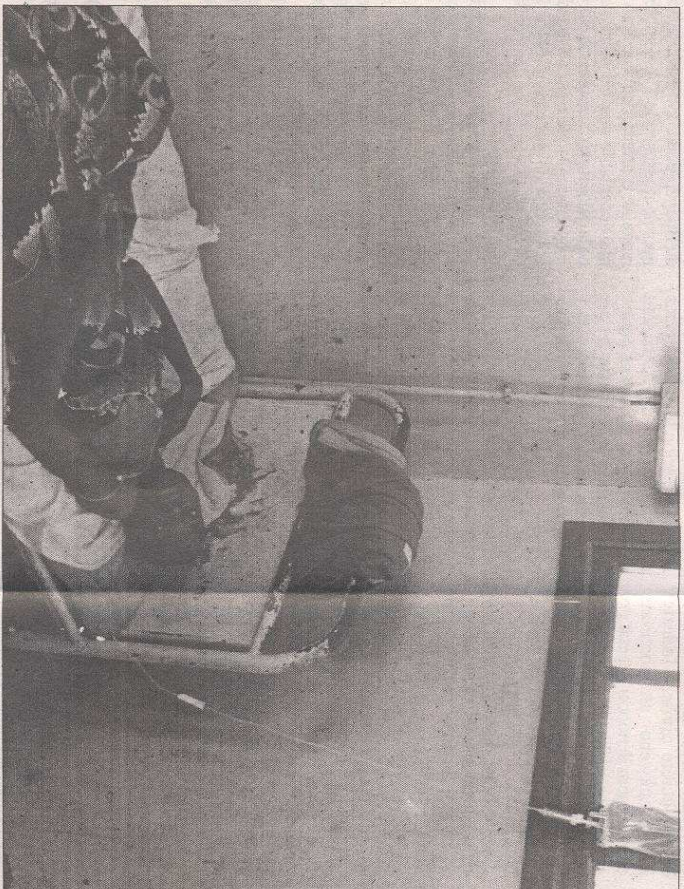
« Mon histoire : Papy » : une PVV témoignage

E.T

C'est dans la salle polyvalente de l'Organisation mondiale de la santé (Oms) qu'a eu lieu la présentation officielle du film « Mon histoire : Papy ». C'était en présence du ministre de la Santé et des corps diplomatiques. Dans son mot de circonstance, Victor Makwenge, a félicité le réalisateur du film. Son vœu est que ce dernier éveille réellement la conscience de tout un chacun. Il a invité le Programme multisectoriel de lutte contre le sida (PNMLS) à une exploitation optimale de cet outil.

Ce film de 53 minutes, diffusé en lingala est une série originale et pionnière en République démocratique du Congo et en Afrique centrale. Ce film est une histoire vraie. Il s'agit d'un témoignage réel d'une personne vivant avec le virus du Sida (PVV). Des ONG et des associations de PVV ont apporté leur appui à la rédaction des épisodes.

Pour le réalisateur de ce film, « Mon histoire : Papy », est un support qui va contribuer dans la politique de communication sur le Sida en RDC avec comme répercussions l'éveil de la population face au danger Vih/Sida, la lutte pour la prévention, la prise en charge des personnes, l'intégrité et le renforcement des capacités d'accueil des PVV. Ce premier épisode vise à sensibiliser un maximum de monde et encourager les gens à effectuer un dépistage volontaire. Il permettra également de donner une image positive de la vie avec le



La projection du film « Mon histoire : Papy » est une manière, selon le ministre de la Santé, d'éveiller la conscience de la communauté sur les dangers réels de la pandémie du Sida

Vih/Sida et donner une information précise sur la prévention de nouvelles infections et la prise en charge de personnes infectées par le virus.

Enfin, c'est dans le souci de la promotion d'un comportement responsable. Plusieurs partenaires ont facilité la réalisation et la production de ce premier épisode. Il s'agit notamment de la Coopération belge (CTB), la coopération allemande (GTZ), la Fondation Roi Baudouin et l'Or-

ganisation Internationale de la Francophonie (OIF). « Mon histoire : Papy » est le premier épisode de la série. Ses promoteurs veulent poursuivre la réalisation des épisodes suivants et promettent de travailler en vue d'une large diffusion.

Comme projet, il est prévu le 1^{er} décembre de cette année, date de la « Journée mondiale du SIDA », une diffusion du film simultanément dans toutes les provinces de la RDC. Elle com-

tera le concours des autorités représentatives desdites provinces qui rassembleront autour d'elles un groupe de réflexion. Ce dernier sera composé de membres issus de différents secteurs de la Société civile provinciale. Le film est d'organiser une téléconférence qui permettra aux différents groupes « d'échanger sur leurs priorités et sur les actions que la société civile de chaque province mettra en œuvre ».

du "le Potentiel", le 24 sept. 2007

Film « PAPY, MON HISTOIRE »

« PAPY, MON HISTOIRE », une fiction congolaise de sensibilisation au VIH/sida

Le 26 septembre, la CTB et la Fondation Roi Baudouin présentent le film « Papy, mon histoire » aux acteurs de la coopération, aux médias et aux représentants des communautés congolaises. L'équipe congolaise du film et les experts VIH/sida de la CTB et de la GTZ en RDC seront également présents.

Le film sera présenté à Kinshasa le 22 septembre. L'initiative a le soutien du Dr Peter Piot, directeur exécutif d'ONUSIDA.

Une projection est organisée pour les collaborateurs de la CTB, le 26 septembre, de 16 h à 17 h dans la salle Jacquemotte. Vous y êtes toutes et tous cordialement invités.

Le FILM

À l'instar de « Soul City », en Afrique du Sud, « Papy, mon histoire » aborde un enjeu majeur au Congo, le sida, de manière très accessible pour le grand public.

Écrite à partir d'histoires vraies, cette fiction populaire permet au téléspectateur de s'identifier aux personnages et utilise la force du cinéma pour conscientiser, susciter le débat. Le film a été tourné à Kinshasa, en lingala et en français. Après sa diffusion à la télévision nationale congolaise, il sera utilisé comme outil de sensibilisation dans les programmes de prévention contre le sida.

Belgische Technische Coöperatie
Naamloze vennootschap van publiek recht met sociaal oogmerk
Coopération Technique Belge
Société Anonyme de droit public à finalité sociale



ACCUEIL PROJECTION PAPY CTB

Carl Nickiels

Mesdames, Messieurs,

C'est avec beaucoup de plaisir que je vous accueille aujourd'hui pour la première projection du film « Papy » en Europe. Samedi dernier, c'est Kinshasa qui lui réservait en primeur un accueil enthousiaste. Avant sa diffusion plus large, à l'échelle du pays.

Je ne vais pas m'attarder plus longuement sur le film et les raisons qui ont poussé la CTB et les autres bailleurs ici présents à soutenir cette initiative originale au Congo. Mes voisins le feront brièvement : Mr Rauws pour la Fondation Roi Baudouin, Mr Michel Muhemeri pour la GTZ et Mme Sandrine Ruppel pour la CTB. Enfin, je laisserai le réalisateur Djo Munga vous présenter son film.

Je tiens rapidement à souligner notre fierté d'avoir pu rendre possible ce premier épisode d'une série que nous espérons longue.

La coopération belge souhaite s'engager dans des initiatives pionnières alliant développement et communication. À l'instar de Soul City, en Afrique du Sud, nous pensons que des moyens de communication innovants en Afrique Centrale et au Congo en particulier, peuvent toucher de façon différente un public très large et améliorer considérablement les résultats des programmes de développement. C'est ce potentiel que nous voyons dans la série « Mon Histoire ».

Maar nu geef ik het woor aan Mr Gerrit Rauws, Directeur van de KBS

Annexe 9.6.



SUKA ! - M.G. Productions - Formosa - la Fondation Roi Baudouin et la Coopération Technique Belge
Ont le plaisir de vous inviter à l'avant première de « PAPY » dans le cadre du Festival International du film Francophone de Namur

LUNDI 1er OCTOBRE 2007 à 18h30
salle **Caméo 2**
49 rue des Carmes, 5000 Namur

La projection sera suivie
d'un cocktail dînatoire
à la galerie du Beffroi
13, rue du Beffroi

Réservations : resapapy@gmail.com
Pour tout renseignement : 02 544 05 98

"Mon histoire ..."
PAPY
Un film de DJO TUNDA WA MUNDA



Rép. Dém. du Congo

PNMLS



PROGRAMME NATIONAL MULTISECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

JOURNEE MONDIALE SIDA 2007

RAPPORT DE PROJECTION VIDEO MOBILE DU FILM «MON HISTOIRE ...»PAPY

CONTEXTE

Le 01 décembre de chaque année, le monde entier célèbre la Journée Mondiale Sida, « JMS » en sigle, et à cet effet, un thème est annuellement retenu et représente la pensée maîtresse autour de la quelle devront réfléchir les intervenants dans le but de faire avancer harmonieusement la lutte contre le Sida à l'échelle planétaire. L'année 2007, le thème retenu est : « Stop Sida, tenir les promesses ». Ces célébrations qui en principe débutent le 30 novembre se poursuivent pour se clôturer le 31 décembre.

Ainsi, la Coordination Provinciale du PNMLS/Equateur a respecté le principe en célébrant cet événement avec un accent particulier sur l'amélioration de l'accès aux services de prévention, de prise en charge et d'atténuation de l'impact négatif du VIH/Sida au sein des communautés. C'est aussi dans ce sens que s'inscrit la recommandation formulée par la Coordination Nationale du PNMLS appuyée par les partenaires impliqués dans la lutte, notamment la Coopération technique belge, en vue d'assurer une large diffusion et débats autour du film « Mon histoire... »PAPY.

En effet, ce film tiré de la nouvelle série « mon histoire » retrace l'histoire d'une PVV congolaise, Papy Ilunga. Il est tourné dans un contexte proprement congolais et en lingala, ce qui en facilite l'appropriation du message par les communautés sensibilisées.

Il sied de rappeler ici que le contexte épidémiologique VIH/Sida de la province de l'Equateur est préoccupant, ce en raison du taux de séroprévalence qui n'a cessé de croître depuis les premières investigations en 1998 (de 2.7% en 1998 à 6.1 % en 2006). Des facteurs aggravateurs de l'épidémie tel que l'ignorance, la stigmatisation et la discrimination ainsi que la persistance des pratiques à risque malgré le niveau général de connaissance acceptable sont à la base de cette montée en flèche du taux de séroprévalence en une décennie.

Voilà pourquoi, avec l'appui financier du projet CTB/PNLS à la Coordination des activités de lutte, dans le souci de contribuer à freiner l'avancée de l'épidémie au niveau provincial en général et dans la ville de Mbandaka en particulier en donnant un souffle nouveau à la lutte grâce à la nouvelle série « mon histoire », il a été procédé à la sensibilisation d'une poignée de population de la ville de Mbandaka.

L'objectif ainsi visé est d'améliorer l'utilisation des services et donner une image positive de la vie avec le VIH/SIDA. Une série de projections a été organisée du 30 novembre au 2 décembre 2007 dans deux grandes salles de la ville (à l'I.S.P./Mbandaka) et en plein air, au parc Joseph KABILA de Mbandaka avec les détails programmatiques et exécutoires ci-après :

FICHE TECHNIQUE D'ACTIVITE

1. *Intitulé de l'activité*

Projection vidéo mobile du film « Mon histoire... »PAPY

2. *Objectif général*

Contribuer à l'amélioration de l'accès universel des communautés aux services de prévention, de prise en charge et d'atténuation de l'impact négatif du VIH/Sida.

3. *Objectifs Spécifiques*

- En 3 séances de projection vidéo du film " Mon histoire..."PAPY, sensibiliser au moins 500 personnes, dont 300 leaders, 200 PVV de Mbandaka.
- Assurer la distribution de 3000 préservatifs masculin et féminin

4. *Résultats Attendus*

- 3 séances de projection vidéo de film " Mon histoire..."PAPY, sont organisées.
- 300 leaders et 200 personnes vivant avec le VIH sont sensibilisés au cours des projections du film et lors des débats et échanges qui s'en suivent.
- 3000 préservatifs sont distribués

5. *Période*

Du 30 novembre au 02 décembre 2007

6. *Lieu*

La ville de Mbandaka (ISP et Parc Joseph Kabila)

7. *Indicateur Objectivement Vérifiable*

Nombre de séances de projection réalisées
Nombre de personnes sensibilisées

8. *Source de vérification*

Images vidéo (format VHS) en annexe
Rapport d'activité

9. *Budget*

2.486 US \$

Séance 01

Date : le 30 novembre 2007

Heure : 11 h 00'

Lieu : amphithéâtre ISP/Mbandaka

Cible atteinte : 150 leaders venant du secteur public, de la société civile, des organisations confessionnelles, et du secteur communautaire.

Séance 02

Date : le 01 décembre 2007

Heure : 15 h 00'

Lieu : une grande salle ISP/Mbandaka

Cible atteinte : environ 300 personnes étudiants

Séance 03

Date : le 02 décembre 2007

Heure : 18 h 30'-20h 30'

Lieu : parc récréatif Joseph KABILA /Mbandaka

Cible atteinte : plus de 120 personnalités du corps académique et administratif des institutions d'enseignement Supérieur et universitaire, plus de 180 PVV sur invitation de UCOP+, et 440 jeunes filles et garçons de la ville de Mbandaka.

SYNTHESE

Période d'exécution : Du 30 novembre au 02 décembre 2007

Lieux : Dans la ville de Mbandaka

Cible atteinte : Environ 1190 personnes parmi les quelles plus de 180 PVV, et un nombre important de jeunes filles et garçons.

Commentaires et conclusion

L'intérêt pour le film était grand d'autant plus qu'il se déroule en lingala et à Kinshasa la capitale, et surtout, sans embellissement des détails : ce qui a renforcé dans le chef des spectateurs le sentiment d'être concernés, le sentiment de proximité de l'histoire de Papy par rapport aux conditions qui sont les leurs. Ce qui, après interpellation, les pousse à l'action.

« Ce film constitue un miroir pour notre société en matière de Sida dans la communauté », a lancé un des leaders avant de renchérir : « nous devons vraiment jeter un autre regard sur cette question si tout se passe pour une PVV comme cela s'est passé avec Papy »

Sans reprendre les détails sur les débats après film, les questions des participants ont tourné autour des points suivants :

1. Le déroulement du dépistage tel que subi par Papy et Son épouse ne répondent pas aux normes
2. Pourquoi papy tousse sans cracher ?

3. Est-ce que la toux est un signe spécifique lié au VIH ? car Papy et son épouse pour exprimer le VIH n'ont affiché pour signe extérieur que la toux.
4. La conception et la grossesse pour la PVV
5. Les voies de transmission du VIH
6. Les raisons du rejet de Papy
7. Le préservatif n'est pas mentionné dans l'histoire de papy, sauf à la fin quand il témoigne lui-même
8. Mariage des PVV
9. Droits et devoirs des PVV
10. Mise en quarantaine des PVV
11. De l'instauration du dépistage forcé et systématique
12. Qui de Papy ou de son épouse a été contaminé le premier, et comment le savoir
13. Quel est le sort de la femme de Papy ? on en a plus parlé dans la suite du film
14. Signes cliniques majeurs et mineurs du Sida
15. Des précisions sur les ARV
16. Pourquoi le VIH est-il invincible ?
17. De la durée de vie du virus une fois dans le sang humain
18. Du sort médical des enfants avec deux parents infectés
19. Des préalables pour la mise sous ARV
20. De l'accès aux soins pour les zones reculées de la RDC
21. Quid sur la prise en charge médicale et du suivi biologique des patients sous ARV en milieux enclavés (85% de la province de l'Equateur).

Comme on peut le constater, le film a été l'élément déclencheur de grosses discussions et échanges intenses autour de l'histoire ainsi relatée et ses liens avec les facettes de l'épidémie à VIH/Sida au sein de nos communautés.

Au delà de sa vulgarisation lors des JMS 2007, notre joie est de constater que ce film et cette série avec l'idée originale de relater des récits vrais des personnes vivant avec le virus et celles affectées par le virus servira de support puissant pour la sensibilisation autour des grandes questions du VIH du reste soulevées avec satisfaction par cette première production.

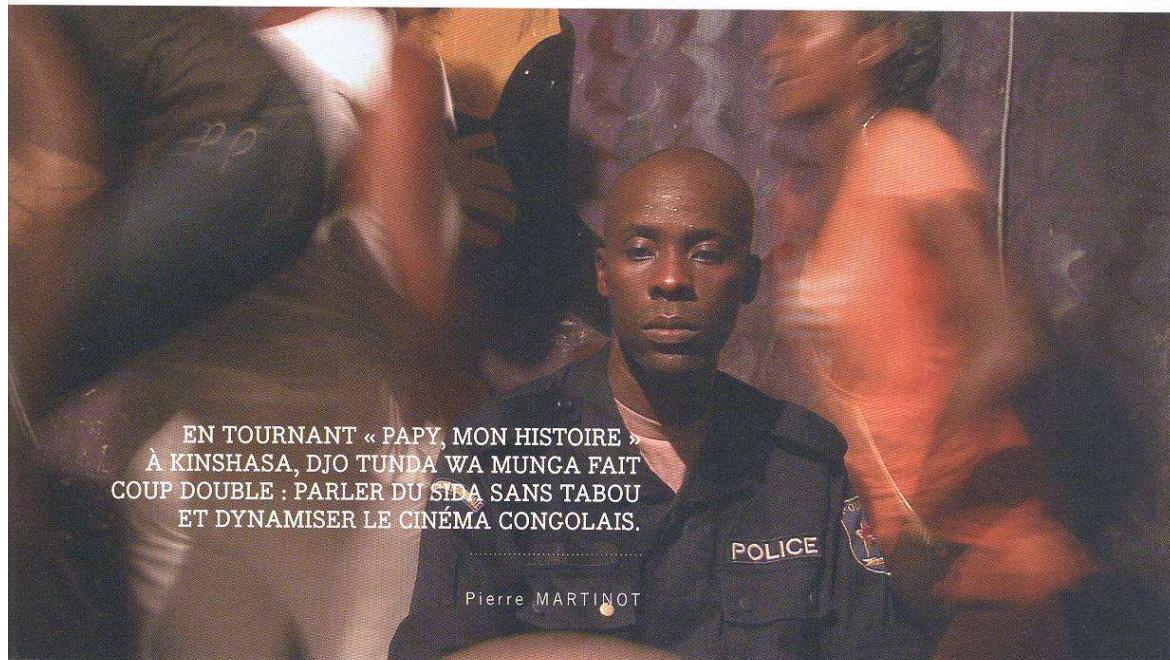
MARCEL EKE TUKUMBE

COORDONNATEUR PROVINCIAL DU PNMLS



Papy, séropositif

espoir du cinéma congolais



EN TOURNANT « PAPY, MON HISTOIRE »
À KINSHASA, DJO TUNDA WA MUNGA FAIT
COUP DOUBLE : PARLER DU SIDA SANS TABOU
ET DYNAMISER LE CINÉMA CONGOLAIS.

Pierre MARTINOT

Une brigade de police fait son footing matinal dans les rues de Kinshasa. A bout de souffle, un homme en uniforme s'écarte du groupe... C'est Papy. Mon corps m'abandonnait... Et je sentais la mort se rapprocher! Premières images, premiers sons du film Papy, mon histoire. Premiers plans tout simplement d'un film congolais depuis « La Vie est belle », tourné il y a 20 ans par Mwézé Ngangura.

Un clap audacieux signé Djo Munga, jeune réalisateur congolais de 35 ans. Tout est là pour réussir le retour du cinéma en République Démocratique du Congo : caméra haute définition, son digital, équipe technique internationale... Un projet ambitieux, tourné en lingala, pour aborder un thème majeur au Congo : le SIDA.

« IL FAUDRAIT PLUS DE FILMS COMME « PAPY », AU CONGO ET DANS L'AFRIQUE. LES HISTOIRES, EN LANGUES LOCALES, QUI ABORDENT CONCRÈTEMENT ET SANS DÉTOUR LES QUESTIONS QUE SE POSENT LES GENS SUR LE SIDA, ONT UN FORT POTENTIEL D'IMPACT SUR LE COMPORTEMENT DES INDIVIDUS ET SONT DE PUISSANTS VÉHICULES POUR LES MESSAGES QUE NOUS SOUHAITONS FAIRE PASSER. »

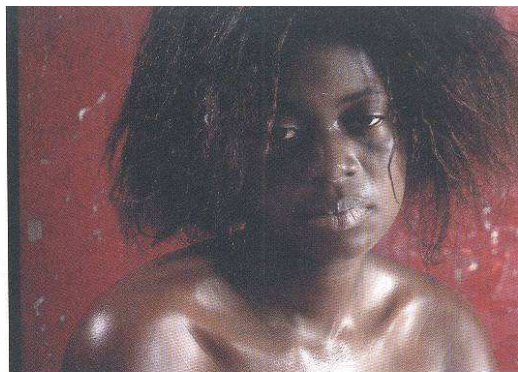
Peter PIOT | Directeur exécutif d'ONUSIDA et Secrétaire général adjoint des Nations Unies

« Le point de départ du projet, explique Djo Munga, c'est « Opération Bottine », une émission de télévision avec un plateau de personnes vivant avec le VIH témoignant à visages découverts. Au Congo, jusqu'il y a peu, c'était assez révolutionnaire. J'ai senti le potentiel qu'il y avait derrière ces histoires. J'ai voulu aller plus loin, écrire des films à partir de ces histoires vraies ». Le réalisateur fréquente alors les réseaux des

PVVIH (Personnes Vivants avec le Virus du sida) pour écouter leurs histoires. Humainement touché par leur optimisme et la force de ces témoignages, il s'engage alors dans un projet très personnel. Il veut parler du Congo d'aujourd'hui et proposer un regard artistique et citoyen sur une question de santé cruciale pour le développement du pays. Il imagine une série basée sur dix histoires vraies évoquant le virus

Que fait la coopération belge pour lutter contre le sida ?

La Coopération belge au développement soutient dans les pays en développement les politiques nationales de santé publique et l'intégration de la lutte contre le SIDA dans les soins de santé de base, l'enseignement et les formations. Depuis mars 2006, une nouvelle note politique belge définit cinq objectifs. Notamment : la lutte contre le SIDA en s'appuyant sur les droits de l'homme, avec une attention particulière aux personnes les plus vulnérables, aux femmes, aux jeunes et aux orphelins, ainsi qu'aux victimes des situations de guerre et de conflits. En République Démocratique du Congo, la CTB apporte un soutien institutionnel au ministère de la santé publique, dans 22 zones de santé. En Équateur, dans le Bas-Congo et à Lubumbashi où l'aide est affectée à la coordination de la lutte contre le SIDA, au renforcement des services sanitaires, à la prévention, au contrôle du sang et à la formation.



au quotidien : annoncer sa séropositivité à sa famille, vivre l'isolement social, reconstruire sa vie... « En tant que réalisateur, mon objectif est de faire de la fiction basée sur des faits réels. Aborder cette maladie au cinéma exige une approche scientifique, artistique et pédagogique. Mais je ne suis prisonnier ni de l'un ni de l'autre. C'est compliqué ! Aux côtés de quelques comédiens, j'ai donc privilégié des acteurs jouant leur propre rôle pour garantir la vérité de leur sentiment. »

Formé à l'INSAS (Institut National Supérieur des Arts du Spectacle) à Bruxelles, Djo Munga utilise la force du cinéma pour conscientiser le spectateur. Les images, d'une grande sensibilité, nous transportent dans l'intimité du couple. Et les silences, intenses secondes de vérité, questionnent nos esprits parfois vagabonds. « Pour évoquer ces moments si sensibles de l'annonce de la nouvelle, seule la fiction nous permet d'aborder ces phases de doute et de vulnérabilité ».

Papy doit à présent vivre sa vie. Des passages en télé sont prévus pour parler du SIDA au plus grand nombre. Pour ses qualités pédagogiques, le film sera aussi utilisé par le Ministère de la Santé, la CTB et la GTZ, comme outil de sensibilisation dans leur programme de lutte contre le Sida.

L'enthousiasme suscité par cette initiative congolaise semble convaincre les partenaires actuels et mobiliser de nouveaux acteurs. Le Ministère de la Santé Congolais se dit prêt à s'engager. Après *Papy*, Maman Bibi, JP et Marie Louise, d'autres citoyens qui ont décidé de révéler leur séropositivité, seront les héros des épisodes à venir. Et si la série trouve les financements nécessaires, leur témoignage frappera, c'est sûr, la conscience de chaque Congolais.

ACCORDER SA CONFIANCE AU BON MOMENT...

En accordant leur confiance à un moment crucial de la vie du « projet », c'est à dire « sur papier », la Coopération Technique Belge et la Fondation Roi Baudouin ont permis au numéro pilote de voir le jour. Ce soutien à jouer un rôle déclencheur primordial pour concrétiser le projet. *Papy*, mon histoire devrait attirer d'autres bailleurs à s'engager sur les prochains épisodes. Il sera diffusé sur l'ensemble du territoire congolais.

Le développement du pays par le développement de la culture.

Peut-être qu'inconsciemment Djo Munga est-il en train d'écrire une page de l'histoire du cinéma congolais. Il en rêve évidemment. « Aujourd'hui, le public consomme des films américains et des séries nigérianes. Mais je sens qu'il veut des fictions congolaises qui le fassent vibrer. Il veut du rêve pour oublier le quotidien. »

Actuellement, suite aux années de crise, le cinéma congolais est au point mort. Mais le potentiel est là et s'il est exploité, il pourrait participer à sa manière au développement économique du pays. « Le talent est à portée de

main au Congo, mais c'est un matériau brut. Il faut pouvoir le transformer pour l'enrichir ! Pour *Papy*, nous avons travaillé avec des comédiens congolais et une équipe technique mixte, pour que les techniciens locaux apprennent au contact des chefs opérateurs ou des ingénieurs du son européens. L'apprentissage est impressionnant, car à 22 ou 23 ans, la soif d'apprendre fait des miracles. »

Faire un tournage à Kinshasa ou en province, c'est faire tourner l'argent. « Le développement du pays, insiste le cinéaste, passe par le développement de la culture ! » Avec ses équipes de techniciens et d'accessoiristes, l'industrie du cinéma est porteuse d'emplois directs et indirects. Mais pour qu'elle fasse partie du renouveau économique espéré, elle doit être soutenue politiquement. Pour Djo Munga, le scénario est ficelé ! Il faut ouvrir une école de cinéma, financer des projets audiovisuels sur lesquels travailleront des stagiaires et développer une culture cinéma aussi forte qu'en Afrique du Sud ou en Afrique de l'Ouest. Révélé pour ses qualités artistiques, *Papy* est aussi une œuvre thérapeutique ! ■



FICHE TECHNIQUE

SOCIÉTÉ DE PRODUCTION : SUKA !
SCÉNARIO ORIGINAL ET RÉALISATION : Djo Tunda Wa Munga
COPRODUCTIONS : FORMOSA Productions (Paris-France) et MG Productions (Bruxelles-Belgique)
PRODUCTEUR DÉLÉGUÉ : Boris Van Gils
PRODUCTEURS ASSOCIÉS : Djo Tunda Wa Munga, Michaël Goldberg
CASTING : Romain Ndomba, Chaida Chady Suku Suku
SUPPORT : HD-16
DURÉE APPROXIMATIVE EN MINUTES : 53 minutes
LANGUE : Lingala

Annexe 10 : Suivi des recommandations de l'évaluation finale du projet "Appui au PNLS"

1. Recommandations au projet:	Suivi des recommandations
1°) Mettre l'accent, en prévoyant un aménagement budgétaire, sur les activités de sensibilisation afin de combler partiellement le retard pris par ce volet et ce tant au niveau central que provincial.	Un réaménagement budgétaire a effectivement eu lieu, permettant de répondre aux besoins exprimés par la division de communication du PNLS: pouvoir faire des formations de pairs éducateurs dans les zones d'intervention du projet, en complément de celles de relais communautaires déjà exécutées. Les vélos, mécanisme de motivation des relais communautaires, ont été envoyés dans les zones de santé. Une demande d'une première supervision des formateurs du niveau central vers les zones de santé, a été introduite par le responsable de la division de communication du PNLS. Un budget a été identifié pour y répondre. Activité non encore exécutée. Au niveau provincial, aucun feed back des activités des premiers relais communautaires formés n'a été transmis à l'équipe de gestion du projet.
2°) Admettre (ou faire admettre) le principe d'une décentralisation des activités de base en confiant un certain niveau de responsabilité aux provinces tant en termes techniques (mise en place d'activités, par exemple, de sensibilisation) qu'en terme de gestion (gestion du matériel roulant – véhicules, motos, vélos –, gestion de l'approvisionnement en médicaments, etc.), et ceci afin de diminuer l'aspect trop centralisé du programme	1. en terme de gestion : sur estimation de la centralisation de la gestion par l'équipe d'évaluateurs:gestion matériel roulant et fonctionnement bureau totalement décentralisée, sous le principe des procédures de gestion CTB (carnet de bord,...), et dans le cadre des limites budgétaires du projet. En terme de gestion des médicaments: faiblesse de gestion périphérique malgré attente de suivi des stocks provinciaux et notion de stock d'alerte. Le niveau central continue donc d'opérer en prenant l'information de manière active au niveau des provinces et zones de santé et à commander les médicaments sur base d'estimation des stocks et des besoins périphériques..2. en terme technique: dès le départ, il avait également été imputé au niveau provincial la responsabilité de planifier leurs activités, également en restant dans les limites budgétaires. Un effort a été fait pour relancer les acteurs provinciaux.

3°) Augmenter sous conditionnalité les primes versées aux coordinations provinciales afin de permettre aux personnels concernés de bénéficier d'un apport salarial substantiel leur permettant de se dégager des contraintes liées à la survie et d'ainsi se consacrer exclusivement aux tâches techniques qui leur sont attribuées. La condition d'octroi de ces primes est le renforcement d'activités de supervision intégrée (tous les domaines de la santé) basée sur un canevas de supervision et des check-lists.	Répondre à cette recommandation fait partie d'un mécanisme beaucoup plus large qui sort des responsabilités du projet et qui entre dans la mise en place de la stratégie de renforcement du système de santé, passant par une restructuration du fonctionnement du ministère de la santé à tous ses niveaux.
4°) Poursuivre et augmenter sous conditionnalités les primes et l'appui financier au niveau central du PNLS et du PNTS afin de permettre leur fonctionnement (carburant, entretien des véhicules, Internet, etc.). Les conditions de poursuite et d'augmentation de cet appui financier portent, d'une part, sur l'établissement par le PNLS et le PNTS de plans de gestion des contributions financières des différents bailleurs de fonds qui les soutiennent (Fonds Mondial, MAP, Unicef, CTB, etc.), ainsi que de plans de fonctionnement précis et, d'autre part, par le renforcement de la Cellule de gestion du projet (DN PNLS et PNTS & Responsable CTB) afin d'y maintenir et d'y renforcer les liens de confiance	Si la réflexion est la même que pour la recommandation 4, le niveau central a obtenu une augmentation de leurs budgets lors de la réunion de la smcl portant sur la prolongation du projet, en février 2007.
5°) Assurer l'appropriation collective par les différentes divisions du PNLS/PNTS du travail réalisé par le Prof. Sakasaka au cours des 13 derniers mois. A cette fin, il semble utile de reconduire le contrat du Prof. Sakasaka pour une durée maximale de 2 mois (octobre et novembre 2006) afin d'assurer cette réappropriation collective.	L'appropriation du travail réalisé par le Prof Sakasaka s'est opérée de la manière suivante: 1. Elaboration conjointe (PNLS-CTB) des termes de référence du volet "appropriation communautaire et sida transversal" (Résultat 12) pour 2007. 2. Harmonisation des coûts unitaires entre facilitateur senior et facilitateurs junior (34 €/j. au lieu de 120 et 20 respectivement). 3. Restriction importante du nombre de jours de travail / mois du prof. Sakasaka mais poursuite de sa consultance pour maintenir un input extérieur pour la qualité du processus

6°) Fournir le « paquet global d'activités Sida » à toutes les Zones de Santé actuellement soutenues par la CTB dans les provinces de l'Equateur et du Bas Congo (CCC, ST, IST, IO, CDV, PTME, ARV et Promotion des dons de sang bénévoles).	Politique déjà d'actualité et tenant compte de l'apport d'autres acteurs aux mêmes zones de santé
7°) Mettre en œuvre tous les moyens (financiers, matériels, humains et techniques) afin de s'assurer de l'atteinte des résultats définis dans le DTF	accent mis sur l'accélération de la mise en œuvre du résultat 9 (Prise en charge psychosociale). Contrats de sous-traitance signés. Budgets d'activités accordés. Frais de gestion à payer à la remise des rapports finaux.
8°) Dynamiser le service logistique permettant de gérer (tant au niveau central que provincial) l'approvisionnement en intrants divers (consommables de bureau, tests et réactifs, médicaments ARV, moyens de locomotion à fournir en province, etc.)	Déjà d'actualité par l'engagement d'une ressource humaine supplémentaire au niveau de Kinshasa (logisticien). Faiblesse de gestion des intrants en province difficilement réductible (apports verticaux aux zones de santé). Au Bas Congo, le transit des intrants par les centrales de distribution régionales est un essai.
2. Recommandations au Représentant résident:	
1°) Suivi de la mise en œuvre du plan d'activités pour 2007 et clôture à la fin 2007	Suivi effectué mois par mois
3. Recommandations à la Structure mixte de Concertation locale:	
1°) Concentrer la notion d'appui technique et financier de la CTB au PNLS/PNTS au niveau de la direction de celui-ci, afin d'éviter d'interférer sur les relations hiérarchiques et organisationnelles au sein de ces programmes	Cette recommandation a été suivie par une attention particulière à impliquer la direction dans certains dossiers gérés conjointement et par l'équipe de la CTB et par certains chefs de division. Cette recommandation avait pour but de diminuer la tension de certaines relations avec les chefs de division. La situation est en très nette amélioration

	2°) Octroyer au projet une prolongation au minimum jusqu'à la fin du 1er semestre 2007 dans les conditions de fonctionnement prévues dans le Document Technique et Financier (DTF) initial	Prolongation obtenue jusqu'à la fin de l'année 2007.
4. Recommandations à la DGCD/CTB :		
	1°) Passer de la couverture mosaïque à la couverture totale par paquet complet SIDA des districts sanitaires en conformité avec la note stratégique belge et la stratégie belge en matière de SIDA	Recommandation à prendre en compte dans une éventuelle seconde phase. Dans la phase actuelle, la couverture mosaïque a été déployée pour entrer en complémentarité avec les autres acteurs, de manière à ce que -in fine- la zone de santé puisse fournir le paquet complet sida
	2°) Renforcer l'opérationnel pour plus d'impact et de visibilité, en s'intégrant dans les rouages publics (PNLS, PNTS) et en les aidant de manière active et participative au développement de la nouvelle stratégie de lutte qui tient compte de la nouvelle stratégie de renforcement du système de la santé, passant par l'amélioration de l'appui des programmes spécialisés vers les acteurs opérationnels de terrain. L'appui belge à la DEP contribue à l'élaboration des documents normatifs [plan stratégique de lutte et la politique nationale actualisés]	Recommandation à prendre en compte dans une éventuelle seconde phase.
	3°) Positionner les moyens et assistance nationale (valorisation RH nationales) au niveau intermédiaire avec examen des possibilités de reconversion dans la fonction publique en fin de programme	Recommandation à prendre en compte dans une éventuelle seconde phase.

4°) Renforcer et confirmer l'expérience de la CTB (appui institutionnel et appui technique) ; le modèle d'intervention de la CTB tel que pensé dans le DTF et présentement initié pourra devenir une référence (sous réserve des résultats) dans l'opérationnalisation de la lutte sur terrain. La CTB pourra se prévaloir de cette expérience dans sa recherche de nouveaux marchés.	Recommandation à prendre en compte pour une éventuelle seconde phase.
5°) Fidéliser les postes nationaux (équipe cadre des projets) non seulement par de contrats de performance mais également par des incitants tels que ristournes en nature définies dans leurs contrats (prêt pour construction maison, pour achat véhicule, etc.)	Recommandation à porter au service des ressources humaines de la CTB. Difficile à gérer dans le cadre du projet actuel.
6°) Préciser les profils de poste de l'AT centrale ainsi que des AT provinciaux en tenant compte de l'expérience de la 1 ^{ère} phase. Le rôle de l'AT centrale provinciale doit servir de courroie de transmission du know-how et dans ce cas le niveau de profil de poste lié à cette tâche doit être confié à des professionnels confirmés et expérimentés dans la mise en œuvre de projet en pays en développement	Recommandation à prendre en compte pour une éventuelle seconde phase.
7°) Consolider les acquis et préserver la mémoire des actions et expériences avérées antérieures au lieu de chercher à réinventer la roue avec des approches qui n'ont d'innovatrices que le label.	Effort de capitalisation en cours à l'approche de la clôture du projet.

Présentation du rapport de l'audit financier

