



FONDS DE DEVELOPPEMENT DES SERVICES DE SANTE

Projet FDSS/SANRU\_Fonds Mondial

**RAPPORT DE CLOTURE**  
**VIH/SIDA**  
**Phase SSF et Extension**  
**2012 - 2015**

octobre 2015  
Octobre 2015



## TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES .....	3
I. INTRODUCTION .....	4
II. PRESENTATION DU PROJET .....	4
II.1 Couverture.....	4
II.2.1 Objectif général.....	5
II.2.2 Objectifs spécifiques .....	5
III. GESTION DU PROJET .....	6
III.1 Le niveau national.....	9
III.2 La coordination provinciale.....	9
III.3 Le niveau opérationnel .....	10
IV. LES ACTIVITES DU PROJET.....	11
IV.1 Détails sur les activités menées .....	11
IV.2 Collaboration inter SR/DPS/PNLS/PNTS/Antenne SANRU .....	38
V. SUIVI EVALUATION .....	38
V.1 Performance globale (Justification des variances).....	38
V.3 Suivi de la mise en œuvre (ZS, Structures) .....	58
VI. COMMUNICATION .....	61
VI.1 Medias et couverture zonale .....	61
VI.2 Communication de masse .....	61
VII. GESTION DES APPROVISIONNEMENTS ET DE STOCK .....	65
VII.1 Situation des livraisons .....	65
VI.2 Remise et reprise PNUD-SANRU.....	66
VI.3 Collaboration avec les CDR.....	66
VII. RENFORCEMENT DES CAPACITES DES ACTEURS .....	67
VIII. FINANCE.....	67
VIII.1 Décaissement PR-SR .....	67
VIII.2 Décaissement SR-Zones de Santé .....	68
VIII.3 Justification des fonds .....	70
a) Justification par les ZS.....	70
VIII.4 Dépenses en attentes .....	71
IX. LECONS APPRISES .....	71
X. DEFIS ET DIFFICULTES .....	73
XI. CONCLUSION.....	74
ANNEXES.....	75

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : Carte des ZS d'intervention de FDSS et SANRU dans la lutte contre le VIH et le PALUDISME dans les deux Kasai .....	4
Figure 2 : Organigramme du projet FDSS/SANRU/FM/Ph2 de Novembre 2012 à Mai 2014 .....	7
Figure 3 : Organigramme du projet FDSS/SANRU/FM/Ph2 de Juin à Décembre 2014 .....	8
Graphique 1 : Evolution de la distribution des préservatifs au cours des trois dernières années .....	12
Tableau 1: Scolarisation des OEV au Kasai Occidental.....	14
Tableau 2: Scolarisation des OEV au Kasai Oriental .....	15
Graphique 2 : Nombre des personnes conseillées et testées sur le VIH ayant retiré leurs résultats au cours des trois dernières années .....	17
Graphique 3 : Evolution de la PTME au cours des trois dernières années .....	20
Graphique 4 : Nombre de personnes qui ont bénéficié d'une prophylaxie post exposition au cours des trois dernières années.....	23
Graphique 5 : Evolution de la PEC des malades aux ARV au cours des trois dernières années.....	25
Graphique 6 : Nombre d'adultes et d'enfants éligibles aux ARV et qui ont reçu le TARV au cours des trois dernières années.....	26
Graphique 7 : Prise en charge des nouveaux cas d'IST selon l'approche syndromique .....	28
Graphique 8 : Nombre d'adultes et enfants éligibles qui ont reçu la prophylaxie au cotrimoxazole selon les normes nationales durant toute la phase .....	31
Graphique 9 : Nombre d'adultes et d'enfants inscrits dans les services des soins VIH ayant bénéficié d'une évaluation sur la TBC au cours des trois dernières années.....	33
Graphique 10 : Nombre d'unités des dons de sang testées avec les quatre marqueurs au cours des trois dernières années .....	36
Tableau 3 : Résultats des Performances des indicateurs au Kasai Occidental .....	39
Tableau 4 : Résultats des Performances des indicateurs au Kasai Oriental.....	47
Tableau 5 : Nombre de missions effectuées durant tout le Grant .....	59
Tableau 6 : état des kits vidéo mobiles au Kasai Occidental .....	63
Tableau 7 : état des kits vidéo mobiles au Kasai Oriental.....	63
Tableau 8 : Réalisation des performances au Kasai Occidental .....	64
Tableau 9 : Réalisation des performances au Kasai Oriental. ....	65
Tableau 10: Répartition des transferts PR-FDSS par trimestre.....	68

## I. INTRODUCTION

Le Fonds de Développement des Services de Santé (FDSS) est un établissement d'utilité publique créé dans le but de gérer les financements destinés à l'amélioration du fonctionnement des services de santé et du système national de santé, de rechercher et orienter tout bailleur de fonds disposé à financer le fonctionnement du système de santé, tant au niveau central qu'au niveau intermédiaire et périphérique. C'est un outil au service du système national de santé qui a pour vocation d'assurer, à l'intérieur de la fonction de financement du système de santé, la fonction de gestion de fonds, c'est-à-dire d'engager, liquider, et payer au niveau provincial et opérationnel, les financements, dons et subventions directes destinés à améliorer l'offre de soins aux populations. Actuellement, avec les financements des plusieurs bailleurs (l'Union Européenne, Fonds Mondial, UNICEF, GAVI, etc.) le FDSS intervient dans 7 provinces de la RD Congo, à savoir : Kinshasa, Kasai Occidental, Kasai Oriental, le Nord Kivu, Bandundu, Bas-Congo, et province Orientale.

Dans le cadre de la mise en œuvre des subventions consolidées (SSF) du Round 7 et 8 du Fonds Mondial pour la composante VIH, le Fonds de Développement des Services de Santé (FDSS) a été retenu en juillet 2012 comme Sous Réciendaire (SR) de SANRU (Principal Réciendaire) et est responsable de la mise en œuvre des activités du projet et du suivi de la mise en œuvre des activités et de la gestion des stocks des intrants de lutte contre le VIH dans les Zones de Santé d'intervention du projet au niveau des provinces du Kasai Oriental et Kasai Occidental, **à savoir** : Kananga, Ndesha, Lukonga, Katoka, Mikalayi, Luiza, Maswika, Bilomba, Tshikaji, Bukonde, Dibaya, Lubondaie, Tshikula, Mweka, Luebo, Ilebo et Tshikapa d'une part et Mweneditu, Ngandajika, Makota, Kalonda est, Mulumba et Kabinda d'autre part.

La phase SSF du projet a débuté en juillet 2012, et s'est terminée en décembre 2014, avec une extension allant de janvier à juin 2015. De juillet à novembre 2012, la mise en œuvre des activités a été réalisée directement par le PR à travers ses antennes de contrôle. Le FDSS a débuté la mise en œuvre des activités au mois de novembre 2012 mais le 1er décaissement est intervenu en décembre 2012.

*Pour la phase extension du SSF, soit de janvier à juin 2015, les activités (Communication, SGBV, etc.) n'ont pas été financées par le PR hormis le transport et stockage des intrants ainsi que les activités liées à la PTME.*

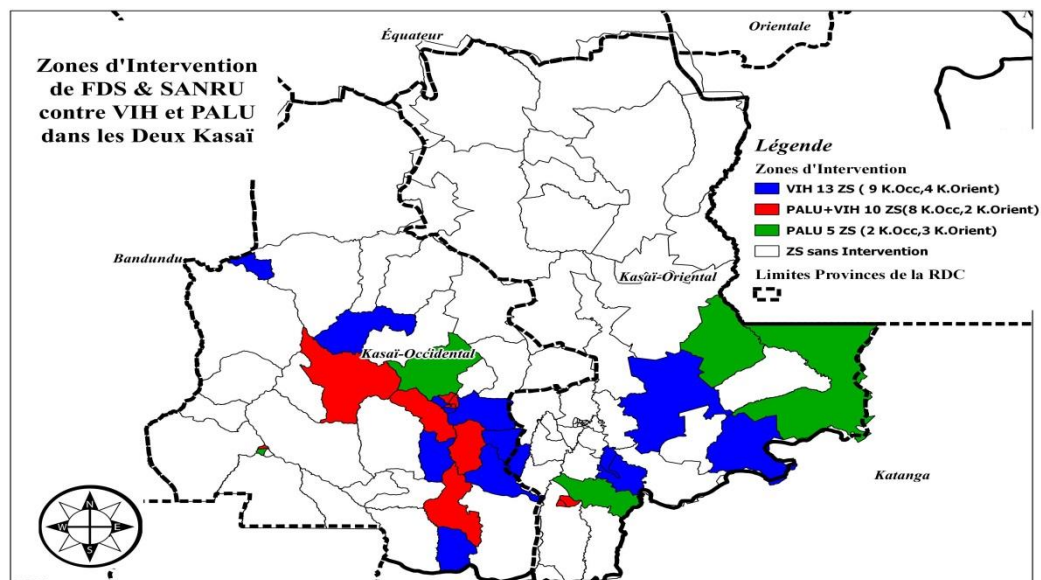
Le présent rapport concerne la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/SIDA dans les provinces du Kasai Occidental et Kasai Oriental au cours de la phase SSF ainsi que son extension, c'est-à-dire la mise en œuvre des activités au cours de la période allant du 1er juillet 2012 au 30 juin 2015.

## II. PRESENTATION DU PROJET

### II.1 Couverture

Au cours de la phase SSF, le FDSS a été responsable de la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH et le Paludisme dans 28 ZS dans les deux Kasai. Parmi ces ZS, 13 ont une intervention exclusivement VIH (9 ZS au Kasai Occidental et 4 ZS au Kasai Oriental), 5 ZS exclusivement Paludisme (2 au Kasai Occidental et 3 au Kasai Oriental) et 10 ZS ont les deux interventions (8 ZS au Kasai Occidental et 2 ZS au Kasai Oriental), comme le montre la figure 1 :

*Figure 1 : Carte des ZS d'intervention de FDSS et SANRU dans la lutte contre le VIH et le PALUDISME dans les deux Kasai*



Comme présenté dans la carte, FDSS appui au total 28 ZS, dont 19 zones de santé au Kasai occidentale soit une couverture de 37% et 9 zones de santé au Kasai orientale soit une couverture de 20% de la population pris en charge par les interventions du FM. 10 zones de santé dont 8 au Kasai occidental et 2 au Kasai oriental bénéficient des interventions conjuguées des deux volets soit une couverture de 35% des zones de santé du projet et 18% de la population du Kasai occidental et 3 % de la population du Kasai oriental.

## II.2 Objectifs du projet

### II.2.1 Objectif général

L'objectif général du projet pour cette Phase a été de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au VIH/SIDA et réduire l'impact négatif lié à l'infection du VIH ou SIDA sur les individus, les familles et les communautés des zones d'intervention.

### II.2.2 Objectifs spécifiques

De manière spécifique, ce projet a poursuivi les objectifs suivants :

- Réaliser des séances de sensibilisation de masse par les média (2208 spots radio diffusés, 2208 émissions radio diffusées et 2208 émissions télé diffusées)
- Réaliser 598 vidéos forums sur la prévention du VIH/Sida au profit des populations des ZS couvertes par le projet ;

- Augmenter l'accessibilité et la disponibilité du préservatif masculin et féminin dans la communauté par l'approvisionnement et la distribution de 8541203 préservatifs masculins et féminins dans les ZS sous projet ;
- Assurer une prise en charge de 101788 cas des IST selon l'approche syndromique ;
- Réaliser le test de dépistage du VIH auprès de 244052 clients de CDV et utilisateurs des services de santé ;
- Offrir les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à 1600 femmes enceintes séropositives ;
- Qualifier 80% d'unités de sang en 2012, 90% d'unités en 2013 et 100% en 2014 et 2015, destinées à la transfusion, sur respectivement les 8188, 16899 et 17362 poches de sang à collecter dans les structures de soins des ZS couvertes par le projet ;
- Assurer la prophylaxie au cotrimoxazole à 10376 PVVIH éligibles des ZS sous projet ;
- Assurer le traitement antirétroviral à 4175 PVVIH éligibles dans les ZS sous projet ;
- Réaliser 27262 visites à domicile destinées à la prise en charge psychosociale des PVVIH, dans les ZS sous projet ;
- Assurer un appui social et médical à 783 OEV habitant les 23 Zones de Santé couvertes par le projet.

### **III. GESTION DU PROJET**

La gestion du projet s'est fait à 3 niveaux : Coordination Nationale, Coordinations Provinciales et Zone de Santé. Notons qu'au cours de la mise en œuvre de ce projet, un changement a été apporté dans l'organisation du personnel du projet. Les figures 2 et 3 présentent les organigrammes appliqués au cours de la mise en œuvre de ce projet :







*Il ressort de la figure 3 que des changements ont eu lieu dans la gestion du projet par l'ajout de certains postes (Chargés des SSC, Chargé de GAS, Logisticien) et fusions de certains autres (Assistant Social et Chargé de communication). En effet, ceci était dans le but de mettre en œuvre certaines activités (Sites des soins communautaires) et de couvrir la vacance de certains postes (Chargé de communication dans le Kasai Oriental et Assistant Social dans le Kasai Occidental).*

*A partir du mois de Mai 2015 et ce, dans le but de préparer le passage vers la phase NMF avec l'acquisition d'un nouveau cluster dans le Kasai Oriental, le montage du projet a subi d'autres modifications avec l'ouverture d'un nouveau bureau à Mwene ditu comme le montre la figure 4.*

### **III.1 Le niveau national**

Le niveau national a été chargé de la programmation des activités de mise en œuvre conformément au plan de travail contractuel, du transfert des fonds reçus du PR vers les coordinations provinciales, de la centralisation et la transmission des rapports des coordinations à la direction du FDSS et à SANRU (PR).

Cette cellule a joué le rôle d'interface entre le PR et le niveau de mise en œuvre du projet. Elle était constituée d'un Chef de Projet (CP), d'un Coordonnateur Financier National (CFN) et d'un Assistant Administratif et Technique (AAT). Le Chef de Projet dirige tous les aspects du projet (technique, financier et administratif), le Coordonnateur Financier National est le comptable principal du projet ; il chapeaute l'unité des finances mais dépend à son tour du responsable financier du FDSS. Le CFN travaille avec un comptable et un caissier dans chacune de deux coordinations provinciales. Au niveau national, il est appuyé par une Consultante. L'Assistant Administratif et Technique appui le chef de projet dans la branche technique du projet, gère la caisse de la coordination nationale et s'occupe de la branche administrative.

Ces trois cadres recevaient les directives de la direction et du PR, les transmettaient aux coordinations provinciales et veillaient à leur stricte application.

C'est à ce niveau que sont résolus les problèmes de mise en œuvre posés au niveau opérationnels, en collaboration avec les coordonnateurs de site et sous la supervision de la direction du FDSS.

### **III. 2 La coordination provinciale**

Les coordinations provinciales étaient chargées de la gestion quotidienne de la mise en œuvre des activités sur terrain et du suivi de l'application stricte des directives du PR par le niveau opérationnel. Un plan opérationnel d'activité était élaboré trimestriellement pour organiser cette mise en œuvre. En début de chaque semaine se tenait une réunion de coordination au cours de laquelle le niveau d'exécution des activités du projet était évalué. Il s'y dégageait des décisions ou directives visant à améliorer la qualité de la mise œuvre des activités du projet. Les comptes rendus de chacune des réunions tenues étaient transmis à la coordination nationale pour information et feed back. C'est au cours de ces mêmes réunions que se faisait le partage d'informations reçues de la coordination nationale (directives de la direction ou du PR).

Les coordinations provinciales avaient également la charge de transmettre mensuellement au niveau national un rapport d'activité ou programmatique et un rapport financier au plus tard le 12<sup>ème</sup> jour du mois suivant le mois du rapportage, et cela pour compilation et transmission au PR (sur un canevas pré établi) par la coordination nationale au plus tard le 15<sup>ème</sup> jour du mois m+1.

A la fin de chaque trimestre un rapport trimestriel était envoyé en même temps que le rapport mensuel.

### III.3 Le niveau opérationnel

Au début du Grant, Les Zones de Santé retenues dans le cadre du projet SSF ont reçu des directives claires pour une mise en œuvre efficiente des activités au niveau opérationnel. Ces dernières étaient tenues de transmettre mensuellement au FDSS, en dehors de la DPS/PNL, les copies de leurs rapports d'activités (prévention et prise en charge médicales, communication, GAS, etc.) après la validation des données qui avait lieu au cours des revues mensuelles. Les rapports des ZS consistaient en une compilation des rapports des Aires de Santé.

Les ZS recevaient mensuellement les fonds pour la mise en œuvre des activités du mois concerné et étaient tenues de transmettre les justificatifs des fonds reçus dans la même périodicité (mensuellement), à défaut de quoi le décaissement du mois suivant était gelé.

Pour une mise en œuvre réussie des activités au niveau opérationnel, Le FDSS a accompagné les équipes cadres des DPS et des ZS tant dans l'identification des besoins, leur priorisation, la planification des interventions, leur mise en œuvre, leur suivi, et l'appréciation de leur plus-value. Ainsi, certaines interventions ont bénéficié de la participation de la base dès le début du projet ; nous pouvons citer entre autre :

- La planification des activités communautaires telles que l'organisation des vidéo forums, la sensibilisation des pairs éducateurs, etc. fait par l'ECZS en collaboration avec FDSS pour permettre un meilleur suivi et garantir l'effectivité de la réalisation ;
- L'élaboration de la liste définitive des OEV s'est fait avec la DIVAS, l'UCOP+ et la zone de santé ;
- L'élaboration des plannings de visite à domicile des APS se fait en collaboration avec les assistantes sociales de FDSS ;
- l'identification des ONG actives dans la lutte contre les violences sexuelles a été faite en collaboration avec les ECZS ; nous les avons encouragé à travailler en étroite collaboration avec certaines structures de prise en charge pour permettre la référence des victimes vers ces structures en temps réel pour une meilleure prise en charge ;
- Le choix des médiateurs communautaires a été fait par les ZS et validés par FDSS.

Il sied de souligner qu'au cours de la mise en œuvre de la phase SSF et extension, les Zones de santé ont été approvisionnées en intrants VIH (Test de dépistage, ARV, IST IO et préservatifs) de manière régulière mais en quantité insuffisante surtout pour ce qui concerne les test de dépistage pour lesquels les zones de santé ont connu de ruptures de stocks fréquentes. Parfois il arrivait qu'on reçoive des molécules d'ARVs proche péremption ou des molécules orphelines. Grace aux activités de sensibilisation interpersonnelle menées par les paires éducateurs, les personnes à haut risques et les relais communautaires ainsi que de masse par les séances de vidéo mobile et les médias, l'utilisation de services a été optimale et cela a permis la réalisation de performances atteintes. Au cours des trimestres, des campagnes de sensibilisation des ECZS et IT (prestataires) ont été menée en vue de l'atteinte des résultats, grâce à la disponibilité des intrants au niveau de toutes les structures de prise en charge avec quelques

ruptures de stocks constatées. Cette sensibilisation a été orientée sur le renforcement des activités de communication et le respect de la politique nationale sur le dépistage et la prise en charge.

La scolarisation de 783 OEV a été assurée pendant les trois années scolaires c'est à dire de septembre 2012 à juin 2015 ainsi que leur prise en charge médicale.

En effet, en observant les résultats obtenus sur l'ensemble des activités, on voit clairement que pour la plupart des indicateurs clés, les moyennes des résultats attendus ont été satisfaisantes, et même la cible attendue (%) pour la plupart des indicateurs a été approchée.

#### IV. LES ACTIVITES DU PROJET

##### IV.1 Détails sur les activités menées

Toutes les ZS ont reçu les fonds pour les activités au cours de la phase SSF. Cependant, la transmission de la phase SSF vers la phase NMF est passé par une période d'extension SSF qui a duré six mois et au cours de laquelle les ZS n'ont pas reçu des fonds pour les activités de communication. Les missions de suivi sur terrain par le SR ont également souffert de non décaissement par le PR. Cela a perturbé la mise en œuvre des activités et ainsi influencé négativement la plupart des indicateurs au cours cette période.

Dans le présent rapport nous présentons les résultats réalisés au SSF séparément de ceux réalisés au cours de l'extension dû au changement de contexte dans la mise en œuvre du projet. En effet, le SSF couvre deux clusters (Kasaï Occidental et Lomami) alors l'extension en a couvert trois, à savoir : Kasaï Occidental, Kasaï Oriental et Lomami. De plus, les fonds des activités étaient disponibles au cours de SSF alors que l'extension a souffert de non décaissement des ZS.

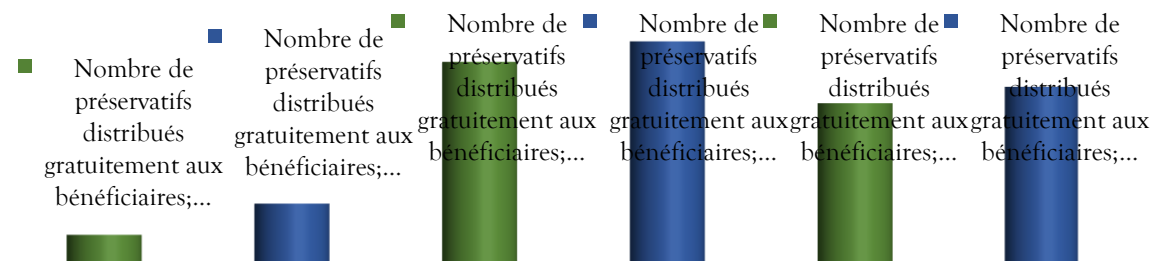
*Pour les résultats réalisés au cours de l'extension SSF, période qui a été caractérisé par le non-décaissement des fonds des activités (communication, supervisions, etc.), nous présentons les résultats réalisés **par ZS** étant donné que certaines ZS ont souffert des ruptures de stock permanentes alors que pour d'autres (ZS proches de la ville) les ruptures étaient entrecoupées par des approvisionnements urgents. De plus, les ZS du cluster Kasaï Oriental n'ont été attribués au FDSS que vers la fin de l'extension SSF. Il faut noter par conséquent que le FDSS n'est pas le répondant des résultats réalisés par ces ZS au cours de cette période, car il n'a pas géré la mise en œuvre des activités dans ces ZS ; mais plutôt responsable de la collecte et rapportage au PR après validation à la revue provinciale et ce, à partir du mois de juin 2015. Ces données sont ainsi présentées par ZS, et ce de manière séparé des résultats de la phase SSF.*

##### ➤ *Distribution de préservatifs*

Tout au long de la phase qui s'achève, nous avons été approvisionnés en préservatifs masculins et féminins qui ont été distribués selon la stratégie clinique et communautaire. La distribution clinique a été réalisée dans toutes les formations sanitaires ayant intégré les activités de lutte contre le VIH/SIDA à savoir CDV, CDIP, la PTME, la prise en charge des IST et de PVVIH. Dans la communauté, les préservatifs ont été distribués par les capotiers. Dans les ZS où les capotiers n'ont pas été formés, nous avons impliqué les membres de l'UCOP+, les relais communautaire, certaines ONG et même les PS pour assurer cette distribution communautaire. Au Kasaï Occidental, Nous avons profité des Parades des hommes en uniformes pour les sensibiliser sur l'utilisation correcte et systématique de préservatifs avant de faire la distribution. Les débits de boissons, les hôtels, les séances de projection de Vidéo forum et les séances de sensibilisations de proximité ont été aussi des opportunités qui ont été saisies pour distribuer les préservatifs tant masculins que Féminins. Il faut signaler que pendant la mise en œuvre de cette phase du projet, certaines Zones de santé ont été approvisionnées irrégulièrement en préservatifs masculins et

féminins, compte tenu du fait que, suite à la course au temps due au retard dans les livraisons par le PR, la priorité était accordée aux ZS les plus proches et à forte densité en population à haut risque devant nous permettre d'atteindre rapidement les performances.

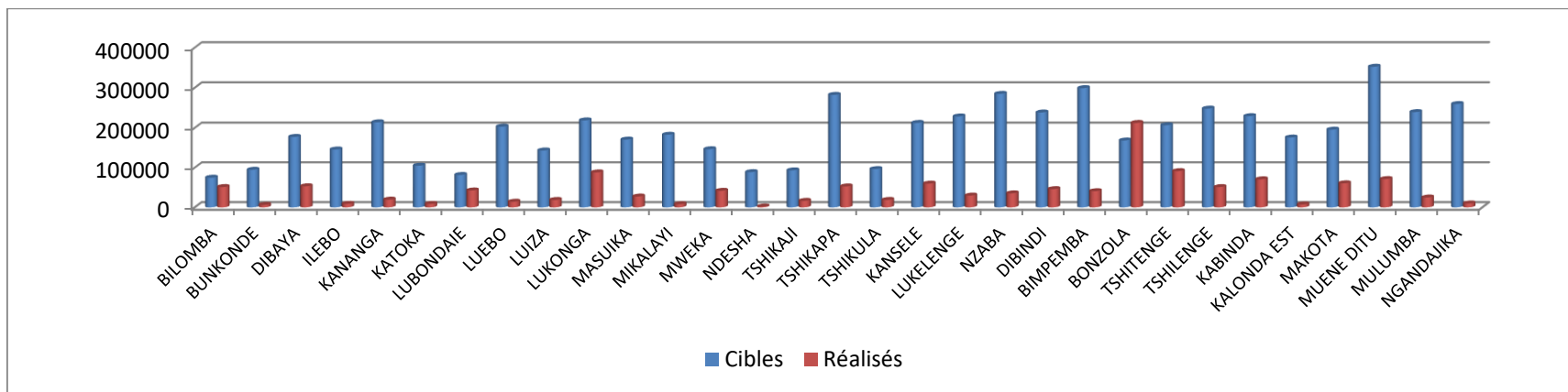
Au cours de la phase SSF, nous avons distribué dans l'ensemble 6.937.986 préservatifs au Kasai Occidental et 3.065.231 préservatifs au Kasai Oriental, soit un total de 10.003.217 préservatifs sur 8.541.203 attendus, soit une performance de 117%. Le graphique 1 ci-dessous montre les résultats réalisés par année.



Graphique 1 : Evolution de la distribution des préservatifs au cours des trois dernières années

*C'est au cours de l'année 2012 que les zones de santé ont distribué le plus grand nombre de préservatifs par rapport à la cible visée. En effet, les résultats rapportés au cours de cette année (Juillet à Décembre 2012) et qui a marqué le début de la phase SSF, ont émané, pour certaines ZS, des quantités d'intrants reçus d'ASF/PSI, qui en avait aussi la charge à la phase 1. C'est à partir de 2013 que le PR SANRU a rendu disponible les préservatifs dans les ZS. L'année 2014 par contre a connu plusieurs ruptures de stock et les performances de l'indicateur ont baissé. Néanmoins, la distribution des préservatifs a été l'une des activités avec des résultats très performants, grâce aux stratégies, cibles et personnel utilisés pour la distribution.*

*Au cours de l'extension, nous avons connu des ruptures de stock en préservatifs dans la plupart des ZS au niveau des trois clusters. Le graphique 1a ci-dessous montre les résultats par ZS :*



**Graphique 1a** : Préservatifs distribués au cours de l’extension SSF (janvier à juin 2015)

Comme le montre le graphique ci-dessus, seule la ZS de Bonzola a dépassé la cible attendue. Les quelques préservatifs utilisés par les ZS sont les préservatifs les reliquats de la phase SSF. Au cours de l’extension, les ZS n’ont pas été approvisionnés car le processus de transport a pris plus de temps pour l’approbation du PR. Nous signalons ici que le processus du passage de la phase SSF vers la phase NMF via l’extension SSF a connu quelques contraintes telles que l’absence du décaissement des fonds des ZS pour les activités, non disponibilité des fonds pour la mission de suivi du SR, etc.. Cela a perturbé la mise en œuvre des activités et ainsi influencé négativement la plupart des indicateurs au cours de cette période.

➤ *Scolarisation des OEV*

Pour la mise en œuvre de cette activité, nous étions appelés à procéder à l'actualisation de listes des OEV chaque année scolaire, laquelle actualisation consistait à l'identification des OEV remplissant les critères d'éligibilité au début de chaque année scolaire à travers une enquête sociale impliquant les membres de l'UCOP+, de la DIVAS, de la ZS et de FDSS. Nous devrions nous rassurer de l'existence physique de chaque OEV, avant son intégration dans la base de données. La traçabilité de l'identité de l'OEV a aussi été vérifiée dans les différents documents de l'école, avant de procéder au retrait de proforma pour le paiement de frais scolaire. Les frais de minerval de tous les 783 OEV ont été payés par messagerie financière (M-Pesa, SOFICOM) quoiqu'avec beaucoup de difficultés d'ordre technique et opérationnel dans les transactions pour les Zones de santé éloignées et hors réseau de communication, ou encore par les financiers de FDSS pour les Zones de santé de la ville ou avoisinantes.

Il sied de signaler que l'actualisation de la liste des OEV tenait toujours compte des enfants qui sortaient de la cohorte. Ces derniers ont été remplacés sur base des listes validées par l'UCOP+, l'ECZS et la DIVAS. Ainsi, à la fin de la scolarisation de 2013, nous avons enregistré au Kasai Occidental **565 élèves** sur une cohorte fixée à 663 OEV. Il y a donc eu **98 sorties (41 mutations, 23 grossesses, 16 diplômes d'état, 16 abandons et 2 décès)** qui devaient être remplacées. Au Kasai Oriental en revanche, **70 élèves** ont été enregistrés pour une cohorte fixée à 120 OEV. En effet, il y a eu **50 sorties** qui ont nécessité de procéder à des remplacements : **18 Diplômes d'Etat obtenus, 20 cas de changement d'adresse, 2 cas de mariage et grossesse, 9 cas d'abandons et 1 cas de faux OEV** (un enfant dont les parents sont vivants et non PVVIH, mais qui a été enregistré comme OEV parce que vivant chez sa tante qui est une PVVIH).

**A la clôture de l'année scolaire 2014-2015, 700 OEV sur 783 ont réussi soit un taux de réussite de 89% dont 595 réussites au Kasai occidental et 105 à lomami.**

La scolarisation des OEV à la dernière année du Projet dans les deux provinces s'est présentée de la manière suivante :

Tableau 1: *Scolarisation des OEV au Kasai Occidental*

N°	ZS	Filles	Garçons	Total
1	Bilomba	7	13	20
2	Bunkonde	24	24	48
3	Dibaya	6	14	20
4	Ilebo	11	9	20
5	Kananga	8	12	20
6	Katoka	50	40	90
7	Lubondaie	11	9	20
8	Luebo	9	11	20
9	Luiza	21	27	48
10	Lukonga	25	31	56
11	Masuika	11	18	29
12	Mikalayi	26	22	48
13	Mweka	22	14	36
14	Ndesha	44	42	86
15	Tshikaji	8	12	20
16	Tshikapa	16	33	49

17	Tshikula	17	16	33
<b>Total</b>		316	347	663

La cohorte est composée de 347 garçons, représentant 52% de l'effectif, et 347 filles soit 48%, soit un total de 663 OEV scolarisés représentant le 100% de la cible contractuelle.

Tableau 2: Scolarisation des OEV au Kasai Oriental

N°	ZS	Fille	Garçon	Total
1	Kabinda	12	8	20
2	Kalonda Est	10	10	20
3	Makota	9	11	20
4	Mulumba	8	12	20
5	Mwene Ditu	10	10	20
6	Ngandajika	10	10	20
<b>Total</b>		<b>59</b>	<b>61</b>	<b>120</b>

La cohorte est composée de 120 enfants qui représente la cible contractuelle avec le PR dont 61 garçons soit 51% et 59 filles soit 49%.

Concernant l'achat des Kits scolaires, au début de chaque année scolaire le fournisseur a été sélectionné conformément aux procédures de passation de marché. Les assistants sociaux et les membres de l'UCOP+ sont impliqués non seulement lors de colisage mais aussi tout au long du processus de distribution de Kit scolaire aux 783 OEV du projet. Un PV de distribution est dressé et signé conjointement par les membres de l'UCOP+, de BCZS et le FDSS. Au Kasai oriental, nous avons opté pour la stratégie de prendre les mesures et tailles des OEV de chaque niveau scolaire pour contourner les difficultés rencontrées lors de la première année de la mise en œuvre où les uniformes et Ketchs ont été acquis sans tenir compte des pointures et tailles des bénéficiaires, avec comme conséquence : beaucoup d'uniformes et ketchs revendus à moindre prix pour enfin suppléer et acheter des tenues convenables pour leurs tailles et pointures.

Le PR n'avait pas prévu des fonds pour le transport des kits vers les bénéficiaires, et ceci a été préfinancé de fois par FDSS et a occasionné des retards dans la distribution des kits aux enfants ; Il serait souhaitable que le Fonds pour le déploiement de Kits scolaires vers les Zones de Santé soit pris en compte dans le budget afin de faciliter leur déploiement rapide.

#### ➤ *Visites à domicile par les assistants sociaux*

Cette activité a été réalisée par les assistants sociaux formés dans le cadre de ce projet et qui travaillaient en étroite collaboration avec les équipes cadre des Zones de Santé jusqu'en Décembre 2014. Chaque assistant social était censé assurer cinq visites le mois auprès des OEV et PVVIH de son rayon d'action. Ces assistants sociaux étaient aussi impliqués dans la recherche active des perdus de vue parmi les PVVIH et assurer leur accompagnement psychosocial.

Au cours de l'année 2013, le renforcement de capacité de 4 autres accompagnateurs psychosociaux par Zone de santé qui a été organisé et avait permis d'améliorer la qualité des soins et soutiens apportés aux PVVIH sous traitement, laquelle formation a été organisée par les DPS avec appui de FDDS/SANRU/FM. Il est à noter que la formation des 4 APS supplémentaires par zone de santé n'a pas tenu compte des besoins réels car toutes les zones de santé n'ont pas le même nombre des PVVIH. Pour exemple, une Zone de santé telle que Mulumba qui a 169 PVVIH et celle de Kalonda Est qui en a 8

seulement, ne devraient pas avoir 8 APS chacune. La logique aurait été de former des APS en nombre proportionnel à celui des PVVIH car les APS ne sont pas là seulement pour les OEV mais aussi pour les PVVs. Si on se réfère à l'exemple de ces deux Zones de santé, on comprendra tout de suite que les APS de Kalonda Est n'ont pas le même volume de travail que ceux de Mulumba car à Kalonda Est, on a un APS pour une PVVIH à suivre tandis qu'à Mulumba, un APS doit suivre 21 PVVIH.

Ce fait altère la qualité de travail rendu par les APS en ce qui concerne la prise en charge psychosociale. Il y a des PVVIH qui n'ont jamais reçu de visite des APS dans certaines Zones de santé suite à l'insuffisance de moyen de transport devant faciliter les déplacements vers chaque PVV à atteindre, ce qui n'est pas favorable à la vie positive à laquelle chaque PVV doit aspirer si nous envisageons baliser le chemin pour une génération sans SIDA.

Au cours de ce Grant, 15048 visites ont été réalisées en Kasai oriental et 16906 réalisées au Kasai occidental, soit un total de 31954 visites sur 23920 attendues, soit une performance globale de 133%.

Cette hyper performance est attribuée à l'implication des APS dans l'augmentation du nombre de visites mensuelles suite à la sensibilisation de ces derniers au cours des missions de suivi des agents du FDSS surtout au cours de l'année 2014.

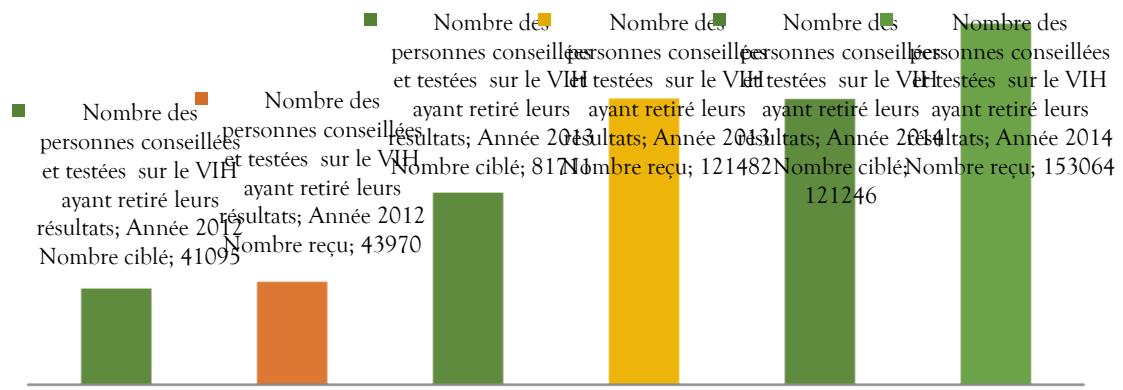
#### ➤ *DCIP/CDV*

Pour la mise en œuvre de cette activité, les sites de CDV clinique ont été intégrés dans les structures sanitaires ; les outils de collecte de données validées par le programme ont été rendus disponibles dans ces structures et de notre part, un accompagnement de proximité a été assuré auprès de prestataires lors de différentes missions organisées dans les ZS. Tous les efforts ont été déployés pour assurer le suivi de gestion de stock de test pour le dépistage, approvisionnés dans ces structures sanitaires.

Des émissions à la radio et à la TV ont été organisées en vue d'inciter la population au dépistage volontaire. Dans chacune des structures ayant intégré cette activité, les prestataires n'ont cessé de sensibiliser les patients ainsi que leurs accompagnants au dépistage. Il faut également signaler que le succès de cette stratégie (DCIP) nous a permis d'atteindre le résultat escompté au cours de la phase SSF. Le CDV mobile a été aussi réalisé dans les ZS lors de séance de vidéo forum et le CDV communautaire (Aide urgente) de Mwene Ditu au Kasai Oriental a apporté également une grande contribution dans l'atteinte des résultats.

Au total, 318.516 personnes ont été dépistées au cours de cette phase sur 244.052 attendues, soit une performance de 131 %, parmi lesquelles 234.982 personnes dépistées au Kasai Occidental et 83.534 au Kasai Oriental, tel que présenté par le graphique ci-dessous :

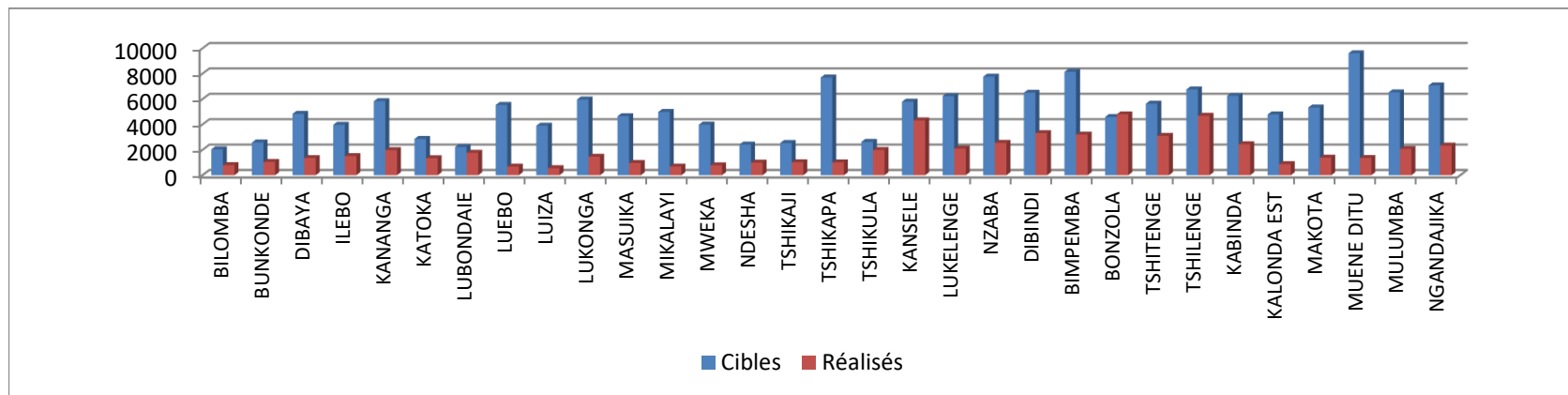




Graphique 2 : Nombre des personnes conseillées et testées sur le VIH ayant retiré leurs résultats au cours des trois dernières années

*Il se dégage de ce graphique que le nombre de personnes conseillées et testées sur le VIH et ayant retiré leurs résultats au cours des trois dernières années, a toujours été supérieurs par rapport à la cible visée. La disponibilité d'intrants pour le dépistage, la sensibilisation et la stratégie DCIP ont été les principaux éléments qui ont permis la réalisation de ces performances.*





Graphique 2.a : Nombre des personnes conseillées et testées sur le VIH ayant retiré leurs résultats au cours de l'extension SSF (janvier à juin 2015)

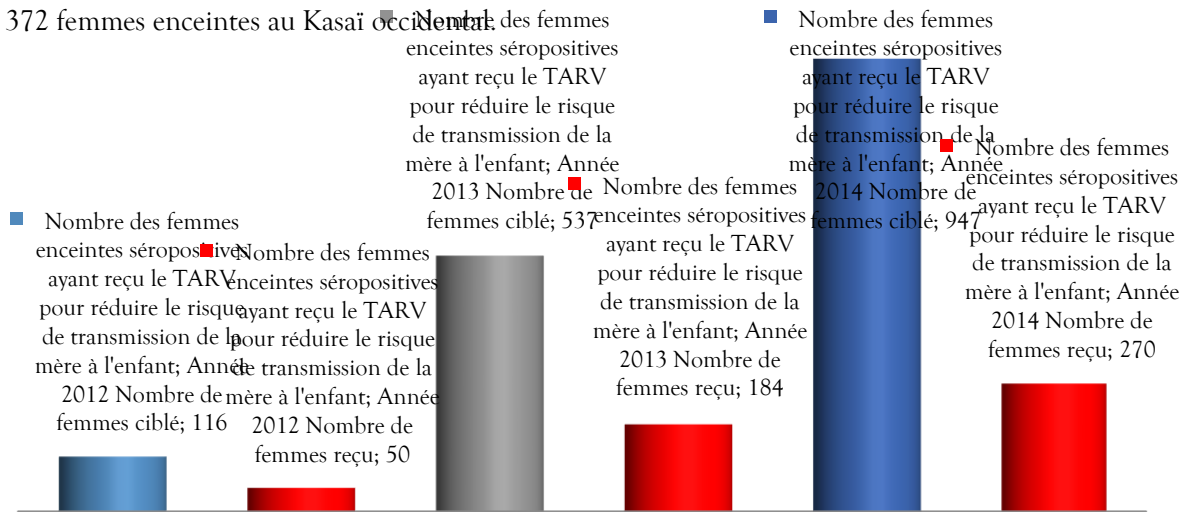
Une fois de plus, on voit au regard du graphique ci-dessus que les résultats attendus n'ont pas été atteints dans la quasi-totalité des ZS sauf dans la zone de santé Bonzola qui bénéficie de l'appui du projet PALS dans le camp militaire de Nyongolo. Rappelons ici que le processus du passage de la phase SSF vers la phase NMF via l'extension SSF n'a pas bénéficié du financement du PR dans la mise en œuvre de cette activité et a ainsi influencé négativement la performance de cet indicateur au cours de cette période.

➤ **PTME**

Au cours des séances de consultation prénatale, les femmes enceintes ont été sensibilisées pour se faire dépister. Nous avons noté un taux d'acceptation satisfaisant dans la quasi-totalité de structures ayant intégré cette activité. Les outils de collecte de données, les tests pour le dépistage et les ARV ont été rendus disponibles dans ces structures. Le contrôle de la qualité de données a été assuré lors de nos différentes missions de suivi dans les Zones de Santé. Nous avons constaté que les partenaires masculins accompagnent difficilement leurs épouses aux séances de consultation prénatale ; raison pour laquelle, nous avons notifié un nombre insuffisant de partenaire qui ont accepté à se faire dépister. Une série d'émissions a été réalisée à la Radio et à la TV pour augmenter non seulement la connaissance de la population sur la PTME, mais aussi faire la promotion de la consultation prénatale, afin d'amener les femmes enceinte et leur partenaire à se faire dépister au temps convenable.

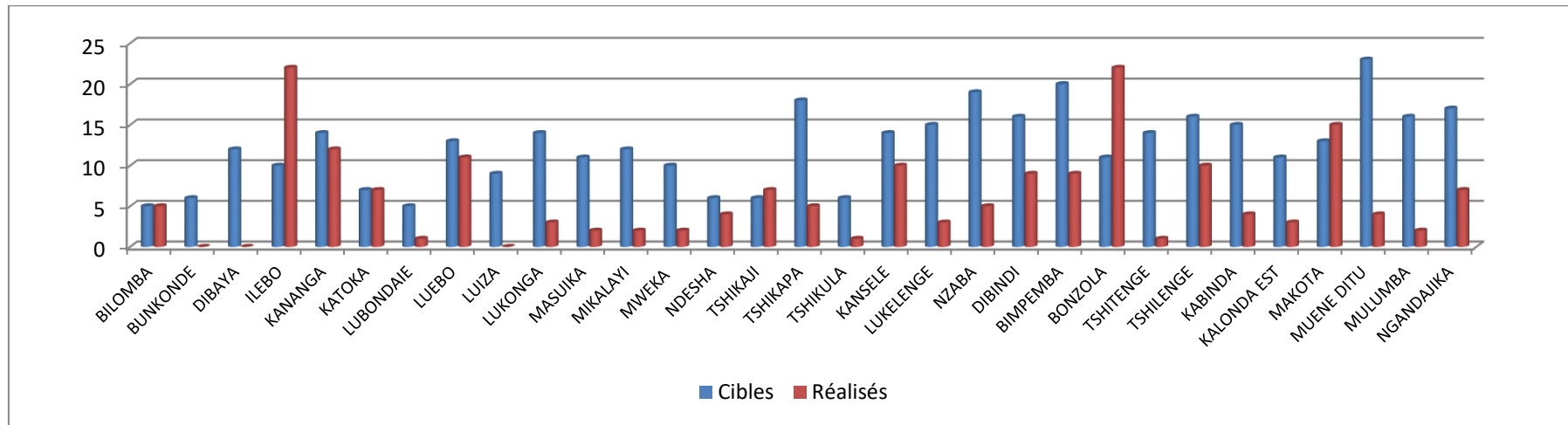
Lors de nos descentes sur terrain, nous avons constaté que la non application de l'option B+ dans la prise en charge de femmes enceintes dépistées positives a beaucoup contribué dans la non atteinte de résultat dans les Zones de Santé sous projet. Pour cette raison, il serait souhaitable que le programme national s'approprie de cette approche pour que chaque femme dépistée positive soit mise sous prophylaxie sans tenir compte de l'âge de la grossesse. De gros efforts restent à fournir pour l'enrôlement des femmes enceintes dépistées séropositives et leur rétention sous traitement. Au regard du nombre croissant de perdues de vue ainsi que les contre-performances enregistrées en PTME, FDSS a entrepris les pourparlers avec le PNLs ainsi que certains délégués du PR en mission en province pour que l'option B+ soit appliquée dans ces Zones d'intervention comme cela est le cas dans certaines provinces telle que le Katanga. Mais jusqu'à ce jour nous n'en sommes encore nulle part par rapport à cette démarche.

De manière globale, les zones de santé appuyées ont notifié 504 femmes enceintes sous PTME, sur un total de 1600 attendues, soit une faible performance de 32%, réparties en 132 femmes au Kasai oriental et 372 femmes enceintes au Kasai occidental.



Graphique 3 : Evolution de la PTME au cours des trois dernières années

C'est seulement en 2012 que les résultats de la PTME ont avoisiné la moitié des résultats attendus (43%); les résultats réalisés au cours de 2013 et 2014 ont été loin d'atteindre les cibles, avec respectivement 34% et 29% quoi que les résultats aient subi une légère amélioration. En effet, comme expliqué ci-haut, la non-application de l'option B+ dans la prise en charge de femmes enceinte dépistée positive a beaucoup contribué dans la non-atteinte de résultat.



Graphique 3a : PTME de janvier à juin 2015

On voit clairement dans ce tableau que les résultats attendus n'ont pas été atteints dans la majorité des ZS. Par contre dans les ZS de Bonzola, Ilebo, Tshikaji et Makota les cibles ont été dépassées. Dans la province du Kasai occidentale, les zones de santé de la ville et celles proches de la ville ont bénéficié des tests pendant cette période.

➤ **PTME COMMUNAUTAIRE**

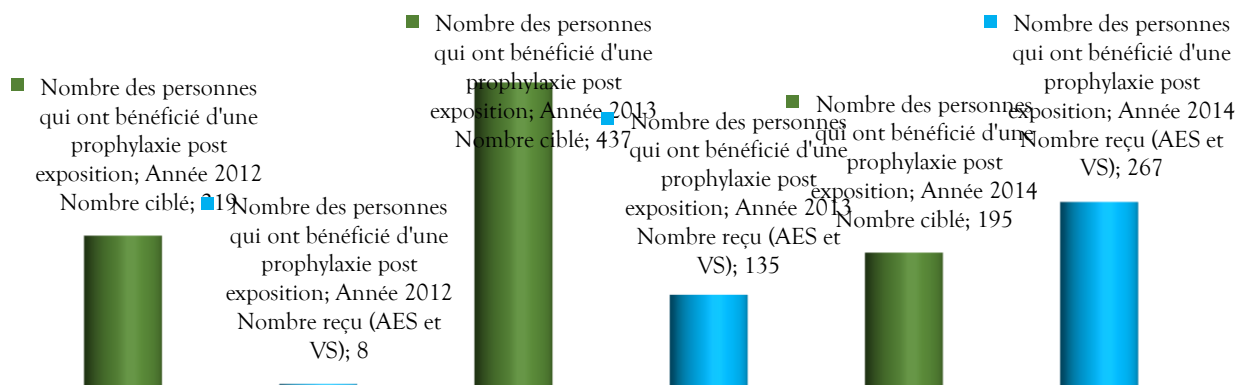
Après le processus d'identification et de sélection des médiateurs communautaires au début de l'année 2014, nous avons validé conjointement, avec les équipes cadre des Zones de Santé, les différentes listes de médiateurs communautaires en tenant compte de relais communautaires qui sont très actifs dans la sensibilisation. Parmi les médiateurs communautaires, ont été aussi sélectionnés les membres de l'UCOP+ qui ont déjà sensibilisé la communauté dans le cadre de la PTME compréhensible. Les fonds ont été rendu disponibles aux Zones de santé pour la réalisation de briefing des médiateurs communautaires, du forum avec les médiateurs communautaires et de la revue PTME. Les activités ont été menées selon le chronogramme élaboré par les ECZS. Les différentes missions de supervision ont été organisées dans le souci de s'assurer de l'effectivité et de la qualité des activités mise en œuvre dans les ZS sous projet. L'entrée en scène des médiateurs communautaires a permis de booster tant soit peu l'indicateur PTME pour lequel nous avons enregistré des résultats non satisfaisants jusque-là.

Notons qu'au cours de l'extension SSF, cette activité a été la seule à bénéficier de l'appui du PR.

➤ **SGBV**

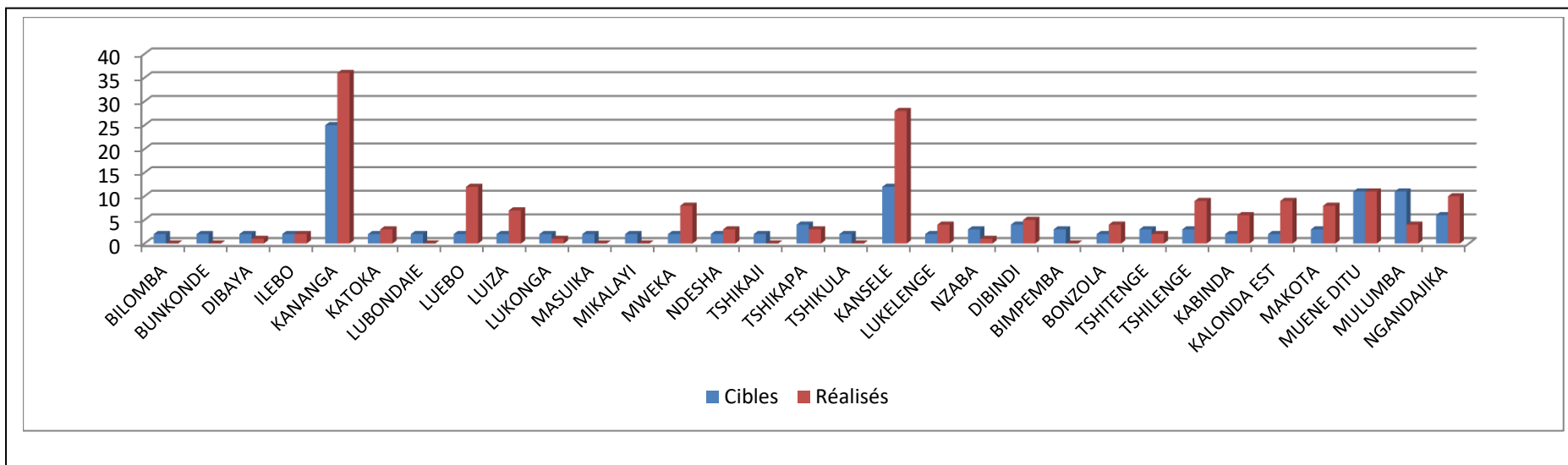
Pour mettre en œuvre cette activité, la première étape était l'identification des ONG qui sont actives à ce sujet ; ces organisations ont été encouragées à travailler en étroite collaboration avec certaines structures de prise en charge pour permettre la référence des victimes vers ces structures en temps réel pour une meilleure prise en charge. Des émissions radiophoniques et TV ont été organisées et mises à profit pour sensibiliser la population contre les SGBV. Il faut signaler que faute de fonds, le cadre de concertation provinciale (la synergie de lutte contre les violences sexuelles) reste encore non fonctionnel à ce jour. Toutefois les ECZs ont été encouragées à mettre en place des structures locales ou des mécanismes pour améliorer la notification et la prise en charge précoce des cas. L'exemple des Zones de santé de Mulumba et Ngandajika qui ont eu à élaborer des notes circulaires qu'ils ont eu à transmettre à toutes les autorités politico-administratives et judiciaires leur demandant de référer aux FOSA tout cas de violence sexuelle avant tout autre procédure judiciaire pour le dépistage du VIH et la prophylaxie post-exposition est à répliquer dans d'autres Zones de santé car ces deux zones ont vu leurs performances s'améliorer sensiblement dans la notification et la prise en charge des cas de violence. Les activités d'activisme sur les violences sexuelles réalisées dans la province du Kasai Occidental ont été capitalisées pour une forte sensibilisation, afin de booster cet indicateur qui jusque-là était en souffrance.

Dans l'ensemble, 410 cas ont bénéficié de la prophylaxie post exposition, 143 cas au Kasai oriental contre 267 pour le Kasai occidental, surtout au cours des deux dernières années.



Graphique 4 : Nombre de personnes qui ont bénéficié d'une prophylaxie post exposition au cours des trois dernières années

*En 2012, 3% des cas seulement ont été rapportés et en 2013, près de 31%. En effet, en 2012 et début 2013, aucun travail de sensibilisation et de collaboration avec les organisations œuvrant dans ce secteur n'avait été entrepris. Lorsque le PR SANRU a effectivement lancé les activités de SGBV au deuxième trimestre de l'année 2013 et une forte collaboration avec les ONG de lutte contre les violences sexuelles établie, les ZS ont rapporté plusieurs cas. Cependant, la cible visée a été surestimée ; en collaboration avec le SR et les provinces (DPS, PNLs, PNS, etc.) le PR a revu la cible à la baisse. C'est ainsi qu'en 2014, les résultats ont été améliorés, tel que le montre le graphique.*



**Graphique 4a :** Nombre de personnes qui ont bénéficié d'une prophylaxie post exposition au cours de l'extension SSF (janvier à juin 2015)

Pour cet indicateur, la plupart des ZS ont dépassé la moyenne de la cible attendue. Par contre, dans les ZS de Bipemba et Tshikaji aucun cas n'a été rapporté.



## Prise en charge de PVVIH

Au début de la phase SSF, une formation sur la PTME au cours de laquelle le PNLS a profité pour donner quelques notions de prise en charge, a été organisée par le PR en faveur des prestataires mais le nombre des prestataires formés pour assurer cette prise en charge était insuffisant ; pour pallier à cette insuffisance, des missions de tutorat réalisées par le PNLS dans toutes les ZS sous projet ont permis de renforcer les capacités des prestataires et booster cet indicateur. Le travail abattu par UCOP+ avec certaines ONG partenaires dans la recherche active des perdus de vue et leur remise sous traitement a contribué également à l'atteinte des résultats. Les assistants sociaux ont été impliqués dans cette activité à travers les VAD et la recherche active de perdue de vue dans la communauté. Des émissions radiophoniques et TV ont été organisées contre toutes sortes de stigmatisation et discrimination à l'égard de la PVVIH.

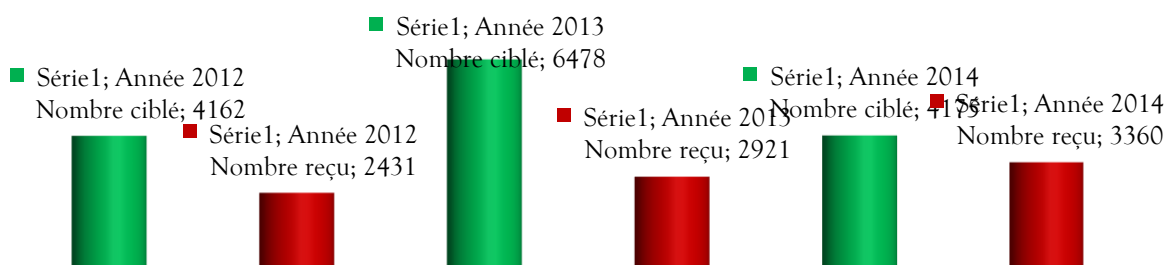
Toutes les structures de prise en charge ont été approvisionnées en ARV à temps, de sorte qu'aucune rupture ne soit signalée dans ces structures. Lors de nos missions sur terrain, nous avons assuré un accompagnement de proximité des prestataires afin de contribuer dans l'amélioration de la qualité de prise en charge des PVVIH. Nous mettons un accent particulier également sur la tenue de fiches de malades et de registres en vue d'une bonne traçabilité de toutes les données rapportées.

A la fin de la phase SSF, nous avons enregistré 891 clients sous ARV au Kasai oriental et 2469 pour le Kasai occidental. Pour les deux provinces, ceci représente 80% de l'ensemble des PVVIH attendues.



Graphique 5 : Evolution de la PEC des malades aux ARV au cours des trois dernières années

*Il se dégage de ce graphique que dans les deux provinces, plus de 400 PVVIH ont intégré la cohorte chaque année. Cependant, il persiste le problème du nombre insuffisant des prestataires formés et des structures pour assurer cette prise en charge dans certaines zones de santé.*

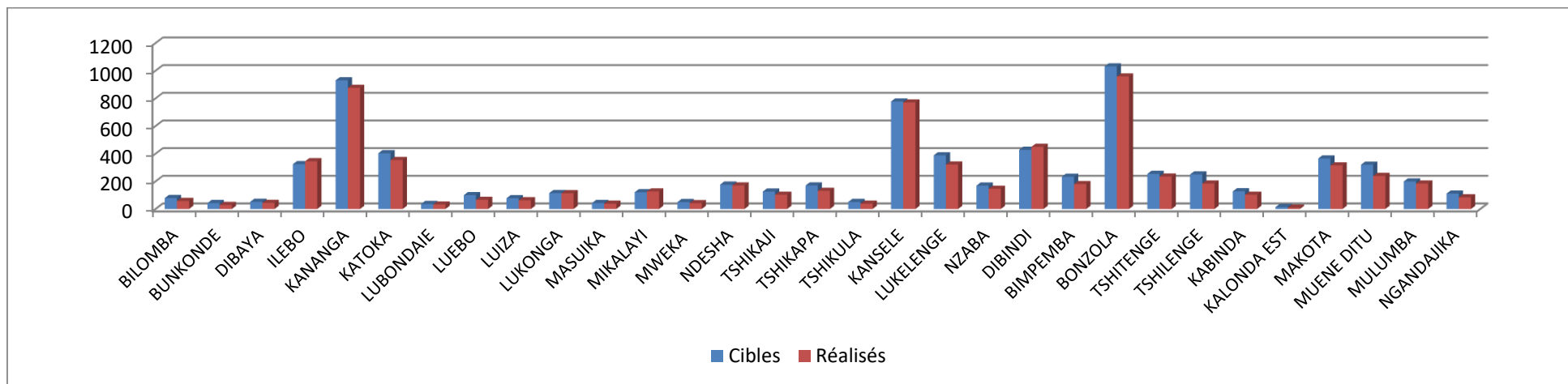


Graphique 6 : Nombre d'adultes et d'enfants éligibles aux ARV et qui ont reçu le TARV au cours des trois dernières années

*En 2012 et 2013, respectivement 58% et 45% des PVVIH ont été prises en charge aux ARV. Mais au 2<sup>ème</sup> semestre de 2013, en collaboration avec le BPC et les ZS, les cibles ont été revues à la baisse. C'est ainsi qu'en 2014, les résultats rapportés indiquent 80% des PVVIH sous ARV.*

Au cours de l'extension SSF, les ZS ont été approvisionnés en ARV. Un total de 6809 PVVIH a été pris en charge aux ARV pour l'ensemble des trois clusters (Kasaï Occidental, Kasaï oriental et Lomami). Mais en considérant uniquement les ZS des clusters gérés à la phase SSF, c'est-à-dire Kasaï Occidental et Kasaï oriental, on voit que le nombre des PVVIH pris en charge s'élève à 3564 ; Ce qui montre que pour les deux clusters, 204 PVVIH ont rejoint la cohorte au cours du premier semestre de l'année 2015.

Au regard des cibles attendues pour cet indicateur, la performance globale est 89,9% dans l'ensemble. Le graphique 6a ci-dessous montre les résultats réalisés au cours de l'extension SSF par ZS.



**Graphique 6a :** Nombre d'adultes et enfants éligibles aux ARV et qui reçoivent le TARV au cours de l'extension SSF (janvier à juin 2015)

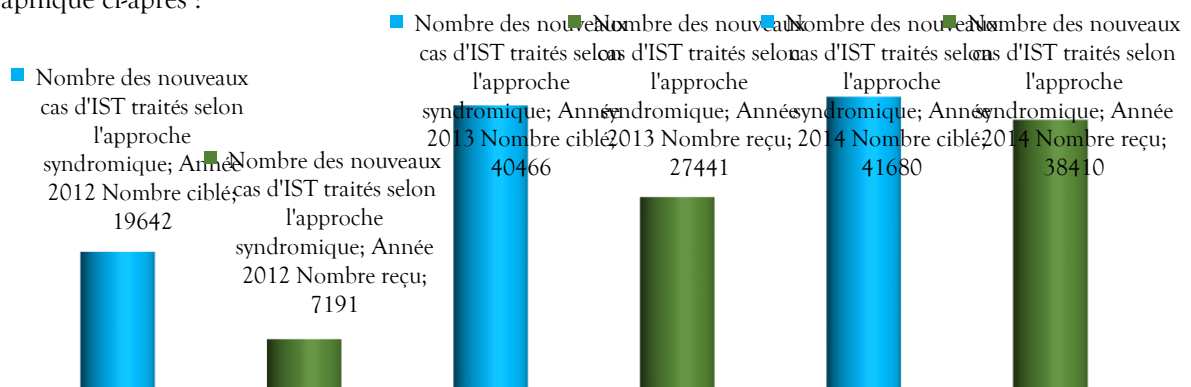
On voit dans le graphique 6a ci-dessus que la performance pour cet indicateur est bonne dans toutes les ZS.

➤ *Prise en charge des IST*

Au début de la phase SSF, beaucoup de ZS avaient déclaré des longues ruptures de stock en intrants IST (érythromycine, doxycycline, amoxicilline, métronidazole) et l'absence d'un guide de remplissage d'un outil de collecte des données. En outre, certaines ZS avaient une faible capacité de prise en charge, due à l'absence des prestataires formés. Ainsi, certaines structures effectuaient une approche étiologique en lieu et place d'une approche syndromique. Ceci explique les faibles résultats réalisés à la première année. A la fin du SSF, la situation a été récupérée, par le fait que les ZS ont appliqué les stratégies arrêtées dans le plan de redressement proposé par le FDSS : informer les autres FOSA à référer les cas IST dans les FOSA où la prise en charge est gratuite, ainsi qu'à l'utilisation systématique des ordinogrammes et algorithmes de prise en charge des cas, etc. Au Kasai Occidental, l'approvisionnement supplémentaire en intrants IST dans les ZS appuyées par un autre partenaire (projet ASSP/SANRU/DFID) a permis de booster les résultats obtenus à la fin de la phase SSF.

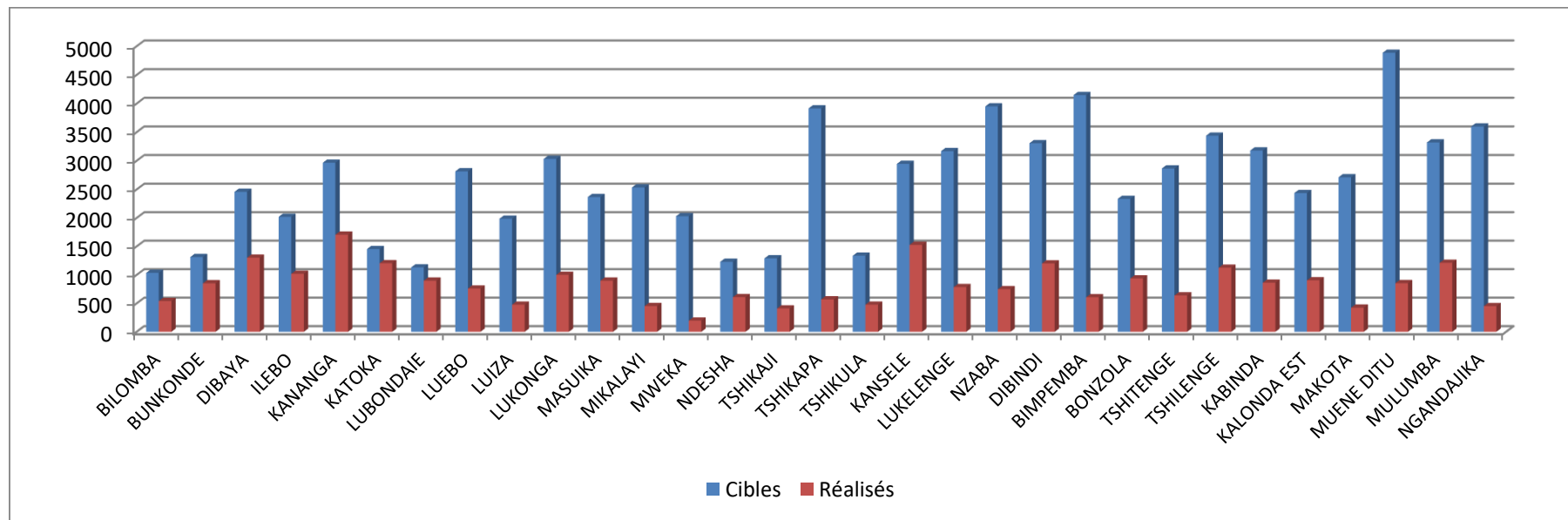
A la fin de la phase SSF, 19924 cas ont été traités selon l'approche syndromique au Kasai oriental et 53118 cas pour le Kasai occidental. Pour les deux provinces, ceci représente 72% de 101788 cas attendus.

L'évolution de la prise en charge des nouveaux cas d'IST pour les deux provinces est présentée par le graphique ci-après :



Graphique 7 : Prise en charge des nouveaux cas d'IST selon l'approche syndromique

*En 2012, 2013 et 2014, les résultats ont respectivement évolué de 37%, 68% et 92%. Il y ressort vraisemblablement une amélioration des résultats qui sont, entre autre, fruit du plan de redressement proposé par le FDSS et appliqué scrupuleusement par les ECZS.*



Graphique 7a : Nombre des nouveaux cas d'IST traités selon l'approche syndromique au cours de l'extension SSF (janvier à juin 2015)

Ce graphique montre que la performance est faible dans plus de la moitié des ZS. Les ruptures de stock ont influencé négativement les résultats réalisés dans la plupart des ZS.

➤ *Prise en charge des IO*

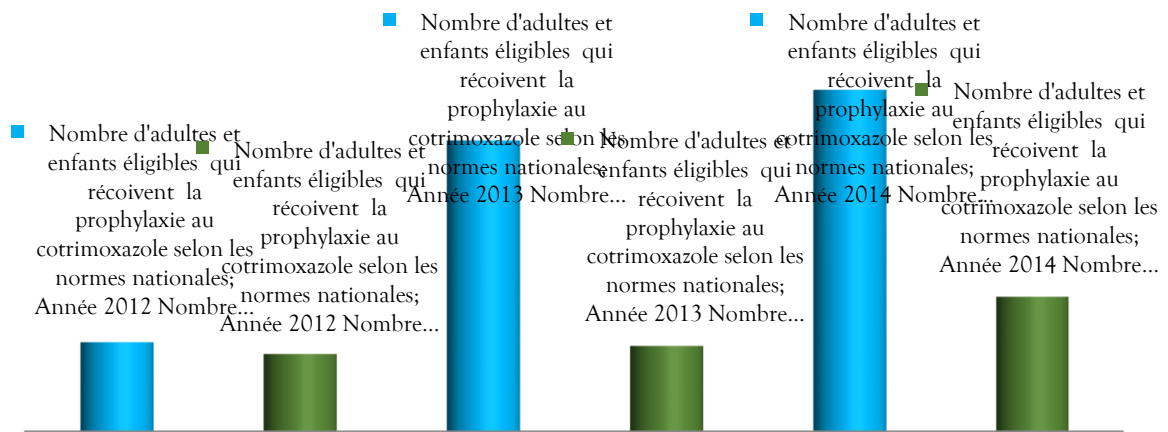
Au cours de la première année de la mise en œuvre de la phase SSF, toutes les ZS ont été approvisionnées en Cotrimoxazole, mais seulement au dernier trimestre de l'année 2012.. A partir de 2013, une faible performance a été observée par rapport aux résultats attendus du projet. En effet, certaines difficultés constatées chez un grand nombre des prestataires dès le début de cette année ont été constaté: le non-respect de la politique nationale de la prophylaxie au Cotrimoxazole dû à la mauvaise compréhension de l'indicateur par les prestataires, et qui a été constaté par la mise sous prophylaxie des patients de manière non systématique (seuls les nouveaux cas PVVIH enregistrés sont mis sous cette prophylaxie par certains prestataires). Outre cette mauvaise compréhension, nous pouvons y ajouter la non-disponibilité de l'intrant au cours du dernier trimestre de l'année 2013 au Kasai Oriental. Dans cette province, la CDR n'a reçu ces molécules qu'en fin septembre 2013, et la réception de ces dernières par le FDSS n'a pu intervenir qu'au mois de novembre; la livraison vers les ZS a pris du retard à cause du colisage fait en retard par la CDR. Il sied de signaler ici que la quantité d'intrants reçus du PR était insuffisante et n'a pu couvrir qu'un mois de mise en œuvre.

Par ailleurs, il a semblé que les cibles des ZS de Kananga et Kabinda ont été fortement surestimées. Dans cette dernière ZS par exemple, la cible est de 875 et dépasse la somme des cibles des 5 autres ZS du Kasai Oriental (821), alors que la cible de cette ZS pour le TARV représente le 1/10 de l'ensemble des 6 ZS.

En fin 2014, une faible amélioration a été observée mais elle est restée très faible pour les mêmes raisons déjà évoquées. La plupart des ZS du Kasai Oriental par exemple n'ont été approvisionnées qu'en fin septembre 2014.

Les efforts fournis lors des missions sur terrain pour le recadrage de la définition de cet indicateur sont restés sans impact, du fait que le mouvement des prestataires prédomine encore au niveau des ZS. Les prestataires formés par rapport à la politique nationale de la prophylaxie au Cotrimoxazole migrent ailleurs et/ou ne travaillent plus aux mêmes endroits à cause des contraintes socio-économiques.

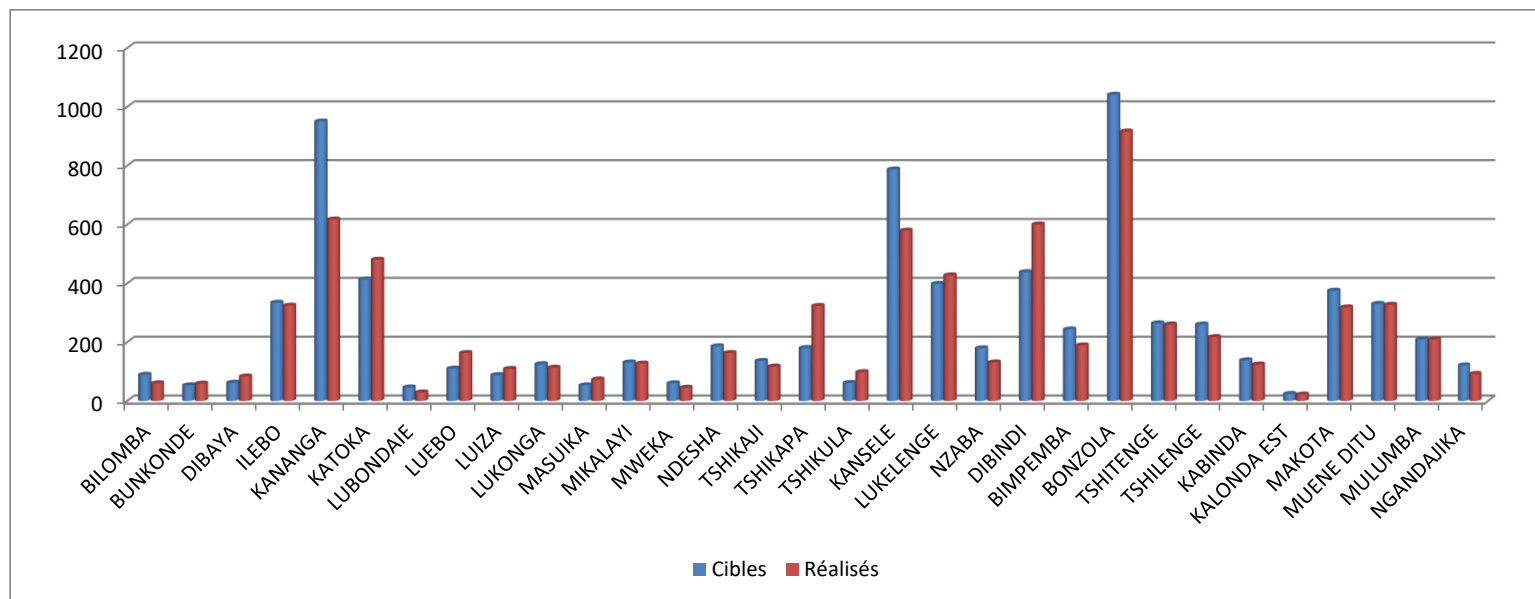
A la fin de la phase SSF, il a été rapporté 1035 cas au Kasai Oriental et 3063 cas au Kasai Occidental qui reçoivent la prophylaxie au Cotrimoxazole selon les normes nationales. Au total, 4098 ont été rapportés pour les deux provinces sur les 10376 cas attendus, soit une faible performance de 39%.



Graphique 8 : Nombre d'adultes et enfants éligibles qui ont reçu la prophylaxie au cotrimoxazole selon les normes nationales durant toute la phase

*Il ressort de ce graphique que la cible passe de 2717 en 2012 à 8841 en 2013, et les résultats réalisés ne passent respectivement que de 2360 à 2603, alors qu'en 2012 la performance était à 87%. Il est alors très probable que, hormis toutes les difficultés liées à la compréhension de cet indicateur, les cibles de certaines ZS aient été surestimées, englobant ainsi le résultat global.*

Au cours de l'extension, les résultats n'ont pas grandement varié lorsque l'on considère les deux clusters. Quatre mille septante-cinq cas ont reçu la prophylaxie au cotrimoxazole. Cependant, pour les trois clusters mis ensemble, 7394 cas ont été rapporté. Le graphique 8a ci-dessous montre les résultats par ZS.



**Graphique 8a :** Nombre d'adultes et enfants éligibles qui reçoivent la prophylaxie au cotrimoxazole selon les normes nationales au cours de l'extension SSF (janvier à juin 2015)

On voit clairement dans le graphique ci-dessus que toutes les ZS ont dépassé la moyenne des cibles attendues.



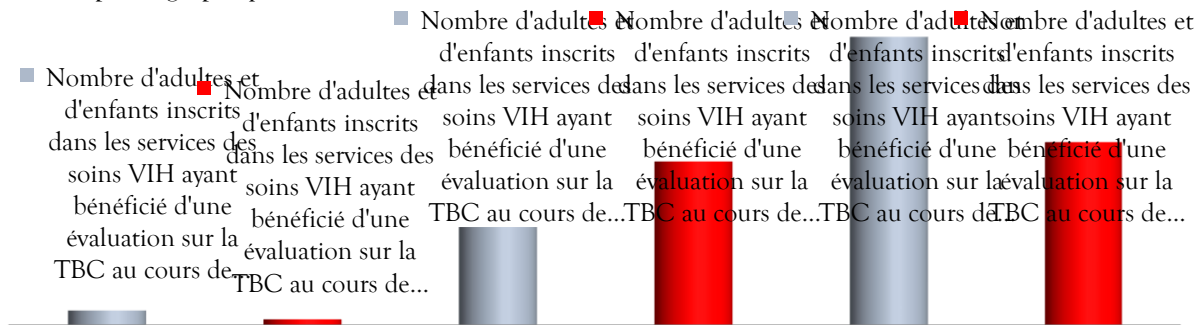
➤ **TB/VIH**

L'évaluation et la recherche de la tuberculose n'a pas été comprise de la même façon dans toutes les ZS : certaines ZS ne pratiquaient cette évaluation que sur les cas de tuberculose déclarés, alors que d'autres la pratiquaient systématiquement sur tous les cas suspects de tuberculose (alors que la recherche devait être systématique en considérant les 3A et les 3T). Certaines autres ZS par contre, pratiquaient l'évaluation à la TB chez toutes les PVVIH en consultation.

Au début de la phase, l'absence d'un canevas de rapportage au niveau des ZS pour capter cette donnée a fait que le résultat global réalisé soit faible car, au Kasaï Oriental par exemple, aucune ZS n'avait rapporté cet indicateur.

Au cours de l'année 2013, de belles performances ont été notées dans la plupart des ZS et ont boosté le résultat global à 167%. Lors des missions effectuées sur terrain, il a été constaté que la mauvaise compréhension de l'indicateur par les prestataires entraînait un double comptage des malades par ces derniers (comptage des évaluations faites sur la même personne à chaque rendez-vous, chaque mois). Cette situation expliquerait l'hyper performance de l'année de 2013. A la suite des nombreuses actions de suivi et d'encadrement initiés par le FDSS, l'évaluation de la tuberculose auprès des PVVIH sous TARV s'est nettement améliorée et les résultats à la fin du Grant ont été assez bons (64%).

Au total, 10967 malades inscrits dans les services des soins VIH ont bénéficié d'une évaluation sur la TBC de 2012 à 2014, sur les 12475 attendus pour toute la phase SSF, soit une performance de 88%, tel que présenté par le graphique ci-dessous :

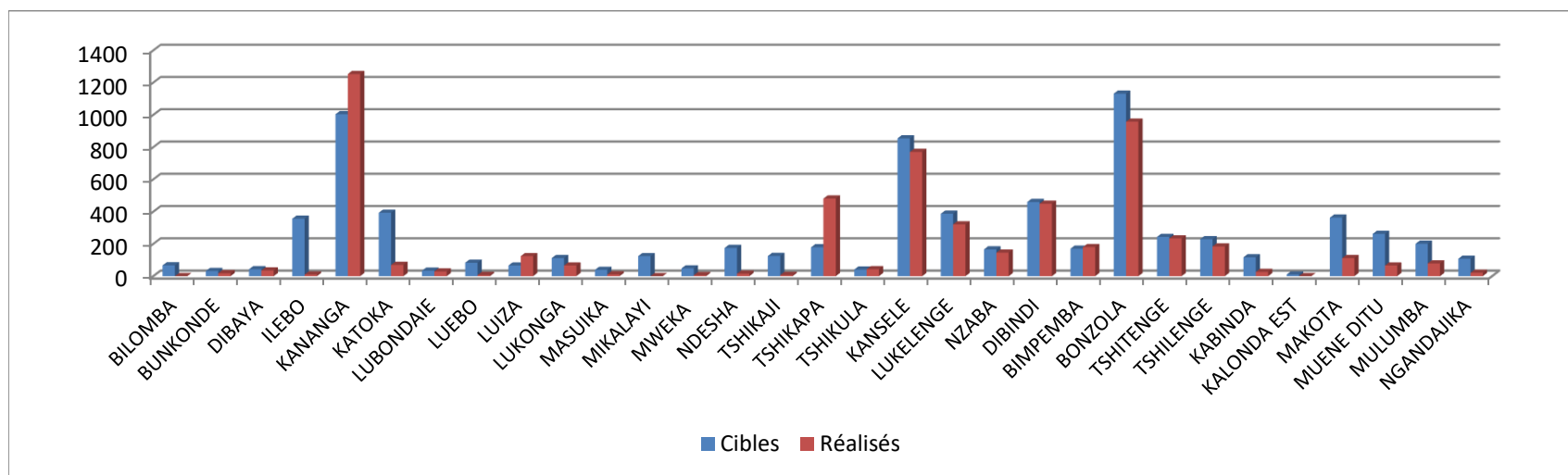


Graphique 9 : Nombre d'adultes et d'enfants inscrits dans les services des soins VIH ayant bénéficié d'une évaluation sur la TBC au cours des trois dernières années

**En 2013, le mauvais rapportage effectué par les prestataires a conduit à une hyper performance (167%) ; à la suite du recadrage de la situation, les résultats se sont vus stabilisés à 64% à la fin de l'année 2014.**

Au premier semestre 2015 (extension SSF), la tendance est restée la même. Le graphique 9a ci-dessous montre les résultats réalisés par ZS.





Graphique 9a : Nombre d'adultes et enfants éligibles qui reçoivent la prophylaxie au cotrimoxazole selon les normes nationales au cours de l'extension SSF (janvier à juin 2015)

On voit clairement dans le graphique 9a ci-dessus que la plupart des ZS ont dépassé la moyenne des cibles attendues. La performance globale pour l'indicateur au cours de l'extension SSF est de 75%.

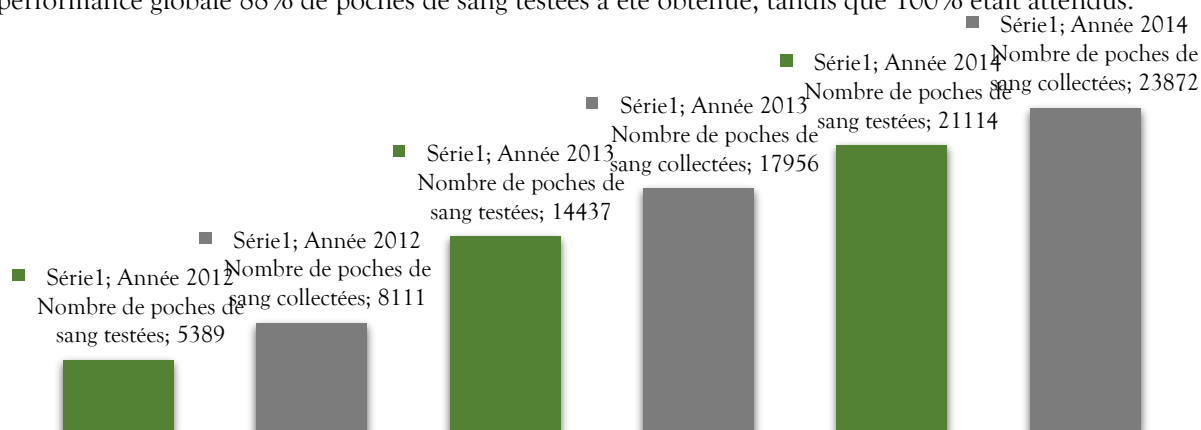
➤ *Sécurité transfusionnelle*

Durant toute la phase, cet indicateur a souffert de l'insuffisance d'intrants pour faire le test aux 4 marqueurs dans plusieurs ZS. Ceci n'a pas permis de tester la totalité des poches de sang collectées (il y avait souvent manque des intrants HCV). Au cours de la première année de mise en œuvre (2012), certaines ZS du Kasai Oriental (Makota et Kalonda Est), n'avaient testé aucune poche de sang, faute de marqueurs. La situation au Kasai Occidental étaient plutôt satisfaisante (93% de poches de sang testées), quoique toutes ne l'ont pas été aux 4 marqueurs. D'où, une performance moyenne du résultat global obtenu pour les deux provinces à l'issue de la première année.

En 2013, la situation s'est peu à peu améliorée avec l'approvisionnement des ZS aux 4 marqueurs. Au Kasai Occidental, les résultats réalisés par 5 zones de santé (Dibaya, Lubondaie, Lukonga, Tshikapa et Tshikula), qui ont pu tester 100% de poches de sang collectées, ont boosté le résultat global de la province à 92% de poche de sang testées. Mais il sied de signaler que les quantités insuffisantes d'intrants reçus pour tester le plus de poches de sang et le retard dans l'approvisionnement des ZS aux 4 marqueurs, particulièrement au cours du dernier trimestre de cette année, ont freiné l'atteinte de performance à 100%. Néanmoins, tout le sang transfusé a été testé au moins au VIH.

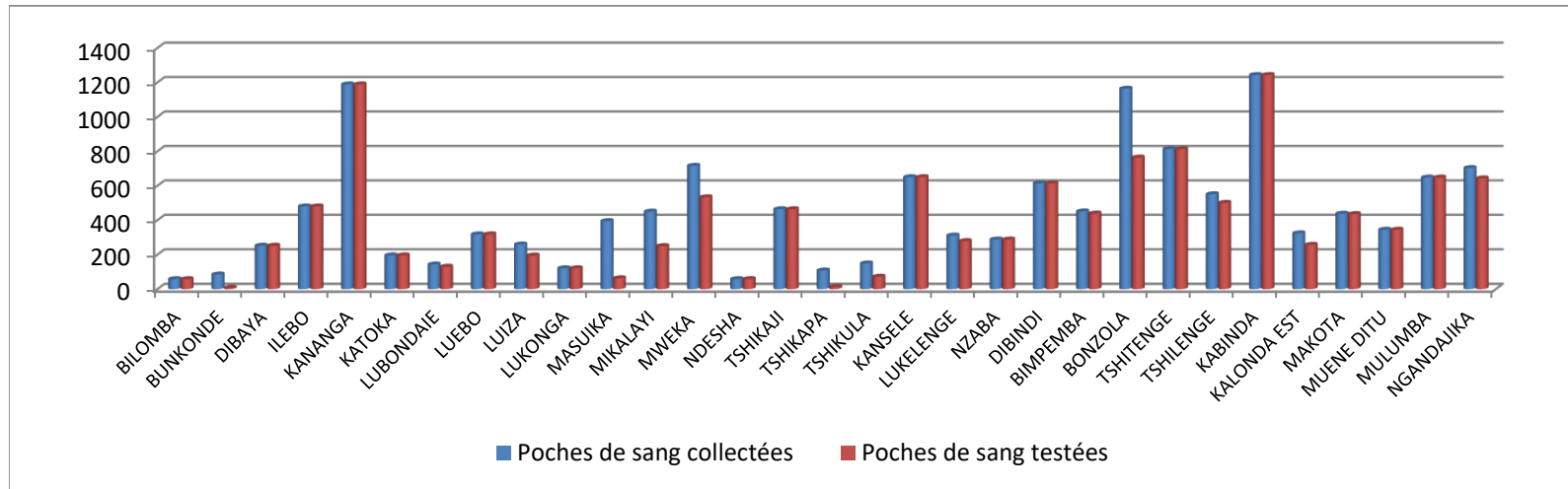
Au Kasai Oriental par contre, les résultats montrent que seules 68% de poches de sang ont été testées, mais sur un échantillon collecté dépassant largement la cible attendu (soit 192% de sang collecté par rapport aux attendus). L'insuffisance d'intrants pour tester les poches de sang aux 4 marqueurs est le principal problème rencontrée dans les ZS (il y a eu souvent manque d'intrants HCV, RPR et HBS).

A la fin de la phase SSF, la présence de banques de sang dans la plupart des structures des ZS et l'approvisionnement supplémentaire en marqueurs dans certaines ZS du Kasai Occidental (Dibaya, Bilomba, Bunkonde, Luebo, Lubondaie, Luiza, ...) par d'autres projets (PROSANI, ASSP/SANRU/DFID) et le CPTS, ont concouru à la bonne performance de cet indicateur. Ainsi, une performance globale 88% de poches de sang testées a été obtenue, tandis que 100% était attendus.



Graphique 10 : Nombre d'unités des dons de sang testées avec les quatre marqueurs au cours des trois dernières années  
 En 2012, 2013 et 2014, respectivement 66%, 80% et 88% de poches de sang ont été testées. Ces résultats restent faibles par rapport aux poches de sang à collecter et à tester attendues, ainsi qu'aux cibles attendues pour chaque année : 80% (2012), 90% (2013) et 100% (2014).

**Graphique 10 a :** Nombre d'unités des dons de sang testées avec les quatre marqueurs au cours de l'extension SSF



Comme à la fin de la phase SSF, la performance globale pour cet indicateur est de 88%. Cependant performance attendue a été de 100%. Cependant, le graphique 10a ci-dessus montre que dans toutes les ZS du Kasai Occidental, toutes les poches de sang collectées ont été testées aux quatre marqueurs sauf à Bukonde, Luiza, Masuika, Mikalayi, Mweka, Tshikapa et Tshikula ; ce qui représente 41% des ZS de ce cluster. Dans le cluster Kasai Est, cette situation est observée dans la moitié des ZS. Les ZS Lukelenge, Bipemba, Bonzola et Tshilenge, bien ayant dépassé le 65% de sang testé n'atteignent pas le 100% attendu. A Lomami également, la moitié des ZS bien que ayant dépassé le 75% n'atteignent pas la performance attendue. L'insuffisance d'intrants pour tester les poches de sang aux 4 marqueurs est la cause principale de sous performance observées dans les ZS.

## **IV.2 Collaboration inter SR/DPS/PNLS/PNTS/Antenne SANRU**

Au Kasaï Occidental, FDSS était le seul SR du projet Fonds Mondial SSF. Le FDSS a entretenu une collaboration réussie avec le PNLS et PNTS pour harmonisation et validation des données des ZS ; il participait ensemble avec la(le) DPS/PNLS et PNTS, l'antenne SANRU et les ZS à toutes réunions de concertation ou d'évaluation qui étaient organisées au niveau de la province. Il était également invité à toutes les réunions (Task force, etc.) organisées par le PNLS.

Au Kasaï oriental, FDSS se réunissait régulièrement avec BDOM, qui était un deuxième SR de SANRU au niveau de la province, pour échanges d'expérience et/ou harmonisation des stratégies sur la mise en œuvre des activités.

En effet, dans les deux provinces où le FDSS prestait, il a entretenu une collaboration réussie avec tous les acteurs/partenaires (étatiques et non étatiques) du projet. Plusieurs réunions ont été tenues avec les antennes SANRU pour planifier, recadrer, évaluer, etc. le processus de la mise en œuvre du projet. Les échanges d'informations étaient permanents. Le FDSS était constamment représenté dans le cadre de concertation provinciale, qui du reste a tenu jusque-là des réunions ponctuelles.

Toutes les ZS d'intervention ont bénéficié d'un accompagnement renforcé du FDSS dans le cadre de la mise en œuvre des activités du projet. La collaboration réussie du FDSS avec ces ZS a permis l'appropriation des activités du projet (PEC, communications, etc.) par ces dernières. Toutes les ZS, ont en effet transmis leurs rapports au FDSS bien que par moment avec des promptitudes faibles. Toutes les ZS apprécient les services du FDSS et souhaitent son implication dans les prochains Grants.

## **V. SUIVI EVALUATION**

### **V.1 Performance globale (Justification des variances)**

Le FDSS dispose d'un Plan de suivi et évaluation, qui décrit les responsabilités de chacun et à tous les niveaux (FOSA, BCZS, SR, PR et Programmes), le circuit et délais de transmission, outils de collecte et les procédures pour l'assurance de la qualité de données.

Le circuit de rapportage utilisé est le circuit intégré dans le système national d'information en santé et se conforme aux directives fixées par SANRU/FM.

Dans son ensemble, les performances sont bonnes sauf pour les indicateurs liés à la PTME et IO comme les reprennent les tableaux ci-après :

Tableau 3 : Performances des indicateurs au Kasai Occidental au cours du SSF

Indicateurs	2012			2013			2014			Explications
	Attendus	Résultats	Performance (en %)	Attendus	Résultats	Performance (en %)	Attendus	Résultats	Performance (en %)	
Préservatifs distribués	491422	1059789	216%	3239924	3558404	110%	2581719	2712056	105%	Des bonnes performances ont été réalisées au cours de ces trois années de la mise en œuvre des activités (respectivement 216%, 110% et 105%). En 2012, ce sont les activités de sensibilisation communautaire qui ont permis une très bonne distribution, et ainsi une réalisation au-delà de performance attendue. En 2013, la bonne performance réalisée a été obtenue grâce à la stratégie de la distribution communautaire par des capotiers, stratégie mise en place depuis le round passé. Pour cibles, les points chauds (Hôtels, Bars, Camp militaire) et autres personnes identifiées comme à risques (chauffeurs taximan Moto, appelés communément « wewa ») ont été visés. Ainsi, une grande quantité de préservatifs a été distribuée dans les quatre ZS de la ville (Kananga, Lukonga, Ndesha et Tshikaji,) lors de la JMS 2013. En outre, le couplage de la sensibilisation de masse au CDV mobile lors de séances des séances de vidéo forum a aussi contribué aux bons résultats réalisés au cours de l'année 2013. En 2014, la plupart des ZS a maintenu sa performance grâce à la disponibilité des préservatifs, du fait que la grande distribution des préservatifs a été effectuée avec l'appui de l'UCOP+, dans les points chauds des zones de santé urbaines. Cependant, les approvisionnements du PR n'ont pas pu couvrir tout le besoin de toutes les ZS, et le sous rapportage des certaines structures n'ayant pas intégré le paquet complet VIH (Bilomba, Mikalayi,...) a fait que les résultats de 2014 ne soient pas aussi performants que ceux des années précédentes.

CDV	30374	32011	105%	60395	90597	150%	89616	115072	128%	Les performances des résultats réalisés au cours de ces trois dernières ont été bonnes : 105% (2012), 150% (2013) et 128% (2014). La performance observée en 2012 émane des résultats réalisés dans les ZS de Bunkonde, Ilebo, Kananga, Tshikaji, Lubondaie, Luiza et Tshikula. Au niveau des autres ZS, les réalisations sont en dessous des prévisions. On peut signaler l'insuffisance de la sensibilisation dans les communautés comme étant à la base des mauvais résultats obtenus dans ces ZS. En 2013, le recours à la stratégie de DCIP (qui implique un Conseil, un dépistage et un diagnostic initié par le prestataire) mise en application dans les FOSA contribué à l'amélioration des performances de cet indicateur par l'augmentation du taux d'acceptation du CDV par les clients. En outre, l'organisation des CDV mobile lors des séances de Vidéo forum dans toutes les Zones de Santé a aussi contribué à la réalisation de cette performance. En 2014, la bonne performance obtenue est principalement le résultat d'une forte utilisation de service dans la plupart de structures, et à la grande adhésion des prestataires à l'application de la stratégie DCIP instaurée depuis 2013.
PTME	78	41	53%	361	133	37%	637	198	31%	A part l'année 2012 où la performance des résultats de la PTME était moyennement bonne (53%), les résultats des deux années suivantes du Projet n'ont pas été fameux : 37% (2013) et 31% (2014). On peut dire que les résultats de cet indicateur n'ont pas été performants durant la mise en œuvre de tout le Grant. En 2012, le résultat obtenu est la performance de la seule ZS de Kananga qui a dépassé sa cible. Les autres ZS étaient très loin de la performance à cause, d'une part, des ruptures intempestives en intrants PTME et la très faible sensibilisation de la communauté. En effet, beaucoup de femmes en milieu rural n'acceptent pas facilement de se faire dépister pour le VIH quand elles sont enceintes. D'autre part, les ECZS ont rapporté que les prestataires des soins n'étaient pas motivés à sensibiliser la communauté comme dans le temps quand il y avait l'appui de la GTZ ou autre partenaires parce que n'étant pas pris en charge financièrement par le projet. En 2013, d'autres faits importants influant négativement aux résultats de la PTME ont été décelés : l'ancienne politique de la PTME utilisée par le PNL (choix de



											l'option B utilisé offrant le service qu'à un nombre limité des femmes enceintes VIH+, tenant compte de l'âge de la grossesse), et qui ne donne pas la possibilité à toutes les femmes VIH+ en CPN d'être mises sous ARV, bien que le nombre des FOSA ayant intégrées l'activité avait augmenté. En outre, les activités communautaires planifiées après le briefing des médiateurs communautaires afin de booster les résultats de cet indicateur n'ont pas été mise en œuvre dans leur totalité, à cause du retard dans le décaissement des fonds. Seules quelques ZS (Kananga, Luebo, Mikalayi et Tshikapa) ont produit des résultats satisfaisants. Enfin, la non maîtrise du protocole PTME par les prestataires des différentes ZS a aussi contribué à cette faiblesse au début de l'année ; fort heureusement, cela a été corrigé par le PR en organisant une formation au cours du second trimestre. En 2014, la persistance de la faible performance de cet indicateur est à attribuer aux mêmes faits évoqués les années passées: faible fréquentation des femmes enceintes à la CPN, non-application de l'option B+ par certains prestataires faute de formation. En plus de cela, il a aussi été relevé au cours de cette année que les cibles de la majorité des ZS rurales ont été surestimées.
PEP	159	7	4%	323	104	32%	153	156	102%	La performance de cet indicateur a été très faible la première année de la mise en œuvre de cette phase (4%). Les résultats se sont tout de même améliorés l'année suivante (32%), pour enfin dépassé la cible attendue en 2014 (102%). Le grand écart observé dans l'atteinte de ces résultats trouve son explication dans l'absence totale de kits pour la prophylaxie post exposition dans les ZS au début du projet (2012). En 2013, le résultat réalisé est à attribuer à la performance de la zone de santé de Kananga au cours du dernier trimestre (125%). En effet, cette ZS bénéficie de l'appui d'une ONG œuvrant dans le domaine de violence sexuelle, et cette dernière oriente toutes les victimes vers les FOSA de PEC après leur notification. Mais les faibles résultats du reste des zones de santé ont dilué cette performance. En outre les autres activités prévues pour booster cet indicateur tels que la mise en place d'un comité multisectoriel pour la coordination des activités et la	

										reproduction et vulgarisation des directives de prise en charge des violences sexuelles n'a pas été effective au cours de cette année. En 2014, la révision des cibles des ZS et des forts sensibilisations réalisées dans les zones de santé urbaines comme rurales par les acteurs de lutte contre les violences sexuelles (REFEDEF, LIZADEL) et autres partenaires, en synergie avec les organisations œuvrant pour les droits de l'enfant, des victimes de violences sexuelles et la protection de la femme, avec qui les ECZS travaillent désormais en collaboration, ont contribué à l'amélioration des résultats car, beaucoup de cas de viols orientés vers les structures de prise en charge médicale proviennent de ces organisations.
IST	14519	5456	38%	29910	19753	66%	30807	27909	91%	Les résultats de cet indicateur se sont peu à peu améliorés au cours des trois années du projet : 38% (2012), 66% (2013) et 91% (2014). Dans l'ensemble, cette situation est due à des nombreuses et longues ruptures de stock des intrants IST (erythro, doxyciline, amoxiciline, metronidazole) déclarées en 2012 et l'absence d'un guide de remplissage d'un outil de collecte des données. En outre, certaines ZS ont une faible capacité de prise en charge, due à l'absence des prestataires formés. Certaines structures effectuent une approche étiologique en lieu et place d'une approche syndromique. En 2013, une faible amélioration a été notée. Cette performance s'explique par le fait qu'il y a eu disponibilité de molécule dans les FOSA surtout au cours du dernier semestre. Ceci a permis au 3/4 des ZS d'améliorer leurs performances (Kananga, Lukonga, Masuika, Ndesha, Katoka, Bunkonde, Lubondaie, Mikalayi, Ilebo, Tshikula et Luiza. Mais il persiste encore des difficultés pour une meilleure compréhension et l'application routinière du concept " cas contacts " dans le chef de certains prestataires non formés sur la prise en charge des IST selon cette approche dans la quasi-totalité des structures des ZS. En 2014, une nette amélioration a été observée; celle-ci résulte de l'utilisation des ordinogrammes et algorithme de prise en charge des cas, mais aussi de l'approvisionnement supplémentaire en intrants IST dans les ZS appuyées par un autre partenaire (projet ASSP/SANRU/DFID). Ainsi, ceci a contribué au respect de la

										prise en charge syndromique. Mais au cours de cette année, l'insuffisance de certaines molécules a encore créé quelques difficultés dans la mise en œuvre de cette activité, parce que dans certaines ZS, ceci a contribué à la sous notification des cas par les prestataires.
CTX	2195	1685	77%	7145	1777	25%	8385	3063	37%	Les résultats de la PEC des IO ont été bonne en 2012 (77%), puis se sont fortement dégradés en 2013 et 2014 (respectivement 25% et 37%). En 2012, toutes les ZS ont été approvisionnées en CTX au dernier trimestre de l'année, ce qui a fait que les ZS comme Ilebo, Tshikaji et Tshikapa ont largement dépassé leur performance, bien que d'autres soient encore loin du résultat. En 2013, une forte décroissance de la performance réalisée l'année passée a été observée. Le constat fait sur terrain est que les difficultés constatées au début de 2013 ont persisté chez un grand nombre des prestataires des quelques des zones de santé: le non-respect de la politique nationale, la mise sous prophylaxie n'est pas systématisée (seuls les nouveaux cas PVVIH enregistrés sont mis sous cette prophylaxie par certains prestataires). En outre, la surestimation de la cible de la ZS de Kananga contrairement aux autres zones de santé a engloutie les résultats de cette dernière. Enfin, l'approvisionnement des médicaments en quantité insuffisante (4.219.000 cés reçus sur 12.740.400 cés attendus selon le cadre de performance) et un besoin urgent en formation des prestataires pour pallier à ces insuffisances constatées sur terrain. En 2014, une faible amélioration a été observée mais qui reste très faible comme performance pour les mêmes raisons évoquées en 2013. Les efforts fournis lors des missions sur terrain pour le recadrage de la compréhension de cet indicateur ont eu un faible impact jusque-là, du fait que le mouvement des prestataires prédomine encore dans les FOSA. Les prestataires formés migrent ailleurs et/ou ne travaillent plus aux mêmes endroits à cause des contraintes socio-économiques. Toutefois, il est clair que quel que soit la volonté de FDSS, ce résultat était difficile à atteindre dans ces conditions.
TARV	3131	1835	59%	4872	2204	45%	2986	2469	83%	La performance des résultats de la PEC des PVVIH a été moyennement bonne en 2012 (59%), faible en 2013 (45%) et bonne en 2014 (83%). Malgré la disponibilité des ARV dans toutes les structures, toutes les ZS n'ont pas réalisé les résultats attendus en 2012. Des nombreux problèmes liés aux ruptures de stocks ont été signalés. Notons également qu'il y a

										<p>insuffisance des médecins prescripteurs dans d'autres ZS. Cette faible performance s'explique par le fait qu'il y a eu surestimation de la cible trimestrielle attendue dans la ZS de Kananga, ne pouvant pas permettre de réaliser la performance attendue dans l'ensemble des zones de santé, ceci a dilué le résultat produit par les autres zones de santé au cours du dernier trimestre. D'autres zones de santé par contre ont tiré vers le bas la performance générale cumulée, pour les raisons ci-après : mouvements des prescripteurs formés des certaines FOSA dans la plupart des ZS, occasionnant une instabilité du nombre des prescripteurs, en outre, l'appareil « FASCOUNT » de Kananga pouvant faciliter la mise sous ARV d'un grand nombre des PVVIH éligibles, est resté non fonctionnelle durant toute l'année par manque des réactifs. Le module de tutorat provincial prévu pour accompagner les prestataires de FOSA de Prise en charge a été rendu disponible qu'à la fin de l'année ; l'accompagnement a été réalisé en priorité dans les zones de santé urbaines. Une forte amélioration de performance a été observée à la fin de 2014. Ceci s'explique d'une part par l'intégration des anciens malades des ZS voisines de la ville de Tshikapa par exemple, sans appui (Cas des ZS Kalonda-Ouest et Kanzala) dans la cohorte, et par la constance de performances des certaines ZS urbaines et rurales comme (Kananga, Katoka, Lubondaie, Ndesha, Tshikaji, Bunkonde, Bilomba, Mikalayi), d'autre part. En outre, par le fait que la zone de santé d'Ilebo, de par sa situation économique-administrative (un port fluvial et un centre commercial) accueille plusieurs patients hors zone. Il y a aussi l'efficacité de l'accompagnement permanent du FDSS qui, lors des missions de suivi, propose des solutions sur les problèmes trouvés chez certains prestataires des ZS, par rapport à la bonne prise en charge des PVVIH (la réduction du nombre des patients en file d'attente, l'évaluation des certains PVVIH anciens cas abandonnés sous prophylaxie, la réintégration des perdus de vue sous TARV, ...). Il faudrait aussi noter que la révision des cibles de toutes les ZS a permis d'améliorer les résultats.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TB VIH	346	194	56%	2256	4306	191%	6618	5123	77%	<p>Une performance assez bonne est enregistré en 2012 (56%), une hyper performance en 2013 (191%) et une bonne performance en 2014 (77%). En 2012, l'absence d'un canevas de rapportage au niveau des ZS pour capter cette donnée a fait le résultat global réalisé soit moyen. Au cours de l'année 2014, lors des missions réalisées sur terrain, l'indicateur a été bien expliqué aux prestataires et ces derniers ont observé scrupuleusement la définition de cet indicateur lors des soins aux PVVIH. La performance réalisée en 2014 est de 77%, tandis qu'il a été observé des performances dépassant la cible attendue dans certaines ZS: Kananga (454%), Ilebo (271%), Katoka (215%) et Lukonga (136%). En effet, cette situation s'explique par la mauvaise compréhension de l'indicateur, ce qui entraîne un double comptage des malades par les prestataires (comptage des évaluations faites sur la même personne à chaque rendez-vous, chaque mois). Par contre, les faibles résultats réalisés dans d'autres ZS comme : Bilomba, Bunkonde, Dibaya, Lubondaie, Luebo, Luiza, Masuika, Mikalayi, Mweka, Ndesha, Tshikapa et Tshikaji s'explique par la sous notification des malades reçus durant le mois par les prestataires (non enregistrement dans un quelconque registre. Notons que le mouvement des prestataires formés et chez qui des définitions claires sur certains indicateurs tel que celui-ci ont été données, influe négativement sur les performances des résultats (les prestataires qui remplacent ne comprennent pas l'indicateur et sous notifiant les cas.</p>
Sécurité transfusionnelle (Sang testé aux 4 marqueurs)	4845/6052 (80%)	3411/3653	93%	11207/12495 (90%)	8670/9424	92%	12835/12835 (100%)	12047/14485	83%	<p>En 2012 et 2013, des hyper performances sont notées (respectivement 93% et 92%), tandis qu'en 2014, une moyenne performance par rapport à la cible a été réalisée (83%). L'insuffisance d'intrants pour faire le test aux 4 marqueurs dans plusieurs FOSA n'a pas permis de tester la totalité des poches de sang collectées (il y a eu souvent manque des intrants HCV). Néanmoins, tout le sang transfusé a été testé au moins au VIH. En 2013, les résultats réalisés montrent que 92% de poches de sang collectées ont été testé aux quatre marqueurs. Cependant, le résultat contractuel annuel attendu n'a pas été atteint en termes de nombre de poches de sang devant être collectées. Cette performance est le reflet des résultats réalisés par 5 zones</p>

											<p>de santé (Dibaya, Lubondaie, Lukonga, Tshikapa et Tshikula), qui ont pu tester 100% de poches de sang collectées. Mais il sied de signaler que les difficultés majeures rencontrées (quantité insuffisante des intrants pour tester les plus de poches de sang et le retard dans l'approvisionnement des zones de santé aux 4 marqueurs), particulièrement au cours du dernier trimestre de cette année dans certaines zones de santé, ont freiné l'atteinte de performance à 100%. La présence de banques de sang dans la plupart des structures des ZS et l'approvisionnement supplémentaire en marqueurs dans certaines zones de santé (Dibaya, Bilomba, Bunkonde, Luebo, Lubondaie, Luiza, ...) par d'autres projets (PROSANI, ASSP/SANRU/DFID) et le CPTS, ont concouru à la bonne performance de cet indicateur. L'approvisionnement en intrants de sécutrans par le projet SANRU/FM reste encore insuffisant par rapport au besoin des ZS. Ainsi, cette régression de performance constatée quant à 2012 et 2013.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

Tableau 4 : Performances des indicateurs au Kasai Oriental au cours du SSF

Indicateurs	2012			2013			2014			Explications
	Attendus	Résultats	Performance (en %)	Attendus	Résultats	Performance (en %)	Attendus	Résultats	Performance (en %)	
Préservatifs distribués	173441	275262	159%	1143502	1263853	111%	911195	1133853	124%	Durant les trois années de mise en œuvre, les résultats de cet indicateur ont été hyper performants : 159% (2012), 111% (2013) et 124% (2014). En 2012, ce résultat a été atteint grâce à la distribution massive des préservatifs réalisée lors des campagnes du deuxième semestre de l'année par l'ASF, avec le concours des partenaires de terrain comme FOSI et RACOF. Il est cependant à noter qu'il y a eu quasi absence des préservatifs dans les ZS de Ngandajika, Mulumba, Kalonda Est et Kabinda. En 2013, La distribution des préservatifs a été facilitée par les capotiers recrutés dans les ZS. Et à Muene Ditu, l'ONG AIDE URGENTE, ACDI et la plate-forme RACOF ont été sérieusement mises à contribution dans la distribution lors des campagnes de sensibilisation, le dépistage volontaire et la JMS 2013. Cela a permis à la ZS de Muene Ditu de réaliser la meilleure performance dans la distribution des préservatifs en dépassant sa cible annuelle (110 %). La ZS de Kalonda Est est celle qui a beaucoup plus tiré la performance générale de FDSS vers le bas (elle a atteint 8,6 % de sa cible annuelle). Bien entendu, cette ZS a souffert du manque d'approvisionnement en préservatifs pendant 11 mois pour les féminins et pendant 12 mois pour les masculins. En 2014, la stratégie de la distribution communautaire par des capotiers a contribué pour beaucoup dans la mise en œuvre de cette activité, avec comme cible les points chauds (Hôtels, Bars, Camp militaire) et autres personnes identifiées comme à risques (chauffeurs taximan Moto, appelés communément « wewa »). En outre, le couplage de sensibilisation de masse au CDV mobile lors des séances de vidéo forum concourent aussi à ces bons résultats.

CDV	10721	10364	97%	21316	30885	145%	31630	37992	120%	<p>En 2012, les résultats du CDV ont pratiquement atteint la cible (97%), tandis qu'en 2013 (145%) et 2014 (120%) les résultats ont été hyper performants. Deux ZS sur six ont fait une hyper performance (plus de 100 %) en fin 2012. Le résultat est très élevé à Mwene Ditu parce que l'une des structures retenues dans le Projet est un CDV communautaire. Et dans la ZS de Ngandajika, les réalisations sont en dessous des prévisions. Dans la ZS de Mulumba, il a été noté l'insuffisance du personnel formé pour le CDV (un seul conseiller travaille dans 2 centres LUANGA et KAKONA). Toutes les 6 ZS ont dépassé leurs cibles annuelles pour cet indicateur en 2013. Cette performance est due à l'engouement des populations pour le dépistage, même en milieu rural. La disponibilité de tests sur une très large partie de l'année et la mise en œuvre du plan de rattrapage ont certainement contribué à la réalisation de cette performance. En 2014, le recours à la stratégie de DCIP (qui implique un Conseil et dépistage et diagnostic initié par le prestataire) mise en application dans les FOSA depuis l'année passée a contribué à la stabilisation du taux d'acceptation des clients au CDV. En outre, l'organisation de CDV mobile lors des séances de Vidéo forum dans toutes les Zones de Santé a permis de maintenir ce bon résultat de l'activité de CDV.</p>
PTME	38	9	24%	176	51	29%	310	72	23%	<p>Les performances de cet indicateur ont été très faibles au cours des trois années de mise en œuvre : 2012 (24%), 2013 (29%) et 2014 (23%). Le manque de motivation financière des prestataires par le Projet n'a joué en la faveur des résultats en 2012; seule la moitié des ZS (3 ZS/6) ont rapporté à la fin de cette année. En 2013, la mise en œuvre de la stratégie avancée n'a pas été totalement effective dans l'ensemble des ZS de manière continue à cause des problèmes de déplacement des prestataires. Les ZS attendaient le démarrage effectif du programme des médiateurs communautaires pour relever les résultats de cet indicateur ; malheureusement les fonds pour la mise en œuvre de cet important programme n'ont été réceptionnés</p>



											<p>par le SR que dans la 2ème moitié du mois de décembre. Ce qui explique le démarrage très tardif de cette activité (formation des MC) en fin décembre par les ZS et la persistance des faibles résultats au niveau des ZS. En 2014, il a été relevé que la principale difficulté quant à l'atteinte de la cible de cet indicateur est liée à la politique de la PTME utilisé par le PNLS (choix de l'option B utilisé offrant le service qu'à un nombre limité des femmes enceintes VIH+, tenant compte de l'âge de la grossesse). En effet, ceci ne donne pas la possibilité à toutes les femmes VIH+ en CPN d'être mises sous ARV, bien que le nombre des FOSA ayant intégrée l'activité ait augmenté. Nous espérons que cette situation sera corrigée dans le futur, et fera que les résultats de cet indicateur soient améliorés. La seule différence s'est constatée sur les cas de la ZS de Kabinda, le cas de PTME pour sa propre santé mais prenait les ARV au CS Mbandaka, alors qu'elle n'est pas une FOSA de prise en charge des PVVIH aux ARV, après discussion la ZS a repris le cas pour le compte de HGR. La faible couverture dans les ZS et application à l'échelle de la stratégie 3 dans les FOSA ayant intégré la PTME. Il y a aussi la mauvaise compréhension de l'indicateur par les prestataires qui ont rapporté un même cas plusieurs fois.</p>
PEP	60	1	2%	114	31	27%	42	111	264%	<p>Les résultats de la PEP ont évolué en crescendo au cours de ces trois années, en étant très faibles les deux premières années : 2% (2012) et 27% (2013), puis hyper performants 264% (2014). Le grand écart observé dans l'atteinte de ce résultat trouve son explication dans l'absence totale de kits pour la prophylaxie post exposition dans les ZS. Le seul cas rapporté par la ZS de Kabinda en 2012 ne reflète pas la réalité; les cas qui nécessitent la prophylaxie post exposition ne sont presque pas déclarés. Cette faible performance observée en 2013 était liée d'une part à l'ignorance par les prestataires (au cours d'une grande partie de l'année) sur la possibilité de reconstituer les kits PEP (qui manquaient) pour la prophylaxie post exposition et d'autre part, à la sous notification de cas. Les résultats les plus élevés ont été</p>	

										réalisés dans la ZS de Muene Ditu (78,95 %). Aucune autre ZS n'a pu atteindre 50 % de performance: Ngandajika (42,11 %), Mulumba (26,3 %), Makota (10,53 %), Kabinda (5,3 %) et Kabinda (0 %). Les campagnes de sensibilisation organisées au mois de décembre 2014 ont poussé la population à la dénonciation des cas de VS et AES; il faut dire qu'il y a eu aussi une nette collaboration entre les zones de santé et les services judiciaires et de la police, les leaders et les APA sur la prévention au Kit PEP, dans les 48 H qui suivent le viol. En effet, les ZS de Mulumba, Mwene Ditu et Ngandajika ont sensibilisé les services judiciaires, la Police et les leaders que tout cas de viol devrait d'abord passer par une prise en charge médicale avant la prise en charge médicale. Ceci justifie la bonne performance réalisée en fin 2014.
IST	5123	1735	34%	10556	7688	73%	10873	10501	97%	La performance de la PEC des IO a été très faible en 2012 (34%), et bonnes les deux années suivantes : 2012 (73%) et 2014 (97%). Dans l'ensemble, cette situation est due à des nombreuses et longues ruptures de stock des intrants IST (erythro, doxycycline, amoxiciline, metronidazole) en 2012. L'absence d'un guide de remplissage de l'outil de collecte de données, freinent l'atteinte de résultat pour cet indicateur. En outre, les ZS ont une faible capacité de prise en charge, due à l'absence des prestataires formés. Au cours de l'année 2013, les ZS ont connu quelques ruptures de stock dues au retard dans la réception des médicaments à la CDR. Mais la situation s'est régularisée dès que la livraison a été effective dans les structures. Dans la ZS de Makota par exemple, il s'est posé le problème de compétence dans le chef des prestataires, étant donné que le HGR n'a pas de prestataires formés sur l'approche syndromique. Et pendant presque toute l'année, cette FOSA n'avait contribué aux résultats pour cet indicateur. Des ruptures de stock en médicaments contre les IST ont été signalées durant 2014. Cependant, la situation a quand même été récupérée, par le fait que les ZS ont appliqué les stratégies arrêtées dans le plan de redressement proposé par le FDSS : informer et impliquer les autres FOSA à renvoyer les cas IST dans les FOSA où la

										prise en charge gratuite des IST est implémentée. Il y a également, dans ces milieux ruraux, la préférence de la médecine traditionnelle par les personnes atteintes par les IST que la médecine moderne.
CTX	522	675	129%	1696	826	49%	1991	1035	52%	On note une hyper performance en 2012 (129%), une faible performance en 2013 (49%) et une moyenne performance en 2014 (52%). En 2012, les ZS n'ont pas connu de ruptures de stock en cotrimoxazole (sauf la ZS de MAKOTA qui a connu une rupture en décembre pour ctx). La faible performance constatée en 2013 est due en grande partie à la non-disponibilité de l'intrant au cours du dernier trimestre de l'année. En effet, la CDR a reçu ces molécules en fin septembre 2013, et la réception de ces derniers par le FDSS n'a pu intervenir qu'au mois de novembre ; la livraison vers les ZS a pris du retard à cause du colisage fait en retard par la CDR. A cela il faudra ajouter la quantité insuffisante reçue (pour tout le Grant, nous n'avons reçu que 636.500 cés alors que nous avons 723 malades, nous avons besoin d'au moins 1.041.120 cés), qui n'a pu couvrir que quelques mois de mise en œuvre. Par ailleurs, nous pensons que la cible de la ZS de Kabinda a été fortement surestimée; elle est trop élevée (875) et dépasse la somme des cibles des 5 autres ZS de FDSS (821) alors que sa cible pour le TARV représente le 1/10 de l'ensemble des 6 ZS. Il est clair que cette cible ne pouvait jamais être atteinte dans ces conditions. Toutefois, nous avons aussi constaté une mauvaise compréhension de cet indicateur chez encore certains prestataires et les ruptures qu'ont déclaré les ZS ont joué en défaveur des résultats réalisés en 2014. La plupart des ZS ont été approvisionnées en fin septembre 2014.

TARV	1031	596	58%	1606	717	45%	1189	891	75%	La performance de la PEC des PVVIH a été moyennement bonne en 2012 (58%), faible en 2013 (45%) et bonne en 2014 (75%). En 2012, toutes les ZS n'ont pas atteints les résultats attendus malgré la disponibilité des ARV dans toutes les structures de Prise en charge. Il faut noter qu'il y a insuffisance des médecins prescripteurs dans pratiquement toutes les ZS. Très peu de malades mis sous TARV (il y a eu seulement 20 NC pour les 6 ZS dont 6 à Makota et respectivement 4 à Muene Ditu et Mulumba) au cours du dernier trimestre de 2013. Mais cette faible performance est due au nombre de perdues de vue (6) et de décès (3 dont 2 à Ngandajika). On notera qu'il y a une trop faible récupération des perdues de vue (dont la plupart quitterait la ZS et même la province). La lecture des résultats atteints par les ZS indiquent que seules 2 ZS ont atteint et dépassé la moitié de performances attendues (Ngandajika et Kabinda avec respectivement 61 % et 52,41 %). Les autres ZS sont en deçà de 45 % avec un pic vers le bas de 32 % observée dans la ZS de Kalonda qui avait débuté l'année avec 10 malades pour la terminer avec seulement 8 malades. En 2014, 75% des PVVIH sont sous TARV. Cet indicateur longtemps faiblement rapporté, s'est vu amélioré depuis que les programmes, le PR, SR et les ZS ont de façon consensuelle revu et adopté des nouvelles cibles. Des efforts restent à fournir, pour améliorer davantage la prise en charge des PVVIH. Toutes les ZS ne faisaient pas l'analyse de cohorte, c'est-à-dire prendre le solde de cas des PVVIH sous ARV du mois précédent et additionner aux nouveaux cas, puis soustraire aux cas décédés au cours du mois, les perdus de vus et les transférés (output).
TB VIH	122	0	0%	797	778	98%	2336	1891	81%	En 2012, aucun résultat d'évaluation des PVVIH à la TBC n'a été rapporté par les ZS. En 2013, la performance a été bonne car avoisinant la cible visée (98%), et en 2014 la performance est restée bonne (81%). L'absence de canevas de rapportage au niveau des ZS en 2012 pour capter cette donnée a été la principale cause de non-rapportage de cette dernière. La performance s'est nettement améliorée en

										<p>2013, surtout au dernier trimestre, à la suite des nombreuses actions de suivi et d'encadrement initiés par le FDSS. La mise à la disposition des ECZS et des prestataires des copies de l'algorithme sur la recherche de la tuberculose chez les PVVIH ainsi que l'implication de la plupart des ZS dans l'application des stratégies et activités du plan de redressement des résultats annuels 2013, ont très largement aidé à la compréhension correcte de cet indicateur (qui a posé le problème de compréhension depuis le début du Projet). En 2014, les meilleurs résultats réalisés par certaines ZS, sont dilués par les faiblesses de certaines autres. La persistance de certaines contraintes vécues sur terrain, ayant trait à l'absence de l'outil de rapportage spécifique pouvant servir à la notification de cet indicateur, contribue à cette régression de résultat (Le registre des IO ne prévoit pas une rubrique spécifique sur l'évaluation à la tuberculose des PVVIH, à part la notification des cas de coïnfection). Cette sous notification entraîne cette faible performance.</p>
<p>Sécurité transfusionnelle (Sang testé aux 4 marqueurs)</p>	<p>1704/2136 (80%)</p>	<p>1978/4458</p>	<p>44%</p>	<p>3960/4404 (90%)</p>	<p>5767/8532</p>	<p>68%</p>	<p>4527/4527 (100%)</p>	<p>9067/9387</p>	<p>97%</p>	<p>Aucun résultat de cet indicateur n'a atteint la cible au cours des trois années de mise en œuvre. Les performances sont restées moyennes en 2012 et 2013 (respectivement 44% et 68%), tandis qu'en 2014, une bonne performance est enregistrée (97%). Notez que ces résultats ont été réalisés sur des échantillons collectés et testés dépassant largement les cibles visées (soit 202% de sang collecté et 165% de sang testé par rapport aux cibles visées). L'insuffisance d'intrants pour faire le test aux 4 marqueurs dans plusieurs FOSA a été à la base de ces performances moyennes de 2012 et 2013 (il y a eu souvent manque d'intrants HCV). Néanmoins, tout le sang transfusé a au moins été testé au VIH. Les ZS de Makota et de Kalonda Est n'ont testée aucune poche de sang aux 4 marqueurs en 2012, faute de marqueurs. La ZS de Makota a connu cette situation au cours de toute l'année 2012 pour n'avoir reçu à aucun moment les 4 marqueurs (surtout Le HBS, HCV et RPR). A Kalonda Est, il a été observé au cours du dernier trimestre de 2013 une augmentation du nombre de tests aux 4 marqueurs et ce,</p>

										<p>pour la 1ère fois depuis le début du Projet. C'est à la suite des nombreuses missions de suivi, de supervision et des feedback répétés du FDSS, des partenaires et du Programme (PNTS) que la ZS et l'HGR ont commencé à fournir les efforts pour sécuriser le sang et assurer les transfusions de qualité. En 2014, 97% de sang collecté a été testé et le sang transfusé par les ZS a été testé aux quatre marqueurs. Des ruptures de cet intrant sont à la base de cette situation. Un approvisionnement régulier permettrait de tester la totalité de poche de sang collectée. Il y a eu des sérieux problèmes avec cet indicateur, car le Projet ne reçoit presque pas de canevas PNTS en dur pour les ZS, sauf Mwene ditu et Ngandajika au cours de certains mois Dans la plupart des cas, les données ont été transmises par téléphone. Lorsque ces ZS reçoivent les feedback du programme, elles changent les données sans en tenir informé au préalable le FDSS.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tableau 5 : Performances globales des indicateurs au cours de l'extension SSF

Indicateurs	Cluster KW			Cluster KE			Cluster LM			Total			Commentaires
	Résultats attendus	Résultats réalisés	%	Résultats attendus	Résultats réalisés	%	Résultats attendus	Résultats réalisés	%	Résultats attendus	Résultats réalisés	%	
Préservatifs distribués	2515784	477814	19	1884947	565698	30	1450958	244404	16,8	5851689	1287916	22	La faible disponibilité et le non approvisionnement des préservatifs dans les ZS au cours de la période sous examen ont entraîné les faibles performances observées dans tous les clusters. Cependant, dans le cluster KE la ZS de Bonzola a réalisé des performances très élevées. Cela a été due en grande partie à l'intervention, dans cette ZS, du Projet de l'armée pour la lutte contre le SIDA (PALS) qui appui les CDV et organise la distribution des préservatifs auprès des policiers, militaires et autres catégories à risque. Le Cluster KE est ainsi le plus performant.
CDV	68586	19848	28,9	51388	28019	54,5	39556	10443	26,4	159530	58310	36,6	Nous avons observé une petite amélioration de résultats au T2. Il faut noter que l'approvisionnement des ZS en test n'a pas été régulier au cours de ce semestre, suite au retard de décaissement de fonds pour le transport.
PTME	164	84	51,2	125	69	55,2	95	35	36,8	384	188	49	Malgré le démarrage de l'Option B+ dans toutes les ZS dans le cluster KE, il se pose encore un problème de la mise sous ARV en prophylaxie les femmes enceintes dépistées VIH positif, il faut aussi dire la molécule appropriée n'était pas disponible (TDF et 3TC) à la CDR. Au KW par contre, il y a eu une amélioration de performance au T2 bien qu'il y ait diminution du nombre des femmes enceintes VIH mis sous TARV. Cette amélioration peut s'expliquer d'une part par la révision de cibles des ZS, et d'autre part par l'intensification des activités de sensibilisation des femmes enceintes dans la communauté. Certaines ZS telles que Ilebo, Tshikaji, Bilomba, Kananga, Luebo et Ndesha ont réalisé des bons résultats. Nous pensons que ces résultats vont s'améliorer avec l'implémentation officielle et effective de l'Option B+ à toute femme enceinte VIH+ dans le KW. Au LM, nous avons observé une faible sensibilisation des femmes enceintes par les RECO,MC et les prestataires suite à la démotivation par manque d'appui(fonds) aux activités

<b>PEP</b>	57	76	133,3	32	53	165,6	35	48	137,1	124	177	142,7	Au KE il existe une collaboration entre les zones de santé et les services judiciaires ainsi que la police, les leaders et les APA sur la dénonciation des cas en vue de la prévention au Kit PEP, ce qui a amélioré cet indicateur dans l'ensemble; on dépasse le 100%. Au KW on note également une hyperperformance bien que certaines ZS n'ont pas réalisé des faibles résultats. La révision des cibles en est l'une des causes. Mais aussi les sensibilisations antérieures organisées dans les zones de santé par les acteurs de lutte contre les violences sexuelles et partenaires travaillant en synergie avec les organisations œuvrant pour les droits de la femme et de l'enfant telles que REFEDEF et LIZADEL.
<b>IST</b>	34902	13370	38,3	26151	7568	28,9	20130	4707	23,4	81183	25645	31,6	L'approvisionnement des médicaments contre les IST au cours de l'extension SSF n'avait pas tenu compte des besoins réels, ce qui a conduit à des ruptures prolongées dans les ZS. Les performances sont très faibles dans tous les clusters.
<b>IO (CTX)</b>	3077	2983	96,9	3610	3319	91,9	1197	1092	91,2	7884	7394	93,8	La disponibilité des molécules dans la plupart des ZS ainsi que le renforcement des capacités des prestataires en rapport avec la compréhension de cet indicateur (le respect de la politique nationale sur la mise en application stricte des PVVIH sous prophylaxie au CTX) ont contribué aux bonnes performances observées.
<b>TARV</b>	2897	2630	90,8	3530	3242	91,8	1137	934	82,1	7564	6806	90	Les performances observées s'expliquent essentiellement par le fait de la révision de cible autrefois suréstimées dans certaines ZS ainsi que les approvisionnements urgents surtout dans les ZS du cluster KW.
<b>TB VIH</b>	2921	2175	74,5	3640	3242	89,1	1061	304	28,7	7622	5721	75,1	La performance globale est bonne. En effet, il convient de continuer de mettre en œuvre des stratégies d'accompagnement technique régulier des prestataires de prise en charge conjointement avec la DPS/PNLS pour améliorer la compréhension de la mise en pratique de cet indicateur.



<b>Sécurité transfusionnelle (Sang testé aux 4 marqueurs)</b>	5441	4399	80,8	4842	4348	89,8	3701	3572	96,5	13984	12319	88,1	<p>La performance globale est de 88%. Cependant performance attendue a été de 100%. Cependant, dans toutes les ZS du Kasai Occidental, toutes les poches de sang collectées ont été testées aux quatre marqueurs sauf à Bukonde, Luiza, Masuika, Mikalayi, Mweka, Tshikapa et Tshikula ; ce qui représente 41% des ZS de ce cluster. Dans le cluster Kasai Est, cette situation est observée dans la moitié des ZS. Les ZS Lukelenge, Bipemba, Bonzola et Tshilenge, bien ayant dépassé le 65% de sang testé n'atteignent pas le 100% attendu. A Lomami également, la moitié des ZS bien que ayant dépassé le 75% n'atteignent pas la performance attendue. L'insuffisance d'intrants pour tester les poches de sang aux 4 marqueurs est la cause principale de sous performance observées dans les ZS.</p>
---	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	-------	------	---

## V.2 Disponibilité des outils (collecte et rapportage)

Les outils de collecte et de rapportage de données sont disponibles dans les ZS (registres de gestion de stock, Fiches de gestion de stock, RUMER, registres pré-ARV, canevas de rapport mensuel .....). Le RUMER est presque non utilisé pour la gestion quotidienne des médicaments dans les ZS parce que les molécules ARVs ne figurent pas sur la liste des MEGs repris là-dedans. Des observations ont été faites aux ECZs pour qu'elles expliquent aux ITs comment remplacer sur la liste des médicaments du RUMER, les molécules ARVs même au manuscrit pour faciliter le suivi de l'utilisation journalière des ARVs. Il y a de fois où FDSS a eu à mettre la main sur les frais de fonctionnement pour la reproduction de certains outils de gestion tel que le canevas de rapportage mensuel des FOSA et des BCZs.

Pour pallier à cela et permettre la collecte et le rapportage des données, les structures ont été encouragées à utiliser des cahiers et registres commercialisés à la place de certains outils de collecte manquants.

Au Kasai Occidental, l'utilisation du nouveau canevas SNIS s'est fait à double vitesse dans les ZS ; en effet, pour répondre aux exigences de promptitude du bailleur, les ZS sont obligés de compléter le formulaire du PNLS qui reste encore lacunaire quant à l'exhaustivité des indicateurs contractuels (formulaires des structures). Au Kasai oriental, le rapportage des données validées des ZS vers la DPS se faisait sur le nouveau canevas SNIS qui remonte entre le 12 et le 13 du mois suivant le mois rapporté. Vue la position excentrique de certaines Zones de santé (Ex. Kabinda et Kalonda Est), certaines données ont été collectées par téléphone. Cela a eu pour conséquence la discordance entre les données du PNLS et de FDSS, discordance corrigée lors des réunions de validation des données trimestrielles et semestrielles.

La coordination provinciale du FDSS/KW a éprouvé d'énormes difficultés dans la transmission des rapports dans le délai car les ZS ne sont tenu de rapporter qu'au 20 du mois suivant, ce qui constitue un retard par rapport à la promptitude de rapportage exigé par le projet. Toutefois, nous encourageons nos ZS d'intervention de tenir leurs réunions de monitoring entre le 5 et le 10 du mois suivant afin de rendre les données disponibles dans un meilleur délai.

Lors de nos missions de suivi, un accent particulier a été mis sur la bonne tenue des outils de gestion des données ainsi que des outils de gestion des intrants, et la traçabilité des données rapportées à tous les niveaux.

## V.3 Suivi de la mise en œuvre (ZS, Structures)

Durant cette subvention, le taux de réalisation de mission de suivi de la mise en œuvre sur terrain par le FDSS est estimé à 24% ; cela était dû spécialement à des contraintes budgétaires, ajouté à cela la lourdeur dans le circuit de validation des Termes de référence des missions (Avis de non objection), comme le présente le tableau ci-après :

Tableau 5 : Nombre de missions effectuées durant tout le Grant

PROVINCES	Nom ZS	Total de missions réalisées en 2012	Total de missions réalisées en 2013	Total de missions réalisées en 2014	Total de missions réalisées pour tout le Grant	Total de missions attendues pour le Grant	%
KASAI OCCIDENTAL	BILOMBA	1	3	4	8	30	27%
	BUNKONDE	1	2	5	8	30	27%
	DIBAYA	1	2	3	6	30	20%
	ILEBO	1	3	3	7	30	23%
	KANANGA	0	2	1	3	30	10%
	KATOKA	0	2	3	5	30	17%
	LUBONDAIE	1	2	5	8	30	27%
	LUEBO	1	3	2	6	30	20%
	LUIZA	1	3	4	8	30	27%
	LUKONGA	0	2	3	5	30	17%
	MASUIKA	1	3	4	8	30	27%
	MIKALAYI	1	3	5	9	30	30%
	MWEKA	1	3	3	7	30	23%
	NDESHA	0	2	1	3	30	10%
	TSHIKAJI	1	2	1	4	30	13%
	TSHIKAPA	0	1	1	2	30	7%
	TSHIKULA	1	2	3	6	30	20%
KASAI ORIENTAL	KABINDA	0	6	3	9	30	30%
	KALONDA EST	0	2	2	4	30	13%
	MAKOTA	3	6	3	12	30	40%
	MUENE DITU	3	7	3	13	30	43%
	MULUMBA	1	10	2	13	30	43%
	NGANDAJIKA	1	9	2	12	30	40%
Total		20	80	66	166	690	24%

*Au Kasai Occidental, les ZS de la ville de Kananga ont bénéficié de plus de missions de suivi, contrairement à la situation présentée dans ce tableau. En effet, les missions effectuées dans ces ZS (Kananga, Katoka, Lukonga, Ndesha et Tshikaji) n'étaient pas budgétisées. Par conséquent, les missionnaires ne les rapportaient pas et elles ont donc été sous notifiées. Au Kasai Oriental par contre, hormis Kabinda et Kalonda Est, le nombre de missions effectuées dans chacune des autres ZS s'approche de la moitié, quoique le budget alloué à cette activité n'ait pas permis cela. Le nombre des ZS de cette province (6 ZS) et la proximité et l'accessibilité de certaines ZS par rapport à la ville de Mbuji mayi (Mwene Ditu et Makota), est la raison essentielle pour laquelle les ZS de cette province ont bénéficié de plus de missions de suivi que celles du Kasai Occidental.*

*Notons qu'au cours de l'extension, les fonds pour les missions de suivi sur terrain n'étaient pas disponibles. Donc les missions n'étaient pas réalisées.*

On note aussi que 98% des rapports des formations sanitaires ont été soumis dans le délai au Kasai occidental et 100% au Kasai Oriental; un taux de supervision des prestataires des structures sanitaires par les ECZS de 83% a été enregistré au Kasai Occidental et 72% au Kasai Oriental, avec une moyenne de 24 supervisions, soit une supervision mensuellement pour 2013 et 2014.

Le système de suivi et évaluation de ce projet utilise les mécanismes et le personnel suivant:

- La coordination nationale du projet : à ce niveau sont impliqués des experts du niveau national, ayant également une expérience avérée en suivi et évaluation. C'est à ce niveau que se fait la compilation des données provenant des coordinations provinciales, les feedback après analyse des rapports et leur transmission au PR.
- Les membres de la coordination provinciale : il s'agit du coordonnateur de site, du chargé de suivi et évaluation, commis à temps plein au suivi des activités du projet dans la ZS, qui interagissent quotidiennement avec les DPS, les BCZS, et tous les autres acteurs tels que les ONG de mise en œuvre.
- Le chargé de suivi et évaluation est responsable de la collecte, vérification et de la compilation des données en vue d'un rapportage mensuel et trimestriel auprès de la coordination nationale sur base d'un canevas élaboré à cet effet, et ce dans le délai établi par le PR. Le circuit de rapportage utilisé est le circuit intégré dans le système national d'information en santé et ce, conformément aux directives fixées par le SANRU/FM.
- Les membres du BCZS : ils ont effectué des visites de supervisions dans les sites appuyés. En moyenne, chaque volet d'activité a fait l'objet d'une supervision mensuelle dans chaque site. Les rapports de ces visites ont été utilisés pour le feedback aux structures, pour enrichir le rapport trimestriel de la ZS, ainsi que comme matière à discussion lors des revues du projet.
- Les ONG d'assistance périphérique : il s'agit d'ONG implantées dans les ZS d'intervention, ayant une expérience en matière d'accompagnement des acteurs de santé et de validation contradictoire de données.
- Les prestataires de services dans les sites appuyés, à qui une formation a été donnée sur la collecte et la traçabilité de l'information sur les services offerts.

En principe, il était prévu une mission par mois. Mais les fonds planifiés ne permettaient pas leur réalisation. La coordination provinciale du Kasai Occidental ne pouvait donc ne réaliser qu'une descente tous les trimestres. Au Kasai oriental par contre, la moyenne de visite par ZS a été de deux par trimestre.

C'est au cours de ces missions que nous procédions à la visite du BCZS, et au moins 2 structures appuyées, en tenant compte également des distances à parcourir et des moyens mis à la disposition du missionnaire.

A la fin de la mission, un rapport narratif a été établi et transmis au coordonnateur provincial pour feedback, ensuite à la coordination nationale et au PR.

Au niveau de la ZS, l'équipe cadre réalisait également une mission mensuelle qui était financée par le PR et dont le rapport est transmis au FDSS pour feedback et archivage. Les assistants sociaux ainsi que les autres ONG de terrain réalisaient également des descentes dans la communauté et transmettaient leur rapport au BCZS.

Au total, la coordination nationale a effectué 7 missions de suivi à Kananga et 5 missions à Mbujimayi. Les coordinations provinciales ont effectué 166 missions dans les BCZS. Les ZS proches ont, bien évidemment, bénéficié de plus de visites.

Au niveau opérationnel, toutes les Fosa ont pu bénéficier des supervisions des ECZS tel que prévu dans le plan de travail.

## VI. COMMUNICATION

### VI.1 Medias et couverture zonale

La sensibilisation par les médias permet de toucher une masse importante de la communauté dans la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA.

Des contrats ont été signés avec des médias de forte audience pour la production et la diffusion des émissions radiophoniques et télévisées. Ces émissions étaient Co-animées par deux intervenants d'abord et ensuite par 3 intervenants sous contrat avec le projet. Suivant un plan média, un rapport de diffusions était attendu des ZS.

Il est à relever que seules les ZS de BILOMBA, BUNKONDE, KANANGA, KATOKA, LUKONGA, MIKALAYI, NDESHA, TSHIKAJI, TSHIKULA et TSHIKAPA dans le Kasai Occidental, et KALONDA-EST, MULUMBA, NGANDAJIKA, KABINDA, MAKOTA et MWENE DITU dans le Kasai Oriental, ont à ce jour une couverture médiatique.

La Radio communautaire Ditunga, la Radio communautaire Tutante, la Radio Veritas et la Radio Debout Lubao au Kasai Oriental, la Radio Télé Malandji, la Radio DikuDietu et la radio Kilimanjaro au Kasai Occidental, sont les chaînes avec lesquelles le FDSS et/ou le PR ont contracté pour les différentes diffusions (Spots et émissions radio et télé).

S'agissant des ZS non couvertes, des factures pro-forma pour la diffusion des émissions et des spots ont été envoyées au PR.

Les spots radios, diffusés par le réseau des agences HIRONDELLE, à raison de deux spots/jour, nous a semblé être suffisant. A une certaine période, les chaînes de radio avaient réalisé plus de diffusions que prévues, conduisant ainsi, à un large dépassement de la cible. Les émissions télévisées aussi ont été réalisées au cours de ce Grant. Cette dernière activité n'a pu être réalisée qu'au Kasai occidental, car les ZS appuyées dans le Kasai oriental ne sont pas couvertes par des chaînes de télévision.

Les clubs d'écoute ont relevé le manque de postes radios et de piles pour assurer le suivi des diffusions, le manque de motivation, la non disponibilité des outils de rapportage et la difficulté du suivi des émissions télévisées qui nécessite un approvisionnement en carburant non budgétisé.

### VI.2 Communication de masse

#### ⇒ APPUYER L'ECRITURE DES MESSAGES MURAUX

Un recueil de messages abordant les thématiques à traiter a été rendu disponible aux ZS pour sélection des écrits à apposer sur un espace public en langue du milieu. Deux messages muraux ont été réalisés par les ZS en 2013, et 3 messages par Zone de santé en 2014, soit un total de 5 messages par ZS durant la phase du projet SSF.

Le choix d'un peintre pouvant reproduire les différents logos exigés a été difficile, surtout dans les Zones de santé rurales

⇒ PRODUCTION ET IMPLANTATION DES PANNEAUX ROUTIERS

Au total, 75 panneaux indicateurs ont été placés dans les ZS des deux provinces. Au Kasai Occidental, où le projet est à sa deuxième phase, 12 panneaux à double face, avaient été implantés à la première phase. Depuis janvier 2013 (deuxième phase du projet), 17 panneaux à double face ont été produits et implantés dans les ZS sous projet dans les lieux publics stratégiques. Revêtus d'autocollants avec message sur la lutte contre le VIH sur chacune de ses faces, le Kasai occidental a donc produit 58 messages sur les panneaux routiers. Au Kasai oriental, 3 panneaux routiers rentrent dans les acquis de AMOCONGO sous PNUD/FM (Ngandajika, Mulumba et Makota), qui ont dû profiter pour écrire des messages sur les panneaux disponibles dans leurs entités; ajoutés à cela les 6 panneaux à double face produits pour les 6 ZS, un total de 15 messages sur les panneaux routiers ont été placés dans les ZS du Kasai Oriental.

Les fonds alloués à l'implantation des panneaux (10\$) étaient insuffisants pour garantir leur sécurité ainsi que ceux alloués à leur acheminement vers les ZS.

Signalons en passant que le panneau routier de la ZS de Mulumba a été volé et scié par des voleurs mais qui a été retrouvé en pièces détachées et la ZS est en train de chercher les voies et moyens pour le reconstituer avant de l'implanter. Dans la Zone de santé de Ngandajika par contre, c'est l'autocollant qui a été arraché sur l'une des faces du panneau implanté sous le projet SSF.

⇒ APPUYER L'ORGANISATION DES SEANCES DE VIDEO FORUM

Les ZS sont appelées à réaliser des séances d'animation audiovisuelles éducatives sur la problématique VIH/SIDA. Cet outil permet d'atteindre les milieux n'ayant pas accès aux médias. Cette méthode participative a pour but d'amener un grand nombre au changement de comportement ; la vulgarisation et la distribution des préservatifs est mise à profit lors de ces séances de vidéo forum.

Vingt-deux ZS sur les 23 que compte le projet, ont été dotées en kit vidéo mobile ; seule la ZS d'Ilebo n'a jamais reçu de kit. Pour 17 ZS de la première phase dont 12 au Kasai Occidental et 5 au Kasai Oriental, un besoin urgent de renouvellement de leurs matériels s'impose pour la continuité de l'activité. Une diversité de films et thèmes en langue locale sous format CD et en version électronique améliorerait la qualité de ces séances.

Sur base d'un chronogramme rendu disponible par les ZS, nous participons à ces séances en y apportant un appui technique ; malheureusement, les ZS éloignées ne bénéficient pas de notre coaching suite aux contraintes budgétaires.

Le transport du matériel intra zonal pose problème car il ya risque de casse ; cela à pour incidence que les sites d'accès difficile ou éloignés ne peuvent être atteints.

Le retard dans la justification des fonds par certaines ZS a entraîné, un non décaissement régulier, raison pour laquelle, 225 séances ont été tenues au Kasai oriental et 387 séances au Kasai occidental, soit un total de 612 séances tenues au cours du Grant.

Tableau 6 : état des kits vidéo mobiles au Kasai Occidental

ZS	TV 21'	RETRO PROJE CTEUR	LECTEUR DVD	GROUPE ELECTROGENE	LAP TOP	AMPLIFICATEUR	ECRAN DE PROJECTION	STABILISATEUR	OBSERVATION
BILOMBA	OK	OK	OK	Panne	OK	OK	OK		N'a pas reçu de stabilisateur
BUNKONDE	OK	OK	OK	OK	Panne	OK	OK	Panne	
DIBAYA	Panne	Panne	OK	Panne	Panne	OK	OK	Panne	
ILEBO									N'a jamais reçu de kit
KANANGA	OK	OK	OK	OK	Panne	OK	OK		N'a pas reçu de stabilisateur
KATOKA	OK	OK	OK	Panne	Panne	Panne	OK	Panne	
LUBONDAIE									N'a jamais reçu de kit
LUEBO	Panne	OK	OK	Panne	Panne	OK	OK	Panne	
LUIZA	OK	Panne	Panne	Panne	Panne	OK	OK	Panne	
LUKONGA	OK	Panne	Panne	Panne	Panne	Panne	OK	Panne	
MASUIKA	Panne	OK	Panne	Panne	Panne	OK	OK	Panne	
MIKALAYI	OK	Panne	OK	Panne	Panne	Panne	OK	Panne	
MWEKA	OK	OK	OK	Panne	Panne	OK	OK	Panne	
NDESHA	OK	Panne	OK	Panne	Panne	OK	OK	Panne	
TSHIKAJI	OK	OK	OK	Panne	OK	OK	OK		N'a pas reçu de stabilisateur
TSHIKAPA	OK	OK	OK	OK	Panne	OK	OK	Panne	
TSHIKULA	OK	Panne	OK	Panne	Panne	OK	OK	Panne	

*En dehors des écrans de projection qui sont encore utilisables, tous les matériels nécessitent un remplacement dans l'une ou l'autre ZS.*

*Trois ZS, à savoir Kananga, Bilomba et Tshikaji ont reçu des groupes électrogènes qui sont tout de suite tombés en panne; aussi faudra-t-il craindre davantage des pannes des matériels encore fonctionnel car utilisé sans stabilisateur. Tous ces matériels n'ont pas un amortissement au-delà de deux ans, c'est pourquoi nous proposons un renouvellement de la totalité des kits dans toutes les ZS car ils ont déjà servi plus de deux ans.*

Tableau 7 : état des kits vidéo mobiles au Kasai Oriental

ZS	TV 21'	RETRO PROJE CTEUR	LECTEUR DVD	GROUPE ELECTROGENE	LAP TOP	AMPLIFICATEUR	ECRAN DE PROJECTION	STABILISATEUR	OBSERVATION
KABINDA	Pas reçu	OK	Pas reçu	OK (1KVA)	Panne	Pas reçu	OK	Pas reçu	Ecran de projection, petit format.
KALONDA EST	OK	OK	OK	OK	Pas reçu	OK	OK	OK	
MAKOTA	OK	Panne	Panne	Panne	Panne	Panne	OK	Panne	
MULUMBA	OK	Panne	Panne	Panne	Pas reçu	OK	OK	Pas reçu	
MWENE DITU	OK	OK	Pas reçu	Panne	OK	OK	OK	Panne	
NGANDAJIKA	OK	OK	Panne	Panne	Panne	Panne	OK	Panne	Ecran de projection, petit format.

*Comme l'indique le tableau ci-dessus, la majorité des kits de vidéo mobile est tombée en panne. Il y a donc un besoin urgent de renouvellement de matériel.*

⇒ APPUYER L'ORGANISATION DES SEANCES DE CAUSERIES EDUCATIVES AVEC LES PERSONNES A HAUT RISQUE

Sensibiliser les personnes à haut risque pour le changement de comportement, le dépistage volontaire et l'adoption d'attitudes responsables est un leitmotiv dans la lutte contre le VIH. Les pairs éducateurs ont été mis à contribution lors de ces causeries avec à la clé, des préservatifs distribués. Nos personnes -cibles étaient les PVVIH perdues de vue, les professionnels de sexe, les hommes et femmes en uniformes, les camionneurs, les voyageurs itinérants.... Au total, 652 séances de causerie éducative ont eu lieu au cours de ce Grant à raison de 248 au Kasai oriental et 404 au Kasai occidental.

⇒ TENIR DES REUNIONS AVEC LES PAIRS EDUCATEURS ET LES RELAIS COMMUNAUTAIRES

Briefés sur la thématique d'actualité, les pairs éducateurs et les relais communautaires répercutent la bonne information auprès des membres de leur communauté. Une réunion mensuelle était tenue par la ZS au cours de laquelle, ils font rapport des activités menées et planifiaient celles à venir. Au Kasai oriental, 184 réunions ont été tenues avec les pairs éducateurs et 317 réunions tenues au Kasai occidental, soit un total de 501 réunions tenues au cours de ce Grant.

*Notons qu'au cours de l'extension SSF, les activités de communications n'étaient pas financé ; et donc non réalisées.*

### VI.3. Réalisations versus planification

#### VI.3.1 Kasai Occidental

Tableau 8 : Réalisation des performances au Kasai Occidental.

Indicateurs	Résultats Attendus	Résultats Réalisés
Nombre de spots radio diffusés	848	3712
Nombre de spots télé diffusés	848	0
Nombre d'émissions radio produites	21	21
Nombre d'émissions télé diffusées	888	399
Nombre de séances de vidéo-forum	561	321
Nombre de messages de sensibilisation sur panneaux routiers	58	58
Nombre de messages de sensibilisation sur espaces muraux réalisées	51	51
Nombre de séances de causeries éducatives	324	376
Nombre de réunions avec pairs éducateurs et les RECO.	408	290

*Comme dit plus haut, les diffusions des émissions télé restent encore faible car la couverture des zones de santé n'est pas totale ; néanmoins, dans les zones couvertes, le nombre de diffusion a été élevé.*



### IV.3.2 Kasai Oriental

Tableau 9 : Réalisation des performances au Kasai Oriental.

Indicateurs	Résultats Attendus	Résultats Réalisés
Nombre de spots Radio diffusés	288 spots diffusés	4046 spots diffusés
Nombre de spots Télé diffusés	0 spots diffusés	0
Nombre d'émissions radios produites	24 productions	48 productions
Nombre d'émissions Télé diffusées	0 diffusions	0 diffusions
Nombre de séances de vidéo forum organisées	144 séances	168 séances
Nombre des messages de sensibilisation sur les panneaux routiers réalisés	12 messages	12 messages
Nombre de messages de sensibilisation sur les espaces muraux réalisés	30 messages	30 messages
Nombre de séances des causeries éducatives organisées avec les personnes à haut risque	144 séances	180 séances
Nombre de réunions avec les pairs éducateurs et les relais communautaires organisées	144 réunions	146 réunions

## VII. GESTION DES APPROVISIONNEMENTS ET DE STOCK

### VII.1 Situation des livraisons

Le système de gestion des intrants est décrit de la manière suivante : les médicaments achetés par SANRU/FM NMF sont stockés dans le dépôt de la CDR où les mesures de sécurité, les bonnes conditions de conservation sont assurées et garanties dans les dépôts.

Cette dernière utilise un logiciel de gestion performant capable de donner les informations en rapport avec la distribution des médicaments par lot dans les structures, si bien que s'il y a un problème qui se déclenche dans un lot nous serons en mesure de connaître les utilisateurs et le rappel se fera en peu de temps.

Par ailleurs, le FDSS n'a fait que réceptionner et livrer directement aux Zones de santé les intrants qui lui ont été livrés par le PR et assurer leur transport vers les ZS ; à certains moments, le PR a demandé les besoins en intrants des ZS appuyées, la commande leur a été transmise mais les livraisons n'ont pas toujours respectées les quantités requises. Les zones de santé ont assuré la livraison vers les sites de consommation (FOSA). Le transport des intrants vers les ZS a été réalisé par un transporteur sélectionné sur base des procédures de passation de marché se conformant aux directives de SANRU/FM SSF.

De la CDR, les intrants (médicaments, tests de dépistage et préservatifs, etc.) sont acheminés de manière périodique vers les BCZS, et à travers lui vers les structures consommatrices (FOSA), cela, selon la disponibilité des intrants à la CDR. Si au Kasai Occidental, certaines ZS ont pu maîtriser leurs CMM pour passer périodiquement leurs commandes, au Kasai oriental, par contre, nous avons connu beaucoup de difficultés avec les Zones de santé pour deux raisons majeures : 1. Les livraisons insuffisantes des intrants par le PR, ne couvrant pas entièrement les besoins des Zones de santé sur une période de 3 ou 4 mois ; et cela a eu pour conséquence la deuxième grande difficulté, qui est 2. La non maîtrise des CMM par les ECZs, d'où livraisons souvent sans commandes préétablies par les ZS et en urgence). Les plans de

distribution sont élaborés par le PNLS, approuvés et validés conjointement par le FDSS, le contrôleur et le PNLS au sein de la commission médicament mise en place dans les deux provinces.

Sur toute la chaîne de distribution (CDR, BCZS et structure consommatrice), des outils de gestion de stock uniformisés sont tenus et FDSS rend compte à SANRU/FM régulièrement sur l'état des stocks.

Notons que parmi les difficultés qui persistent dans le suivi de la GAS au niveau des zones de santé, il y a entre autre la transmission des rapports incomplets ou non pour certaines structures et zones de santé sur la gestion de stock, situation qui ne nous permet pas de faire un bon suivi de la GAS de certains médicaments. Les tableaux ci-dessous reprennent la situation de stock des médicaments VIH génériques se trouvant dans les CDR à la fin du Grant.

## **VI.2 Remise et reprise PNUD-SANRU**

Contrairement au volet paludisme du projet SSF, les effets de la transition entre le PR sortant (PNUD) et le PR entrant SANRU ont eu un impact négatif dans la chaîne d'approvisionnement en intrants VIH au niveau des CDRs, des SRs et même au niveau des ZS et FOSA. Au cours du premier semestre 2013, tous les approvisionnements en intrants VIH ne transitaient ni par les CDRs ni par les SRs mais directement dans les ECZs et FOSA via le BDOM (pour le Kasaï Oriental) et le PNLS avec comme conséquence le surstockage des intrants dans les Zones de santé, lequel a entraîné la péremption de certaines molécules. Et les effets négatifs de cette transition se sont faits sentir tout au long de la mise en œuvre jusqu'à la fin de la phase du projet SSF car en dépit de toutes les recommandations que nous avons eu à formuler, nous avons continué à recevoir des intrants proche péremptions (ARVs et Test de dépistage) et en quantités insuffisantes parce que SANRU devait d'abord épuiser les commandes passées par le PNUD/FM.

Au cours de la plupart de nos missions de suivi tant au niveau des BCZS qu'au niveau des structures, la GAS a occupé une place de choix ; nous avons sensibilisé et accompagné les prestataires sur la bonne gestion des intrants et la tenue correcte des outils de gestion. Nous avons rendu disponible les outils/canevas de rapportage GAS et avons participé à beaucoup de revues mensuelles pour expliquer aux ECZS et IT le remplissage de ce canevas et sensibiliser sur la promptitude dans le rapportage des données. Cependant, un renforcement des capacités en vue d'améliorer la gestion des intrants reste recommandable.

Au niveau du FDSS, une base des données en Excel est tenue pour le suivi de la gestion des intrants au niveau de la CDR ; plusieurs audits du PR ont eu à confronter les données de cette base avec la situation à la CDR. Cependant un renforcement de capacité en logiciel spécialisé de gestion des intrants est souhaitable pour, non seulement améliorer le suivi des intrants, mais aussi, uniformiser le système de suivi des intrants à travers tous les Sous récipiendaires de SANRU/Fonds Mondial SSF.

Il sied de signaler que le rapport GAS contient plus de 100 items à suivre dans plus ou moins 176 structures de prise en charge. Cela a rendu la tâche difficile au FDSS de pouvoir assurer un suivi parfait des approvisionnements et de stock, et assurer un renforcement des capacités des ECZS dans la maîtrise de la CMM des intrants. Cela aurait été aisé si nous avions un chargé des approvisionnements et stocks.

Dans la plupart des ZS et structures, les intrants sont géré par des Assistants à la Pharmacie (AP) non formés, et dans d'autres, ce sont les Superviseurs chargés de l'activité. Il y a un grand besoin de renforcement des capacités/ formation des personnels des ZS en gestion des intrants.

## **VI.3 Collaboration avec les CDR**

La réception des MEG et autres intrants a été très difficile au 1<sup>er</sup> semestre de la première année de mise en œuvre et a occasionné des ruptures de stock dans les FOSA. Mais cette situation s'est nettement améliorée par la suite jusqu'à la fin de la phase du projet SSF. Il a régné un bon climat de collaboration entre le FDSS et les 2 CDR (CADIMEK et CADMEKO).

Le constat est que les MEG reçus du PR sont mis en colis sans respecter l'uniformité du contenu et cela ne permet pas de réceptionner les médicaments dans un bref timing. La durée moyenne de réception des médicaments à la CDR est d'environ deux semaines.

Le FDSS et les CDR ont participé dans les réunions de concertation entre partenaires mises en place au niveau provinciale pour le suivi de la mise en œuvre du projet, dans lesquelles participent également les programmes et l'antenne provincial SANRU.

## VII. RENFORCEMENT DES CAPACITES DES ACTEURS

Pour renforcer les capacités des acteurs et prestataires de soins de toutes les formations sanitaires, différentes formations ont été organisées pour toutes les ZS sous projet :

### ⇒ *Formation sur les outils de collecte :*

- Kasai Occidental : 34 prestataires
- Kasai Oriental : 48 prestataires

### ⇒ *Formation des assistants sociaux pour renforcer les visites à domiciles des PVVIH et des OEV :*

- Kasai Occidental : 68
- Kasai Oriental : 24

### ⇒ *Formation des médiateurs communautaires :*

- Kasai Occidental : 255 (170 RECO et 85 IT)
- Kasai Oriental : 90 (60 RECO et 30 IT)

### ⇒ *Briefing sur les précautions universelles*

- Kasai Oriental : 120
- Kasai Occidental : 340

## VIII. FINANCE

### VIII. 1 Décaissement PR-SR

Le FDSS a, conformément au Contrat ZAR-H-SANRU-FDSS-SSF/06 signé en date du 01 novembre 2012 et des avenants n°1 et 2 de janvier et mars 2015, reçu du PR SANRU de fonds pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH dans 23 ZS dont 6 ZS au Kasai Oriental et 17 ZS au Kasai Occidental. Avec l'avenant n° 003 du 30 mars 2015, le FDSS a été sélectionné par le PR SANRU pour appuyer trois clusters avec au total 31 ZS. La répartition de ZS par cluster est comme suit : Cluster Lomami : 6ZS, Cluster Kasai Oriental : 8 ZS et 17 ZS pour le cluster Kasai Central/Lulua.

Sur un total de 1 516 624,29\$ prévu dans le PTB, le FDSS a reçu du PR pour la période, un total de 1 322 834,95\$ soit 87,22%. La répartition des transferts PR-FDSS effectués par trimestre se présente de la manière suivante :

Tableau 10: Répartition des transferts PR-FDSS par trimestre

Période	Date	Prévu PTB	Transféré au SR	Taux de décaissement
Trimestre 2 2012	20/12/2012	326 186,58	320 100,57	98,13%
Trimestre 4 2013	11/06/2013	101 749,36	161 888,61	159,10%
Trimestre 5 2013	26/09/2013	179 991,41	119 413,22	66,34%
Trimestre 6 2013	05/12 et 11/12/2013	101 749,36	92 201,52	90,61%
Trimestre 7 2014(*)	21/03/2014	100 071,36	129 165,70	129,07%
Trimestre 8 2014	02/06/2014	101 749,36	74 724,87	73,44%
Trimestre 9 2014	09/09/2014	178 006,41	123 196,40	69,20%
Trimestre 10 2014	19/12/2014	101 749,36	57 880,88	56,88%
Trimestre 1 2015	02/02/2015 et 06/03/2015	58 470,78	58 470,78	100,00%
Trimestre 2 2015	15/06/2015	266 900,31	185 792,40	69,61%
<b>Total</b>		<b>1 516 624,29</b>	<b>1 322 834,95</b>	<b>87,22%</b>

(\*) Le montant transféré est supérieur au montant prévu dans le PTB, le PR a transféré pendant la période deux montants, un complémentaire et un autre en remboursement en rapport avec le paiement des frais scolaires et l'achat des Kits scolaires en faveurs des OEV.

Il y a lieu de remarquer que les transferts PR - SR ne se sont pas effectués en début du trimestre mais souvent au dernier mois du trimestre. La conséquence logique est que le décaissement pour les zones de santé en vue de la réalisation des activités est aussi toujours décalé.

### VIII.2 Décaissement SR-Zones de Santé

Le processus de décaissement en faveur des ZS se fait à deux niveaux :

#### 1. Niveau Coordination nationale.

Lorsque le transfert du PR est confirmé, une programmation par ligne budgétaire et par coordination provinciale est soumise à l'approbation de la Direction de FDSS. Une fois avalidée, des OV, signés par le Directeur et le Responsable Financier, sont déposés à la Stanbic Bank en vue de créditer les comptes des coordinations provinciales logés à la BCDC Mbuji Mayi et Kananga.

En rapport avec le moment du décaissement pour les coordinations provinciales, celui-ci s'est effectué selon la cadence suivante :

- Trimestre 7 : le 26 mars 2014
- Trimestre 8 : le 09 juin 2014

- Trimestre 9 : le 18 septembre 2014
- Trimestre 10 : le 22 décembre 2014
- Trimestre 1 : le 05 février et 11 mars 2015
- Trimestre 2 : le 15 juin 2015

La durée moyenne entre le décaissement du PR et le moment où le compte de FDSS est crédité est de plus ou moins 15 jours. Par contre celle du décaissement de la CN vers les coordinations provinciales est de 6 jours.

## 2. Niveau Coordination provinciale

Le niveau provincial reçoit les fonds pour les activités du Siège (CN). Le transfert des fonds peut prendre 7 à 10 jours pour que les comptes soient crédités. Si un dépôt est effectué au guichet de la BCDC, banquier de nos deux coordinations, les comptes sont crédités le même jour. Il faut dire que les dépôts ne sont effectués qu'en cas d'urgence. La gestion des risques recommande que toutes les opérations se fassent par voie bancaire pour diminuer le plus possible la manipulation des espèces.

Une fois les comptes crédités, un Plan de décaissement est élaboré suivant la programmation transmise par la CN. Ce plan est contresigné par le Coordonnateur de site, le comptable, le GCP et l'Assistant Comptable selon le cas. Au Kasai Oriental, l'Assistant Comptable et actuellement le comptable au T2 2015, appelle toutes les ZS pour venir retirer les fonds pour les activités. Cela peut prendre 2 à 7 jours pour que toutes les ZS viennent retirer les fonds. Au Kasai Central/Lulua par contre, 6 ZS se présentent au bureau pour le retrait des chèques tandis que pour 13 ZS, un transfert des fonds est effectué au travers des agences de transfert des fonds. Les fonds sont transférés au nom de l'Administrateur - Gestionnaire de la ZS tandis que le code de transfert est remis au Médecin Chef de ZS.

Pour le Cluster Lomami, les Administrateurs Gestionnaires des ZS de Makota, Ngandajika, Mulumba et Makota se présentent au bureau pour le retrait des chèques tandis que pour les ZS de Kabinda, Kalonda Est les fonds sont transférés par SOFICOM Kabinda

Généralement le décaissement en faveur des ZS est trimestriel. Au moment de retrait des fonds, chaque ZS reçoit la copie de demande des fonds qui reprend le montant par ligne ainsi qu'un document détaillant la façon de justifier ces fonds c.à.d. les justificatifs attendus.

Ainsi, le décaissement du FDSS en faveur des ZS concerne 10 activités, conformément au plan de travail budgétisé. Le total décaissé pendant la période par ligne se présente de la manière suivante :

1. Contracter avec les chaînes de radio et TV locales pour la réalisation et la diffusion des émissions : 11 570\$
2. Appuyer l'écriture des messages muraux dans les ZS : 5 280\$
3. Appuyer le placement des panneaux routiers avec messages : 270\$
4. Appuyer l'organisation des séances des vidéos mobiles : 24 050\$
5. Appuyer l'organisation des causeries éducatives avec les personnes à haut risque : 10 296\$
6. Tenir des réunions avec les pairs éducateurs et les RECO : 38 512\$
7. Prise en charge des Assistants sociaux pour les VAD : 29 700\$
8. Assurer les contrats de performances des prestataires des soins et des ECZ : 71 200\$

9. Réunion mensuelle des validations des données des ZS par les ZS : 71 490\$

10. Assurer les frais de supervision des formations sanitaires par les ECZ : 23 165\$

285 533\$ ont été décaissés en faveur des ZS sur un total de 316 230\$ prévu dans le PTB au courant de la mise en œuvre de la phase 2, 2012-2014 et du trimestres 1 2015 du projet soit un taux de décaissement de 90%.

Pour le trimestre 2 2015, les fonds ayant été décaissés en fin de mois de juin, les coordinations provinciales ont seulement accordé des avances aux zones de santé pour la réalisation des activités. Ces avances sont justifiées au trimestre 3 2015

### **VIII.3 Justification des fonds**

#### **a) Justification par les ZS**

En principe, 14 à 30 jours, après réalisation des activités, sont le délai raisonnablement requis pour que les ZS transmettent les justificatifs au niveau du FDSS.

Malheureusement, la justification des fonds par les ZS (l'envoi des justificatifs) peut prendre plus ou moins 3 mois après retrait suivant que les ZS doivent attendre de payer tous les bénéficiaires et plus important encore, trouver quelqu'un de confiance à qui remettre ces justificatifs pour éviter qu'ils ne se perdent, d'une part, mais aussi le chevauchement des activités financées par plusieurs bailleurs surtout que c'est la même ECZ, d'autre part. D'où un sérieux problème dans la promptitude à rapporter sur le plan financier.

Les missions de suivi régulières dans les ZS peuvent résoudre ce problème mais aussi faudra-t-il que les missionnaires soient briefés sur la façon de justifier les fonds pour qu'ils ne ramènent pas des pièces avec erreur mais également bien conserver ces pièces pour éviter que les ZS ne prétendent avoir tout donné mais une partie seulement est arrivée à la comptabilité. Pour ce faire, il est demandé aux ZS d'utiliser un cahier de transmission lequel ils doivent contresigner avec tout celui qui retire les justificatifs. Une autre façon de pallier à cette difficulté serait d'organiser des descentes sur terrain par le service de comptabilité une fois par trimestre en vue de collecter les justificatifs et accompagner les ZS ayant encore des difficultés à produire des justificatifs de qualité. Il faut aussi dire par ailleurs qu'au trimestre 2 2015, le nouveau montage, accepté par le PR, a pris en compte cette donnée parce que les points focaux recrutés pour les axes dont les ZS sont éloignées seront mis à contribution non seulement pour la remontée des justificatifs à temps mais aussi effectuer un premier contrôle quant à l'éligibilité des pièces justificatives.

#### **b) Justification par le FDSS**

La première étape pour permettre au FDSS de rapporter auprès du PR est la validation des pièces transmises par les ZS. Cette validation au niveau provinciale s'effectue par le caissier qui, fait de feed back aux ZS, lorsque c'est nécessaire, en vue d'améliorer la qualité des justificatifs. Au deuxième pallier intervient le comptable pour la vérification et la comptabilisation. Le Coordonnateur de site intervient en troisième lieu dans la vérification avant la transmission à la Coordination Nationale.

Cette dernière prépare le rapport à transmettre au PR après la dernière vérification qui repose sur le principe des évidences, c'est-à-dire les dépenses justifiées doivent être soutenues par des pièces.

### c) Dépenses justifiées

Le total des dépenses pour la période est de **1 196 058,36\$ dont 1 123 361,16 \$ pour la période 2012 au trimestre 1 2015 et 72 697,20\$ pour le trimestre 2 2015**. Le taux de justification est de 90,41%. La répartition pour les deux périodes se présente par catégorie des coûts pour la période allant de décembre 2012 au trimestre 1 2015 et par Module pour le Trimestre 2 2015.

#### ➤ Par Catégories des coûts : 1 196 058,36 USD

1. Ressources humaines : 461 733,25
2. Formation : 70 622,18
3. Matériel de communication : 50 271,73
4. Suivi et Evaluation : 146 731,00
5. Living support to client/target population : 264 367,35
6. Administration et planification : 129 635,65

#### ➤ Par Modules : 72 697,20 \$

1. Traitement – Prise en charge et soutien : 694,00
2. Gestion de programme : 72 003,20

### d) Certification des dépenses

En rapport avec l'éligibilité ou l'inéligibilité des pièces, il faut mentionner l'apport de l'AECF (Strong NKV) qui, lors de ses missions de certification des dépenses ont permis de réduire sensiblement les dépenses problématiques mais cela n'enlève en rien l'obligation qu'a le FDSS de ne collecter que les pièces éligibles et ce, par un accompagnement de proximité des ZS.

#### VIII.4 Dépenses en attentes

Au 30 juin 2015, la coordination provinciale du Kasai Occidental est restée avec des encours de justifications de certaines zones de santé de l'ordre de **1267 \$**.

Il faut dire que bien qu'un dialogue permanent a été maintenu avec les ZS pour une justification à temps, il reste encore des efforts à déployer pour obtenir que ces dernières arrivent à respecter le délai de justification. A ce sujet, la capitalisation des missions de suivi des activités a été aussi une des stratégies pour la collecte à temps des justificatifs mais nous pensons qu'il faudrait la mise à niveau de l'ensemble de l'équipe en rapport, non seulement, avec le jeu de justificatifs par ligne budgétaire mais également en rapport avec l'éligibilité des pièces.

Le grand défi pour le rapportage financier est de coupler le dépôt des rapports en soft et en dur à échéance c'est-à-dire le 15, la date de rapportage au PR.

### IX. LECONS APPRISES

Le décaissement ponctuel des fonds destinés au transport des intrants ainsi que la fidélisation avec le transporteur retenu pour les 26 mois ont contribué à l'atteinte des résultats dans la mesure où ça a favorisé la rapidité dans l'acheminement des intrants vers les BCZs.

Pour minimiser le risque de perte des intrants à livrer aux BCZs, l'option a été levée de considérer le bordereau de livraison comme unique document faisant foi dans le rapport de livraison car il a été constaté certaines irrégularités dans le fief des membres des ECZs se traduisant par la non-conformité des informations contenues dans les bordereaux de livraison et leurs PV de réception établies après livraison. Il convient donc de prévoir au bas de la page des bordereaux des livraisons, des endroits pour signatures du transporteur et des membres de l'ECZs présents à la réception pour éviter les falsifications après réception. Cette option ressort des derniers échanges avec les ECZs. Donc seul le bordereau de livraison peut engager le SR, la CDR, le transporteur, et l'ECZ dans le rapport de livraison, l'ECZ étant responsable du convoi.

Tout au long de la mise en œuvre du projet SSF, des leçons essentielles se dégagent : une *collaboration* réussie avec les DPS et ZS, y compris d'autres partenaires intervenants dans nos ZS d'intervention facilite la mise en œuvre des activités sur terrain. Au cours de toute l'année, le FDSS a mis en place une collaboration réussie avec ces partenaires, ce qui lui a permis de réaliser les résultats rapportés, en dépit des difficultés rencontrées. Il convient de doter les ZS en source d'énergie pour faire fonctionner les outils existants et d'en fournir à celles qui n'en ont pas encore pour améliorer la fluidité dans la transmission des données et par conséquent améliorer la promptitude et complétude des ZS dans le rapportage. Un *suivi de proximité* permet de déceler les difficultés et autres problèmes liés à la mise en œuvre des activités du projet au niveau des ZS (BCZS et structures). Par conséquent, il faut y mettre des *moyens conséquents* pour permettre au SR d'améliorer la qualité du suivi et de renforcer la quasi-totalité des structures couvertes, et ce mensuellement.

L'implication des autorités politico administratives et judiciaires dans les SGBV améliore nettement les performances de cet indicateur. Cela a été démontré par les Zones de santé qui ont appliqué cette approche.

Il faudrait également mentionner l'impact positif apporté par l'implication de l'UCOP+ et les ONGs partenaires dans la recherche active et la récupération des PVVs qui étaient sous TARV et qui ont été portés disparues. Presque 15 PVVs perdues de vue et qui ont été réinsérés sous Traitement grâce à cette approche.

Pour ce qui concerne l'acquisition des Kits scolaires pour les OEVs, nous pouvons retenir qu'une commande passée sur base des pointures et taille pour les Ketch et Uniformes procure plus d'avantages que celle passée sur base du niveau ou classes des enfants.

La répartition en nombre égale des APS formés ne peut en aucun cas aider les ECZs à amener les PVVs prises en charges à aspirer à une vie positive car toutes les Zones de santé n'ont pas le même nombre de PVVs à qui la prise en charge psychosociale doit être assurée. Pour cela, il conviendrait de répartir la charge par APS, c.à.d. qu'un nombre bien défini de PVVs doit être attribué à un APS de sorte que les ZS qui ont plus de PVVs doit ipso facto avoir plus d'APS que celles qui n'ont pas beaucoup de PVVs.

Au regard de certaines confusions entretenues autour du remplissage des registres de suivi des PVVs (nouvellement dépistées positives et enrôlées, sous la file d'attente, et sous traitement), on comprend qu'il



Il y a encore nécessité d'une mise à jour des connaissances des prestataires sur l'utilisation des outils de collecte des données.

## X. DEFIS ET DIFFICULTES

Les difficultés rencontrées au cours de la mise en œuvre de ce Grant sont :

- Le décaissement tardif des fonds n'a pas permis la réalisation de certaines activités dans le délai tel que prévu dans le plan de travail ;
- La modicité des fonds de suivi des activités a été un réel obstacle surtout pour la coordination provinciale de Kasai Occidental car le temps imparti pour le séjour dans les ZS était insuffisant ; de ce fait, quelques missions ont été réalisées de manière superficielle et certains sites de prestation éloignés n'ont pas pu être visités ;
- L'absence et/ou insuffisance des outils de collecte et rapportage ont occasionné la faible promptitude et complétude des rapports provenant des zones de santé appuyées ;
- L'insuffisance et le rythme irrégulier d'approvisionnement en cotrimoxazole n'a pas permis d'atteindre la cible attendue dans le cadre de performance au cours des deux dernières années.
- L'insuffisance des frais alloués au transport des intrants vers les FOSA qui ont été revu à la baisse de la démotivation de certains infirmiers Titulaires. En effet, de 15\$ on est descendu à 5\$ par mois à partir de juillet 2014 comme frais de transport;
- La faible motivation des APS suite au manque de moyen de déplacement : la répartition des APS n'a pas tenu compte du nombre des PVVs par Zone de santé et par conséquent du volume de travail par APS. Il y a des Zones de santé qui ont 8 PVVs, tel que Kalonda Est ; tandis que d'autres en ont plus de 150, comme Mulumba. Mais chacune d'elle ne compte que 8 APS. Si l'on doit diviser le nombre de PVVs par le nombre d'APS par Zone de santé, on voit tout de suite qu'il y a des APS qui ont 20 PVVs à prendre en charge par les VAD et d'autres n'en ont qu'une à prendre en charge. Il y a donc des APS qui sont surchargés et ont besoin d'un moyen de locomotion et d'une certaine motivation pour compenser le nombre d'heures qu'ils doivent consacrer aux PVVs. A cela s'ajoute la répartition géographique des PVVs à visiter et prendre en charge psychologiquement.
- La faible accessibilité des populations aux services de soins curatifs : Le sous financement du système de santé entraîne une diminution de l'offre des services de santé et une limitation de l'accès (géographique) à ces services. D'autre part, le bas niveau socio-économique des individus et des familles limite l'accès financier aux services de prévention et de prise en charge des cas.
- Le retard dans la transmission des pièces justificatives par les ZS a occasionné de faibles promptitudes dans la transmission du rapport financier au PR, ce qui a entraîné le retard dans le décaissement des fonds du PR au FDSS.
- La disparité des ZS et l'accès difficile de certaines ZS ne nous ont pas permis de réaliser certaines missions et a favorisé la faible promptitude. Nous proposons l'affectation des superviseurs dans les axes LUEBO et LUIZA pour permettre d'améliorer la mise en œuvre des activités et la promptitude des rapports transmis. En effet, les zones de santé de Lubondai, Luebo, Ilebo, Luiza et Masuika ont connu de faibles performances pour la plupart des activités et de problèmes de gestion d'intrants leur remis.

- Le Faible budget pour le suivi (3,7% du budget global)
- Le non décaissement des fonds des activités au cours de l'extension SSF
- Insuffisance de fonds VIH destinés au transport des médicaments vers les Zones de santé ; ce qui oblige FDSS à organiser le transport grouper VIH-Palu car les fonds VIH seuls ne permettent pas de couvrir les couts unitaires de location véhicule de transport commercial, avec comme conséquence le retard dans la livraison de certaines molécules ARV/IST/IO et test de dépistage parfois en très proche péremption.
- Le mouvement des prestataires formés dans les structures se répercute sur la qualité de prise en charge de patients dans les structures de soins ;
- La difficulté inhérente à la mise en œuvre des activités hors PTB : c'est en effet sur le volet VIH que nous avons eu à réaliser beaucoup d'activités en extra PTB (la distribution des préservatifs par les capotiers, la sensibilisation par les Médiateurs communautaires dans la PTME, la sensibilisation pour les VS. Ce sont des activités qui n'étaient pas inscrites dans notre tableau de bord et qu'on devait intégrer.
- Les résultats des échantillons des DBS prélevés au près des enfants et nouveau-nés mettent très longtemps avant d'être transmis aux ZS alors que le but des DBS est de faciliter un diagnostic rapide chez les nouveau-nés et enfant en dessous de 18 mois pour la mise précoce sous ARV.
- Faible approvisionnement des ZS en Test de dépistage contrastant avec une forte demande en services de dépistage; ce qui a occasionné beaucoup d'occasions manquées,
- Les écarts constatés lors de la livraison d'intrants a persisté durant toute l'année et jusqu'à ce jour plusieurs questions se posent dans la commission médicament quant à la maitrise des modalités de transport et livraison pour éviter la moindre perte et savoir établir les responsabilités.

La maîtrise de la CMM par les ECZS et la bonne tenue des outils de gestion reste un grand défi à relever au cours de cette année, car cela a engendré des sur stockages des MEG ainsi que les différentes péremptions enregistrées dans certaines structures de prise en charge.

L'effectivité du paiement des primes aux APS, Capotiers, Médiateurs communautaires, Sensibilisateurs pour les VS, ainsi que des frais de transports des intrants aux infirmiers titulaires ne pourront être assurés que si le SR le réalisait lui-même lors de la réunion de monitoring, à condition que les frais de mission de FDSS soient suffisants.

## **XI. CONCLUSION**

Dans l'ensemble la mise en œuvre de cette phase du projet SSF a été satisfaisante bien que nous n'ayons pas atteint la cote d'excellence pour certains indicateurs. Nous avons senti qu'il y a eu autant d'efforts fournis de part et d'autres. Le PR a offert le meilleur de lui-même pour rendre tous les intrants et ressources financières aux SRs dans le timing requis, le SR(FDSS) de son côté s'est battu pour fournir aux ECZs et FOSA ce qu'il a reçu du PR dans les délais pour réaliser les meilleures performances. De leur côté, les ECZs ont donné le meilleur d'eux-mêmes pour que la balle ne reste pas dans leur camp pour que nous puissions produire les résultats ci-haut détaillés. Vue la volonté et la détermination qu'il y a de part et

d'autre à mieux faire, nous estimons que si le PR prend en compte les leçons que nous avons apprises tout au long de la mise en œuvre de cette phase du projet SSF ainsi que les défis et difficultés rencontrés, nous sommes convaincus que beaucoup de choses vont changer dans la mise en œuvre des phases à venir. C'est ainsi que nous avons formulé ces quelques recommandations :

- ⇒ Que le PR prenne en compte les nouvelles hypothèses pour les missions de suivi planifiées par FDSS dans la prochaine soumission ;
- ⇒ Que le PR confie aux SRs la responsabilité de reproduire les outils de gestion pour la promptitude dans la mise à disposition de façon à améliorer la promptitude et complétude dans le rapportage;
- ⇒ Que le PR permette au FDSS d'intégrer les activités réalisées en extra PTB au cours du SSF pour le NMF. Cela assouplirait la mise en œuvre et diminuerait le volume du travail tant au niveau de finances qui tiennent quasiment deux comptabilités qu'au niveau technique.
- ⇒ Que le PR prenne en compte nos prévisions des descentes sur terrain de l'équipe chargée de la comptabilité de façon à accompagner les ECZs dans l'amélioration de gestion et justification des fonds mis à leur disposition.
- ⇒ Que le PR accepte l'affectation des superviseurs dans les axes LUBONDAIE et LUIZA pour permettre de minimiser les difficultés liées au suivi des activités et la promptitude des rapports transmis.
- ⇒ Que le PR comprenne notre vœux de responsabiliser les ECZs dans le convoyage des intrants qui leur reviennent et, par conséquent le cout de transport devra prendre en compte les frais de convoyage qui permettra au FDSS de prendre en charge le délégué de l'ECZs qui devra venir recevoir conjointement avec nous les intrants à la CDR.

Fait à Kinshasa, 29 septembre 2015

**Dr Jack KOKOLOMAMI**

Directeur EUP / FDSS



## ANNEXES

Annexes I : Photos des quelques activités menées sur terrain :

Photo 1 : Distribution des kits scolaires aux OEV dans les ZS de MWENE DITU, MAKOTA, DIBAYA et NGANDAJIKA



Photo 2 : Message mural dans les ZS de TSHIKAJI et MWENE DITU

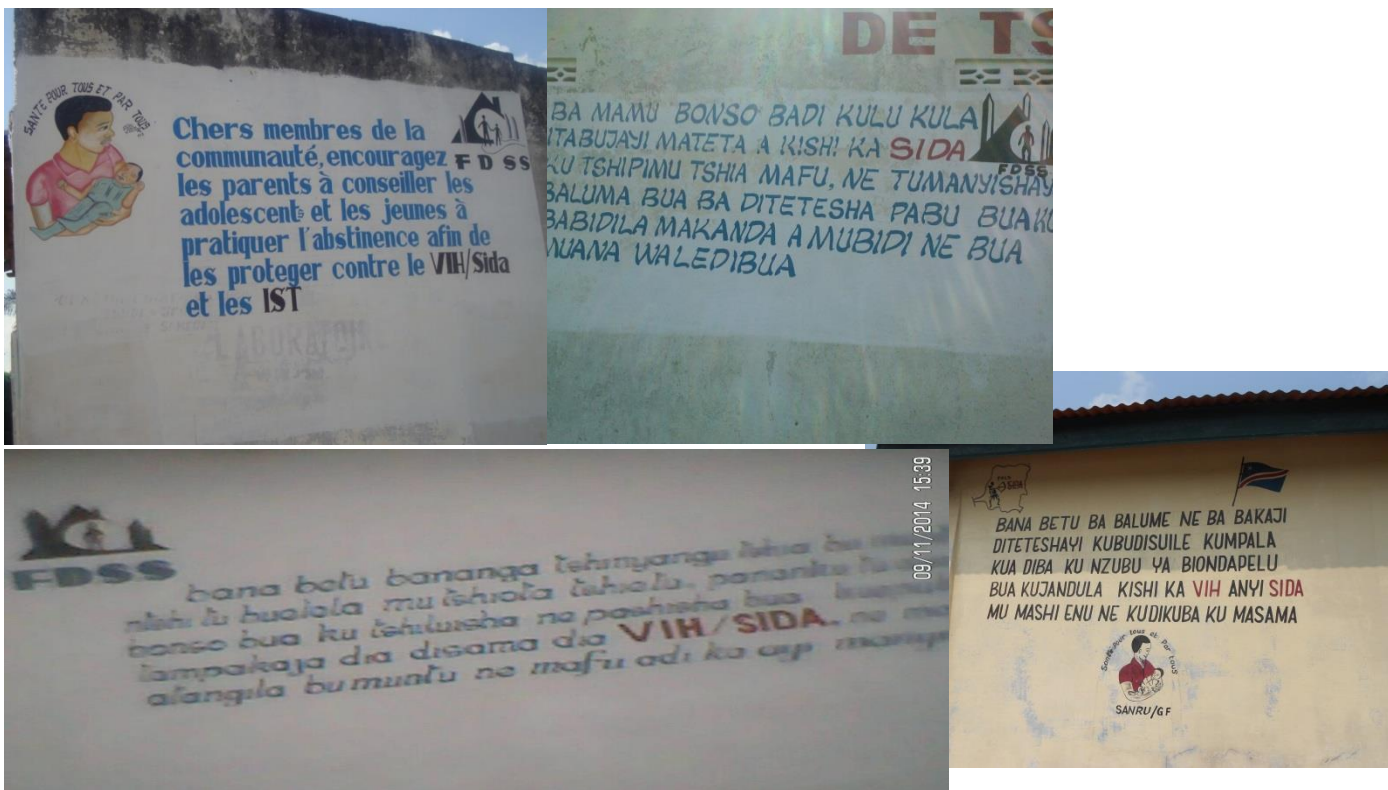


Photo 3 : Implantation d'un panneau routier dans la ZS de MASWIKA



Photo 4 : Séance de Causeries éducatives avec les personnes à haut risque dans la ZS MWENE DITU





Photo 5: remise kit vidéo forum à la ZS Kanaga



Photo 6 : vidéo forum avec projection à Tshikaji



## Annexes II : Situation de stock des médicaments dans les CDR du Kasai Occidental et Kasai Oriental

Tableau 1 : Situation de stock des médicaments au 31 décembre 2014 à la CADIMEK (Kananga/Kasai Occidental)

Dénomination item	Conditionnement	Quantité disponible à la CDR	Date de péremption
Abacavir + Lamivudine,60mg + 30mg, 60 ces, unite	60	245340	08/2015
Abacavir, 300mg, tab, 60, vrac, unite	60	103440	01/11/2015
Abacavir, 60mg, 60 ces, unite	60	480	01/08/2015
Aciclovir, 200mg, tab, 10, vrac, unite	10	24300	01/03/2015
Acide benzoïque + Acide salicylique,6% + 3%, pommade, 40g, tube, unite	1	180	01/03/2015
Acide folique, 5mg, tab, 1000, vrac, unite	1000	3540	01/02/2016
Acide Acetylsalicylique,500mg, tab,1000 vrac	1000	14000	01/09/2015
Acrosorganics 100ml	1	0	
Adaptateur vacutainer 200 pièces	1	21	01/11/2017
Alcool dénaturé,70° ( pour désinfection), 5 litres,	1	20	01/08/2016
Amitriptyline chlorhydrate, 25mg, tab, 1000, vrac	1000	4000	01/05/2017
Aiguille à ponction lombaire, u.u. 20g, aig, unite	1	59	01/06/2015
Aiguille vacutainer 21g, 1,5 g, 100 pièces	100	0	
Amoxicilline, 500mg, caps, 1000, vrac	1000	3920	01/04/2016
Amoxicilline 250 mg/5ml, 100 ml, flacon, unite	1	332	01/02/2015
Amoxicilline 125 mg/5ml, 100 ml, flacon, unite	1	1	01/04/2015
Ampicilline 500 mg, vial, unite.	1	2364	01/05/2015
Ampicilline 1g, vial, unite.	1	1800	01/07/2016
Azitromycine, 250mg, tab, 6, vrac	6	8340	31/05/2016
benzoate de benzyle, 25%, 1litre, flacon, unite	1	33	31/01/2016
betamethasone 0.1%, 20g, tube	1	90	01/01/2016
Bleu de cresyl brillant 25 g	1	5	01/04/2021
Blood Grouping, bovine Albumin (BSA) 22%, 10 ml	1	0	
Dried blood spot DBS collection, kit, 100 unité	1	401	01/12/2015
Carbamazépine 200 mg, tab, 1000, vrac, unite	1000	4000	31/01/2016
carton collecteur, 25 l	1	70	12/12/2024
cefixime200mg,tab,100 blister	100	4334	01/01/2016
ceftriaxone 1g, poudre, vial, avec solvant, unite	1	4135	31/08/2015
ceftriaxone 250 mg, poudre pour inj, vial, unite	1	2795	30/11/2016
cellules à hématimètre (neubaeur)	1	9	12/12/2024
chloramine (putifiant d'eau) 33 mg,50 ces	50	0	
Chloramine T, 500 mg, tab, 1000, vrac,	1000	9000	30/11/2016
Chloremphénicol 250 mg, capsules, 1000 tabs	1000	4000	31/06/2016
chlorhexidine + cetrimide, 1,5% + 15%, 1litre, flacon, unite	1	127	01/07/2016
chlorpheniramine 4mg tablet, vrac, boite 1000 cès	1000	5000	01/03/2015
chlorure de na, 0,9 %, 500ml, perfusion	1	1934	31/12/2016
ciprofloxacine chlorhydrate 500 mg, tab, 10, blister,unite	10	1000	01/07/2016
Chlorpromazine chlorhydrate, 25 mg, tab, 1000 vrac	1000	4000	30/11/2015
Clotrimazole , 1 % crème, 20g, tube, unité	1	182	30/06/2016
clotrimazole 500mg, tab gynecologique, avec applicateur, unite	1	7073	01 /02/2015
Code phosphate, 30mg, tab, 100 vrac	1	900	31/05/2015
Cloxacilline, 250mg, caps, 10 vrac	10	430	01/08/2015
Cloxacilline,250mg, caps, 1000 vrac	1000	4000	30/06/2015

compresse de gaz sterile 10 cm x10 cm 8 plis, pack, 5 pieces, unite	100	56500	01/07/2017
Compresse de gaz sterile, 10 cm X 10 cm 12 plis, boite, 100 pieces, unite	100	800	12/12/2024
Coton hydrophile, rouleau, 500g, vrac	1	137	31/12/2017
cotrimoxazoleinject (biseptol) 96 mg	1	3150	01/04/2018
Cotrimoxazole 240mg/5ml, 100ml, flacon, unité	1	0	
cotrimoxazole, 480 mg, tab 1000	1000	61000	31/10/2017
cotrimoxazole 480 mg, tab, 500, vrac	500	2516500	01/03/2016
dextrose (glucose), 5%, 500ml, perfusion avec set, unite	1	14	01/02/2015
Dextrose (glucose), 5%,100ml, perfusion avec set	1	281	31/08/2015
Dexamethasone sodium phosphate, 5mg/5ml, 1ml	1	460	31/05/2015
Diazepam, 5mg tab, 1000 vrac	1000	1000	28/02/2015
didanosine 400 mg, tab, 30, vrac, unite	30	0	
doxycycline,100 mg, tab, 500, vrac,	100	61500	01/12/2016
eau pour injection, 10ml, vial, unite	1	14448	01/10/2015
efavirenz, 600 mg, tab, 30, vrac, unite	30	249230	01/02/2016
Embout bleu pour micropipette, sachet, 1000 pieces, unite	1000	1500	01/05/2017
erythromycine, 250 mg/5ml, 100ml, flacon, unite	1	1189	01/08/2016
erythromycine, 500 mg, tab, 500, vrac, unite	500	24500	01/08/2016
erythromycine, 250 mg, tab, 100, vrac, unite	100	5000	01/09/2016
Eau de javel, 5 litre, bidon	1	5	01/08/2016
facs clean, 5L	1	0	
facs flow, 20L	1	95	01/11/2015
facs rinse, 5L	1	0	
gants sterile latex (boite de 100 pieces, unite)	100	25600	01/12/2015
garrot elastique (tourniquet), 70 cm, unite	1	1	01/12/2024
Gaz absorbant 65-100m, rouleau, unite	1	90	
Gentamicine, 40 mg/ml, 2ml amp, unite	1	6148	01/07/2015
Griseofulvine, 500mg, tab, 1000 vrac	1000	4000	01/03/2016
hydrocortisone sodium succinate (hyd),100 mg, vial, unite	100	770	01/05/2017
Ibuprofen, 200 mg, tablets, 1000 tab, vrac	1000	4000	31/05/2016
lame porte objet,76 x 26 mm, 50 pièces	50	6400	12/12/2024
lancettes steriles, emballage individuel, uu, boite de 100 pièces, unite	100	1900	01/02/2017
Levonorgestrel 0,75 mg cés, boites, 2 cés, unite	2	348	01/10/2015
Lamivudine oral solution 10 mg/ml, 240ml	1	2370	01/02/2016
lopinavir 100 mg + ritonavir 25mg, tab, 60, vrac, unite	60	60000	01/10/2015
lopinavir 100 mg + ritonavir 25 mg, tab, 60, vrac, unite	60	0	
lopinavir 200 mg + ritonavir 50 mg tab, 120, vrac, unite	120	113400	01/08/2018
Mebendazole, 100 mg, tab 1000, vrac	1000	6000	31/01/2016
Mebendazole, 100 mg, tab 100, vrac	100	0	
Metoclopramide chlorhydrate, 5mg/ml,2ml,amp,	1	1045	30/04/2015
Metoclopramide chlorhydrate, 10mg, 1000,vrac, unite	1000	0	
metronidazole, 250 mg, tab, 1000, vrac, unite	1000	60000	31/08/2016
metronidazole, 200 mg/5ml, poudre, susp100 ml, flacon	1	203	31/07/2016
metronidazole, 500 mg/100ml, infusion, flacon	1	822	01/08/2015
miconazole, 10 mg, 70 ces, unite	70	3430	31/03/2017
Nevirapine sirop, 10mg/ml (50mg/5ml), 240 ml, flacon,unite	1	4004	28/02/2016
Nevirapine, oral suspension, 10mg/ml, 100ml	1	9450	01/12/2015
Nystatine vaginal, 100.000 ui, tab vaginal, 100, tabs	100	10300	01/08/2015



Nystatine, 100.000 ui, tab vaginal, 15, blister	15	590	01/05/2015
nystatine, 100.000 ui/ml, oral suspension, 30 ml, flacon, unite	1	637	01/06/2015
papier thermique, 112 mmx25 m, 1 rouleau, unite	1	40	23/04/2023
paracetamol, 500mg, tab, 1000, vrac, unite	1000	14000	30/06/2016
paracetamol, 125mg/5ml, 60ml, flacon, unite	1	1300	30/06/2016
penicillinebenzathine, 2,4 m.ui, vial, unite	1	9220	01/08/2015
Pipette pasteur 3ml,boite, piece, unite	1	0	
Pipette pasteur non sterile 3ml, boite, 500 pieces, unite	500	4000	01/12/2015
Porte tube vacutainer, B/100 pieces, unite	100	0	
Poche de transfusion + CPDA, 250ml	1	10	01/02/2015
Podophylotoxie 0.5%, solution 305 ml	1	54	31/05/2015
Quinine bichlorhydrate 300mg/ml,2ml,amp	1	2245	30/09/2015
povidoneiodine 10%,solution 500ml	1	169	01/05/2015
prednisolone, 5mg, tab 1000, vrac	1000	4000	31/03/2016
Revelateur radio automatique, sachet, unite	1	0	
Sel de rehydratation orale, pour 1litre, sachet, unite	1	4400	01/03/2016
Seringue luer, 10ml,u.u.,100 pieces	100	2400	31/12/2017
Seringue luer,10ml+aiguille 21g,u.u.,100pieces,unite	100	3130	01/08/2016
Seringue luer, 2ml, u.u., 100 pieces	100	4300	30/09/2017
Seringue luer, 5ml, u.u., 100 pieces	100	5157	31/01/2017
Serum anti-A 10 ml ST, unity	1	3	01/03/2016
Serum anti-B 10 ml ST, unity	1	0	
Set pour transfusion sanguine avec aiguille	1	6882	01/08/2017
Solution de May Grunwald	1	0	
Sparadrap, rouleau, 10cm x 5 m, unite	1	23	12/12/2024
Spectinomycine, 2g , poudre , prinj	1	235	31/05/2018
Sulfadiazine, 500 mg, tab, 56, vrac	56	0	
Sulfadpxine + Pyriméthamine, 500 mg + 25 mg, tab, 30, boite	30	3780	01/12/2017
Systeme de prelevement sanguin 2.6 ml K3E, piece,unite	1	150	01/07/2015
Tenofovir 300mg + lamivudine 300mg, 30 ces, unite	30	58740	01/12/2015
Tenofovir 300mg + Emitricitabine 200mg, tab, 30 ,vrac	30	25890	01/12/2015
Test de grossesse HCG step, serum, piece, unite	1	0	
Test de grossesse HCG COMBO, Kit/30 tests, unite	30	0	
Test, vih 1+2, rapide, Determine, sachets de 100 tests, unite	100	12600	01/08/2015
Test, vih 1+2, rapide, double check, flacon 100 tests, unite	100	0	
Test, vih 1+2, rapide, unigold, flacon 20 tests, unite	20	1460	01/09/2015
Test RapidHepatitis B, boite de 40 test, unite	40	0	
Test Rapid Hepatitis C, serum/whole blood, boite de 40 test, unite	40	0	
Test Syphilis RPR kit, unite	1	0	
Tramadol HCl 100 mg inj	1	360	01/01/2017
Tube capillaire, edta, pour test rapide Determine, 75mm, 83µl, 100	100	200	01/05/2015
Tube sous vide (vacutainer) 4ml pour prelevement sanguin,100pieces, unite	100	0	
Tube vacutainer EDTA 5ml x 13 x 75 mm, 100 pieces	100	0	
Tube vacutainer EDTA 6ml, 100 pieces	100	100	01/08/2015
Tube vacutainer BD, K2-EDTA, 10 ml lavande, 100 pièces	100	0	
Tubes à essai coniques 50ml, boite, 100 pieces, unite	100	0	

Violet de Gentiane poudre, 25g, boîte, unite	1	0	
zidovudine 300mg + Lamivudine 150mg + Névirapine 200 mg, tab, 60, vrac, unite	60	26460	01/05/2015
zidovudine 60mg + lamivudine 30 mg, tab, 60, vrac, unite	60	531840	01/05/2015
zidovudine, 240ml, susp, 50mg/5ml, flacon unite	1	0	
zidovudine, 300mg, tab, 60, vrac, unite	60	187500	01/03/2015

Tableau 2 : Situation de stock des médicaments au 31 décembre 2014 à la CADMEKO (MbujMayi/Kasaï Oriental)

Désignation	Conditionnement	Quantité disponible à la CDR	Date de péremption
Abacavir + Lamivudine,60mg + 30mg, 60 ces, unite	60	3120	Oct 2015
Abacavir, 300mg, tab, 60, vrac, unite	60	130080	Nov 2015
Abacavir, 60mg, 60 ces, unite	60	0	
Aciclovir, 200mg, tab, 25, vrac, unite	25	0	
Acide benzoique+Acide salicylique,6%+3%,pommade,40g,tube,unité	1	0	
Acide folique 15mg, tablets, 10 tab (Antrex)	10	0	
Acrosorganics 100ml	1	0	
Adaptateur vacutainer 200 pièces	200	0	
Aiguille à ailletteepicranienne 21G,100pieces	100	0	
Aiguille a ponction lombaire, uu, 20g	1	0	
Aiguille vacutainer 20Gx1,5 B/100 pièces	100	0	
Aiguille vacutainer 21g, 1,5 g, 100 pièces	100	0	
Amoxicilline 250mg/5ml, 100ml, flacon, unité	1	0	
Amoxycilline 125 mg/5ml, 100 ml, flacon, unite	1	0	
Amoxycilline, 500mg, tab, 100, vrac, unite	100	3000	Avril 2016
Ampicilline 1g ,50 vials	1	2650	Oct-15
Ampicilline 500 mg, vial, unite.	1	0	
Atazanavir + Ritonavir 300mg + 100mg, 30 cés,unite	30	0	
benzoate de benzyle, 25%, 1litre, flacon, unite	1	19	Janv 2016
Benzylbenzathine pénicilline 2,4MUI,vial, unité	1	0	
Betamethasone 0,1% céme,15g,tube,unité	1	104	Fév 2016
Bleu de cresyl brillant 25 g	1	0	
Blood Grouping, Anti-Human Globulin (AHG) 10 mL x 1 vial	1	0	
Blood Grouping, bovine Albumin (BSA) 22%, 10 ml	1	0	
Carbamazepine 200mg, tab, 1000 vrac, unité	1000	5000	Janv-16
Carton collecteur 25 litres mixte/sac plastique, 10 pces (poubelles)	1	0	
cefixime200mg,tab,56 vrac, unite	56	7800	Sept 2015
Ceftiaxone 1g, vial, unité	1	4040	Nov 2016
Ceftiaxone 250mg, vial, unité	1	800	mai-14
cellules à hématimètre (neubaeur)	1	0	
chloramine (putifiant d'eau) 33 mg,50 ces	50	13000	Nov 2016
Chloramine T,500mg, tab,1000 vrac, unité	1000	300	nov-15

Chloramphénicol 250mg caps, 1000 cés vrac	1000	0	0
chlorhexidine + cetrimide, 1,5% + 15%, 1litre, flacon, unite	1	0	
Chlorhexidine+Cetrimide,1,5%+15%, 1 litre,flacon,unité	1	0	0
chlorpheniramine 4mg tablet, vrac, boite 1000 cès	1000	2000	Janv 2016
Chlorure de sodium 0,9%,500ml, perf	1	2733	Déc 2016
Ciprofloxacine chlorhydrate 500mg,t ab,100 vrac	100	9200	Nov 2017
clotrimazole 500mg, tab gynecologique, avec applicateur, unite	1	262	Juin 2016
colorant de giemsa, solution, 100 g, unite	1	0	
colorant de giemsa, solution, 500ml, unite	1	0	
colorant de giemsa, solution,1000 ml, unite	1	0	
compresse de gaz sterile 10 cm x10 cm 8 plis, pack, 50 pieces, unite	50	480	Janv 2018
Compresse de gaz sterile, 10 cm X 10 cm 8 plis, boite, 100 pieces, unite	100	0	
Containers poubelles plastic (receptacle 5L)	1	0	
cotrimoxazole 240 mg/5ml, 100ml, flacon, unite	1	0	
cotrimoxazole 480 mg, tab, 500, vrac	500	78000	Oct 2018
cotrimoxazoleinject (biseptol) 96 mg	1	4783	Oct 2018
dextrose (glucose), 5%, 500ml, perfusion avec set, unite	1	111	Aout 2015
didanosine 25 mg, tab à croquer, 60, vrac, unite	60	0	
didanosine 250 mg, caps gastroresistante, 30, vrac, unite	30	0	
didanosine 400 mg, tab, 30, vrac, unite	30	0	
doxycycline,100 mg, tab, 100, vrac, unite	100	0	
eau pour injection, 10ml, vial, unite	1	17580	Juillet 2017
efavirenz, 600 mg, tab, 30, vrac, unite	30	104940	Aout 2015
Erythromycine 500mg,t ablets, 500 tab	500	0	
erythromycine, 125 mg/5ml, 60ml, flacon, unite	1	0	
erythromycine, 250 mg, tab, 100, vrac, unite	100	7000	Sept 2016
ethanol 96 %, 250ml, unite	1	0	
facs clean, 5L	1	0	
facs flow, 20L	1	0	
facs rinse, 5L	1	0	
Gants d'examen latex large non stérile, 100 pièces	100	0	
Garrot latex 1m, pièce	1	0	
Gaz absorbant 0.9x100m 4 plis, rouleau, unite	1	0	
Gentamicine, 40mg/ml, 2ml, amp, unité	100	300	Avril 2016
huile a immersion, 100ml, unite	1	0	
hydrocortisone sodium succinate (hyd),100 mg, vial, unite	100	647	Mai 2017
Ibuprofène 200mg, tablets, 1000, tab	1000	0	
lame porte objet,76 x 26 mm, 50 pièces	50	0	
lancettes steriles, emballage individuel, uu, boite de 100 pièces, unite	100	0	
Levonorgestrel 0,75mg,cés,boite/2cé,unité	2	80	sept-17
Loperamide 2mg, tab, 1000 vrac, unité	1000	750	nov-16
lopinavir 100 mg + ritonavir 25mg, tab, 60, vrac, unite	60	0	

lopinavir 100 mg + ritonavir 25 mg, tab, 60, vrac, unite	60	0	
lopinavir 200 mg + ritonavir 50 mg tab, 120, vrac, unite	120	0	
Mebendazole 100mg, tablets, 1000 vrac	1000	2000	Janv 2016
Mebendazole, 100 mg, tab 100, vrac	100	0	
Metoclopramide chlorhydrate, 10mg, tab, 1000 vrac, unite	1000	5000	Avril 2016
Metoclopramide injectable 100mgx2ml,vial,unite	100	0	
Metronidazole ,500mg/100ml, infusion, flacon	1	0	
Metronidazole 200mg/5ml susp 100ml,flacon	1	0	
Métronidazole 250mg, tab, 1000 vrac	1000	87000	août-16
Miconazole, 10mg, 70cés, unite	70	0	
Nevirapine sirop, 10mg/ml (50mg/5ml), 240 ml, flacon,unite	1	0	
Nevirapine, oral suspension, 10mg/ml,100ml	1	0	
Nystatine 100000IU vaginale, tablets,100tabs	100	0	
Nystatine, 100.000 ui, tab vaginal, 15, blister	15	0	
nystatine, 100.000 ui/ml, oral suspension, 30 ml, flacon, unite	1	0	
papier thermique, 112 mmx25 m, 1 rouleau, unite	1	0	
Paracétamol 120mg/5ml, oral solution, 60ml	1	0	mars-15
Paracétamol 500mg, tab, 1000 vrac	1000	21000	Juin 2016
Pipette pasteur 3ml,boite, piece, unite	1	0	
Pipette pasteur non sterile 3ml, boite, 500 pieces, unite	500	0	
Pointes universelles 50-1000ul, non stérile, 500 pce(Embout bleu)	1	0	
Porte tube vacutainer, B/100 pieces, unite	100	0	
portoire pour cryotubes	1	0	
Portoireseditainer pour 10 tubes, unite	1	0	
Poubelle en carton 5l	1	0	
povidoneiodine 10%,solution 500ml	1	0	
Prednisolone, 5mg, tab, 1000 vrac	1000	5000	mai-16
Revelateur radio automatique, sachet, unite	1	0	
Sel de rehydratation orale, pour 1litre, sachet, unite	1	5320	Juin 2016
Seringue 10ml+aig 21g, 100 pièces	100	5800	juin-17
Seringue 2ml+aig 21g, 100 pièces	100	1700	sept-17
Seringue 5ml+aig 21g, 100 pièces	100	130	janv-17
Seringue luer, 10ml,u.u.,100 pieces	100	0	
Serum anti-A 10 ml ST, unity	1	0	
Serum anti-B 10 ml ST, unity	1	0	
Serum anti-D (IGM) 10 ml ST	1	0	
Solution de May Grunwald	1	0	
Sparadrap, rouleau, 10cm x 5 m, unite	1	0	
SRO	1	0	
Stethoscope, obstetricalmetal	1	0	
Sulfadiazine 500mg, tablets, 56 tablets	56	0	
Sulfadoxine+Pyrimethamine,500mg+25mg,tab,30cés	30	0	
Systeme de prelevement sanguin 2.6 ml K3E, piece,unite	1	0	
Tenofovir 300mg + lamivudine 300mg, 30 ces, unite	30	0	

Tenofovir 300mg + lamivudine 300 mg + efavirenz 600 mg, 30 ces, unite	30	0	
Test de grossesse HCG COMBO, Kit/30 tests, unite	30	0	
Test de grossesse HCG step, serum, piece, unite	1	0	
Test RapidHepatitis B, boite de 40 test, unite	40	0	
Test Rapid Hepatitis C, serum/whole blood, boite de 40 test, unite	40	0	
Test Syphilis RPR kit, unite	1	0	
Test, vih 1+2, rapide, Determine, sachets de 100 tests, unite	100	7000	Aout 2015
Test, vih 1+2, rapide, double check, flacon 100 tests, unite	100	0	
Test, vih 1+2, rapide, unigold, flacon 20 tests, unite	20	1040	Sept 2015
Tramadole chlorhydrate, 50mg/ml, 2ml, amp, unité	100	517	juin-17
Tube capillaire, edta, pour test rapide Determine, 75mm, 83µl, 100	100	0	
Tube sous vide (vacutainer) 4ml pour prelevement sanguin, 100pieces, unite	100	0	
Tube vacutainer BD, K2-EDTA, 10 ml lavande, 100 pieces	100	0	
Tube vacutainer EDTA 5ml x 13 x 75 mm, 100 pieces	100	0	
Tube vacutainer EDTA 6ml, 100 pieces	100	0	
Tubes à essai coniques 50ml, boite, 100 pieces, unite	100	0	
Violet de Gentiane poudre, 25g, boite, unite	1	0	
zidovudine 300mg + Lamivudine 150mg + Névirapine 200 mg, tab, 60, vrac, unite	60	60	Juillet 2015
zidovudine 60mg + lamivudine 30 mg, tab, 60, vrac, unite	60	141240	Janv 2017
zidovudine, 240ml, susp, 50mg/5ml, flacon unite	1	1600	Déc. 2015
zidovudine, 300mg, tab, 60, vrac, unite	60	211080	Janv 2017

Tableau 3 : Liste des Zones de Santé FDSS /SANRU\_Fonds Mondial Extension SSF

Cluster Kasai Occidental	Cluster Kasai Oriental	Cluster Kasai LOMAMI
BILOMBA	BIPEMBA	KABINDA
BUKONDE	BONZOLA	KALONDA EST
DIBAYA	CITENGE	MAKOTA
ILEBO	DIBINDI	MULUMBA
KANANGA	KANSELE	MWENE DITU
KATOKA	LUKELENGE	NGANDAJIKA
LUBONDAYI	NZABA	
LUEBO	TSHILENGE	
LUIZA		
LUKONGA		
MASUIKA		
MIKALAYI		
MWEKA		

NDESHA		
TSHIKAJI		
TSHIKAPA		
TSHIKULA		