



Rapport synthétique final

ELIMINATION DE LA THA

« Opérationnaliser l'approche intégrée de la lutte contre la maladie du sommeil »

Résultat 3 HAT Plus

République Démocratique du Congo (RDC)

Rapport élaboré pour le comité de pilotage tripartite 'DGD – IMT – Bruxelles'

Table des matières

Table des matières

0.1	ACRONYMES	3
1	MONTAGE ET PRESENTATION DE L'INTERVENTION D'ENABEL	4
2	CONTEXTE.....	4
2.1	CONTEXTE GENERAL.....	4
2.2	THA, PNLTHA ET REFORME DU SYSTEME DE SANTE EN RDC	5
2.3	CULTURES ORGANISATIONNELLES.....	5
3	PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	5
4	REALISATIONS	7
4.1	LE PLAN DE COUVERTURE.....	7
4.2	L'INTEGRATION DE LA DETECTION ET DE LA PRISE EN CHARGE DES CAS DE THA.....	8
4.3	LES INVESTISSEMENTS	10
4.4	LE BILAN FINANCIER INDICATIF	11
5	AUTO-EVALUATION DE HAT +.....	11
5.1	PERTINENCE.....	11
5.2	EFFICACITE	11
5.3	EFFICIENCE	13
5.4	DURABILITE POTENTIELLE	13
6	SUGGESTIONS	13

0.1 Acronymes

CPLTHA	Coordination Provinciale de Lutte contre la THA
CQ	Contrôle de Qualité
CRSK	Centre de Recherche en Santé de Kimpese
CTB	Coopération Technique Belge (actuellement CTB)
DNDI	Drugs for Neglected Disease initiative
DEP santé	Direction Etude et Planification
DGD	Direction générale du Développement
DPS	Division provinciale de la santé
DSE	Direction de surveillance épidémiologique
EMA	'European Medicines Agency' – l'agence européenne des médicaments
FABAC	Forum des acteurs belges actifs dans la coopération
FBMG	Fonds Bill et Melinda Gate
FEDECAME	Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
HGR	Hôpital Général de référence
IMT	Institut de Médecine Tropicale d'Anvers
INRB	Institut National de Recherche Biomédicale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PADP	Programme d'Appui aux Divisions Provinciales de la Santé
PNLTHA	Programme national de lutte contre la THA
RDC	République Démocratique du Congo
TDR	Tests de diagnostic rapide
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
UM	Unités Mobiles
ZS	Zone de santé

1 Montage et présentation de l'intervention d'Enabel

Dans le document de formulation, le titre du résultat 3 (Enabel) de l'intervention HAT Plus, est le suivant « Opérationnaliser l'approche intégrée de la lutte contre la maladie du sommeil ». Elle est présentée comme une composante d'une intervention plus large mise en œuvre par l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) « Elimination de la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) » appelée programme dans la suite du document. Le résultat 3 sera appelé R3HAT Plus.

En septembre 2017, le Ministre de la Coopération belge décide d'appuyer l'IMT pour l'élimination de la THA en République Démocratique du Congo (RDC) Un budget de 9 millions d'euros est libéré par la Direction Générale du Développement (DGD) pour les 3 premières années, avec option de prolongation à 9 années en deux phases budgétisées à la même hauteur.

L'impact recherché par le programme d'élimination de la THA est d'interrompre la transmission d'ici 2030 et que la THA soit éliminée dans 90 % des Zones de Santé (ZS) endémiques d'ici 2025. Les résultats attendus du programme sont au nombre de quatre :

- Résultat 1. Une stratégie générale pour l'élimination de la THA en RDC est déterminée et les contributions internationales sont coordonnées de manière optimale
- Résultat 2. Des outils de diagnostic, thérapeutiques et de surveillance sont développés ou améliorés
- Résultat 3. Une approche décentralisée est mise en œuvre
- Résultat 4. Le suivi scientifique et l'évaluation du programme sont assurés

Le résultat 3 est délégué à Enabel. C'est le projet R3HAT Plus (ou R3HAT +), qui a pour but l'intégration opérationnelle et administrative de la lutte contre la THA dans le système de santé. Les sous – résultats de HAT + sont au nombre de 4 :

- Résultat 1. La couverture de la population à risque est assurée
- Résultat 2. Chaque ZS endémique dispose d'un système adéquat pour la détection de la THA
- Résultat 3. Chaque ZS endémique dispose d'un système adéquat pour le traitement de la THA
- Résultat 4. La lutte antivectorielle est appliquée dans les ZS endémiques

Chacun a son rôle : la définition de la stratégie, avec la production de l'évidence scientifique et la mise en place d'un système de surveillance numérisé pour l'améliorer, ainsi que de la coordination du programme pour l'IMT et l'opérationnalisation de la stratégie dans une approche décentralisée pour Enabel.

Son contenu est élaboré dès 2018 mais c'est en juin 2019 que l'agrément entre l'IMT et Enabel est signé, pour une période de 3 ans. L'arrêté royal, texte légal du programme, initialement valide jusque 2020 était en cours de prolongation jusqu'en juin 2021.

Le budget est géré par l'IMT qui transfère les fonds destinés au résultat 3 à Enabel par tranche annuelle. Le budget total de R3HAT Plus pour cette 1^{ère} phase était de 2.696.775 €. Deux experts Enabel, un international et un national devaient mettre en œuvre l'intervention.

Trois structures de pilotage ont été mises en place : le comité tripartite de suivi du programme à Bruxelles– DGD, Enabel et IMT ; le comité de pilotage de R3HAT Plus en RDC, regroupant annuellement les partenaires stratégiques et les bénéficiaires congolais, pour approuver les bilans et les planifications annuels ; un comité de coordination en RDC, regroupant les parties prenantes, modéré par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Programme National de Lutte contre la THA (PNLTHA) et l'IMT, pour l'harmonisation et l'actualisation des orientations stratégiques.

2 Contexte

2.1 Contexte général

D'une part, quatre vagues de la pandémie COVID 19 se sont succédées en RDC. Lorsque l'agrément a été signé, un premier expert international avait été sélectionné vers fin 2019 mais il a démissionné juste avant

les démarches pour son installation. La première vague de COVID 19 a rendu son remplacement difficile et à partir de mars 2020, la RDC a été en confinement strict pendant environ 6 mois. C'est en septembre 2020 que R3HAT Plus a pu réellement démarrer les activités en province. Pendant la durée du projet, l'expert national Enabel a souffert à trois reprises du COVID 19. D'autre part, les infirmiers sont entrés en grève en juillet 2021, et le mouvement s'est poursuivi jusque fin de l'année.

2.2 THA, PNLTHA et réforme du système de santé en RDC

En RDC, la THA a été pratiquement éliminée vers 1960, puis elle a refait surface, avec plus de 25 000 cas en 1998. Cette évolution a conduit la Belgique à renouveler son soutien au PNLTHA, d'abord par le biais d'un programme d'urgence mis en œuvre par trois ONG, puis par la CTB jusque fin 2014 et enfin par l'IMT (FBMG et DGD/accord-cadre avec l'IMT). Tous ces efforts ont contribué à la performance du PNLTHA. Ainsi, le nombre de cas déclarés en RDC pour l'année 2018 était de 660 cas, avec environ 50 % des cas concentrés sur trois coordinations, celle du Bandundu Nord, du Bandundu Sud, et du Kasai Occidental. Les dernières années, le nombre d'équipes mobiles classiques est passé de 100 à 30 (2018), et des petites unités mobiles ont été expérimentées dans certaines provinces. Ces unités mobiles sont gérées par les coordinations provinciales THA, financées par le PNLTHA. Le PNLTHA a bénéficié pour son volet opérationnel d'un financement de l'IMT bien que dégressif, via l'accord-cadre DGD/IMT jusque fin 2021 ainsi que d'un budget de l'OMS.

La réforme du système de santé a été lancée depuis une douzaine d'année. Elle devait rendre les administrations sanitaires plus efficaces et les transformer en organisations apprenantes. Celle du niveau intermédiaire a conduit à la mise en place des Divisions Provinciales de la Santé (DPS) en 2014. Dans ce contexte de décentralisation, les équipes mobiles devraient être sous la responsabilité de la DPS. Mais la réforme du niveau central est de manière générale très lente, et ne répond pas actuellement aux objectifs qu'elle s'était fixés, notamment de réduire le nombre de programmes verticaux et de les intégrer aux DPS. Dès lors, le PNLTHA garde un lien hiérarchique avec les coordinations provinciales et les équipes mobiles.

2.3 Cultures organisationnelles

Enabel est soumise à des procédures rigoureuses, impliquant la non fragmentation des achats, la mise en concurrence, des spécifications techniques non orientées vers un seul fournisseur, et une anticipation des achats. Les instituts académiques lors de leurs activités de recherche n'ont généralement pas d'acquisitions couvrant une grande partie d'un territoire, et leurs achats sont faits dans un cadre plus limité de la recherche, avec des procédures plus flexibles. Cette différence peut engendrer des pesanteurs dans la fourniture de spécifications techniques et limite, malgré tout, la flexibilité puisqu'il faut anticiper.

Une agence de développement cherche les collaborations, les synergies, les harmonisations, car elle est un contributeur parmi d'autres au développement d'un secteur. Un institut de recherche doit se positionner différemment, en quelque sorte en position de concurrence, de défense de ses résultats de recherche

3 Processus de mise en œuvre

R3HAT + a démarré en septembre 2020, alors que la 1^{ère} phase du programme se terminait en juin 2021, donnant ainsi un caractère d'urgence à l'exécution des activités et du budget. Les missions ont débuté en octobre. La période réelle d'exécution de HAT + a donc été de 22 mois au lieu de 36 mois.

Dès fin 2019, l'IMT a livré 250.000 tests de diagnostic rapide (TDR). Enabel a organisé leur entreposage. Leur validité expirant en juin 2021, un premier lot de 130.000 tests a été réaffectés par Enabel à des coordinations provinciales du PNLTHA en novembre 2020, avec un suivi de leur utilisation. En mars 2021, un deuxième lot a dû être cédé au PNLTHA, qui pour cause de pré-rupture de stock n'a pas pu les échanger. En mars 2021, le budget estimé pour un nouvel achat de tests était de 1.000.000 d'euros. En mai 2021, l'équipe de l'IMT a été renforcée, avec du personnel dédié aux opérations du programme, une

administratrice et un médecin. Un travail a alors été réalisé par l'IMT et le PNLTHA, pour actualiser la situation épidémiologique de la THA. Les besoins en TdR pour le dépistage passif avaient considérablement diminué, avec une réduction de 75%. Ces tests devaient être achetés à l'IMT mais cela n'a jamais pu être fait vu l'absence de justification permettant l'achat direct à l'IMT.

Entretemps, la lutte antivectorielle a été développée par d'autres acteurs, il n'était plus nécessaire de développer ce volet via Enabel. Il fallait réorienter les budgets libérés. Le programme veut intégrer la prise en charge d'une maladie devenue rare dans le système de santé tout en voulant l'éliminer. Donc, le choix d'investir en répondant à la fois aux besoins pour la THA et autres besoins des Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) s'imposait. Un projet ambitieux d'installation photovoltaïque dans plus de 50 laboratoires a été initié.

Au démarrage de R3HAT +, 89 ZS réparties sur 17 provinces ont été ciblées pour cette 1^{ère} phase, parmi les 219 ZS identifiées en 2018, pour l'intégration du paquet complet de prise en charge. Il n'y a pas eu de nouvelles orientations stratégiques sur la prise en charge de la THA dans le contexte du programme d'élimination, ce sont donc les critères du PNLTHA, basés sur ceux de l'OMS qui ont été utilisés. En août 2021, après actualisation de la situation épidémiologique, une ébauche de stratégie a été partagée avec Enabel, réduisant le nombre de ZS ciblées à 43 ZS. La nouvelle stratégie a été finalement validée par le comité scientifique en décembre 2021. Pour le contrôle de qualité (CQ) plusieurs options existaient, le transfert des échantillons sur papier buvard, sur sang frais, sur base de photo – vidéo (appareil adapté sur le microscope) avec des implications logistiques très différentes. C'est en 2022 que l'option a été levée.

La recherche-action devait être développée. Le besoin était surtout d'avoir une gestion réflexive permanente avec des boucles courtes sur les activités, tant pour changements liés à l'évolution rapide de l'épidémiologie, que pour ceux liés à l'intégration. La recherche au sens strict, par exemple sur le choix des techniques de CQ, est plus difficile vu la faible incidence. En 2021, au Kasaï Oriental, sur +/- 4500 TDRs effectués par 25 HGR (source PNLTHA), sept cas de THA ont été confirmés, toute méthode de diagnostic confondue. Mais les DPS de la Tshopo et du Sud Ubangi, appuyées par Enabel, auraient pu être des provinces pilotes pour l'intégration opérationnelle (HGR) et administrative (DPS et coordination provinciale), en créant des synergies avec le Programme d'appui aux DPS (PADP Enabel) pour documenter systématiquement l'intégration. Le profil de l'experte internationale, majorité de son expérience dans le domaine humanitaire, la couverture géographique du R3HAT + et le retard de démarrage ont contribué au fait que peu d'innovations ont été introduites, même dans les activités.

La coordination stratégique du programme a été mise en place dès le démarrage HAT+. La coordination pour les décisions sur l'intervention R3HAT+, se faisait principalement avec Paul Verlé. A partir de juin 2021, les échanges avec l'équipe opérationnelle de l'IMT ont été réguliers. Avec le PNLTHA, la coordination était à deux vitesses : HAT+ travaillait au quotidien avec l'INRB et le PNLTHA sur le terrain, mais n'a jamais vraiment réussi à créer ne fut ce que, un canal d'information réciproque régulier avec les Directeurs du PNLTHA. Depuis mon arrivée en mai 2021, la coordination d'Enabel n'a jamais été associée à des échanges de partenaires, malgré le plaidoyer commun de l'IMT et Enabel auprès de la Direction du PNLTHA. Il est vrai que les autres structures impliquées dans l'intégration de la prise en charge, DNDI et le CRSK, font de la recherche et ont donc d'autres canaux de partage et d'information. Pour R3HAT +, même si des résistances existent, l'intégration ne pouvait se faire sans association du PNLTHA.

Enfin, un financement d'appui opérationnel du PNLTHA à travers l'accord – cadre DGD et IMT était prévu jusque fin 2021. Dans la stratégie initiale, l'intégration devait à terme entraîner la disparition progressive des équipes mobiles. L'articulation entre le dépistage actif et le dépistage passif aurait dû être plus discutée par Enabel avec les différentes parties prenantes (PNTHA, OMS et IMT).

De nombreuses contraintes ont pesé sur le programme, l'IMT comme Enabel ont chacun individuellement et conjointement, fait des efforts pour les lever. Mais malgré tout, la fragmentation des activités et l'insuffisance de coordination opérationnelle a eu un effet sur l'efficacité surtout, et à un moindre niveau sur l'efficacité.

4 Réalisations

Le R3HAT + comprenait en total 4 sous-résultats : le premier portait sur le développement du plan de couverture pour la population à risque, le deuxième sur un système adéquat de détection de la THA en ciblant prioritairement les provinces du PADP, le troisième sur l'intégration du traitement et le quatrième sur la lutte antivectorielle. Le quatrième résultat n'était plus pertinent et a donc été supprimé

Dans le développement des réalisations, le premier résultat sera d'abord traité, le plan de couverture, ensuite nous regrouperons les deux résultats suivants qui concernent l'intégration la détection et la prise en charge des cas de THA, enfin nous ajouterons un troisième thème, les investissements.

4.1 Le plan de couverture

Au démarrage, des provinces ont été sélectionnées pour la 1^{ère} phase du programme sur base des critères suivants : la présence d'interventions d'Enabel, complémentarité avec d'autres partenaires d'aide au développement, la présence de coordination provinciale THA (CPLTHA) et d'unités mobiles (UM), la présence d'une centrale d'approvisionnement en médicaments et une situation sécuritaire stable. Considérées plus propices pour introduire l'intégration, mais à terme une couverture nationale était visée.

Tableau 1 : provinces et ZS sélectionnées pour la 1^{ère} phase de HAT +

Provinces	Zones de Santé	Nb ZS	CPLTHA	DPS
Kwilu	ZS Kikongo, Sia, Vanga	3	Bandundu	Bandundu
	ZS Bulungu, Idiofa, Ipamu, Kimputu, Lusanga, Mokala, Mosango et Yasa Bonga	8	Kikwit	
Mai Ndombe	ZS Banzow Moke, Bokoro, Bolobo, Bosobe, Kempeka, Ntandembelo, Yumbi, Oshwe, Inongo	9	Bandundu	Inongo
Kwango	ZS Kenge, Popokabaka	2	Kikwit	Kenge
Sud Ubangi	ZS Banga bola, Bogose nubea, Bokonzi, Bominenge, Boto, Budjala, Bulu, Bwamanda, Gemena, Ndage, Tandala, Mbaya, Kungu	13	Bwamanda	Gemena
Nord Ubangi	ZS Karawa, Loko, Bosobolo, Businga	4	Bwamanda	Gbadolite
Equateur	ZS Lilanga bobangi, Basankusu, Lukolela, Iboko, Ntondo, Bikoro	6		Mbandaka
Tshuapa	ZS Mompono, Befale	2		Boende
Kinshasa	ZS Maluku1, Maluku2, Mont Ngafula1, N'sele, Masina1, Mont Ngafula2, Kimbanseke	7		Kinshasa
Mongala	ZS Boso-Manzi	1	Bwamanda	Lisala
Tshopo	ZS Isangi, Yabaondo, Yakusu, Opala	4	Isangi	Kisangani
Sankuru	ZS Dikungu, Minga, Tshumbe, Wembo Nyama	4		
Kasaï Oriental	ZS Bibanga, Mukumbi, Miabi, Tshitenge, Tshishimbi, Lukelenge, Dibindi, Bipemba, Muya, Lubilanji	10	Mbuji Mayi	Mbuji Mayi
Lomami	ZS Kalambayi Kabanga	2	Mbuji Mayi	Kabinda
	ZS Lubao		Kindu	Kabinda
Kasaï central	ZS Luiza, Katende, Yangala, Luambo, Tshibala, Kananga, Demba	7		Kananga
Kasai	Kakenge (+ 1), Mweka (+ 1)	2		Tshikapa
Maniema	ZS Saramabila, Kasongo	2	Kindu	Kindu
Tanganyka	Kongolo, Mbulula, Nyunzu	3		Kalemie
		89*		

* 89 ZS et 91 services de santé

Le niveau d'intégration pour le dépistage passif a été limité au niveau des HGR sur base de recherches qui ont montré qu'en RDC la référence n'est pas effective. La décentralisation restera partielle aussi tant

que le traitement ne peut pas être appliqué aux personnes suspectes. Le nombre de cas n'atteint pas non plus la masse critique pour pouvoir assurer la qualité technique. En concertation avec les DPS et les CPLTHA, 89 HGR et 2 autres formations sanitaires ont été ciblées.

Le reste était abordé pendant les missions de formation. Les objectifs de ces missions comprenaient des résultats en lien avec le plan de couverture, notamment la cartographie des partenaires, l'intégration des activités de suivi et d'évaluation dans les plans opérationnels, mais des éléments du plan de couverture n'apparaissent pas comme résultats dans les rapports. Les besoins des laboratoires étaient identifiés, tout cela de manière ad hoc. En fait les objectifs étaient trop nombreux pour la durée des missions.

Un état des lieux plus approfondi a été fait dans la province du Sud Ubangi et 2 provinces limitrophes, mais il n'y a pas eu de suite. Une méthode et des outils plus systématisés d'élaboration du plan de couverture auraient pu être développés dans les provinces appuyées par le PADP. La couverture du paquet d'activités à intégrer pour le dépistage passif est développé dans le point suivant.

4.2 L'intégration de la détection et de la prise en charge des cas de THA

Tableau 2 : calendrier des missions organisées dans le cadre de l'intégration de la THA

Date	Contenu	Cibles
Missions de formation		
04 au 05/02/2021	Formation aux techniques de laboratoire	Kinshasa
19 au 26/02/2021	Formation aux techniques de laboratoire Formation au management de la THA	Sud Ubangi
11 au 15/03/2021	Formation au management de la THA	Kinshasa
15 au 23/04/2021	Formation aux techniques de laboratoire Formation au management de la THA	Kasaï Oriental
13 au 21/05/2021	Formation aux techniques de laboratoire Formation au management de la THA	La Tshopo
22 au 27/06/2021	Formation aux techniques de laboratoire Formation au management de la THA	Nord Ubangi et Mongala
08 au 16/07/2021	Formation aux techniques de laboratoire Formation au management de la THA	Kasaï
26 au 31/07/2021	Formation aux techniques de laboratoire Formation au management de la THA	Kasaï Central
22 au 29/10/2021	Formation aux techniques de laboratoire Formation au management de la THA Formation à la prise en charge/ traitement	Maï Ndombe
27/10 au 03/11/2021	Formation aux techniques de laboratoire Formation au management de la THA Formation à la prise en charge/ traitement	Lomami et Kasaï Oriental (CPLTHA Mbuji Mayi)
24/11 au 1 ^{er} /12/2021	Formation aux techniques de laboratoire Formation au management de la THA Formation à la prise en charge/ traitement	Sankuru
22 au 26/06/2022	Formation aux techniques de laboratoire Formation au management de la THA Formation à la prise en charge/ traitement	Kwilu et Kwango (CPLTHA Kikwit et Bandundu)
Autres missions		
14 au 21/10/2020	Etat des lieux de la lutte contre la THA	Sud & Nord Ubangi et Mongala
28/01 au 12/02/2022	Appui à la collecte de données pour MP	Kikwit
17 au 26/03/2022	Mission de supervision conjointe	Kasaï Oriental
28/03 au 02/04/2022	Mission de supervision conjointe	Tshopo
20/05 au 03/06/2022	Mission de supervision conjointe	Kasaï
23/03 au 02/04/2022	Mission de supervision conjointe	Nord Ubangi

Dans les 91 services sélectionnés, c'est le paquet complet qui devait être intégré, le dépistage par les TDR, la confirmation du diagnostic par examen microscopique et le traitement des cas confirmés par le Fexinidazole. L'agence européenne des médicaments (EMA) a été très prudente pour cette molécule, alors qu'il n'y a pas vraiment d'arguments scientifiques, donc le traitement ne se donne qu'aux cas confirmés. Le dépistage passif dans le système de santé a déjà été promu antérieurement, mais sans mise en place de système d'assurance qualité pour les tests de screening.

L'OMS exigeant que la formation sur le traitement Fexinidazole soit dispensée par des formateurs certifiés par l'OMS, et leur nombre étant limité, la formation a été longtemps fragmentée. Les missions de formation pour l'intégration du dépistage passif intégraient la formation à toute la chaîne de confirmation du diagnostic (y compris l'utilisation des mini – colonnes) et la formation au management de la THA. Chacune des formations avait une durée de 5 jours. Des membres du PNLTHA et de l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) étaient mobilisés comme formateurs. Cependant après août 2021, des efforts de rattrapage ont été faits pour l'intégration de la prise en charge en priorisant les 43 ZS devant bénéficier de l'intégration du paquet complet dans la nouvelle stratégie.

Tableau 3 : paquets de formation par catégorie définie dans la nouvelle stratégie et par service

Type de formation	Statut				Totaux
	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C	Inconnu	Total
	Labo + management + gestion clinique	31	5	4	1
Labo + management	8	20	12	3	43
Labo				1	1
Aucune formation	6				6
Total	45	25	16	5	91

L'IMT devait mettre en place un système de surveillance numérisé au niveau du PNLTHA, déjà bien développé mais pas encore mis à échelle du pays. Mettre en place un système de suivi spécifique pour la détection des cas, spécifiquement pour les ZS R3HAT + aurait été fastidieux et peu instructif vu le faible taux d'incidence. Cependant, le R3HAT + s'il avait maintenu les deux provinces du PADP comme provinces pilotes auraient pu tester des indicateurs opérationnels.

Le dépistage passif existait déjà dans certaines ZS. Certaines équipes mobiles ont l'habitude de laisser leur surplus de réactifs pour le dépistage passif. Enfin, tout un lot de tests initialement destiné au dépistage a été reversé au niveau des coordinations provinciales. L'articulation entre les équipes mobiles et le dépistage passif n'a pas fait l'objet d'attention particulière. Cet aspect aurait pu être travaillé dans les provinces pilotes.

Tableau 4 : nombre de cas confirmés et de cas traités par CPLTHA

	Bandudu Nord		Bandudu Sud		Equateur Nord		Equateur Sud		Kinsha	
2021 (4 trimestres)										
DP	46538	15,4%	10366	5,3%	4753	7,1%	3743	100,0%	2407	99,0%
DA	256235	84,6%	184454	94,7%	61724	92,9%	0	0,0%	25	1,0%
Total	302773		194820		66477		3743		2432	
Cas +	82	0,0%	115	0,1%	37	0,1%	0	0,0%	21	0,9%
Cas traité	80	97,6%	77	67,0%	31	83,8%	0	NA	17	81,0%
2022 (2 trimestres)										
DP	29795	59,6%	5051	14,2%	429	13,1%	1446	29,3%	2204	86,1%
DA	20170	40,4%	30492	85,8%	2840	86,9%	3495	70,7%	357	13,9%
Total	49965		35543		3269		4941		2561	
Cas +	25	0,1%	50	0,1%	11	0,3%	2	0,0%	6	0,2%
Cas traité	23	92,0%	16	32,0%	11	100,0%	2	100,0%	4	66,7%

255

94

	Kasai Occ		Kasai Orient		Maniema Katanga		Prov Orient		Sankuru	
2021 (4 trimestres)										
DP	9657	100,0%	13836	52,7%	2994	100,0%	7227	43,0%	833	100,0%
DA	0	0,0%	12421	47,3%	0	0,0%	9591	57,0%	0	0,0%
Total	9657		26257		2994		16818		833	
Cas +	38	0,4%	28	0,1%	38	1,3%	26	0,2%	32	3,8%
Cas traité	38	100,0%	27	96,4%	26	68,4%	28	NA	31	96,9%
2022 (2 trimestres)										
DP	4670	100,0%	5488	73,4%	4032	55,2%	2614	51,6%	2946	100,0%
DA	0	0,0%	1992	26,6%	3266	44,8%	2456	48,4%	0	0,0%
Total	4670		7480		7298		5070		2946	
Cas +	16	0,3%	36	0,5%	15	0,2%	15	0,3%	22	0,7%
Cas traité	16	100,0%	10	27,8%	5	33,3%	9	60,0%	17	77,3%

Source des données : PNLTHA

Une initiative intéressante a été l'organisation de missions conjointes de suivi – évaluation. Elles impliquaient de Directeur de la Direction de Surveillance Epidémiologique (DSE), en charge de la coordination des programmes de lutte contre la maladie, la Direction Etude et Planification, qui doit accompagner les réformes, le Chef de Division de la DPS, premier responsable de l'opérationnalisation des politiques sanitaires en province. Ainsi, la DSE a souligné que le Ministère de la santé évolue vers une vision de 'préparation aux épidémies' plus systémique, avec en province une équipe capable de mobiliser les ressources matérielles et humaines en fonction de l'intensité de l'épidémie ou de la catastrophe. Les experts des équipes mobiles pourraient être intégrés à ses équipes, rattachées à la DEP.

4.3 Les investissements

D'une part, une quarantaine de kits 'microscope et centrifugeuse' livrés par l'IMT en 2019 sont restés en stock jusque juin 2022. Pourtant le sous – financement du système de santé est tel en RDC, que des besoins devaient exister dans les HGR formés. A plusieurs reprises, des retards ont été accusés dans la définition des spécifications ou des procédures d'achats (tests TDR, caméras pour le contrôle de qualité...). La gestion des Marchés Publics n'a pas été aisée. Cependant des équipements ont été acquis ou sont encore en phase de livraison : du mobilier de laboratoire, des congélateurs mobiles à compression, des réfrigérateurs classiques, des tablettes numériques. Mais pour le contrôle de qualité, le marché des équipements de la chaîne de froid sont encore en cours, et celui des caméras n'a pas pu aboutir.

Pour le projet ambitieux d'équiper plus de 50 laboratoires en installation photovoltaïque pour répondre à la majorité de leurs besoins, il a été fait appel à un prestataire pour appuyer R3HAT + dans l'élaboration du cahier spécial des charges. Comme les ZS étaient réparties dans diverses provinces, le prestataire a proposé une stratégie originale schématisée dans la figure (page suivante).

Certaines coordinations ont été très proactives, d'autres sont entrées dans des stratégies dites 'de survie' et ont accumulé les retards. C'est ainsi qu'il a été décidé de réaliser la prestation en deux phases : sur base des 50 % des données disponibles, des catégories standardisées d'installation ont été définies. Cette méthodologie a impliqué diverses parties prenantes, en fait les bénéficiaires directs et indirects que sont les HGR et les CPLTHA.

En derniers recours, nous avons appuyé des missions pour finaliser la collecte des données. Tout cela a créé des attentes. Le recentrage du programme sur quelques provinces va certainement entraîner que ce marché soit annulé. Cela risque de ternir l'image d'Enabel.

Le prestataire avait pourtant transmis ses livrables : une catégorisation standardisée des laboratoires, une évaluation financière pour la phase I et des prévisions pour la phase II et les spécifications techniques.

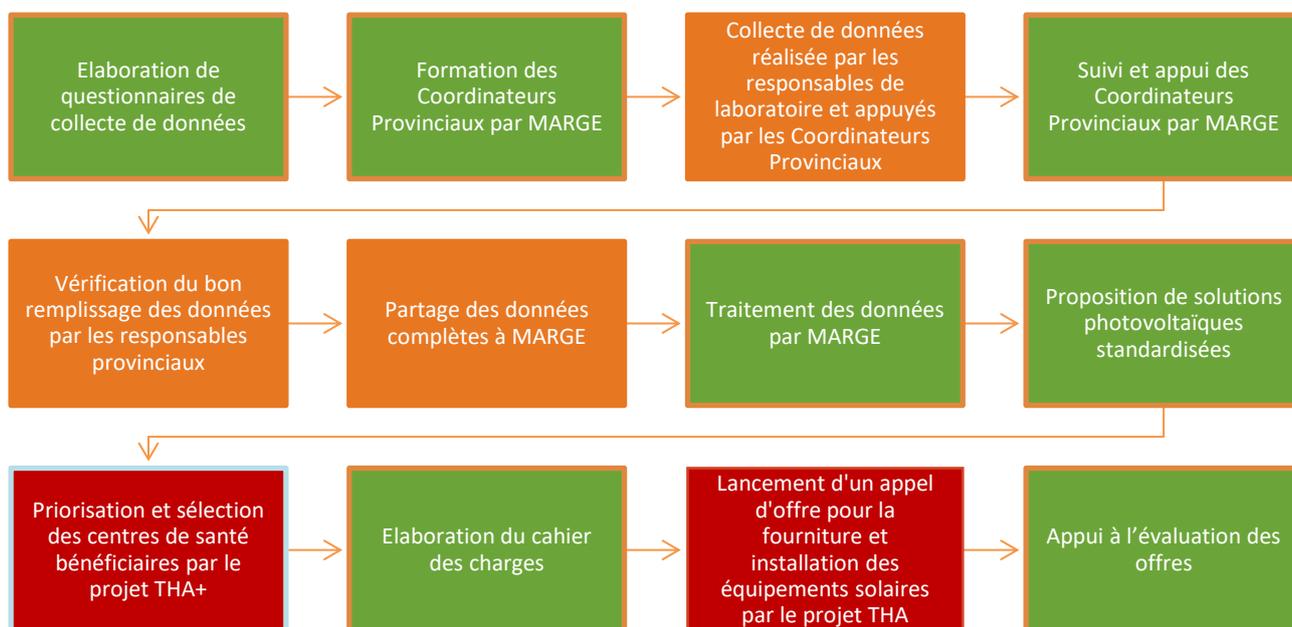


Figure 1 : schéma de la méthodologie globale du prestataire (MARGE)

4.4 Le bilan financier indicatif

Le taux indicatif d'exécution budgétaire est de 59 %, alors que le budget a été exécuté pendant 24 mois au lieu des 36 mois prévus.

5 Auto-évaluation de HAT +

5.1 Pertinence

L'objectif général de l'intervention, l'élimination et à plus long terme l'interruption de la Trypanosomiase Humaine Africaine en RDC, reste pertinent. Le plaidoyer doit être fait auprès des sphères d'influence pour pouvoir tester au plus vite une stratégie de dépistage – traitement des suspects. Un projet de recherche devrait bénéficier de plus de flexibilité. Dans le cadre de l'élimination, l'articulation entre le dépistage actif/ et réactif, l'assurance qualité pour le dépistage semblent cruciales. La proposition du Directeur de la DSE d'intégrer cette expertise au sein de l'équipe de 'préparation aux épidémies et aux catastrophes' plus systémique, avec en quelque sorte un maintien de l'expertise THA et une reconversion à des compétences plus larges est intéressante.

5.2 Efficacité

L'appréciation de l'efficacité mentionnée dans l'évaluation de R3HAT + doit être nuancée, au vu des faits exposés dans ce rapport. Après le retard de démarrage, les activités ont été normalement menées. La nouvelle stratégie a été partagée avec Enabel en août 2021. Le dénominateur avant cette date n'était pas les ZS de catégorie A. Ce sont 83 ZS qui ont été formées à l'ensemble des techniques de laboratoire. Dès octobre 2021, les dispositions ont été prises pour compléter le paquet de formation sur le traitement, pour atteindre le nombre de 31 ZS de catégorie A en fin d'intervention. Le taux d'exécution budgétaire n'avait pas pris en compte certains engagements, les Marchés Publics en cors de livraison ou d'attribution. Le taux d'exécution budgétaire indicatif est de 59 %. Le projet d'énergie solaire est une initiative de R3HAT+ pour que l'énergie soit plus permanente, un investissement dans plus de 50 ZS réparties dans le pays même si le processus aurait pu être plus rapide, dans un contexte comme celui de la RDC le résultat de la première phase était satisfaisant.

Pour l'intégration administrative et l'articulation avec le dépistage actif, les initiatives ont été peu nombreuses au vu de l'ampleur des changements à introduire

Tableau 5 : bilan financier indicatif

Date CS: 01/07/2019 Date de fin CS: 01/07/2022		Modalité	Budget	Dépenses 01/07/2019 au 31/07/2021	Dépenses 01/08/2021 au 18/09/2022	Engagements	Dépenses totales + engagements	Solde	Taux d'exécution
A - Une stratégie générale pour l'élimination de la THA en RDC grâce à une approche décentralisée est mise en œuvre.									
A_01 - La couverture de la population à risque est assurée									
A_01_01	Elaborer un plan d'action annuel pour chaque ZS endémique et DPS	REGIE	110 000	43 995,60	42 472,17	0,00	86 467,77	23 532,23	79%
A_01_02	Conclure des accords avec des partenaires qui sont actifs dans les ZS endémiques	REGIE	1 473	1 945,44	83,32	0,00	2 030,96	-355,96	138%
A_01_03	Développer une stratégie adéquate pour les ZS qui ne fonctionnent de façon sub-optimale	REGIE	603 000	0,00	73 400,98	2 273,00	77 673,98	527 324,02	13%
A_01_04	Intervention Manager	REGIE	169 800	139 465,38	33 132,78	0,00	172 618,16	-2 818,16	102%
Total A_01			886 275	185 406,42	151 111,45	2 275,00	338 792,87	547 482,13	38%
A_02 - Chaque ZS endémique dispose d'un système adéquat pour la détection de la THA									
A_02_01	Planifier les besoins des zones endémiques sur la base de l'endémicité	REGIE	163 000	68 975,72	86 066,05	0,00	153 041,77	9 958,23	94%
A_02_02	Elaborer des plans opérationnels par zone endémique, coordonné par leur DPS	REGIE	0	123,83	904,72	0,00	1 028,57	-1 028,57	0%
A_02_03	Développer des plans logistiques (y compris la disponibilité des TDR)	REGIE	290 000	4 680,39	103 063,30	0,00	107 743,89	182 256,11	37%
A_02_04	Développer des programmes de formation	REGIE	10 000	7 051,29	2 770,10	0,00	9 821,39	178,61	98%
A_02_05	Développer la recherche-action	REGIE	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
A_02_06	Assurer le contrôle qualité du diagnostic	REGIE	25 000	0,00	23 140,05	0,00	23 140,05	-140,05	101%
A_02_07	Organiser l'investigation d'éruption et le dépistage réactif	REGIE	33 000	49 589,41	4 706,05	0,00	34 295,46	-1 295,46	102%
A_02_08	Intervention Manager	REGIE	403 400	209 632,38	211 835,99	0,00	421 488,37	-16 088,37	104%
Total A_02			948 400	340 073,04	434 486,46	0,00	774 559,50	173 840,50	82%
A_03 - Chaque ZS endémique dispose d'un système adéquat pour le traitement de la THA									
A_03_01	Cartographier les besoins de chaque zone endémique	REGIE	0	43,19	101,99	0,00	147,18	-147,18	0%
A_03_02	Elaborer un plan opérationnel par zone, intégré dans le plan d'action de la DPS	REGIE	26 000	0,00	27 071,33	0,00	27 071,33	-1 071,33	104%
A_03_03	Elaborer un plan logistique pour assurer les traitements des cas détectés	REGIE	73 000	33 798,97	23 131,69	700,00	57 630,66	13 369,34	79%
A_03_04	Assurer le contrôle qualité du traitement	REGIE	440 000	0,00	19 399,04	184 800,00	204 199,04	235 800,96	46%
A_03_05	Faire le suivi des formations	REGIE	100 000	0,00	30 843,77	0,00	30 843,77	69 156,23	31%
A_03_06	Superviser les zones endémiques	REGIE	33 900	0,00	0,00	0,00	0,00	33 900,00	0%
A_03_07	Intervention Manager	REGIE	146 200	83 854,83	74 403,37	0,00	160 258,20	-14 058,20	110%
Total A_03			841 100	119 698,99	174 951,21	185 500,00	480 150,20	360 949,80	57%
A_04 - La lutte anti-vectorielle est appliquée dans les zones endémiques									
A_04_01	Faire des accords avec les partenaires concernés	REGIE	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
A_04_02	Elaborer un plan approprié par zone endémique, intégré dans le plan d'action de la DPS	REGIE	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
A_04_03	Elaborer un plan logistique (y compris la mise à disposition de tiny target)	REGIE	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
A_04_04	Développer la recherche-action	REGIE	1 000	33,14	0,00	0,00	33,14	966,86	3%
A_04_05	Assurer le contrôle qualité de la lutte anti-vectorielle	REGIE	3 000	0,00	3 117,67	0,00	3 117,67	1 882,33	62%
Total A_04			6 000	33,14	3 117,67	0,00	3 150,81	2 849,19	53%
Total A			2 681 775	645 211,59	763 666,79	187 775,00	1 596 653,38	1 085 121,62	60%
Z - Moyens généraux									
Z_99 - Conversion rate adjustment									
Z_99_98	Conversion rate adjustment	REGIE	15 000	3 823,70	3 319,28	0,00	7 142,98	7 857,02	48%
Total Z_99			15 000	3 823,70	3 319,28	0,00	7 142,98	7 857,02	0%
Total Z			15 000	3 823,70	3 319,28	0,00	7 142,98	7 857,02	0%
Total coûts directs RDC172071T			2 696 775	649 035,29	766 986,07	187 775,00	1 603 796,36	1 092 978,64	59%
Total Régie			2 696 775	649 035,29	766 986,07	187 775,00	1 603 796,36	1 092 978,64	59%
Total Cogestion			0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
Total coûts indirects Enabel - rémunération			323 532	77 884,23	92 038,33	22 533,00	192 455,56	131 076,44	59%
Total coûts RDC172071T			3 020 307	726 919,52	859 024,40	210 308,00	1 796 251,92	1 224 055,08	59%

5.3 Efficience

La fragmentation a à plusieurs reprises réduit l'efficience ; la nécessité de formateurs agréés pour la formation sur le traitement, les difficultés d'anticipation des besoins, la lourdeur des Marchés Publics aussi. Le changement de stratégie aussi a impacté l'efficience. Enabel et l'IMT ont tous les deux cherché des solutions pour limiter la fragmentation.

5.4 Durabilité potentielle

Pour le moment, après 24 mois d'intervention, il est difficile de parler de durabilité. L'évolution rapide de la situation épidémiologique fragilise la durabilité.

6 Suggestions

La collaboration avec l'IMT a été très satisfaisante, dans le cadre de l'exécution du programme, mais elle aurait pu l'être davantage, en prenant en compte les deux suggestions suivantes :

- Si une collaboration est envisagée dans le futur avec une agence de développement, dans le cadre d'une intervention avec une forte composante opérationnelle, il est important que le montage du projet, le rôle de chacun, soient bien clarifiés, dans les documents, mais surtout discutés au démarrage de l'intervention et à intervalles réguliers. Ce point est d'autant plus important que les cultures organisationnelles d'un institut académique et d'une agence de développement sont différentes
- Aussi, il est recommandé dans ce type de projet de renforcer les espaces de discussion entre les chercheurs dans le domaine de la lutte contre la maladie, qui ont plus l'expertise de l'évidence scientifique et les acteurs de développement du secteur santé, qui ont plus l'expertise du système de santé et de son contexte.