



RATIONALISATION DES INTERVENTIONS DANS LA LUTTE  
CONTRE LA TUBERCULOSE EN RD CONGO

Séminaire sur la santé en RD Congo

Bruxelles, 17 décembre 2019

# PLAN DE PRESENTATION

- I. Contexte et justification
- II. Profil du pays
- III. Objectifs et couverture géographique
- IV. Paquet d'activités par partenaire principal
- V. Principes de complémentarité
- VI. Principes régissant les achats et approvisionnements
- VII. Constats après 2 années
- VIII. Perspectives
- IX. Conclusions

# I. Contexte et justification

- Contexte de co-présence de plusieurs partenaires pour un même programme national (PNLT):
  - FM (subvention 2018-2020)
  - USAID (projets Challenge TB puis TB-LON avec IHP)
  - AD (Prg DGD 2017-2021 et FP)
- Processus de rationalisation visant à orienter les partenaires
- Eviter le double emploi dans l'utilisation des ressources
- Processus débuté en 2016 sous la direction du PNLT avec la participation de USAID, FM, AD et OMS

## II. Profil du pays (1)



- **2.345.405 Km<sup>2</sup>**
- **26 provinces administratives, 26 divisions provinciales de la santé (DPS)**
- **517 Zones de santé**
- **84.000.000 hab.** (WHO Global report 2019)
- **PNLT:** programme national de lutte contre la TB depuis 1981
- Une Coordination provinciale lèpre/tuberculose dans chaque province
- Le pays est classé parmi les 30 pays high burden par l'OMS

## II. Profil du pays (2): Organisation de la lutte contre la tuberculose

- Programme national antituberculeux
- Coordination provinciale L/TB en voie d'intégration complète au sein de la DPS
- Intégration complète au niveau périphérique (ZS et FOSA)
- Diagnostic bactériologique dans les CSDT; les autres CS réfèrent aux CSDT pour le Dx (microscopie) et traitent les malades
- Examen Genexpert pour les présumés TB-MR (152 GXP installés dans le pays)
- Cultures pour le suivi des MDR (LNR à Kinshasa, labos provinciaux à L'Shi et Kisangani)
- Test de Hain au LNR

### III. LES OBJECTIFS POURSUIVIVIS

1. Accroître l'efficacité par une meilleure réorganisation de la couverture géographique et une complémentarité en termes d'appui visant à réduire la duplication dans les interventions de lutte contre la TB à tous les niveaux
2. Améliorer la coordination des activités à tous les niveaux (national, provincial et zone de santé)



## COUVERTURE GEOGRAPHIQUE DES PARTENAIRES

	Partenaires	DPS	ZS
<b><i>A TITRE PRINCIPAL</i></b>			
1	AD	11	251
2	FM	10	165
3	USAID	5	101
4	TOTAL	26	517
<b><i>EN CO-PRESENCE AVEC AD</i></b>			
1	FM	7	183
2	USAID	4	68
3	TOTAL	11	251

## IV. ACTIVITES INCOMBANT A CHAQUE **PARTENAIRE PRINCIPAL** DANS LES DPS COUVERTES

- Fonctionnement de la CPLT (maintenance des matériels roulants, microscopes, etc.)
- Stockage et transport des intrants de la DPS vers les ZS
- Supervisions aux différents niveaux: ZS, FOSA et Communauté
- Supervisions et réunions conjointes TB-VIH
- Activités communautaires
- Réunions de coordination DPS/CPLT et partenaires
- Réunions de monitoring mensuel au niveau des ZS

## IV. ACTIVITES INCOMBANT A CHAQUE **PARTENAIRE PRINCIPAL** DANS LES DPS COUVERTES (SUITE)

- Réunions trimestrielles de validation des données
- Suivi biologique des patients TB MDR-XDR
- Achat de matériel informatique, fournitures de bureaux, etc.
- Renouvellement du parc automobile/bateau et Moto
- Transport des échantillons
- Paiement des primes de performance au personnel
- Chaque partenaire peut initier des approches spécifiques pilotes en collaboration avec le PNLT dans les provinces qu'il couvre: exemples:
  - FM: projet RSS à Kinshasa (VIH, TB, Malaria)
  - AD: structure hospitalière du CEDA à Kinshasa pour cas compliqués TB-MR et XDR

## V. ACTIVITES QUI REQUIERENT LE PRINCIPE DE **COMPLEMENTARITE**

- ❑ La possibilité existe de faire appel à un des autres bailleurs pour un co-financement
- ❑ L'USAID et AD consulteront au préalable le PNLT et le FM sur les achats déjà planifiés dans les domaines suivants:
  - Achat des machines GeneXpert, appareil de RX digitale, machine Hain TB, construction ou réhabilitation des bâtiments
  - Appui nutritionnel aux malades TB MDR & XDR
  - Appui à la recherche opérationnelle sur le système de santé
- ❑ Le FM paie cette année les primes au personnel des CPLT appuyées par USAID par principe de compensation accepté mutuellement (USAID ne paie jamais les primes au personnel).

## VI. LES PRINCIPES REGISSANT LES ACHATS ET LES APPROVISIONNEMENTS

- ❑ Le PNLT a le mandat de centraliser la gestion et le stockage des médicaments et intrants de labo et de les rendre disponibles dans toutes les DPS du pays.
- ❑ Les expéditions des médicaments se feront selon le plan de distribution du PNLT
- ❑ Pour les achats de médicaments TB MDR et cartouches Xpert et tests Hain : USAID couvrira 50% des besoins nationaux et le FM 50%. (cfr compensation)
- ❑ Pour les achats des médicaments TB XDR : USAID achètera les 100% des médicaments XDR.
- ❑ Le FM couvrira 100% des médicaments de 1<sup>ère</sup> intention des DPS non couvertes par Action Damien et Action Damien couvrira 25% des besoins des 11 DPS suivies.
- ❑ Pour les intrants de labo et réactifs Ziehl : le FM achètera 100% des besoins.

# ACHATS ET APPROVISIONNEMENTS

Intrants/matériels	Partenaires		
	FM	USAID	AD
Médicaments de première intention	X		X
Intrants de labo et réactifs Ziehl	X		
Médicaments pour la Tuberculose MDR, les cartouches GeneXpert et les tests de Hain	X	X	
Médicaments pour la Tuberculose XDR		X	
Le transport des médicaments de la porte d'entrée à la CDR	X	X	
Le transport des CDR vers les ZS et CS	X	X	X

## VII. CONSTATS APRES 2 ANNEES (1)

1. Le cadre de concertation est bien en place, chacun connaît ses responsabilités et cela permet aux partenaires de s'adapter aux situations rencontrées et de s'entraider (ex.: fin de financement projet Challenge TB). Flexibilité! Au niveau national mais aussi provincial.
2. Les médicaments et réactifs sont désormais stockés dans les meilleures conditions possibles dans les CDR dans tout le pays. Mais les niveaux de qualité diffèrent.
3. L'approvisionnement international des médicaments continue à poser problème: non maîtrise du délai d'approvisionnement. Maîtrise insuffisante des stocks disponibles dans le pays. Des ruptures de stock sont encore à déplorer!
4. Transport dans le pays (Kin – province) aussi avec délais et qualité (BPD) à améliorer
5. La livraison des intrants TB aux ZS à partir de la CDR est régulièrement retardée car attente des arrivages des intrants VIH et/ou malaria (mutualisation des coûts de transport vers les structures).

## VII. CONSTATS APRES 2 ANNEES (2)

6. L'utilisation du réseau Genexpert demeure encore faible. L'échantillon doit parcourir le chemin du CSDT → site GXP et le résultat doit être communiqué. De même pour les cultures et tests de Hain.
7. Le paiement des primes au personnel est mené par le FM et AD mais pas par USAID qui n'est pas autorisé à le faire (législation US), ce qui entraîne des provinces à différentes vitesses.
8. Chaque partenaire a ses barèmes, par ex pour les per diem.
9. Une discussion est en cours entre FM et USAID: souhait du FM que les médicaments MDR achetés par le FM (50% des besoins du pays) soient utilisés uniquement dans les provinces appuyées par le FM.

## VIII. PERSPECTIVES (1)

1. Poursuite de la rationalisation et de la concertation.
2. Examiner avec le PNAME les priorités en matière d'amélioration des CDR.
3. Responsabiliser le PNLT pour la gestion et le stockage des médicaments. Reconstituer un vrai stock de sécurité au niveau national.
4. Transport Kin-province: mettre en place un système de contrôle de qualité avec les transporteurs (délais, T°, etc bonnes pratiques de distribution)
5. A côté du principe général de mutualisation du transport, une livraison en urgence pour les intrants TB doit être possible. (**flexibilité**)
6. Réexaminer l'organisation et le financement du transport des échantillons pour la multirésistance (GXP, cultures et test de Hain).

## VIII. PERSPECTIVES (2)

7. Harmoniser le système des primes partout avec des primes de performance mais comment bien mesurer cela sans un système hyperlourd.
8. Chaque partenaire a ses barèmes, par ex pour les per diem. Les barèmes recommandés par le GIBS sont élevés. AD ne pourra pas suivre (budgets différents entre les partenaires).
9. La demande du FM pour les médocs MDR ne correspond pas au principe de complémentarité: les besoins du pays sont fournis à 50% par le FM et à 50% par USAID et doivent être gérés par le PNLT...

## IX. CONCLUSIONS

- Le partenariat entre les différents acteurs est effectif et permet de canaliser au mieux les différents financements disponibles. Des ajustements sont probablement nécessaires.
- Une analyse en profondeur sera menée par les partenaires avec le PNLT sur la base des constats posés et des leçons apprises après les 2 années de mise en œuvre.
- Ceci pourra conduire à des amendements du MOU signé entre les 3 partenaires et le Ministère de la Santé Publique si un consensus se dégage.
- Ne pas perdre de vue l'intérêt des patients et la réponse à apporter.

MERCI