

Soutien en espèces au renforcement du système de santé (RSS)

Dossier de demande – Formulaire de demande de soutien

Le présent formulaire est destiné aux candidats qui souhaitent demander à GAVI Alliance un soutien en espèces au renforcement du système de santé (RSS). Les pays sont encouragés à participer à un processus itératif avec les partenaires de GAVI Alliance, notamment les organisations de la société civile, pour élaborer leur proposition de RSS avant le dépôt de cette demande de soutien.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	1
PARTIE A - RÉSUMÉ DU SOUTIEN DEMANDÉ ET COORDONNÉES DU CANDIDAT	10
PARTIE C- ANALYSE DE SITUATION	18
1. STATISTIQUES CLES SUR LA SANTE ET LE SYSTEME DE SANTE	18
2. DESCRIPTION DU CONTEXTE NATIONAL ET DU SECTEUR DE LA SANTE	22
3. STRATEGIE NATIONALE DE SANTE ET EVALUATION CONJOINTE DE LA STRATEGIE NATIONALE DE SANTE (JANS)	30
4. PLAN DE SUIVI ET D'ÉVALUATION POUR LE PLAN NATIONAL DE SANTE	31
5. GOULETS D'ÉTRANGLEMENT DU SYSTEME DE SANTE QUI CONTRARIENT LES RESULTATS DE LA VACCINATION	33
6. LEÇONS TIRÉES ET EXPERIENCE ACQUISE	43
PARTIE D – DÉTAILS DE LA PROPOSITION	47
7. OBJECTIFS DE LA PROPOSITION	47
• 8. CHAÎNE DE RESULTATS	57
9. PLAN DE SUIVI ET D'ÉVALUATION	63
10. PROCEDURE DE MISE AU POINT DE LA PROPOSITION	65
TIE E – BUDGET, ANALYSE DES ÉCARTS ET PLAN DE TRAVAIL	68
PARTIE E – BUDGET, ANALYSE DES ECARTS ET DE PLAN DE TRAVAIL	68
11. BUDGET ET PLAN DE TRAVAIL DETAILLÉES	68
12. ANALYSE DES ECARTS ET COMPLEMENTARITE	70
13. VIABILITE	72
PARTIE F – MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE LIMITATION DES RISQUES	74
14. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	74
15. PARTICIPATION DES ORGANISATIONS DE LA SOCIETE CIVILE	78
16. ASSISTANCE TECHNIQUE	78
17. RISQUES ET MESURES DE LIMITATION	80
18. MODALITES D'APPROVISIONNEMENT ET DE GESTION FINANCIERE	86
UMÉ D'UNE DEMANDE DE SOUTIEN COMPLÈTE	95
RÉSUMÉ D'UNE DEMANDE DE SOUTIEN COMPLÈTE	95

LISTE DES ACRONYMES

ACZ	Atteindre Chaque Zone de Santé
AS	Aire de Santé
AT	Assistance Technique
BCAF	Bureau de Coordination des Achats FEDECEME
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
BM	Banque Mondiale
CA	Conseil d'Administration
CAG	Cellule d'Appui et de Gestion
CCIA	Comité de coordination inter agences
CCPDP	Commission en charge des Politiques, de la Décentralisation , de la Planification ,de la Programmation et de la Recherche
CCS	Comité de Coordination Stratégique (du CNP-SS)
CCSS	Comité de coordination du secteur de la santé
CCT	Comité de Coordination technique (du CNP-SS)
CDR	Centrale Régionale de Distribution des Médicaments Essentiels
CEI	Comité d'examen indépendant
CF	Chaîne de Froid
CGPMP	Cellule de Gestion des Projets et de Passation de Marché
CNOS	Conseil National d'Organisations de la Société Civile
CNP-SS	Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé
CODESA	Comité de Développement de l'aire de santé
COSA	Comité de Santé
CPDP	Commission en charge des Politiques, de la Décentralisation, de la Planification, de la Programmation et de la Recherche.
CPN	Consultation Périnatale
CPP	Comité Provincial de Pilotage
CPP-SS	Comité Provincial de Pilotage du Secteur de la Santé
CS	Centre de Santé

CSI	Centre de Santé Intégré
CSR	Centre de Santé de Référence
CTB	Coopération Technique Belge
CV	Couverture vaccinale
DDSSP	Direction de Développement des Soins de Santé Primaires
DEP	Direction d'Études et Planification
DHIS2	Système de gestion de l'information de la zone de santé (de l'anglais District Health Information System)
DLM	Direction de Lutte contre la Maladie
DOGSS	Direction de l'Organisation et de la Gestion des Services de Santé
DPM	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des plantes médicinales
DPS	Division Provinciale de la Santé
DQA	Evaluation de la qualité des données
DQS	Auto évaluation de la qualité des données
DSCR	Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
DTC-HepB-Hib 3	3 ^{ème} dose du Vaccin pentavalent contre la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche, l'Hépatite B et des infections à Hemophilus influenzae b
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FED	Fonds Européen de Développement
FEDECAME	Fédération des Centrales d'Achat et de Distribution de Médicaments Essentiels
FONAMES	Fonds National Médico-Sanitaire
FOSA	Formation Sanitaire
GAVI	GAVI Alliance (anciennement Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination)
GEV	Gestion Efficace de Vaccins
GIBS	Groupe Inter Bailleurs de Santé
GVT	Gouvernement
HGR	Général de Référence
IHP+	Partenariat international pour la santé,

I-PPTE	Initiative des pays pauvres et très endettés
IPS	Inspection Provinciale de la santé
JANS	Évaluation conjointe de la stratégie nationale de santé (de l'anglais <i>Joint Assessment of National Health Strategy</i>)
MICS	Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (de l'anglais <i>Multi Indicators Clusters Survey</i>)
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MSP	Ministère de la Santé Publique
NA	Non Applicable
ND	Non Disponible
OAC	Organisation à Assise Communautaire
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMS - AFRO	OMS région Afrique
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la société civile
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PAP	Programme d'Actions Prioritaires
PARSS	Programme d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé
PBF	Financement basé sur la performance
PC	Personnal Computer
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PDDS	Plan Directeur de Développement Sanitaire
PESS	Projet d'équipement des Structures de Soins
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNAM	Programme National d'Approvisionnement en Médicaments

PNB	Produit national brut
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PPAC	Plan pluriannuel complet
PTBA	Plan de Travail Budgétisé Annuel
RDC	République Démocratique du Congo
RDQA	Routine DQA
RSA	Rapport de Situation Annuelle
RSS	Renforcement du système de santé
SANRU	Santé en milieu Rural
SARA	Évaluation de la disponibilité et de l'état de préparation des services (de l'anglais Service Availability and Readiness Assessment)
SDD	Solaire sans batteries ni régulateurs (de l'anglais Solar Drive Direct).
SG	Secrétaire Général
SMNE	Santé de la Mère du Nouveau-né et de l'Enfant
SNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	Soins de Santé Primaires
SSV	Soutien aux services de vaccination
SWAp	Approche sectorielle (de l'anglais Sector Wide Approach)
TBC	Tuberculose
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNOPS	United Nations Office for Project Services (UNOPS)
USAID	Agence Internationale de Développement des États Unis d'Amérique
USD	Dollar américain
ZS	Zone de Santé

Une demande de soutien complète comprend les documents suivants. Les pays peuvent souhaiter joindre des documents nationaux supplémentaires selon les besoins (voir liste à la fin du présent formulaire).

Formulaires de demande du RSS et pièces à joindre obligatoirement

→ Veuillez inscrire un « X » dans la case correspondant à un document inclus

N°	Document	X
1.	Formulaire de demande du RSS	
2.	Feuille de signatures du Ministre de la Santé, du Ministre des Finances et des membres du Comité de coordination du secteur de la santé (CCSS)	
3.	Plan de suivi et d'évaluation du RSS	
4.	Plan de travail et budget détaillés	

Documents nationaux existants – pièces à joindre obligatoirement

Si possible, veuillez joindre des documents nationaux approuvés, de préférence à des projets. Pour un pays très décentralisé, fournissez un plan en vigueur au niveau des États/des provinces en plus de tout document pertinent au niveau national.

→ Veuillez inscrire un « X » dans la case correspondant à un document inclus

N°	Document	X
5.	Stratégie de renforcement du système de santé (SRSS) et	X
6	Plan National du Développement Sanitaire (PNDS 2011-2015)	
7	Cadre de Suivi et Evaluation du PNDS	X
8	Plan national d'immunisation	
9	Plan Pluri Annuel Complet de la Vaccination (PPAC)	X
10	Évaluations vaccinales (EGV, évaluation post-introduction, examens du PEV), si disponibles	X
11	Arrêté Ministériel portant création, organisation et fonctionnement du Comité National du Pilotage du secteur de la santé (CNP-SS)	X

Tous les candidats sont encouragés à lire et à suivre les Directives jointes afin de remplir correctement le présent formulaire. Chaque section correspondante dans les Directives fournit des instructions plus

détaillées et des illustrations sur la manière de remplir le formulaire de demande.

Approche de GAVI au renforcement du système de santé

Les points suivants mettent en exergue l'approche de GAVI au renforcement du système de santé et devraient être reflétés dans une allocation de RSS :

- L'un des objectifs stratégiques de GAVI est de « *contribuer à renforcer la capacité de systèmes de santé intégrés pour assurer la vaccination* ». Le soutien de GAVI au RSS a pour but de lever les goulots d'étranglement des systèmes pour parvenir à de meilleurs résultats en matière de vaccination, notamment du point de vue de la couverture et de l'équité. C'est pourquoi la demande doit être fondée sur une solide analyse des goulots d'étranglement et des écarts financiers. Elle doit aussi présenter une chaîne des résultats démontrant clairement le lien entre les activités proposées et l'amélioration des résultats de la vaccination.
- L'approche de GAVI entend obtenir des résultats et les documenter. Les performances de l'allocation de RSS seront mesurées par des indicateurs intermédiaires ainsi que des résultats en matière de vaccination, tels que la couverture des trois doses du vaccin antidiphtérique, antitétanique et anticoquelucheux (DTC), la couverture du vaccin anti-rougeoleux et le pourcentage de districts notifiant une couverture vaccinale d'au moins 80%. Par conséquent, la demande doit inclure un robuste cadre de suivi et d'évaluation, aligné sur le plan ou les processus nationaux de suivi et d'évaluation.
- Le financement lié à la performance est au cœur du soutien au RSS de GAVI. Toutes les demandes doivent être alignées sur la nouvelle approche de financement lié à la performance (*performance based funding* : PBF) introduite par GAVI en 2012. La performance des pays sera jugée selon un ensemble défini au préalable d'indicateurs du PBF en fonction desquels des paiements supplémentaires seront versés pour récompenser les succès obtenus dans l'amélioration des résultats de la vaccination.
- GAVI est favorable aux principes de l'alignement et de l'harmonisation (suivant les déclarations de Paris, d'Accra et de Busan et le Partenariat international pour la santé, IHP+). La demande doit démontrer que le soutien de GAVI est harmonisé avec les plans et procédures de santé du pays, qu'il complète le financement d'autres bailleurs de fonds et qu'il utilise les systèmes nationaux existants, par exemple pour la gestion financière et les activités de suivi et d'évaluation. Le cadre commun de suivi et d'évaluation de l'IHP+ sert de référence dans ces Directives.
- GAVI soutient l'utilisation des évaluations conjointes des stratégies nationales de santé (JANS). Une évaluation JANS n'est pas obligatoire pour demander le RSS de GAVI. Toutefois, si un pays a réalisé une telle évaluation, il peut en inclure les conclusions dans sa demande de RSS. Le Comité d'examen indépendant (CEI) utilisera les résultats d'une évaluation JANS pour comprendre le contexte des politiques et du secteur de la santé, ce qui le guidera pour estimer la crédibilité et la faisabilité de la proposition de RSS.
- GAVI préconise une approche consultative et participative de l'élaboration de la proposition de RSS, en particulier entre les départements compétents du Ministère de la Santé (par exemple le département de la planification, le PEV, le système de gestion de l'information sanitaire, l'organe chargé du suivi et de l'évaluation), entre les partenaires du développement et la société civile. Alors que le CCSS (ou son équivalent) est tenu de signer cette demande, le CCIA (ou équivalent) doit aussi être consulté et associé au processus de mise au point de la proposition.
- GAVI encourage les pays à identifier et instaurer des liens entre le soutien au RSS et le soutien à l'introduction de nouveaux vaccins (comme le soutien de GAVI aux nouveaux vaccins). Ces liens doivent être mis en évidence dans la proposition. Les pays démontreront que les systèmes sont prêts¹ à introduire de

¹ Pour une définition de « l'état de préparation des systèmes », voir : http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_indicators_questionnaire/en/.

nouveaux vaccins dans le contexte des services de vaccination systématique. Le soutien de GAVI au RSS servira à renforcer ces services de vaccination systématique.

- L'approche de GAVI au RSS inclut un soutien pour renforcer les systèmes de données. De solides systèmes de données sont d'une importance fondamentale, aussi bien pour les pays que pour GAVI. Les pays sont donc vivement encouragés à inclure dans leur proposition des mesures pour affermir leurs systèmes de données, notamment en institutionnalisant les mécanismes de routine qui surveillent les améliorations de la qualité des données au fil du temps.
- GAVI approuve l'innovation. Les pays sont encouragés à être novateurs lorsqu'ils identifient des activités susceptibles de supprimer les goulets d'étranglement afin d'améliorer les résultats de la vaccination.
- GAVI invite les candidats à inclure un financement pour les organisations de la société civile (OSC) qui mettront en œuvre le soutien au RSS en vue d'améliorer les résultats de la vaccination. Les OSC peuvent recevoir le financement de GAVI de deux façons : i) GAVI verse les fonds au Ministère de la Santé qui les transfère à l'OSC, ou ii) GAVI vers les fonds directement à l'OSC. Prière de vous reporter à l'annexe 4 pour davantage de précisions.
- Les demandes doivent inclure des détails sur les leçons tirées de la mise en œuvre d'allocations antérieures de RSS de GAVI ou du soutien provenant d'autres sources.
- Les demandes doivent indiquer comment les questions de la durabilité et de l'équité (géographique, socio-économique et entre hommes et femmes) seront traitées.
- Les demandes doivent montrer l'additionnalité du soutien de GAVI pour lever les goulots d'étranglement et renforcer le système de santé, par rapport au soutien d'autres partenaires et sources de financement.
- Le versement en espèces pour le soutien au RSS doit être utilisé uniquement pour financer les activités du programme de RSS. Ces fonds ne sauraient servir à l'achat de vaccins ni au paiement des obligations exigées par GAVI au titre du cofinancement des vaccins, pas plus qu'ils ne peuvent régler des impôts, taxes, droits de douane ou autres charges imposées à l'importation des vaccins et fournitures associées.

Le processus de demande de soutien

Le présent formulaire de demande contient les principales instructions, mais pour des informations plus détaillées, veuillez consulter les directives jointes pour compléter une proposition de RSS de GAVI. Le processus de demande du RSS de GAVI est semblable au processus de demande des vaccins nouveaux ou sous-utilisés. La décision de solliciter le financement de GAVI et la collaboration avec les partenaires de l'Alliance pour élaborer une proposition (étapes 1 et 2 dans la figure 1 ci-dessous) demanderont du temps. Dans la mesure du possible, ces activités devraient être planifiées de manière à coïncider avec les processus de planification nationale existants.

Les pays sont encouragés à participer à un processus itératif avec les partenaires de GAVI Alliance, les OSC et les partenaires du développement pour élaborer une proposition de RSS avant le dépôt de la présente demande de financement. Les étapes 1 à 7 indiquent les activités types du processus de demande de soutien au RSS de GAVI. Les pays doivent compter de 9 à 12 mois pour ces étapes. Les étapes 1 à 3 prennent habituellement 3-4 mois, alors que les étapes 4 à 7 durent de 6 à 9 mois.

Figure 1: le processus de demande de soutien et de mise en œuvre



PARTIE A - RÉSUMÉ DU SOUTIEN DEMANDÉ ET COORDONNÉES DU CANDIDAT

Pour des instructions plus complètes, prière de consulter les Directives sur les demandes de soutien au RSS

Candidat :	<i>MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE</i>
Pays :	<i>REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO</i>
Titre de la proposition :	<i>APPUI AU RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE 2014 – 2018</i>
Date de début proposée :	Janvier 2015
Durée du soutien demandé :	5 ANS
Financement total demandé à GAVI :	144 947 921 USD
Coordonnées de contact	
Nom	<i>Hyppolite KALAMBAY NTEMBWA</i>
Organisation et titre	<i>DIRECTEUR CHEF DE SERVICE DE LA DIRECTION D'ETUDES & PLANIFICATION DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE</i>
Adresse postale	<i>BP 3088 KINSHASA I</i>
Téléphone	<i>+243 81 52 03 096 et +243 81 70 05 463</i>
Fax	
Adresse électronique	<i><u>hkalambay@yahoo.fr</u></i>

Signatures : aval du Gouvernement

Veillez noter que cette demande ne sera ni examinée ni approuvée par GAVI sans la signature des Ministres de la Santé et des Finances ou de leur représentant autorisé.

Ministères	Nom du Ministre	Signatures	Dates
Ministre de la Santé Publique	Félix KABANGE NUMBI MUKWAMPA		
Ministre délégué aux Finances	Patrice KITEBI		
Ministre du Budget	Daniel MUKOKO SAMBA		

PAGE DE SIGNATURES DU CCSS

Pour présentation avec la demande de RSS de GAVI

Comité de coordination du secteur de la santé

Pays RDC _____ Date de la demande de RSS _____

Nous soussignés, membres du **CCSS** ou comité équivalent [1], nous sommes réunis le 25 au 26 avril 2014 _____ pour examiner cette proposition. Certains amendements ont été proposés. Ainsi, à la date du 30 avril 2014, nous nous sommes réunis de nouveau pour adopter la présente proposition sur la base des documents d'appui annexés.

[1] Comité de coordination du secteur de la santé ou comité équivalent ayant l'autorité pour avaliser cette demande dans le pays en question.

Nom du CCSS dans le pays Comité National de Pilotage du Secteur santé (CNP-SS)

Comité de coordination du secteur de la santé (CNP-SS)			
Nome/Titre	Institution /Organisation	Signature	Date
MUKENGESHAYI KUPA	Secrétariat Général/MSP		
FAUSTIN CHENGE	Cabinet du Ministre		
GUY CLARISSE	Coordonnateur GIBS		
JOSEPH W. CABORE	Représentant OMS		
BARBARA BENTEIN	Représentante UNICEF		
DIANA PUTMAN	Directrice USAID		
NGOMA MIEZI KINTAUDI	Directeur Exécutif/Sanru		
HYPOLITE KALAMBAY	Direction d'Etudes et Planification/MSP		
MULUMBA AUDRY	Programme Elargi de Vaccination		
KEBELA ILUNGA	Direction de lutte contre la maladie		
AMBROISE TSHIMBALANGA	ROTARY INTERNATIONAL		
MUKINAYI TUMB TUMB	CNOS		
MAMBU HELENE	SABIN VACCIN INSTITUTE		

Veillez cocher la case qui convient pour indiquer si les signataires ci-dessus incluent une représentation d'une plateforme élargie d'OSC : Oui Non

Les membres individuels du CCSS peuvent adresser des remarques informelles à l'adresse : gavihss@gavialliance.org. Toutes les remarques seront traitées de manière confidentielle.

Pour des instructions plus complètes, prière de consulter les Directives sur les demandes de soutien au RSS

PARTIE B– RÉSUMÉ

1. Contexte national du pays

La République Démocratique du Congo (RDC) a une population de 89 040 900 habitants selon le dénombrement réalisé en 2012 par les divisions provinciales de la Santé. Sa superficie est de 2 345 000 Km². Elle partage ses frontières avec 9 autres pays et toute la partie Nord du pays est essentiellement constituée de la Forêt Equatoriale dans laquelle l'accès géographique aux services de santé est très difficile. Le système de santé est organisé comme une pyramide à trois niveaux comprenant un niveau central qui a le rôle normatif et régulateur, le niveau intermédiaire composé de 26 divisions provinciales de la santé et d'un niveau périphérique qui comprend 516 Zones de Santé. La constitution de la République fait de la RDC a mis en place un Etat unitaire fortement décentralisé.

2. Principaux goulets d'étranglement pour parvenir aux résultats en matière de vaccination décrits dans la proposition et comment les objectifs proposés dans cette demande tenteront de les lever et d'améliorer les résultats en matière de vaccination

Dans le but de préparer cette proposition, quatre études ont été réalisées. Elles ont permis de mieux décrire les différents goulets d'étranglement aux services de vaccination identifiés dans des études précédentes. Il s'agit de l'évaluation à mi-parcours du programme GAVI-RSS qui est en cours de mise en œuvre dans le pays, de l'étude sur la chaîne d'approvisionnement de bout en bout et des opportunités d'intégration, de l'inventaire de la chaîne de froid et des moyens de distributions des médicaments et intrants spécifiques qui sont disponibles dans le pays y compris les stratégies pour atteindre les enfants à accès difficile et enfin de l'évaluation des mécanismes de gestion financière mis en place par le Ministère de la Santé Publique depuis 4 ans. Ces goulets d'étranglement peuvent être décrits comme suit: (i) la RDC dispose d'une chaîne d'approvisionnement en vaccins qui ne garantit pas toujours la disponibilité des vaccins de qualité aux points finaux d'utilisation (transport, le stockage et gestion logistique), (ii) la faible disponibilité des services de santé de qualité qui intègrent la vaccination au niveau décentralisé du système de santé, (iii) la faiblesse des capacités institutionnelles et de pilotage des organes et structures de santé à tous les niveaux du système de santé. cette faiblesse est plus marquée au niveau provincial, (iv) la faible qualité des données ne permet pas d'avoir une meilleure appréciation des efforts fournis par les équipes à tous les niveaux et ne permet pas une prise des décisions pertinentes en matière de vaccination (information sanitaire), (v) Absence d'équité géographique, socio culturelle et économique qui concernent environ 10 à 15% des enfants à travers le pays et (v) la faible demande des services de vaccination par la communauté y compris dans des ZS où les services sont disponibles.

3. Objectifs et le budget pour chaque objectif.

Chaque goulot d'étranglement a fait objet d'un objectif excepté le goulot d'étranglement en rapport avec l'équité géographique, socio culturelle et économique dont les résolutions sont prises en compte dans les objectifs 1, 2 et 5 de la proposition.. Un sixième objectif a été ajouté pour résoudre la question relative à la mise à disposition des fonds au niveau décentralisé. Il s'agit de l'objectif relatif au renforcement des mécanismes de financement de la santé dans le pays. Ainsi, les objectifs de la propositions sont.

3.1. Renforcer la chaîne d'approvisionnement de bout en bout en vue d'assurer la disponibilité des vaccins, médicament et autres intrants spécifiques de qualité à tous les niveaux.

Les principales activités de cet objectif sont : (i) le renforcement de la capacité de stockage et de conservation des vaccins et des intrants secs de la vaccination qui permet d'augmenter la capacité du dépôt central de Kinshasa, l'installation des dépôts déconcentrés à Lubumbashi, à Kisangani et à Ilebo. En vue de réduire le coût de transport de vaccin de Kinshasa vers les provinces, deux bateaux seront construits pour alimenter les dépôts déconcentrés et certaines provinces sur leur parcours. L'option de transport des vaccins par bateau permet de réduire le coût de transport de vaccin de 58% à l'horizon 2015. Il présente en plus l'avantage que le bateau transportera aussi d'autres intrants y compris du matériel médical (y compris la chaîne de froid) et il a une durée de vie de 25 ans en moyenne.

Les 23 chambres froides qui fonctionnent sous énergie fossile dans les DPS seront solarisées. En plus, les réfrigérateurs SDD seront implantés dans toutes les Zones de Santé. (ii) Le renforcement de la capacité de distribution des vaccins et intrants secs au niveau des DPS. Les DPS et les Zones de Santé seront dotées des moyens de transport adéquat en fonction des résultats des inventaires des moyens de transports qui viennent

d'être réalisés. (iii) La mutualisation moyens disponibles de la chaîne au niveau des DPS. L'étude sur la chaîne d'approvisionnement a montré que plusieurs partenaires interviennent dans ce domaine dans toutes les provinces. Cependant, chaque intervenant utilise ses propres moyens et pour acheminer les intrants dans les ZS que les autres. Ceci situation donne lieu à des duplications qui sont sources de l'inefficacité dans l'utilisation des ressources disponibles. L'objectif à long terme est d'arriver à une intégration de la chaîne d'approvisionnement. A moyen termes, la proposition mettra l'accent sur la mutualisation des moyens dans 8 DPS sur les 26 que compte le pays. L'idée est d'apprendre en faisant et d'évaluer les expériences avant de passer à l'échelle. (iv) Le renforcement de la maintenance de la logistique liée à la vaccination et aux autres services de santé. Les équipes des maintenanciers seront placées dans toutes des DPS pour assurer la maintenance de toute la logistique liée à la vaccination et celle liée à la distribution des intrants. Un contrat de maintenance sera signé avec les fournisseurs des matériels de la chaîne de froid pour l'acquisition des pièces de rechange et un autre contrat avec les entreprises locales de maintenance pour les chambres froides des DPS. (v) La mise en place d'un système de monitoring continue des températures à différents niveaux.

3.2. Améliorer la disponibilité de l'offre des services de santé de qualité dans 50 ZS ciblées et la mise en œuvre des stratégies appropriées d'atteintes des enfants à accès difficile dans les Aires de Santé concernées et réparties à travers le pays

Cet objectif vise à réduire le nombre d'enfants non vaccinés qui persistent voire augmentent dans certaines ZS. Les principales activités de cette objectifs sont l'extension sanitaire dans les ZS à faible couverture vaccinale en vue de mettre en place des activités curatives en soutien aux activités préventives (telle que le programme de vaccination de routine), il s'agira essentiellement de la mise en œuvre de l'approche ACZ intégrée dans 50 ZS, l'appui à l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'actions opérationnels intégrés des ZS et appuyer l'organisation des stratégies appropriées dans toutes les Aires de Santé avec population à accessibilité géographiques difficiles .

3.3. Améliorer la disponibilité et la qualité des données sanitaires en général et celles liées à la vaccination en particulier à tous les niveaux.

L'objectif visé ici est de réduire les écarts entre les données des couvertures administratives et celles des enquêtes. Les principales activités sont : (i) organiser le dénombrement dans les ZS pour la maîtrise du dénominateur, (ii) Assurer la disponibilité des outils de collecte et de transmission de l'information sanitaire au niveau des ZS (ECZS, HGR et CS), (iii) organiser régulièrement l'auto évaluation et les audits de la qualité des données fournies par les CS (DQS et RDQA) ainsi que des sessions de monitoring amélioré pour action dans l'ensemble des CS des ZS ciblées, (iv) améliorer la qualité des données à travers les formations, l'utilisation d'outils et l'évaluation régulière de la disponibilité et l'état de préparation des services,(5) Organiser les enquêtes des couvertures et de satisfaction des ménages à petite échelle en marge des revues trimestrielles des DPS en vue de se rendre compte de niveau des progrès réalisés et (6) Informatiser le traitement et l'analyse des données des vaccinations par l'enregistrement des enfants vaccinés et des doses administrées à l'aide de l'outil DHIS 2 configuré sur le format de DVDMT et SMT.

3.4. Renforcer les capacités institutionnelles à tous les niveaux, y compris le mécanisme de coordination, de suivi et d'évaluation.

Les principales activités sont : (i) assurer l'encadrement périodique de proximité (accompagnement) des équipes cadres des ZS dans tous les domaines par les encadreurs provinciaux polyvalents cadres des DPS, (ii) Développer les réseaux de laboratoire de santé publique à travers un certains nombre des DPS en vue d'améliorer la qualité des échantillons prélevés et le diagnostic de présomption des cas suspects , (iii) organiser les revues périodiques pour chaque niveau : revues trimestrielles des DPS, réunions du CCIA stratégiques, réunions des CPP-SS et du CNP-SS, une revue annuelle sectorielle en marge de laquelle est discuté, analysé et validé le Rapport de Situation Annuelle (RSA) à adresser à GAVI-Alliance, (iv) organiser les réunions de la plateforme de gestion des médicaments et intrants spécifiques dans toutes les DPS pour une coordination des intervenants en vue de concrétiser la mutualisation des ressources destinées au stockage, à la conservation et à la distribution de ces derniers.

3.5. Renforcer la demande pour la vaccination à travers la mise en œuvre efficace et effective des plans de communication avec l'implication effective de la communauté .

Pour réaliser cet objectif, les principales activités qui seront mise en œuvre sont (i) mobiliser les organisations

d'assises communautaires et les sociétés civiles pour leurs implications effectives au processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des plan de communication spécifique pour chaque localité, en vue d'accroître les connaissances, attitudes et pratiques ainsi que la demande à la vaccination, (ii) Récupérer à travers les relais communautaires, tous les enfants qui ont manqué au rendez-vous vaccinal afin de réduire le nombre d'enfants non vaccinés, (iii) Organiser chaque mois 150 séances de monitoring amélioré pour action dans les 50 ZS ciblées, (iv) publier chaque trimestre sur le site Web du Ministère de santé des informations en rapport avec la mise en œuvre du projet

3.6. Consolider la réforme du financement et la gestion du programme GAVI-RSS

- Les principales activités sous cet objectif sont : (i) appuyer la restructuration de la CAG et la mise en place des procédures des gestions qui garantissent la bonne gouvernance, la transparence et le décaissement en temps utiles des ressources financières en vue de mettre en œuvre les activités prévues dans les PAO des structures, (ii) appuyer la mise en place d'une structure efficace de passation des marchés (CGPMP) en y apportant un appui technique et/ou financier en collaboration avec le gouvernement et les autres partenaires du secteur de la santé ; (iii) revoir le réseau provincial des agences de gestion financières conformément aux résultats de l'évaluation qui a été réalisée à cet effet (réduction du nombre d'agence de gestion financière dans les DPS où le système bancaire est fonctionnel) ; (iv) mettre en place une expertise nationale en finance publique au MSP en vue de gérer l'affectation et de l'exécution des ressources budgétaires allouées à la santé en particulier celles destinées au paiement de contre parties des nouveaux vaccins et de l'achat des vaccins traditionnels

3.7. Budget par objectif

OBJECTIFS DE LA PROPOSITION	2015	2016	2017	2018	2019	Total	%
1. Renforcer la chaîne d'approvisionnement de bout en bout en vue d'assurer la disponibilité des vaccins de qualité à tous les niveaux	30 243 936,9	13 184 127,0	8 897 510,7	3 217 425,7	3 229 215,7	58 772 216,1	40,5%
2. Améliorer la disponibilité de l'offre des services de santé de qualité dans 50 ZS ciblées et la mise en œuvre des stratégies appropriées d'atteintes des enfants à accès très difficile dans 9 DPS identifiées	\$2 996 500,0	\$8 679 500,0	\$3 829 500,0	\$3 829 500,0	\$3 730 000,0	\$23 065 000,0	15,9%
3. Améliorer la qualité des données sanitaires et le suivi opérationnel des activités en général et celui de la vaccination en particulier.	\$3 353 942,0	\$4 122 246,0	\$4 382 246,0	\$0,0	\$0,0	\$11 858 434,0	8,2%
4. Renforcer les capacités institutionnelles des structures du Ministère de la Santé ciblées et le mécanisme de suivi et évaluation à tous les niveaux	\$6 287 186,4	\$5 653 165,2	\$5 889 115,2	\$5 653 165,2	\$5 421 315,2	\$28 903 947,2	19,9%
5. Renforcer la demande pour la vaccination à travers la mise en œuvre effective des plans de communication avec l'implication effective de la communauté et des organisations de la société civile.	\$2 614 654,2	\$3 018 954,2	\$2 303 954,2	\$2 028 454,2	\$2 279 454,2	\$12 245 471,0	8,4%
Consolider la réforme du financement et assurer la gestion du programme	\$2 030 121,2	\$2 030 121,2	\$2 030 121,2	\$2 030 121,2	\$2 030 121,2	\$10 150 606,0	7,0%
Total	\$47 526 340,7	\$36 688 113,6	\$27 332 447,3	\$16 758 666,3	\$16 690 106,3	\$144 995 674,3	

Le budget de quatrième et cinquième année dépassent le 16 millions prévus par le fait que le pays s'est décidé de continuer à utiliser respectivement 758 666,3 USD et 690 106,3 USD sur l'enveloppe de 53 millions supplémentaires dédiés à la chaîne d'approvisionnement pour financer les activités relatives au transport des vaccins du niveau central au niveau intermédiaire. Le reste du budget n'est utilisé qu'aux 3 premières années dans le cadre des grosses acquisitions.

En outre, les dispositions selon lesquelles l'objectif 3 ne dispose pas des ressources prévisionnelles en, 2018 et 2019 sont expliqués en détails au point 11 de la présente proposition.

4. les dispositions de mise en œuvre, notamment le rôle des départements administratifs et des OSC. Prière d'inclure un résumé des dispositions de gestion financière, de passation des marchés et de suivi et évaluation.

La coordination de la mise en œuvre de la proposition sera faite par la Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé (CNP-SS), notamment sa branche technique, le Comité de Coordination Technique (CCT). Les questions opérationnelles relatives à la vaccination seront traitées et discutées par le CCIA pour lequel il sera établie un lien formel avec le CNP-SS. Les principaux organes de mise en œuvre sont : la Direction d'Etudes et Planification, le Programme Elargi de Vaccination, la Direction de lutte contre la maladie, les Divisions Provinciales de la Santé, les Zones de Santé et les organisations de la Société Civile.

Les plans opérationnels annuels seront élaborés ainsi que les plans de décaissement semestriels. Ils seront soumis au Secrétariat de GAVI pour approbation. Le suivi sera réalisé tant au niveau opérationnel que stratégique. Le mécanisme de gestion financière sera assuré par la Cellule d'Appui et de Gestion et l'Agence de Gestion Financière. La passation des marchés sera faite par la Cellule de gestion des Projets et de passation des marchés (CGPMP).

De manière détaillée, les structures de mise en œuvre élaboreront leurs Plans d'Actions Opérationnels (PAO) Annuels multi bailleurs au début de chaque année. Ces plans tiendront compte de toutes les ressources disponibles dans le secteur

Les PAO élaborés par ces structures feront objet de validation et d'adoption par les organes de pilotage à différents niveaux (Conseils d'Administrations des Zones de Santé, CPP-SS, CCT du CNP-SS). La commission en charge de planification du CCT du CNP-SS assurera au même moment la consolidation des différents plans des structures de mise en œuvre pour produire les PAO consolidés multi bailleurs des 26 DPS incluant les ZS ainsi que celui du Niveau Central. De ces PAO consolidés multi bailleurs, la commission en charge de la planification tirera le Plan du Travail Annuel Budgétisés (PTBA) et les Plans de décaissements semestriels des différentes conventions dont celle de GAVI-RSS et les soumettront à l'adoption au CCT du CNP-SS, puis à l'avis de non objection (ANO) des bailleurs dont GAVI-Alliance pour le programme GAVI RSS 2.

Le PTBA et le Plan de décaissement ayant obtenu l'ANO de GAVI-Alliance seront paramétré aux outils de suivi budgétaire (application web de la chaîne de dépense) et de gestion comptable (Tompro) pour permettre la mise à disposition effective des fonds aux structures de mise en oeuvres.

Le décaissement de GAVI-Alliance au pays se fera semestriellement dans un compte principal logé à une Banque Commerciale dont les signateurs sont le Ministre de la Santé et le représentant de l'OMS. Les OSC recevront directement leurs fonds à partir de GAVI-Alliance. Les autres organes de Gestions financières (AGEFIN, UNICEF, OMS, UNOPS) recevront les fonds obligatoirement de compte principal du MSP. Chacune de ces structures appliquera les règles de gestion financières et de passation des marchés en conformité de leur réglementation (Nations Unies pour OMS, UNICEF, UNOPS et lois et textes réglementaires de la RDC pour l'AGEFIN).

L'initiative de décaissement des fonds appartiendront exclusivement aux structures de mise en œuvre qui adresseront, en se basant des activités validées des PAO, leurs requêtes de financement aux organes de gestions financières en vue de suivre les procédures en vigueur.

Pour ce qui est des fonds sous gestion AGEFIN, les requêtes formulées par les structures de mise en œuvre seront soumis à la liquidation de la CAG, puis ordonnancer par les structures de mise en œuvres avec le visa d'es contrôleurs de liquidation et de l'ordonnancement dûment désignés par l'autorité budgétaire. Les requêtes liquidées et ordonnancées contenant les visas des contrôleurs du budget feront l'objet de l'émission des ordres de paiement (OP) soumis à l'AGEFIN pour paiement avec vérification préalable du respect des procédures.

La CAG en plus de la liquidation, jouera le rôle de l'auditeur interne des toutes les structures du MSP et de la consolidation de la comptabilité administrative et financière du secteur.

L'AGEFIN, produira le rapport trimestriel, semestriel et annuel de la comptabilité financière (Gestion de la trésorerie) avec toutes les pièces justificatives.

L'Inspection Générale des Finances, assurera les missions d'inspections et contrôles ponctuelles relatives à la gestion financière tandis que la Cour des Comptes vérifiera et validera le rapport consolidée de la comptabilité administrative et financière y compris les pièces justificatives.

Les structures de mise en œuvre présenteront les rapports techniques d'activités lors des revues aux organes de pilotage (CPP-SS, CCT, CNP-SS). Le rapport validé par la revue annuelle sectorielle et adopté par le CNP-SS sera transmis à GAVI-Alliance pour examen

PARTIE C– ANALYSE DE SITUATION

Pour des instructions plus complètes, prière de consulter les Directives sur les demandes de soutien au RSS

1. Statistiques clés sur la santé et le système de santé

Statistiques clés							
Indicateur	Source	Moyenne nationale	Différence de pourcentage entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre	Sexe (Veuillez fournir des données ventilées lorsqu'elles sont disponibles) ²			Année
				H	F	Total	
Couverture du DTC3	Données administratives	89,7%	-	ND	ND		2011
	Enquête de couverture vaccinale	76,9%	23,3%	ND	ND		2011
Couverture de la	Données	85%	-	ND	ND		2011

² En République Démocratique du Congo, les enfants sont vaccinés dès leur naissance sans distinction de sexe. Cette problématique ne se pose donc pas en RDC. En plus, il n'existe pas sur le territoire national une quelconque tradition qui favoriserait un sexe par rapport à un autre en matière de vaccination. Ceci explique que la disparité entre fille et garçon en matière de vaccination n'a fait objet d'une étude.

1 ^{ère} dose de vaccin antirougeoleux	administratives						
	Enquête de couverture vaccinale 2012	74%	21,6%	ND	ND		2011
Taux d'abandon entre la 1 ^{ère} et la 3 ^e dose du DTC	Données administratives	8,3%	-	ND	ND		2011
	Enquête de couverture vaccinale 2012	8,3%	6,5%	ND	ND		2011
Pourcentage de districts avec une couverture du DTC3 ≥80%	Données administratives	70,5%	-	ND	ND		2011
	Autres* (préciser la source)	-	-	ND	ND		
La couverture du DTC3 dans le quintile le plus pauvre est +/- X points de % que la couverture dans le quintile le plus riche	Données administratives	-					
	MICS 2010	-66%					2011
% d'enfants complètement vaccinés	Données administratives	-					
	Enquête de couverture vaccinale 2012	59%					2011

Statistiques supplémentaires sur le système de santé

Indicateur	Source	Valeur	Année
Mortalité des moins de cinq ans	Données administratives		
	MICS 2010	158 pour 1000 naissances vivantes	2010
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	Données administratives	5%	2012
	Autres* (préciser la source)	-	
Dépenses de santé par habitant	Données administratives	-	
	Comptes Nationaux de la Santé 2011	12.02 USD	2012
Budget total du secteur de la santé pour l'année de la demande	Données administratives	537 886 236 USD	2014
	Autres* (préciser la source)	-	
Pourcentage du budget du secteur de la santé financé par le Gouvernement à partir de sources nationales	Données administratives	57.1%	2014
	Autres* (préciser la source)	-	
Budget du PEV pour l'année de la demande	Données administratives	10. 491. 612,89 USD	2014
	Autres*	-	

	(préciser la source)		
Pourcentage de centres du niveau sous-national dont les capacités de la chaîne du froid correspondent à l'usage prévu (fondé sur la définition de l'OMS de « l'adaptation à l'usage prévu »)	Données administratives	-	
	Inventaire matériels chaîne de froid	15%	2014
Ponctualité et complétude des rapports des centres et des districts (ou équivalent)	Données administratives		
	Autres* (préciser la source)		

L'écart entre des données administratives et celle de l'enquête de couverture vaccinale est au delà de la limite de 5% (12,8% d'écart). L'écart est en majorité occasionné par les facteurs suivants :

A. Problèmes liés à la non maîtrise du dénominateur

La non maîtrise du dénominateur inclus dans le calcul des couvertures (population cible de l'intervention). Le dernier recensement de la population congolaise a été réalisé il y a plus de 20 ans. Depuis lors, la taille de la population du pays est basée sur des estimations faites par l'Institut National de la Statistique. Les données issues de l'institut National de la Statistique ne sont pas désagrégées par Zone de Santé³(ZS), ce qui rend difficile leur utilisation pour définir le dénominateur pour la couverture vaccinale. Ainsi, les Zones de Santé font le dénombrement pour avoir le dénominateur pour la vaccination. Dans certaines ZS, on a noté que le dénombrement se fait par un personnel non formé et de fois cette activité n'est pas supervisée par le niveau immédiatement supérieur. Les données issues de l'agrégation des résultats du dénombrement sont généralement surestimées par rapport à celles de l'Institut National de la Statistique. En plus, données de la vaccination de routine en 2011 relève que 125 ZS avaient une couverture de plus de 100% avec des extrêmes allant de 101% à 219%. Ce qui montre que les ZS ne maîtrisent pas à suffisance leurs cibles vaccinales.

B. Problèmes liés à la qualité des données. *ces problèmes peuvent être résumés comme suit : (i) La non informatisation de système de collecte et de transmission des données du niveau périphérique vers le niveau intermédiaire, (ii) la multiplicité des outils de transmission des données non harmonisés dans les C.S (Vaccination, VIH, Paludisme, Tuberculose, Trypanosomiase, santé de la reproduction, onchocercose, canevass SNIS, gestion des médicaments, indicateurs propres à chaque projet, ...). On a dénombré plus de 40 outils de collecte de plus de 15 pages que l'infirmier du CS est censé remplir chaque fin du mois. Ce qui implique plusieurs erreurs de transcription des données des outils de collecte vers ceux de transmission compte tenu de la charge intense du travail, (iii) Une quasi absence des mécanismes d'analyse et d'auto évaluation trimestrielle de la qualité des données (DQS) au niveau des CS avec l'accompagnement de l'équipe cadre des ZS, (iv) une quasi absence des mécanismes d'audits des qualités des données (DQA ou RDQA) dans les ZS par le niveau intermédiaire avec appui du niveau central, (v) la quasi absence des enquêtes de couverture et de satisfaction des ménages à petite échelle (dans un nombre très limités de ZS) en marge des revues du niveau intermédiaire à titre d'évaluation interne des performances, qui devra en principe servir comme base de comparaison aux données administratives fournies par les ZS.*

C. Problèmes liés à la tenue irrégulière des réunions de monitoring au niveau périphérique, non production des tableaux de bord et à la tenue irrégulière des revues des DPS *(i) Les monitorages améliorés pour action (MAA) devraient en principe être organisé de manière régulière pour permettre d'évaluer les couvertures effectives des interventions et les goulots d'étranglements y afférents identifiées, ce avec une implication active des communautés. Ils devront en outre permettre à l'équipe du CS d'évaluer les couvertures*

³ La Zone de santé est le terme utilisé en République Démocratique du Congo pour désigner le District Sanitaire tel que défini par l'OMS. Elle représente un espace géographique qui comprend une moyenne de 100 000 à 150 000 habitants en milieu rural et 200 000 à 250 000 habitants en milieu urbain. Chaque Zone de Santé comprend un hôpital général de Référence et 10 à 20 centres de santé selon le cas.

fournies par les données administratives à celle de l'enquête LQAS. (ii) L'inexistence d'un tableau de bord mensuel (score card) des indicateurs traceurs au niveau des ZS qui devrait permettre à la ZS d'effectuer un suivi opérationnel et une comparaison temporelle des couvertures des interventions dans les CS de la ZS. (iii) La tenue irrégulière des revues trimestrielles au niveau intermédiaire où le tableau de bord de chaque ZS devrait être présenté, les problèmes qui entravent la qualité des données ainsi que les autres problèmes de la mise en œuvre des interventions dans les ZS sont discutées et analysés en vue de trouver les réponses adéquates

Le plan qui vise l'amélioration de la qualité des données implique la correction de tous ces facteurs. Les activités à mettre en œuvre sont destinées à résoudre à la fois la question relative à la définition du dénominateur, l'amélioration de la qualité des données proprement dite et ainsi que celles relatives à l'organisation des réunions de monitoring. Il s'agit de :

- 1) Les activités préparatoires à la réalisation d'un recensement sont en cours de préparation dans le pays. En attendant, un dénombrement mieux organisé et mieux encadré au niveau décentralisé (village, aire de santé, zone de santé) dans toutes les 516 ZS sous la responsabilité des organes de participation communautaire et la supervision du niveau intermédiaire. Les outils de collecte (fiches de dénombrements ménage, village, aire de santé et zone de santé) ont été déjà produits dans le cadre de la mise en œuvre du Cadre d'Accélération des Objectifs du Millénaire pour le Développement 4 & 5 (CAO 4&5)
- 2) La dotation en outils de collecte de l'information sanitaire au niveau de 8. 830 centres de santé (fiches de pointage vaccination, registre de vaccination, carnet de santé des enfants de moins de 5 ans qui inclut toute l'historique sanitaire de l'enfant, dossier familial au centre de santé, ...).
- 3) L'harmonisation des outils de transmission de l'information en un seul canevas intégrateur regroupant les informations sanitaires essentielles générées au niveau du CS. Il devra comprendre de manière détaillé les indicateurs d'intrants, de processus et des résultats nécessaires au suivi de tous les programmes mise en œuvre au niveau des ZS. il aura l'avantage de réduire la charge du travail aux infirmiers du CS en évitant qu'une seule donnée soit collectée plusieurs fois
- 4) L'informatisation de système d'enregistrement des enfants vaccinés et de transmission des données par les applications web reliant les 516 ZS, les 26 DPS et le niveau central
- 5) L'Auto évaluation trimestrielle régulière des données au niveau des CS par les équipes cadres des ZS avec accompagnement du niveau intermédiaire
- 6) Les enquêtes d'audits qualités des données des ZS par le niveau intermédiaire avec accompagnement du niveau central
- 7) La tenue semestrielle des réunions de monitoring amélioré décentralisés (enquête formations sanitaires et enquêtes ménages) au niveau des aires de santé avec implication active de la communauté selon le principe de la redevabilité. Ce monitoring constituera pour l'aire de santé une sorte d'évaluation interne de ses propres activités et un bon mécanisme de comparabilité des données administratives à celles provenant de l'enquête LQAS. Les goulots d'étranglements identifiés lors de ces monitorages devront conduire à une identification des actions correctrices à intégrer dans les micro-plans des aires de santé et dans les plans d'actions opérationnels (PAO) de la ZS.
- 8) La production mensuelle des tableaux de bord de suivi de la mise en œuvre des PAO des ZS reprenant les indicateurs traceurs dans toutes les 516 ZS du pays. Ces tableaux de bord devront être validés lors des réunions de revues mensuelles des activités. Ce tableau de bord permettra en outre de mettre en cause un passage brusque de couverture vaccinale d'une Aire de Santé de rouge en verte si aucun n'effort d'accélération vaccinale n'avait été entrepris dans ladite aire de santé et déclencher immédiatement une auto évaluation ou un audit de la qualité des données.
- 9) La tenue des revues trimestrielles des activités des ZS dans leurs divisions provinciales de santé respectives (DPS). Ces revues connaîtront la participation active de toutes les parties prenantes (partenaires, société civiles, secteurs connexes et secteur santé). Au cours de ces revues, le tableau de bord de chaque ZS sera présenté, les problèmes qui entravent la qualité des données ainsi que les autres problèmes de la mise en œuvre des interventions dans les ZS (coordinations des appuis, chaînes

d'approvisionnement, ...) seront discutées et analysés en vue de trouver les réponses adéquates

- 10) *L'organisation régulière des enquêtes des couvertures et de satisfaction des ménages à petit échelle (dans un nombre très limité de ZS dans les 26 DPS) à titre d'évaluation interne des performances, qui devra servir comme base de comparaison aux données administratives fournies par les ZS lors des revues.*

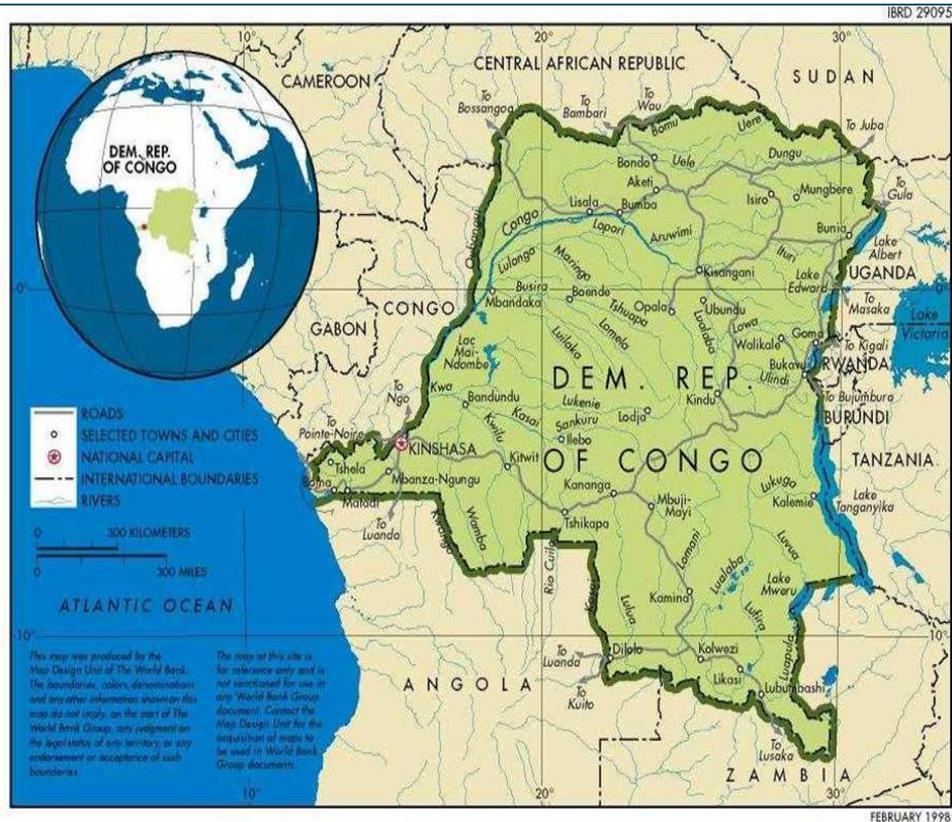
2. Description du contexte national et du secteur de la santé

2.1. Contexte national, système de santé et prestations des services

La République Démocratique du Congo est située au cœur de l'Afrique. Avec ses 2 345 000 Km², la RDC est le deuxième pays plus vaste d'Afrique derrière l'Algérie. Elle partage ses 9 000 Km de frontières avec 9 autres pays dont la République Centrafricaine, le Soudan du sud, l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi, la Tanzanie, la Zambie, l'Angola et la République du Congo. Le pays compte dans les faits 11 provinces. Selon la constitution en vigueur depuis 2006, le nombre des provinces passera à 26 dans les prochaines années. Sa population est estimée à 89 040 900 habitants (données issues du dénombrement organisé par les Zones de Santé auxquelles on a appliqué le taux d'accroissement de la population)⁴. La population est composée des bantous et des pygmées. Ces derniers sont minoritaires et vivent dans la Forêt Equatoriale

⁴ *Cependant l'Institut National de la Statistique (INS) estime que la population de la RDC est de 72 505 000 en 2014. Les estimations de l'INS sont basées sur le dernier recensement réalisé dans le pays depuis 1984. Leur utilisation pour calculer les quantités de vaccins pour les zones de santé conduisent souvent à des ruptures des stocks fréquents, raison pour laquelle le PEV travaille avec les données issues du dénombrement estimées plus proches de la réalité. .*

Figure 2 : Carte administrative de la République Démocratique du Congo



Une bonne partie du pays est occupée par la Forêt Equatoriale (près de 145 millions d'hectares de forêt) les provinces les plus concernées sont la Province de l'Equateur, Province Orientale, le Nord de la Province de Bandundu et du Kasai Occidental. Le réseau fluvial est développé avec le fleuve Congo qui parcourt presque tout le pays avant de se jeter dans l'Océan Atlantique. En revanche, le réseau routier y est très peu développé, de sorte que la voie aérienne est la principale voie qui relie les provinces entre elles.

Sur le plan économique, la RDC est un pays potentiellement riche, mais dans les faits il est parmi les plus pauvres d'Afrique. Son Indice de Développement Humain (IDH) a été l'avant dernier au monde en 2013, juste devant le Burundi. Environ 70% de la population vit sous le seuil de la pauvreté.

La RDC a accompli des progrès considérables durant ces cinq dernières années en termes de croissance économique et de stabilité macroéconomique. Entre 2008 et 2012, la croissance s'est située – en moyenne annuelle – à un taux de 6,1 %. L'inflation est tombée à moins de 10 % en 2010 et après un relâchement en 2011, elle s'est situés à 2,7 % à fin de l'année 2012. Avec la reprise relativement timide de l'économie mondiale, la RDC a pu réaliser des taux de croissance de 7,2 % en 2010 et 6,9 % en 2011. En effet, en 2012, le PIB réel s'est accru de 7,2 % sous l'impulsion des investissements réalisés ces dernières années dans les industries extractives et les effets du dynamisme des secteurs de l'agriculture, de la construction et du commerce. Ce dynamisme de l'économie congolaise tient entre autre, à la poursuite des réformes structurelles qui ont permis au pays de libérer son potentiel de croissance et d'attirer davantage des capitaux étrangers aussi bien privés que publics. L'annulation de 90 % de la dette extérieure en 2010, dans le cadre de l'initiative en faveur des pays pauvres et très endettés (I-PPTE), a permis d'élargir l'espace fiscal et de donner à l'Etat des moyens plus accrus en vue de mener à bien sa politique de reconstruction.

Le système de santé est organisé sous forme d'une pyramide à niveaux : central, intermédiaire et périphérique. A chacun de ces niveaux existe des structures administratives et des prestations des soins de santé.

- Au niveau central ; le nouveau cadre organique institue un secrétariat général composé d'un bureau du secrétaire général à la santé et réduit le nombre des directions de 13 à 7 directions centrales. Ce niveau a pour mission la régulation et la normalisation du secteur ainsi que l'appui technique au niveau intermédiaire. A côté de Directions centrales, existe 52 programmes spécialisés dont la plupart ne sont pas fonctionnels et font l'objet d'une réforme qui est en cours. Les Programmes spécialisés sont

rattachés aux directions centrales. le Programme Elargie de la Vaccination (PEV) est rattaché à la Direction de lutte contre la maladie. Le PEV est responsable de l'approvisionnement en vaccins et de la logistique liée à la vaccination. Il apporte un appui en termes de régulation, normalisation au suivi et évaluation des activités de la logistique et des prestations de la vaccination dans l'ensemble du pays ainsi que l'appui à la surveillance épidémiologiques des maladies évitables par la vaccination.

- Le niveau intermédiaire actuel composé de 11 Divisions Provinciales de la Santé (DPS) qui associent à leur sein les Inspections Provinciales (IPS) sera ramené à 26 DPS et 11 IPS dans un premier temps. A termes, il y aura une DPS et une IPS par province, soit 26 DPS et 26 IPS pour l'ensemble du pays. . les DPS sont en cours d'implantation dans l'ensemble du pays. Elles ont pour mission principale d'apporter un appui technique sous formes d'accompagnement de proximité aux équipes cadres des Zones de Santé dans l'opérationnalisation des soins de santé primaires dont l'offre et l'utilisation des services de vaccination.
- Le niveau périphérique est composé de 516 ZS. Chacune des ZS dispose d'un Hôpital Général de Référence (HGR) (ou une structure faisant fonction) et d'un réseau des centres de santé (CS). Le pays compte en son ensemble 8.830 aires de santé. plusieurs de ces aires de santé disposent des Centres de Santé dont 19% seulement répondent aux normes architecturales. Les autres sont soit en pisé, soit en brique adobe. Les CS offrent des services de santé de base regroupés dans le Paquet Minimum d'Activités (PMA) qui inclut les services de vaccination. Les HGR offrent le Paquet Complémentaire d'Activités incluant les services de maternité. Les femmes enceintes y reçoivent la vaccination antitétanique lors des consultations prénatales et les enfants qui y naissent reçoivent leurs premières doses de vaccins avant la sortie de leurs mères de la maternité.

De l'ensemble de 8.830 centres de santé, qui offre le paquet minimum d'activités intégrant la vaccination, on dénombre au moins 40% appartenant au secteur privé confessionnel (sans but lucratif). En outre, à côté de ce 8.830 CS, on dénombre une prolifération des structures privées à but lucratifs qui offrent des soins curatifs parfois de qualité douteuse dont certains n'intègrent pas le service de vaccination.

La qualité de prestation est assurée à travers un accompagnement technique des encadreurs provinciaux polyvalents des DPS aux équipes cadres des ZS. Ces derniers à leur tour assurent le même accompagnement aux prestataires des CS. Cet accompagnement se fait sous forme formation initiale, des supervisions formatives ou de coaching des prestataires.

2.2. les ressources humaines pour la santé. Les ressources humaines pour la santé qui travaillent dans l'administration publique sont d'environ 120 000 agents pour tout le pays. Parmi ces agents, on compte environ 6 000 médecins et 58 000 infirmiers tous niveaux confondus. Plus de 30% de ces effectifs sont faits du personnel administratif. Plus de 10% sont éligibles à la retraite. Seuls 40% du personnel de santé reçoit le salaire payé par le gouvernement⁵. 80% perçoivent la prime dite « prime de risque ». il y a donc une bonne proportion du personnel de santé qui travaille sans être payé ou dont le paiement est juste assez pour tenir avec sa famille pour 5 jours. Dans la plupart des structures de santé du pays, le personnel de santé est en surnombre. Cependant, il existe au moins un infirmier capable de vacciner dans près de 80% des centres de santé du pays.

La pléthore du personnel est due à la multiplicité des institutions de formation et au non départ en retraite depuis plusieurs années. En plus du problème de pléthore, il se pose celui de la qualité du personnel qui n'est pas toujours garantie pour une offre des soins de santé de qualité, d'où la nécessité d'une formation initiale et des supervisions formatives pour le personnel déjà en place. Un effort de la rationalisation des RHS doit être entrepris pour garantir la qualité des soins. il en est de même de la rétention des ressources humaines qui pose d'énormes problèmes dans le secteur de la santé. Les gens sont continuellement à la recherche du mieux offrant ce qui les rend très instables.

2.3. Système de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement

⁵ Le salaire correspond pour un cadre qui a 20 ans de carrière à environ 100 USD.

En matière d'approvisionnement en matériels et équipements médicaux et non médicaux, le Ministère de la Santé bénéficie de l'expérience des Organismes du Système des Nations Unies (UNICEF, UNOPS, etc.). Le partenariat avec ses organisations a fait ses preuves en termes d'efficacité et d'efficience lors de la phase en cours du programme RSS soutenus par le GAVI-Alliance. Le Gouvernement de la République utilise actuellement le même mécanisme dans le cadre de son projet d'équipement des structures de santé financé sur ressources propres. Ce principe est aussi retenu dans la nouvelle approche taillée sur mesure de GAVI-Alliance pour la RDC.

En matière d'approvisionnement en matériels de la chaîne de froid, le PPAC du PEV, a défini une politique qui prône sur l'usage exclusif des matériels à énergie solaire au niveau opérationnel passant par une phase de transition d'environ 5 ans. Ceci implique une politique qui interdit l'acquisition des matériels à énergie fossile pour les structures du niveau opérationnels (BCZS et CS). Il en est de même des chambres froides des vaccins et intrants spécifiques qui devront être solarisées dans les endroits où la desserte en énergie électrique n'est pas garanti en vue d'éviter la dépendance totale en énergie fossile.

En ce qui concerne l'approvisionnement des médicaments et intrants spécifiques (autre que le vaccin), le pays a mis en place un Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME) basé sur la centralisation des achats et la décentralisation de la distribution. Celle-ci se fait à travers les Centrales Régionales de Distribution (CDR) des Médicaments Essentiels. Plusieurs partenaires ont fait des efforts en termes d'alignement au système de distribution à travers les CDR. Cependant, il existe encore plusieurs autres circuits d'approvisionnement et de distribution parallèles. A titre d'exemple, en termes d'approvisionnement, le fonds de roulement du SNAME est d'environ 15 000 000 USD pour l'année 2014, tandis que dans le système parallèle, il peut facilement atteindre et même dépasser les 200 000 000 USD chaque année. Concernant la distribution, on assiste à la fois à des problèmes d'insuffisance d'espace de stockage (du fait des partenaires qui ont intégré le système sans investissements supplémentaires) d'une part et, d'autre part à des duplications dans l'utilisation des ressources nécessaires à la distribution du fait des partenaires qui ne se sont pas encore alignés au système. En outre, le contexte géographique dans certaines provinces comme la Province de l'Equateur, la Province Orientale, la partie Nord de la Province du Katanga, la Province du Maniema et la partie Nord de la Province du Kasai Occidental rend difficile la distribution du matériel y compris celui de chaîne de froid acquis par les différents programmes d'appui au système de santé. En effet, la Province de l'Equateur et la Province Orientale et les autres parties du pays ci-haut mentionnées hébergent la plus grande partie de la forêt équatoriale dans le pays. De Kinshasa, la capitale, elles ne sont accessibles que par voies aérienne et fluviale. En grande partie, même la distribution à l'intérieur de ces provinces ne peut se faire que par ces deux voies du fait que ces provinces baignent pratiquement dans les eaux. Ceci engendre des coûts moyens de distribution qui peuvent dépasser les 1.000 dollars américains par réfrigérateur, ainsi que d'importantes ressources humaines à déployer à travers le pays pour l'installation et la maintenance de ces équipements.

2.4. Systèmes d'information sanitaire

Le cadre de suivi et évaluation du PNDS a retenu en plus des enquêtes et des études nationales et sectorielles, un seul système de transmission d'informations sanitaires dénommé cadre normatif du système national d'informations sanitaires. Le circuit de transmission respecte les 3 niveaux du système de la santé de la RDC (CS-ZS-DPS-Secrétariat Général à la Santé). Les données de la vaccination sont traitées, analysées et compilées à tous les niveaux du système de santé. Les données nationales sont produites par le PEV sur base de celles qui remontent des ZS et des DPS. .

Les données sont produites par les CS, transmis au BCZ qui les valide mensuellement au cours des réunions des revues et de validation des données regroupant les cadres des ZS et les infirmiers des CS. Dans certains cas, la participation des membres des sociétés civiles est requise à travers les comités de développement de santé. Ces réunions de validation des données se font aussi mensuellement au niveau intermédiaire et central. La faiblesse à ce niveau figure à la non confrontation de ces données administratives aux résultats de suivi stratégiques (DQS, DQA, enquête de satisfaction des ménages, enquêtes LQAS) qui devront renseigner sur leur qualité. Ces dispositifs doivent fonctionner pour permettre une validation trimestrielle en marge des revues au niveau des DPS, en vue de transmettre officiellement les couvertures qui corroborent avec les données issues de ces dispositifs et qui se rapprochent des estimations OMS/UNICEF.

Au niveau central, le comité de coordination technique du CNP-SS a adopté le modèle d'un tableau de bord du

ministère de la santé de suivi de la mise en œuvre du PNDS, qui reprend les indicateurs traceurs des résultats des différents programmes de ce dernier. La diffusion des résultats de vaccination tout comme des autres se fait à travers ce tableau de bord. Ce tableau de bord est produit de manière ascendante partant des ZS au niveau central via les DPS. Il est validé par les revues trimestrielles des DPS (avec les dispositifs de comparabilité sus énoncés) et adoptés au(x) comité(s) provinciaux et national de pilotage du secteur santé (CPP-SS et CNP-SS). En ce qui concerne la vaccination, ce tableau de bord inclut 5 indicateurs qui sont : la couverture en pentavalent 3 (CV en penta 3), la couverture du vaccin contre la rougeole (VAR1), la proportion d'enfants de moins d'un an qui sont complètement vaccinés, le pourcentage des ZS avec CV pentavalent 3 supérieur à 80% et le taux d'abandon DTC1-DTC3). L'indicateur sur l'équité sociale a été retenu pour être collecté lors des enquêtes de satisfaction des ménages à petite échelle.

La qualité des données s'obtient par les dispositifs de l'auto évaluation de la qualité des données (DQS) des CS et les audits de qualité des données des ZS (DQA, les enquêtes de satisfaction à petite échelle, le monitoring amélioré pour action sus évoqués. La fréquence irrégulière de ces activités est en partie à la base de la mauvaise qualité des données. Elle sera aussi améliorée avec la généralisation des outils web d'enregistrement et de transmissions des couvertures.

Les enquêtes de couverture vaccinale devront se faire tous les 3 ans au cours des prochaines années. Etant donné que, les résultats préliminaires de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) pour l'année 2013 sont publiés, nous envisageons de réaliser la première enquête après l'EDS en 2016 et la seconde en 2019. Elles permettront de s'assurer de la qualité des données administratives fournies par les structures intégrant les services de vaccination.

Le rapport programmatique de la vaccination se fera à une fréquence semestrielle. Ce rapport sera en première instance validé par le CCIA technique et ensuite sera adopté au cours de réunions semestrielle du CNP-SS. Les discussions sur le rapport de situation annuelle à soumettre à GAVI-Alliance se feront lors des revues annuelle sectorielle en marge des quelles seront organisées les réunions du CNP-SS avec la participation active des membres du secrétariat de GAVI-Alliance.

2.5. Communautés et autres acteurs locaux

Comme cela a été décrit précédemment, le système de santé de la RDC est basé sur un partenariat public-privé très solide et très ancien avec les confessions religieuses qui détiennent environ 40% des formations sanitaires de premier contact dans lesquelles se fait la majeure partie des activités vaccinales dans le pays. Ces acteurs interviennent à la fois dans l'organisation de l'offre et la simulation de la demande des services de santé à travers leurs assises communautaires. En plus, les communautés sont organisées en organisation de participation communautaire. Chaque CS dispose d'un Comité de Santé (COSA) qui travaille en étroite collaboration avec le personnel de santé. Le Comité de santé est l'organe de décision du CS. Au niveau de chaque village, on dispose un relais communautaire (agent communautaire) pour 25 à 30 ménages. L'ensemble de ce relais communautaire au niveau du village forme la cellule d'animation communautaire et dont un membre représente le village dans le Comité de Développement de l'aire de santé. (CODESA). Ce dernier à la différence du COSA est multisectoriel. Tous ces organes participent à la promotion de la santé, à la recherche des enfants perdus de vue et aux activités du développement du CS.

2.6. Environnements juridiques, politiques et régulateurs

Le pays dispose depuis 2006 d'une constitution qui répartit les compétences entre les différents niveaux de l'appareil de l'Etat. L'organisation des soins de santé primaires relève de la compétence exclusive des provinces. Ces dernières ont l'autonomie de gestion de leurs ressources tant humaines, matérielles que financières au même titre que les entités territoriales décentralisées. Cette constitution induit une série des réformes qui sont en cours dans presque tous les secteurs. L'une des réformes en cours dans le secteur de la santé est la mise en place des DPS dans les 26 provinces constitutionnelles. Cette réforme est mise en place dans le but d'approcher l'appui technique des services bénéficiaires de ce dernier en vue de s'assurer que l'offre, la qualité et l'utilisation des services de santé dont la vaccination sont garanties pour la population bénéficiaire.

L'accès aux soins incluant la vaccination est garanti par la constitution de la république. Deux projets de loi portant sur la couverture universelle et sur la vaccination sont en relecture dans le secteur et un texte

réglementaire instaurant la tarification forfaitaire des soins curatifs comme mode de paiement et d'équité aux soins au niveau des ZS est en cours de publication.

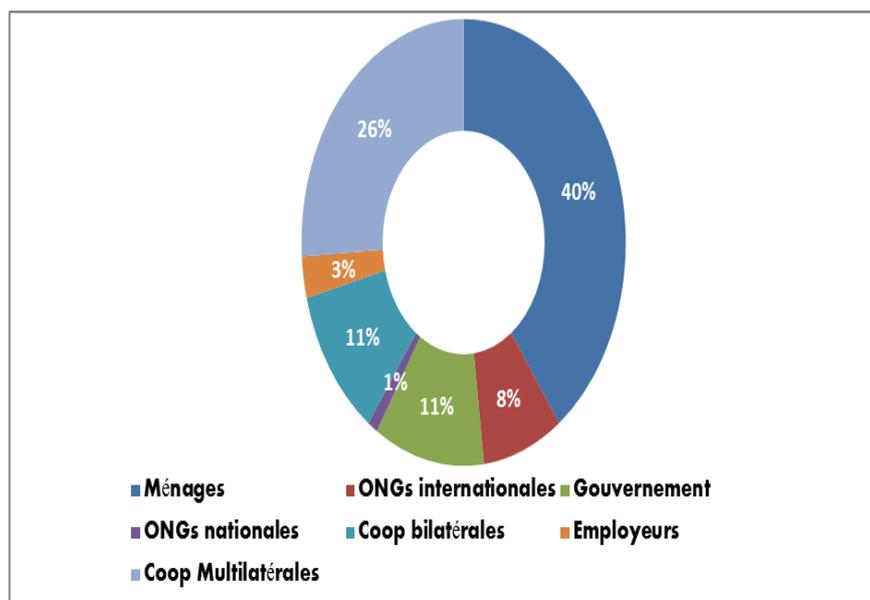
L'ensemble des parties prenantes se sont engagées lors de la revue annuelle sectorielle 2010 tenue à Lubumbashi en octobre 2011 à mettre en place, un seul plan d'actions opérationnel avec budget multi bailleurs des activités intégrées visant le renforcement de système de santé pour chaque structure aux différents niveaux du système. elles se sont en outre engagées à un seul mécanisme de suivi et évaluation conjointe, à travers les revues trimestrielles des Divisions Provinciales de la Santé (DPS) et annuelles sectorielles et dont les recommandations devront être adoptées sous formes de décisions aux CPP-SS et CNP-SS.

Le processus de planification, de suivi et évaluation est participatif, les partenaires techniques et financiers, les membres de la communauté à travers les organes de participation communautaires et les autres membres des organisations de la société civiles participent activement lors de ces assises.

2.7. Financement du système communautaire et de santé

Le secteur de la santé est financé par le gouvernement, les partenaires au développement, le secteur privé lucratif et non lucratif et les ménages. Les dépenses de santé sont d'environ 12 USD par habitant et par an ce qui correspond globalement en valeur absolue à 800 000 000 à 1 200 000 000 USD par an. Les ménages financent jusqu'à 40 à 42% de toutes les dépenses de santé chaque année comme le montre la figure ci-après

Figure 3 : Dépenses de santé par sources de la dépense



Source : Rapport des comptes nationaux de la santé 2011 & 2012

Les dépenses de santé qui proviennent des ménages se font par paiement direct dans leur grande partie. Ce qui fait courir à ces derniers le risque de catastrophe financière. La contribution des ménages qui est la plus importante dans les dépenses de santé est aussi celle qui est la moins bien régulée.

La part de la santé dans le budget de l'Etat est en progression depuis 2001. Il est passé de moins de 1% en 2001 à 7% en 2014. Cependant, elle reste inférieure aux engagements pris par les Chefs d'Etat à Abuja (15% du budget de l'Etat consacré à la santé). Le taux de décaissement sur budget de l'Etat est un problème récurrent, il varie entre 50 et 60% depuis plusieurs années. Ce taux est plus élevé sur les ressources extérieures extra budgétaires. Il peut atteindre les 80%. Cependant très peu d'investissements en vue de renforcement du système de santé pour des services de santé durables y sont opérés. L'année dernière, dans le cadre du Projet d'Investissements dans le Secteur de la Santé (PESS), le gouvernement a décidé d'investir dans les infrastructures, les équipements, la réforme, l'approvisionnement en médicaments et les activités d'appui techniques aux ZS. L'objectif étant de construire/réhabiliter et équiper 1000 CS et 200 HGR avant la fin de l'année

2014.

Plusieurs expériences de financement basé sur les résultats (FBR) globaux dans les formations sanitaires sont en cours dans le pays. La question de la pérennisation et de l'appropriation de ce mode de financement n'est pas encore garantie par le Gouvernement. La stratégie sous sectorielle de financement de la santé en cours d'élaboration par la sous commission chargée des politiques de financement du CNP-SS, examinera en profondeur les résultats issue de la capitalisation des expériences de FBR et celles de la tarification forfaitaire avec subvention structurelle de performance. Cette stratégie définira la place de chaque modalité de financement (y compris le FBR) dans le secteur de la santé.

Dans le cadre de cette proposition l'accent sera mis sur « **une subvention structurelle de performance** » qui intègre l'ensemble d'activités de la structure. Ceci pourrait équilibrer le compte d'exploitation de la structure comme le montre certaines expérience récentes dans le pays. En effet, la mise en place d'une tarification forfaitaire pour les soins curatifs et préventifs soutenu par un accompagnement technique de proximité conduit à une amélioration de la qualité des soins et peut équilibrer le compte d'exploitation de certains C.S (où le personnel de santé reçoit salaire et primes payée par le gouvernement) avec une légère subvention extérieure (à la hauteur de 15 à 30% des charges de CS).

Les agents de santé communautaires jouent un rôle dans la promotion des pratiques clés de la santé par la sensibilisation et l'organisation de certaines séances éducatives. Ils n'ont donc pas prérogatives selon la politique nationale actuelle d'administrer les soins tant préventifs que curatifs. Toutes fois, les expériences sont en cours avec les sites des soins communautaires dans les endroits les plus inaccessibles où certains agents communautaires assurent les prestations des cas simples pour le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës chez les enfants de moins de 5 ans. Ces sites des soins n'intègrent pas les services de vaccination étant données les exigences liées à la gestion efficace des vaccins à tous les niveaux du système

2.8 Approche de GAVI-Alliance Taillée sur mesure de la RDC

Dans le cadre de la coopération entre la RDC et GAVI-Alliance, une approche de GAVI taillée sur la mesure de la RDC a été élaborée et approuvée par les deux parties. Cette approche comprend un certain nombre des mesures à la fois techniques, administratives, institutionnelles et financières qui prennent en compte le contexte particulier de la RDC pour faciliter les efforts du gouvernement et ceux de ses par les partenaires du secteur de la santé en vue de l'amélioration rapide et durable de la couverture vaccinale. GAVI s'engage ainsi davantage à contribuer à l'atteinte des OMD 4 et 5 en augmentant l'accès aux vaccins disponibles et en renforçant le système de santé.

Les efforts de GAVI pour atteindre cet objectif mondial prennent en considération l'impact relativement limité que l'aide de GAVI peut avoir sur la situation complexe et difficile en RDC - l'aide de GAVI ne peut résoudre tous les problèmes identifiés. Au contraire, l'approche taillée sur mesure permet de renforcer le leadership et la responsabilité du gouvernement, de consolider la coordination avec les différents partenaires (dont les organisations religieuses) et améliorer l'efficacité et le rendement du soutien de GAVI. Cela comprend un plus grand engagement avec les provinces et les zones de santé pour avoir un impact plus important sur la mortalité infantile et sur la réduction des maladies évitables par la vaccination. Les principales priorités de cette approche sont :

- **Renforcer la fourniture des services de vaccination dans le cadre du système de santé.** GAVI va aider le Gouvernement à utiliser de nouveaux vaccins comme cela a été programmé dans le PPAC ; en proposant un soutien ciblé du RSS aux provinces avec le plus grand nombre de zones de santé avec la plus faible couverture vaccinale et/ou faisant face aux risques élevés de poliomyélite (polio). Ce soutien comprendra une assistance technique « mieux adaptée » aux équipes provinciales responsables de la gestion des soins de santé en province ; améliorer la coordination entre les activités du PEV de routine et celles de la lutte contre la poliomyélite ; renforcer les capacités des ressources humaines sur la gestion au niveau intermédiaire pour les équipes provinciales et celles des zones de santé ; et promouvoir une meilleure implication des Organisations de la Société Civile dans la fourniture des services.
- **Améliorer le système de la chaîne d'approvisionnement et la gestion des vaccins.** GAVI va soutenir la mise en œuvre du Plan national de réhabilitation de la logistique, comprenant l'investissement dans de nouvelles infrastructures (notamment un nouveau dépôt principal à l'aéroport de Kinshasa) et de nouveaux équipements (réfrigérateurs solaires et des équipements logistiques de « dernier kilomètre » pour les centres

de santé périphériques) ; l'amélioration de la distribution de vaccins au sein du pays et la mise en place d'opérations régulières de maintenance des équipements ; et la formation des membres responsables de la logistique dans le domaine de la santé en poste dans les 26 Directions Provinciales de la Santé.

- **Agir sur la qualité des données pour une meilleure prise de décisions.** GAVI autorisera la RDC à avoir recours à 20% du plafond annuel⁶ du financement RSS pour améliorer la qualité des données, l'objectif étant de réduire les différences entre les données administratives de couverture et les estimations de l'OMS/UNICEF de cinq points ou moins. GAVI permettra l'utilisation de ses fonds pendant les trois premières années de la mise en place de la subvention pour le RSS visant à améliorer annuellement la qualité des données. GAVI recherchera diverses opportunités pour cofinancer les initiatives pour l'amélioration des données avec les autres donateurs (dont le Fonds Mondial).
- **Renforcer le financement durable des vaccins en tant qu'élément de viabilité financière de la vaccination.** GAVI soutiendra le Gouvernement dans la construction de la durabilité financière du programme de vaccination. Pour prévoir les risques récurrents de défaut de paiement pour le cofinancement, GAVI élaborera, en collaboration avec le Gouvernement, un plan de transition qui consolide l'appropriation du financement de la vaccination en comptant les paiements du Gouvernement de la RDC pour les vaccins traditionnels comme paiement du cofinancement de GAVI. GAVI continuera à assurer un plaidoyer de haut niveau pour le programme en s'appuyant sur le leadership national. Une assistance technique limitée dans le temps sera fournie au PEV pour identifier les principaux goulots d'étranglement dans le processus de planification et d'exécution budgétaire. Le soutien de GAVI (en vaccins et en espèces) devra apparaître comme ressources externes dans le budget national.
- **Renforcement de la réforme du financement de la santé en RDC.** GAVI-Alliance et la RDC ont pris l'option de travailler ensemble pour consolider les mécanismes de gestion financière résultat de la réforme du financement de la santé qui est en place dans le pays depuis 2009. L'idée est de faire en sorte que les processus de mise à la disposition des fonds aux services de santé ne deviennent pas un obstacle à la mise en œuvre des activités à tous les niveaux du système de santé, surtout au niveau décentralisé.

⁶ Au lieu que cela soit à risque dans le cadre du financement basé sur la Performance

3. Stratégie nationale de santé et évaluation conjointe de la stratégie nationale de santé (JANS)

Le plan national de développement sanitaire 2011-2015 (PNDS) insiste sur la mise en œuvre des soins de santé primaires dans les ZS selon tous ces principes de centrage sur la personne, d'efficacité, de la continuité, de la globalité (exhaustivité), d'intégration et de l'équité dans la distribution. La vaccination n'est donc pas abordée dans ce plan comme un programme à part entier ayant une liste d'activités propres à mener. Elle fait donc partie des activités préventives intégrées dans les soins de santé primaires selon les principes sus évoqués.

*En outre, pour s'assurer que les activités de vaccination seront bien menées à travers le pays, le PNDS 2011-2015 a inclus les résultats de la vaccination parmi les cibles des objectifs à atteindre. La Cible 8 de ce plan vise l'amélioration de la couverture des enfants complètement vaccinés à travers trois indicateurs des résultats ; à savoir la couverture en DTC-Hep B-Hib3, en VAR 1 et des enfants complètement vaccinés. **Ces indicateurs figurent sur la page 70 du PNDS 2011-2015.** Ils figurent aussi parmi les 19 indicateurs repris dans le tableau de bord prestations de suivi des progrès du plan national de développement sanitaire, dans le tableau de bord de suivi des progrès de la santé de la mère du nouveau né et de l'enfant et dans le cadre de suivi et évaluation du PNDS.*

Le processus de l'évaluation indépendante du PNDS est en cours, elle prendra fin avant la fin du troisième trimestre de l'année 2014. Cette évaluation prendra en compte les résultats de l'EDS en cours de réalisation, l'évaluation des différents programmes de santé réalisés en 2013 et 2014 dont le programme GAVI-RSS en cours, les données des enquêtes SARA, les données issues du SNIS, du processus de planification et des revues des DPS. Les données manquantes seront collectées par des enquêtes spécifiques dans certaines zones de santé ciblées. Cette évaluation permettra d'aborder l'écriture du PNDS 2016-2020 tout en restant dans le cadre fixé par la stratégie sectorielle..

Le JANS n'a pas été réalisé pour le PNDS en cours. Le pays prévoit de le faire lors du processus d'élaboration du PNDS 2016-2020.

4. Plan de suivi et d'évaluation pour le plan national de santé

Le secteur a adopté lors de la réunion du CNP-SS tenue en marge de la revue annuelle 2010, le cadre de suivi et évaluation conjointe du PNDS. Ce cadre institue deux mécanismes complémentaires de suivi et évaluation. Il s'agit de suivi opérationnel et de suivi stratégique du secteur.

- Le suivi opérationnel s'effectue à travers les données administratives du système national d'information sanitaire (SNIS). Ces données sont produites par les structures et services de santé du niveau opérationnel qui les analysent, utilisent les résultats pour réajuster leurs PAO et les transmettent aux échelons hiérarchiquement supérieur (CS/HGR- ZS- DPS- Secrétariat général). ce mécanisme est placé sous la responsabilité des directions centrales et programmes spécialisés du ministère de la santé à travers les 12 composantes du SNIS. Ces structures reçoivent les copies des canevas d'informations sanitaires en provenance des DPS (via le bureau du secrétaire général à la santé), les traitent et les analysent. Les données issues de ce mécanisme restent internes au secteur et servent pour la prise des décisions opérationnelles visant l'amélioration de la mise en œuvre des interventions sur terrain. La périodicité de la transmission de ces données est mensuelle à tous les niveaux du système de santé. au niveau central, le suivi opérationnel des activités de vaccination est placé sous la responsabilité du PEV à travers son CCIA technique.

Par ailleurs, Ce mécanisme présente un certain nombre des faiblesses. On note une quasi absence d'outils de collecte l'information sanitaire à la périphérie (fiches, registres, cartes, ...) une multiplicité d'outils de transmission des données (canevas SNIS, formulaires PEV, Canevas PNSR, VIH, TBC, THA, SMNE, Paludisme, Transfusion, ...). Ces multiples outils alourdissent la charge de travail des infirmiers des CS et entravent la qualité des données produites à ce niveau. Une réforme du système national d'information sanitaire est en cours et prend en compte l'intégration de tous ces outils de transmission en un seul canevas comprenant tous les indicateurs d'intrants, de processus et des résultats nécessaire au suivi opérationnel de la mise en œuvre des interventions dans les ZS.

- Le suivi stratégique est périodique. Elle combine les données administratives issues du suivi opérationnel aux évaluations externes des programme (revues externes vaccination, VIH, TBC, THA, ...) ; enquêtes de disponibilité de l'offre (état des lieux du secteur, SARA), enquêtes nationales (EDS ou MICS), études macro économiques sectorielles, analyse et suivi budgétaire (revues de dépenses publiques, comptes nationaux de santé), enquêtes ponctuelles des couvertures et de satisfactions de ménages, évaluations des OMD, recherches sur le système de santé, évaluations internes et externes des projets sectoriels, etc. Ce suivi est placé sous la responsabilité de la Direction des Etudes Planification et Documentation qui traite, analyse et résume les données sectorielles issues de ces différentes sources avec appui techniques et financiers des organismes des nations unies (OMS, Unicef), des partenaires techniques et financiers (Belgique, Union européenne, ...) et des institutions de recherche (Institutions d'enseignements supérieurs et universitaires nationales et internationales).
- Les résultats résumés de toutes ces sources alimentent le tableau de bord de suivi de la mise en œuvre du PNDS. Ce sont ces résultats (suivi opérationnel complété par le suivi stratégique) qui constituent les données officielles qui sont présentées, discutées et validées dans les revues trimestrielles des DPS, dans les réunions semestrielles des CPP-SS et du CNP-SS et lors de la revue annuelle sectorielle (examen annuelle du PNDS). **Dans ces assises participent tous les partenaires techniques et financiers du secteur, les représentants des secteurs connexes (Budget, Plan Finance, Education, genre, ...).** Toutes les grandes décisions stratégiques qui visent l'amélioration de la coordination et de la mise en œuvre de toutes les interventions dans le secteur découlent de ces assises. **L'examen de la mise en œuvre des services de vaccination se feront à l'occasion de ces assises au même titre que ceux de tous les autres programmes de lutte contre les maladies et les problèmes spécifiques prioritaires (VIH, TBC, SMNE, Paludisme, ...).** Ce sont donc les résultats issus de ce suivi stratégique qui seront diffusés et transmis officiellement aux différents partenaires qui appuient le secteur santé. Le

secteur s'est accordé à ce que toute transmission quelconque des données à un bailleur soit au préalable validée par ce mécanisme de pilotage. De même, l'approche taillée sur mesure de GAVI – Alliance pour la RDC s'est alignée à ce mécanisme et institue à ce que le Rapport de Situation Annuelle soit examiné lors de la revue annuelle sectorielle où prendra part les membres du comité indépendant et ceux du secrétariat de GAVI.

- *Les données issues du suivi stratégique et opérationnel permettent d'alimenter les discussions sur l'élaboration des politiques, des stratégies sectorielles et sous sectorielles ainsi que celle des programmes et projets. .*

5. Goulets d'étranglement du système de santé qui contrarient les résultats de la vaccination

Les goulets d'étranglements examinés dans cette proposition concernent ceux du système de santé qui ont un lien direct avec les services de vaccination. 7 domaines majeurs ont été identifiés et s'articulent aussi bien au PNDS qu'au PPAC :

- La RDC dispose d'une chaîne d'approvisionnement en vaccins qui ne garantit pas toujours la disponibilité des vaccins de qualité aux points finaux d'utilisation (transport, le stockage et gestion logistique)
- Faible disponibilité des services de santé de qualité qui intègrent la vaccination au niveau décentralisé du système de santé ;
- Faiblesse des capacités institutionnelles et de pilotage des organes et structures de santé à tous les niveaux du système de santé. cette faiblesse est plus marquée au niveau provincial.
- La faible qualité des données ne permet pas d'avoir une meilleure appréciation des efforts fournis par les équipes à tous les niveaux et ne permet pas une prise des décisions pertinentes en matière de vaccination (information sanitaire)
- L'absence d'équité géographique, économique qui frappe environ 5 à 10% d'enfants qui explique le fait qu'un nombre d'enfants ne soit pas toujours atteints en dépit de la mise en œuvre effective des stratégies traditionnelles de vaccination et par conséquent n'ayant reçu aucune dose de vaccin ;
- Faible demande des services de vaccination par la communauté y compris dans des ZS où les services sont disponibles liée en majorité aux problèmes d'équité socio culturelle de la population.

I. Problèmes liés à la chaîne d'approvisionnement en vaccins et matériel de vaccination.

Ce goulot d'étranglement inclus les capacités de la chaîne de froid, de transport et de la logistique des vaccins, médicaments et autres intrants spécifiques à tous les niveaux du système qui conditionnent la disponibilité en vaccins de qualité. L'évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins réalisée en 2011 a relevé des faiblesses à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement et de manière globale aucun critère n'a été satisfaisant au plan national. La revue externe du PEV a montré que la faible disponibilité des vaccins a été la cause de non mise en œuvre de la stratégie avancée dans 27% de cas. La faible disponibilité des vaccins est liée à plusieurs facteurs qui sont (la faible capacité de la chaîne de froid à tous les niveaux, (ii) les problèmes liés au transport de vaccins, (iii) les duplications dans l'utilisation des ressources existences ainsi (iv) la gestion de la logistique de la vaccination.

1.1. La faible capacité de la chaîne de froid à tous les niveaux du système.

Au niveau central et déconcentrés. Malgré des taux de disponibilité brute satisfaisants, le PEV central n'a pas été à l'abri de ruptures de stocks de vaccins ; les approvisionnements ont en général été irréguliers dans le temps et en terme de quantités reçues ; les antigènes n'ont pas toujours été reçus au moment requis et en quantités requises. La gestion des stocks au niveau central a généralement été une gestion à flux tendu ; dès que les stocks sont reçus ils sont immédiatement préparés pour être redistribués aux niveaux intermédiaires laissant ainsi l'entrepôt central avec des stocks souvent en deçà du niveau de stock de réserve si ce n'est pas simplement la rupture de stock. L'entrepôt central dans sa planification devait pouvoir disposer de stocks de vaccins pouvant couvrir les besoins du pays pour 6 mois et trois mois de stocks de réserve, soit 9 mois au total. .

Le dépôt central de Kinshasa dispose de 5 chambres froides négatives pour un volume net de 45.000 litres de conservation et 14 chambres positives de 130.000 litres net de conservation. Cette capacité est insuffisante avec l'introduction des nouveaux vaccins et l'allure de la croissance démographique. En prenant en compte les besoins liés à l'introduction de nouveaux vaccins et la croissance démographique, le dépôt central de Kinshasa doit avoir un volume de 532 148 litres positives et 36 956 litres négatives d'ici 2025.

En vue de l'élaboration de cette proposition, les inventaires de la chaîne de froid viennent d'être actualisés dans l'ensemble du pays. le tableau suivant synthétise les résultats de ces inventaires.

*Tableau 1 : inventaire du matériel de chaîne de froid dans les DPS
(2014)*

Structures	Chambre froide positive	Chambre froide négative	Congélateurs	Réfrigérateurs électriques	Réfrigérateurs à pétrole	Réfrigérateurs solaire avec batteries	Réfrigérateurs solaire sans batteries
Antenne	41	4	71	57	53	23	12
BCZS	0	0	224	118	460	152	250
CS	0	0	35	69	1168	78	59
S/Total	41	4	330	244	1681	253	321

Au niveau des DPS, on note qu'il existe 41 chambres froides positives et 4 négatives qui sont toutes fonctionnelles. 23 de ces 41 chambres froides positives, soit 56% fonctionnent exclusivement le carburant comme source d'énergie. Les autres utilisent l'énergie hydroélectrique, mais qui n'est pas permanent nécessaires pour pallier aux ruptures intempestives de courant. Le coût annuel de fonctionnement pour les 23 antennes qui utilisent uniquement l'énergie fossile est évalué à 1 020 600 USD. A ce niveau, le principal goulot d'étranglement demeure l'approvisionnement irrégulier en carburant pour leur fonctionnement, mais aussi l'absence de la maintenance dans la majorité de cas. Il faut signaler également la vétusté de certaines chambres froides (5 au total sur les 45) qui ont à ce jour plus de 15 ans d'âge et nécessitent d'être remplacées. En outre, en prévision de l'introduction des nouveaux vaccins, il y a nécessité de renforcer les capacités disponibles dans les chambres froides des 3 DPS (Equateur, Kinshasa, Kasai oriental) et remplacer celles qui sont vétustes. Cette disposition a été résolue avec le programme GAVI- RSS 1 en cours d'exécution dans le pays. En effet, le processus d'achat de 6 chambres froides positives de 30m3 est en cours avec l'UNICEF. En outre, il sera nécessaire de mettre à la disposition de tous les dépôts des DPS une capacité négative d'environ 1.800 litres (congélateurs de 600 litres).

Au niveau des dépôts des Zones de Santé, la capacité de stockage des vaccins par enfant complètement vacciné est estimée actuellement à 99,9 cm3, cette capacité devra passer à environ 191 cm3 à l'horizon 2025. Les inventaires actualisés montrent qu'il existe à ce niveau 460 réfrigérateurs à pétrole, 152 réfrigérateurs solaires avec batteries et 250 réfrigérateurs solaires sans batteries ni régulateurs (SDD). Les 460 réfrigérateurs à absorption doivent être remplacés par les réfrigérateurs SDD. En plus, le but de réduire le coût de la maintenance des réfrigérateurs avec batterie et régulateurs, ces dernières seront également par les réfrigérateurs SDD. A ce jour, les besoins en réfrigérateurs SDD sont donc couverts à moitié (250 réfrigérateurs SDD pour 516 ZS). L'autre moitié des ZS restantes sera couverte avant la fin de l'année 2015 par les appuis d'autres partenaires qui sont en cours de mise en œuvre dans le pays. Ces réfrigérateurs seront achetés travers l'UNICEF, GAVI-RSS (41), GAVI-Alliance dans le cadre de l'introduction de PCV13 (58), Union Européenne (23), USAID et Rotary International (85) et sur fonds propres, 11 qui sont déjà dans les entrepôts à Kinshasa. A cela, il faudra ajouter 20 réfrigérateurs qui seront achetés par l'USAID à travers MSH. Le projet ASSP financé par DFID est entrain d'installer 56 autres réfrigérateurs SDD dans les ZS. Ces données montrent qu'au niveau des Bureaux Centraux des ZS, les besoins en réfrigérateurs SDD pour le pays sont totalement couverts.

D'ici 2019, 266 ZS auront une population de plus de 180 000 habitants, ce qui va augmenter les besoins en termes de stockage pour ces ZS. Il faudra donc un deuxième réfrigérateur SDD pour chacune de ces ZS, soit un

besoin total de 266 réfrigérateurs SDD.

Au niveau des formations sanitaires, 1374 sur 8.830 (soit 15% des Fosa) disposent des réfrigérateurs fonctionnels dont 1168 à absorption, 69 électriques, 78 solaires avec batteries et régulateurs et 59 réfrigérateurs SDD. la revue externe du PEV réalisée en 2012 a montrée que la non disponibilité des vaccins au niveau des formations sanitaires est la principale cause de nombre élevé des séances de vaccination manquée occasionnant ainsi un nombre élevé d'enfants non vaccinés.

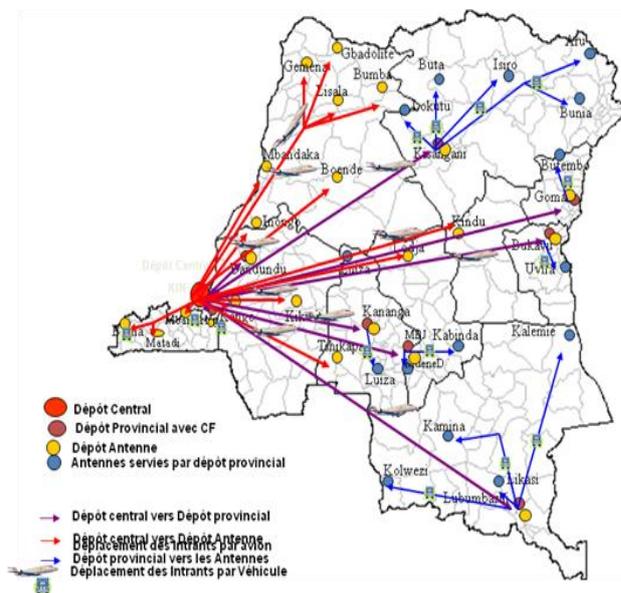
En raison du volume de stockage pour un *Enfant Complètement Vacciné* à l'horizon 2025 estimé à 191 m3, soit en moyenne 45 cm3 par séance de vaccination, le besoin de stockage mensuel à l'horizon 2025 est estimé à au moins 8.500 réfrigérateurs SDD de volume net moyen de 16 litres soit environs un réfrigérateur solaire par Aire de Santé.

Outre les réfrigérateurs, les besoins en glacières et porte vaccins augmenteront également. A l'horizon 2025, il sera nécessaire d'ajouter 3370 glacières de 17 litres et 12.362 portes vaccins de 3 litres à celles qui existent L'Unicef vient d'acquérir 7.500 portes vaccins et ROTARY International 380 portes vaccins. Les projets en cours dans le pays financés par différents bailleurs dont DFID, Union Européenne, Unicef et USAID, couvriront le reste des besoins en porte vaccins.

Problèmes liés au transport des vaccins :

Plus de 80% des expéditions de vaccins et autres intrants du PEV vers les coordinations provinciales et vers certaines antennes à partir de l'entrepôt national se font par voie aérienne comme le montre la figure suivante. Seules les provinces du Bas-Congo, de Bandundu et la Ville Province de Kinshasa sont approvisionnées par route. Le coût lié au transport aérien est exorbitant. Il est d'environ 2 000 000 USD chaque année.

Figure 4 : schéma d'approvisionnement des vaccins du Dépôt central (Kinshasa) vers les provinces.



En prenant en compte la croissance démographique ainsi que l'accroissement du volume des intrants à transporter liés à l'introduction de nouveaux vaccins, le coût de transport des vaccins vers les lieux de conservation et de stockage installés en provinces (antennes et coordinations) pourra doubler voire tripler d'ici 2025, soit plus de 5 000 000 USD par année.

L'approvisionnement du niveau intermédiaire vers les ZS n'est pas structuré mais se fait selon la disponibilité des opportunités. L'inventaire de la chaîne du froid réalisée en 2011 révèle notamment que très peu de zones de santé

et centres de santé ne dispose de moyens de transport appropriés et pour ceux qui en disposent, leur fonctionnement n'est pas optimal à cause de la vétusté et ou du manque de maintenance préventive.

La revue externe du PEV a montré que 57 % des véhicules, 48 % des vélos et 44 % des motos n'étaient pas aptes à l'usage et la même revue a montré notamment que le manque des moyens de transport au niveau opérationnel était à la base de la non mise en œuvre de la stratégie avancée dans 41% de cas. Ce goulot trouve en partie solution par l'acquisition en 2012- 2013 d'un camion frigorifique sur 3 prévus avec financement RSS en cours, de 128 véhicules 4 x 4 pour 118 ZS et 10 DPS par le FM-RSS; 20 véhicules 4 x 4 pour 16 ZS et 4 DPS par la CTB, 56 véhicules 4 x 4 pour 52 ZS et 4 DPS par DFID ;

Les inventaires des moyens de distribution fonctionnels qui viennent d'être réalisés en province montrent que la situation n'a pas beaucoup évolué dans ce domaine. En effet, comme le montrent la synthèse des résultats qui sont repris dans le tableau suivant, environ la moitié des ZS ne disposent pas de moyens de transport fonctionnel pour s'approvisionner en vaccins à parti des antennes du PEV installées en provinces, ce qui a un impact négatif sur la disponibilité de vaccin au niveau des structures qui vaccinent⁷.

Tableau 2 : Matériel de distribution des intrants (vaccins) au niveau des antennes du PEV et des ZS

Structures	Motos	Jeep 4X4	Camions	Hors-Bord
Antennes	69	37	0	6
Bureaux centraux des Zones de Santé	743	203	0	64
Centres de Santé	12	7	0	0
TOTAL GENERAL	824	247	0	70

En considérant l'idéal qu'une ZS puisse avoir au minimum deux motos et 1 véhicules, il s'avère que Seules 317 ZS, soit 61% des ZS disposent des motos fonctionnels et 203 soit 39% des ZS disposent des véhicules fonctionnels pour leur approvisionnement en vaccins à partir des antennes du PEV. Cette situation soulève la question de la maintenance de la logistique déployée en provinces notamment les véhicules et motos qui est déficiente, ce qui contribue à réduire considérablement leur durée de vie. Le non rapatriement des glacières des provinces vers le niveau central contribue également dans le retard que connaît le niveau opérationnel dans l'approvisionnement régulier en vaccins et autres intrants.

Le nombre réduit des hors bord dans les Zones de Santé riveraines et le manque du carburant et lubrifiant pour leur fonctionnement, explique le fait que les enfants habitant les campements fluviaux éloignés ne soient toujours pas atteints lors des séances de vaccination organisées en stratégies fixes et avancées laissant ainsi persister le problème d'équité géographique.

1.3. Problèmes liés à l'inefficience dans l'utilisation des ressources existantes.

L'inefficience dans l'utilisation des ressources existantes affectent à la fois le stockage, la conservation et la distribution des intrants. En ce qui concerne le stockage et la conservation des intrants, l'étude sur la chaîne d'approvisionnement de bout en bout et la mutualisation des moyens réalisée dans 8 DPS a montré qu'il existe dans certaines CDR du pays des chambres froides qui fonctionnent presque à vide et qui sont disponibles pour recevoir le vaccin. Ce sont : (i) la chambre froide de la CDR de Kikwit dans la DPS de Kwilu qui a une capacité de

⁷ Le rapport détaillé de ces inventaires est repris dans l'annexe II de la présente proposition.

17 mètres-cubes (financement de la coopération belge), (ii) de la chambre froide de la CDR du Sud-Ubangui qui a une capacité de 30 mètres-cubes sur financement de la coopération belge, (iii) de la chambre froide de la CDR de Matadi dans la DPS du Bas-Congo et (iv) de chambre froide d'Asramès dans le Nord-Kivu (70 mètres cubes). Toutes ces chambres froides ont été mises en place sur financement de la coopération belge. Celle de Kikwit vient d'être solarisée. des dans la duplication dans l'utilisation des ressources disponibles pour la distribution⁸

En ce qui concerne l'approvisionnement et la distribution des intrants au niveau des DPS, l'étude a montré que plusieurs partenaires interviennent dans ces domaines dans plusieurs DPS. Cette étude a démontré l'existence des duplications dans l'utilisation des ressources qui existent à ce niveau. Le tableau 3 reprend les intervenants et les domaines dans lesquels ils interviennent dans l'approvisionnement et la distribution des médicaments essentiels et génériques et les intrants spécifiques

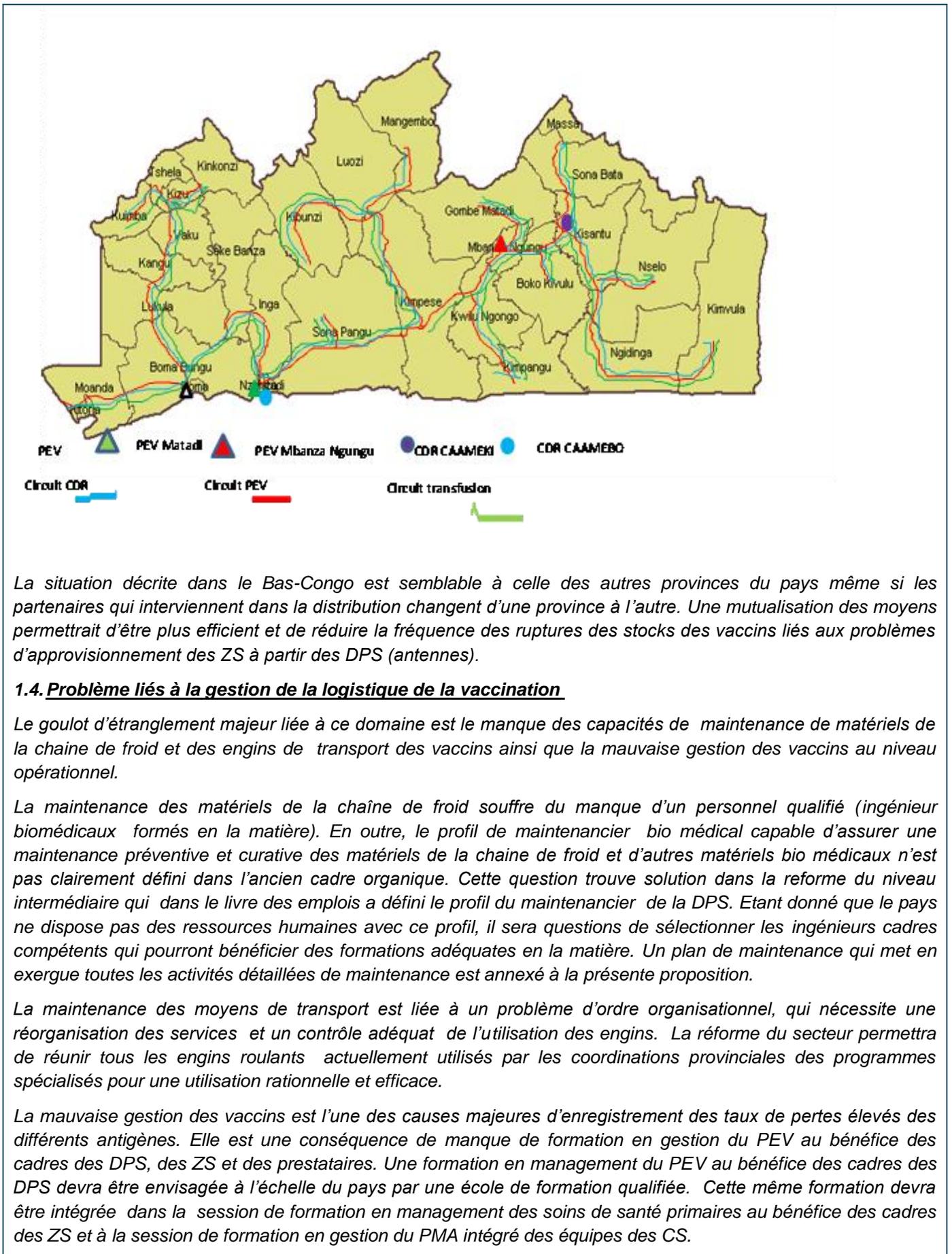
Tableau 3 : Interventions des opérateurs dans la chaîne d'approvisionnement et de distribution en provinces

OPERATEUR	Financement	Achat	Stockage	Distribution	Livraison active	Vente
UNICEF	OUI		OUI	OUI	OUI	
PNTS		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
SANRU		OUI		OUI	OUI	
CARITAS		OUI	OUI	OUI	OUI	
CDR		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
PEV			OUI	OUI	OUI	
PNLT			OUI	OUI	OUI	
OMS	OUI	OUI	OUI			
MSH				OUI	OUI	
PRONANUT			OUI	OUI	OUI	
PNLO			OUI	OUI	OUI	
PNLTHA			OUI	OUI	OUI	
WORLD VISION						
UNFPA				OUI	OUI	
MEMISA	OUI	OUI				
PNLP			OUI	OUI	OUI	
PNLS				OUI	OUI	

Ce tableau montre qu'il existe un nombre important d'acteurs qui interviennent dans l'approvisionnement et la distribution des médicaments et des intrants spécifiques dans les DPS. Presque tous ces acteurs font de la distribution sous forme de livraison active en faveur des ZS. Cette étude a également montré que les axes de distribution sont presque les mêmes pour tous les acteurs qui interviennent dans ce secteur. Dans le Bas-Congo par exemple, les circuits de distributions des médicaments essentiels et génériques par les CDR, ceux du vaccin par les antennes du PEV et des intrants achetés sur financement du Fonds Mondial de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme sont superposables, cependant chaque intervenant le fait avec ses propres moyens, ce qui entraîne des duplications qui sont à l'origine d'une perte importante des ressources dans un contexte où l'on note l'existence des ruptures des stocks de vaccins liés à l'approvisionnement irrégulier des ZS .

Figure 5 : Circuits d'approvisionnement des médicaments essentiels et génériques ainsi que des intrants spécifiques dans la province du Bas-Congo

⁸ Le rapport de l'étude préliminaire faite sur la chaîne d'approvisionnement de bout en bout est en annexe III de la présente proposition.



La situation décrite dans le Bas-Congo est semblable à celle des autres provinces du pays même si les partenaires qui interviennent dans la distribution changent d'une province à l'autre. Une mutualisation des moyens permettrait d'être plus efficace et de réduire la fréquence des ruptures des stocks des vaccins liés aux problèmes d'approvisionnement des ZS à partir des DPS (antennes).

1.4. Problème liés à la gestion de la logistique de la vaccination

Le goulot d'étranglement majeur liée à ce domaine est le manque des capacités de maintenance de matériels de la chaîne de froid et des engins de transport des vaccins ainsi que la mauvaise gestion des vaccins au niveau opérationnel.

La maintenance des matériels de la chaîne de froid souffre du manque d'un personnel qualifié (ingénieur biomédicaux formés en la matière). En outre, le profil de maintenancier bio médical capable d'assurer une maintenance préventive et curative des matériels de la chaîne de froid et d'autres matériels bio médicaux n'est pas clairement défini dans l'ancien cadre organique. Cette question trouve solution dans la réforme du niveau intermédiaire qui dans le livre des emplois a défini le profil du maintenancier de la DPS. Etant donné que le pays ne dispose pas des ressources humaines avec ce profil, il sera questions de sélectionner les ingénieurs cadres compétents qui pourront bénéficier des formations adéquates en la matière. Un plan de maintenance qui met en exergue toutes les activités détaillées de maintenance est annexé à la présente proposition.

La maintenance des moyens de transport est liée à un problème d'ordre organisationnel, qui nécessite une réorganisation des services et un contrôle adéquat de l'utilisation des engins. La réforme du secteur permettra de réunir tous les engins roulants actuellement utilisés par les coordinations provinciales des programmes spécialisés pour une utilisation rationnelle et efficace.

La mauvaise gestion des vaccins est l'une des causes majeures d'enregistrement des taux de pertes élevés des différents antigènes. Elle est une conséquence de manque de formation en gestion du PEV au bénéfice des cadres des DPS, des ZS et des prestataires. Une formation en management du PEV au bénéfice des cadres des DPS devra être envisagée à l'échelle du pays par une école de formation qualifiée. Cette même formation devra être intégrée dans la session de formation en management des soins de santé primaires au bénéfice des cadres des ZS et à la session de formation en gestion du PMA intégré des équipes des CS.

II. Faible disponibilité des services de santé de qualité qui intègrent la vaccination dans 50 Zones de Santé.

Ces ZS sont celles qui courent le risque élevé de la transmission du Polio Virus Sauvage, de résurgence des épidémies de la fièvre jaune et regorgeant un nombre assez élevé des enfants non vaccinés.

La vaccination étant intégrée dans le PMA avec les autres activités des soins de santé primaires, il existe un lien étroit entre elle et ces activités. La mise en œuvre de ces activités commence par l'élaboration d'un PAO de qualité (micro planification à la base) sous l'accompagnement du niveau intermédiaire (ou DPS). Ces plans intègrent toutes les grandes stratégies de la vaccination selon l'approche ACZ

Le constat fait au niveau du pays est que la majeure partie d'enfants non vaccinés vivent dans les ZS à faible couverture sanitaire, c'est-à-dire celle qui ne disposent pas d'un nombre suffisant des structures sanitaires capables d'offrir à la population les soins de santé curatifs de qualité. En effet, les activités curatives constituent un support important pour la vaccination (qui est une activité non rémunératrice) dans la mesure où les activités curatives sont rémunératrices et donc elles contribuent à la stabilité du centre de santé et de son personnel qui est rémunéré sur base des recettes du centre de santé. Il est difficile d'envisager dans le contexte de la RDC, un centre de santé qui n'offre que les activités préventives et promotionnelles. Les prestations de services de vaccination sont offertes au niveau de CS dans le cadre d'un paquet minimum d'activités intégrant les soins préventifs, curatifs et promotionnel. Les différentes activités du PMA sont intimement liées les unes aux autres par le fait qu'elles sont organisées par une seule équipe multidisciplinaire qui offre l'ensemble du paquet aux mêmes heures de services. Les goulots d'étranglements dans ce domaine concernent plus l'instabilité des prestataires formés en SSP et PEV du fait de l'absence ou de la modicité des rémunérations.

En plus, il existe un lien important entre la vaccination et les autres activités du CS. Deux études conduites par la DEP en mars 2013 et en janvier 2014 sur la mise en œuvre du PNDS et les couvertures vaccinales ont montré toutes deux qu'il y avait un lien étroit entre l'accouchement dans un CS et la vaccination des enfants. En effet dans la première étude, 8 sur 10 mères enquêtées ont affirmés avoir fait vacciner leurs enfants dans les CS où ces derniers sont nés, il en a été de 6 sur 10 à la deuxième. De même, ces deux études ont montré que en moyenne près de 8 sur 10 enfants ont été vaccinés par les structures intégrées de l'AS, telles que les Centres de Santé Intégrés (CSI)⁹. Une amélioration de l'état de fonctionnalité des CS en général et en particulier celles des conditions des consultations pré natales et d'accouchements dans le CS aura un effet positif sur les résultats de la vaccination. (Référence Rapport Etude sur la mise en œuvre du PNDS dans 5 ZS 2013)

L'enquête de couverture vaccinale réalisée en 2012 a montré que seulement 7,4% d'enfants vaccinés l'avait été par la stratégie avancée (page 29 tableau 13) et pourtant le PPAC du PEV indique qu'environ 27% de la cible de la vaccination se situe dans un rayon de 5 à 15 km du CS constituant d'office une cible à atteindre par la stratégie avancée. Ceci montre qu'environ 20% d'enfants qui vivent dans ZS sans CS et qui devraient être atteints par la stratégie avancée ne le sont pas. L'extension de la couverture sanitaire serait donc la solution la plus appropriée et la plus durable dans la mesure où elle permet d'implanter le PEV de routine dans les centres de santé. Elle permet aussi la mise en œuvre de l'approche « Atteindre Chaque Zone de Santé », ACZ de façon intégrée et donc efficace et durable pour réduire le nombre d'enfants non vaccinés.

Cette même enquête a montré que l'insuffisance dans de l'organisation des autres services dans le CS a fait que beaucoup des séances de vaccination sont soit reportées à une date ultérieure soit mal organisées et ce parfois

⁹ Dans l'organisation d'une ZS en RDC, chaque aire de santé doit disposer d'un centre de santé. Cependant, il existe des aires de santé à plusieurs centres de santé dont la plupart sont lucratifs. Le Centre de Santé Intégré (CSI) est celui qui a été identifié parmi plusieurs centres de santé de l'aire de santé, rationalisé par l'Equipe cadre de la ZS et intégré au système de santé de la ZS comme structure de premier contact pour l'aire de santé.

indépendamment de la disponibilité des vaccins dans le CS. Cette situation contribue à accroître le nombre d'enfants non vaccinés dans les ZS, le risque de transmission du PVS et des épidémies des fièvres jaunes. .

Les insuffisances constatées dans la planification opérationnelle (PAO) qui intègre toutes les activités de la ZS, le manque d'encadrement de proximité des équipes cadre de ZS par ceux du niveau intermédiaire et celles de centres de santé par les équipes cadre des ZS expliquent aussi en partie la multiplication des occasions ratées en matière de vaccination. Cet encadrement devrait permettre aux équipes locales d'étendre la couverture sanitaire, d'améliorer de la qualité des prestations, l'identification des problèmes inhérents à l'ensemble des prestations dont celle de la vaccination et la définition des actions correctrices à intégrer dans le plan du travail mensuel des ZS.

III. Faiblesse des capacités institutionnelles et de pilotage des organes et structures de santé à tous les niveaux du système de santé.

Cette faiblesse est plus marquée au niveau provincial. Les goulots d'étranglements identifiés sont plus attribués à l'inefficacité du leadership ayant comme corolaire : la faible coordination des interventions, la faible capacité gestionnaire des ressources mise à la disposition des structures, la faible capacité des ressources humaines et le manque adéquat des mécanismes de suivi et évaluation dans le secteur.

Au niveau des ZS toutes les prestations des soins de santé primaires incluant la vaccination sont offertes dans un environnement d'où interviennent plusieurs acteurs (partenaires, secteur connexe, communauté, ...) utilisant les mêmes ressources humaines pour la santé et pour atteindre tous une même population. La poursuite des résultats rapides par certains partenaires non coordonnés dans une même ZS oblige souvent les prestataires à consacrer beaucoup plus du temps à certaines activités rémunératrices (sous forme des primes de performance) au détriment d'une bonne organisation des services (séances de vaccination ratées, pas des sites en stratégie avancé, une seule séance de vaccination au cours du mois...). L'enquête de couverture vaccinale a montré que 80% de CS dans le pays organisait une seule séance de vaccination mensuelle à des dates et horaires non flexibles avec comme conséquence une forte affluence et une longue durée d'attente. Ce facteur empêchait les gardiens d'enfants de se présenter aux prochains rendez vous compte tenu de long fil d'attente.

En outre, Il arrive souvent qu'un membre de l'équipe cadre de ZS appelé à effectuer une supervision intégrée dans un CS qui organise à une date donnée, une séance de vaccination, soit empêché pendant plusieurs jours pour répondre à une activité (formation, mission, ...) non planifié dans son agenda.

La mauvaise coordination est allée même jusqu'à mettre la population devant un fait accompli en présence de plusieurs activités qui s'organisent au même moment et dont elle est l'utilisatrice. Il arrive plusieurs fois dans les ZS que le jour programmé pour une séance de vaccination puisse chevaucher avec une autre activité sanitaire (dépistage actif de l'onchocercose ou de la trypanosomiase, sensibilisation planning familial, VIH) et dont la femme est appelée à faire le choix.

Au niveau intermédiaire, on note parfois que les vaccins ne soient pas disponibles dans une ZS faute de véhicule et ou motos affectés pour les activités de la vaccination alors qu'il ya des véhicules d'autres coordinations des programmes verticaux (VIH, tuberculose, onchocercose, ...) qui se dirigent vers la même ZS pour une supervision thématique ou un approvisionnement liée à son domaine sans transporter les vaccins au bénéfice de cette ZS. La faible coordination des interventions constitue la principale cause de la mauvaise organisation des services intégrés et un goulot d'étranglement majeur à la bonne marche des activités de vaccination qui s'opère dans un contexte intégré. La revue externe du PEV a montré que 32% des CS ont eu à interrompre la vaccination les 6 derniers mois pour plusieurs raisons, sans que le niveau intermédiaire soit au courant et prenne des décisions de manière à améliorer les services.

Au niveau central : Les réunions mensuelles et trimestrielles du CCIA technique et stratégique ainsi que de CCT-SS, les réunions semestrielles du Comité National de Pilotage du secteur Santé (CNP-SS) et les revues annuelles sectorielles. L'ensemble de ces mécanismes permet de suivre de manière plus rapprochée l'ensemble des interventions et intervenants dans le secteur de manière à détecter promptement les faibles performances du système, leurs causes éventuelles et d'envisager les solutions adéquates.

Dans le but de renforcer ce mécanisme, un des principes retenus dans l'approche taillée sur mesure de GAVI-Alliance pour la RDC est le fait que le rapport de situation annuelle du pays en matière de vaccination soit

examiné au pays lors des revues annuelles sectorielles en marge desquelles seront organisées les réunions du CNP-SS, pour validation et adoption. Cette disposition permettra de renforcer les organes de coordination à tous les niveaux qui sont censé alimenter ladite revue.

IV. La faible qualité des données ne permet pas d'avoir une meilleure appréciation des efforts fournis par les équipes à tous les niveaux et ne permet pas une prise des décisions pertinentes en matière de vaccination

Le PNDS prône sur l'information sanitaire comme instrument majeur de prise des décisions dans le sens d'amélioration de la mise en œuvre intégrée des interventions dans les ZS. La mauvaise qualité des données administratives sont à la base de retard dans la prise de décisions à tous les niveaux qui vont dans le sens d'amélioration des prestations. Dix facteurs ont été identifiés comme goulots d'étranglements majeurs à l'amélioration de la qualité des données. Ils ont été décrits de manière détaillée dans la partie C de cette proposition, plus précisément au point 1 relatif aux statistiques clés du secteur de la santé dans la section relative à l'analyse des écarts entre les données administratives et les données d'enquête de couverture sanitaire.

V. Problèmes liés à l'équité géographique et socio économique

Il existe dans le pays un certains nombre d'inégalités d'accès aux services de santé dont la vaccination. Ces problèmes se résument en accessibilité géographique et socio économiques.

5.1. Problèmes liés à l'équité géographique

La grande immensité du pays fait qu'il existe de nombreuses Zones inaccessibles habitant un certain nombre de la population et où aucun service de santé n'est organisé. Ces Zones se localisent les plus souvent dans les campements des pecheurs tout au long du fleuve Congo et ses affluents, dans les massifs forestiers équatorial ainsi que dans les régions montagneuses de Kivu. Les populations qui y habitent sont souvent à la recherche des poissons, gibier ou d'autres produits qui apparaissent de manière périodiques. Ces campements sont tellement nombreux dans le pays et on y trouve environ 4 à 5% d'enfants (soit 120.000 à 150.000 enfants) qui ne peuvent être vaccinés que par des stratégies spécifiques (fluviales, accélérations vaccinales intensives, etc.) compte tenu du coût élevé pour les atteindre. Au delà de ces enfants qui vivent dans les campements éloignés, il existe tout de même environs 5% d'enfant (soit 150.000) qui habitent les endroits éloignés du CS et ne peuvent facilement être atteint que par des stratégies déjà décrites, en occurrence la stratégie mobile

Les données collectées lors des études menées au cours du processus de l'élaboration de ce proposition a montré des longues distances à parcourir pour atteindre ces enfants sur les affluents du fleuves Congo atteignant jusqu'à 18 à 36 heures de navigation pour une consommation moyenne d'environ 200 litres de carburant avec un moteur hors bord de 15 CV (soit 400 USD au coût local par trimestre et 1.600 dollars an par Zone de Santé). Dans la plus part de ces ZS, le nombre moyen d'enfants d'accès difficile s'élève de 100 à 150 enfants par trimestre avec un coût opérationnel moyen (transport, collation des personnels, etc.) estimé à 15 USD par enfant. Complètement vacciné.

5.2. Problèmes liés à l'équité socio culturelle

Dans certaines régions du pays plusieurs cultures diverses et pratiques religieuses vont parfois à l'encontre des soins de santé moderne au profit des soins ancestraux. Ces pratiques interdisent souvent à ce que les enfants des adeptes ne fréquentent les services de santé dont la vaccination. La religion dite « KITAWALA », retrouvée en grande partie dans les DPS de Tanganyika, haut Lomami, Tshuapa, Equateur, Bas Uélé et Haut Uélé ainsi que d'autres religions noires existant dans le Bas Congo sont réputées interdire formellement la vaccination aux enfants et aux femmes enceintes. Cette situation est tellement criante qu'elle exige des stratégies de plaidoyer de haute intensité impliquant les chefs religieux, les autorités politico administratives et traditionnelles.

5.3. Problèmes liés à l'équité économique

La politique de santé en RDC, prône sur la gratuité des services de vaccinations à tous les sites de vaccination des enfants. Les intrants de vaccinations sont supposés être rendu disponible gratuitement à tous les sites. Certes il existe parfois d'autres coûts inhérents qui ne sont ni prise en compte par le Gouvernement moins encore

par les partenaires qui appuient le système dans certaines Zones de Santé, il s'agit par exemple de transport des vaccins de la DPS à la ZS et de celle-ci vers les sites de vaccination, le pétrole pour la conservation des vaccins au niveau périphérique, la carte de vaccination, les honoraires de prestataires qui consacrent le temps à la vaccination. Tous ces éléments font que certains Centres de santé exigent des frais pour l'accès des enfants au service de vaccination variant de 0,5 à 2 usd par enfant et par séance de vaccination. Ce coût est exorbitant pour un service sensé être offert gratuitement et entrave l'accès à un bon nombre d'enfants.

VI. Faible demande des services de vaccination par la communauté y compris dans des ZS où les services sont disponibles

La continuité de service constitue un goulot d'étranglement majeur pour la performance de système dans son ensemble. On note une bonne utilisation initiale de l'ensemble des services de santé (CPN1 à 87%, DTC1 à 88%) associée à une faible continuité de l'utilisation de ces mêmes services (CPN4 à 44% et DTC3 à 76%, taux d'abandon DTC1-DTC3 à 11%, Enfants complètement vaccinés à 59%).

L'enquête de la couverture vaccinale a montré que l'ignorance des mères/gardiennes d'enfants de la nécessité de la vaccination constitue l'une des principales raisons pour la vaccination incomplète ou de la non vaccination des enfants. En effet, une mère/gardienne sur six (17,8%) dont l'enfant n'avait pas complété tous les vaccins a rapporté ne pas connaître la nécessité du vaccin, 13,6% ont rapporté ne pas connaître la nécessité d'une 2ème ou d'une 3ème dose. Huit pourcent des mères ont des craintes des effets secondaires du vaccin et 6% ont rapporté ne pas connaître le lieu et le moment où est programmée la vaccination. Cette situation est aussi rapportée dans la récente étude menée par la DEP dans 3 ZS bénéficiant de l'appui GAVI RSS dans la DPS Sud Ubangi. Dans cette étude 19,7% des femmes n'ont pas vacciné complètement leurs enfants par crainte des effets secondaires. Dans la plus part de cas, On note en outre qu'il s'agit des enfants de femmes n'ayant pas suffisamment fréquenté l'école qui ont soit été non vaccinés soit ont reçu quelques doses de vaccins.

L'organisation des services de vaccination dans les AS devra se faire avec l'implication active de la communauté au travers les OSC, les OAC et les confessions religieuses pour assurer sensibilisation, l'éducation, l'information, la communication, en vue de la recherche active des enfants perdus de vue et d'en augmenter la couverture des enfants complètement vaccinés. Cette sensibilisation permettra de résoudre le problème d'équité entre les riches et pauvres dans l'accès aux services de santé dans la mesure où c'est dans cette classe de pauvre que l'information sur les services de santé n'est pas bien appréhendée.

Chaque goulot d'étranglement a fait objet d'un objectif excepté le goulot d'étranglement en rapport avec l'équité géographique, socio culturelle et économique dont les solutions sont prises en compte dans les objectifs 1, 2 et 5 de la proposition. Un sixième objectif est ajouté. Il s'agit d'un objectif transversal qui est relatif au renforcement des mécanismes de gestion financière et à la passation des marchés conformément à l'approche de GAVI-Alliance taillée sur la mesure de la RDC adoptée par les deux parties

QUATRE PAGES MAXIMUM

6. Leçons tirées et expérience acquise

Objectif	Exemple(s) de leçons tirées, mettant en évidence aussi bien les succès que les difficultés
<p>Renforcer la chaîne d'approvisionnement de bout en bout en vue d'assurer la disponibilité des vaccins de qualité à tous les niveaux</p>	<p>I. Bonnes pratiques</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Le PEV fonctionnait il y a quelques temps uniquement avec les ressources mises à sa disposition par le gouvernement et un nombre très limité des partenaires (OMS, UNICEF, GAVI). Il se privait ainsi de certaines ressources qui sont disponibles dans le pays. Aujourd'hui, presque tous les partenaires qui interviennent dans le pays prennent en compte dans leurs projets les besoins du programme de vaccination (chaîne d'approvisionnement) dans leurs zones d'intervention. Ceci permet de diversifier les sources de financement et d'améliorer la complémentarité dans l'utilisation des ressources</i> 2. <i>La mise en œuvre du Programme GAVI-RSS 1 et l'introduction du PCV-13 a permis au pays d'acquérir les matériels de la chaîne de froid qui ont contribué à la réduction des ruptures des stocks au niveau périphérique</i> 3. <i>Certaines CDR comme celle de Kikwit dans le Bandundu disposent d'une chambre froide qui fonctionne sous énergie solaire et qui est de fois utilisée pour conserver le vaccin si l'antenne locale du PEV manque du carburant pour faire fonctionner la sienne. Ceci montre que solariser les chambres froides est possible et que le PEV peut bien profiter des ressources qui existent dans le pays pour améliorer ses capacités de conservation des vaccins.</i> 4. <i>Le gouvernement de la République a commencé depuis 2012 à payer le cofinancement pour les nouveaux vaccins et à acheter le vaccin de routine. Cette année, il a prévu un budget pour l'achat de l'ensemble des vaccins de routine dont le programme de vaccination aura besoin cette année.</i> <p>II. Problèmes/difficultés</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Plusieurs partenaires disposent des ressources pour la distribution des intrants des chefs-lieux des DPS vers les ZS, mais ces ressources sont utilisées de manière non concertées, ce qui favorise les duplications et donc un gaspillage des ressources disponibles dans les DSP.</i> 2. <i>Trois chambres froides existent dans les CDR et fonctionnent presque à vide. Il s'agit des chambres froides des CRD de Kikwit, du Sud-Ubangui et celle de Matadi dans le Bas-Congo. Le PEV peut bien utiliser ses espaces de stockage et de conservation de vaccins qui sont disponibles.</i> 3. <i>Les matériels de la chaîne de froid ainsi que les vélos achetés par la Banque Mondiale en 2012 ont rencontré une difficulté dans leur installation par manque de financement à cet effet. Ainsi, il est indispensable de prévoir ce financement dans toutes nouvelles dotations</i>

<p>Améliorer la disponibilité de l'offre des services de santé de qualité dans 50 ZS ciblées et la mise en œuvre des stratégies appropriées d'atteintes des enfants à accès très difficile dans 9 DPS identifiées</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'amélioration de la disponibilité de l'offre de service de qualité à travers la mise en œuvre du PAO de la ZS de Kisantu sous appui du projet d'Appui au Système de Santé du Niveau Intermédiaire et Périphérique (ASSNIP) financé par la Belgique a permis à la ZS de mettre en place une mutuelle de santé et une tarification forfaitaire. Une étude menée dans cette ZS par la DEP sur financement GAVI en Avril 2013 a montré que cet appui au PAO a permis de rendre les centres de santé autonome par rapport aux financements extérieurs notamment pour l'achat de pétrole en vue de la conservation de vaccin. L'étude a montré les couvertures vaccinale enquêtées au près de la population (sur un échantillon 97 enfants de 11 à 23 mois retrouvés dans 240 ménages enquêtés) à 88% pour le DTC_Hep_Hib3, à 77% pour le VARI et 76% des enfants complètement vaccinés¹⁰ et que les enfants ont eu accès gratuitement aux services de vaccination. 2. L'appui au renforcement du système de santé apporté par GAVI-RSS en cours dans le pays a ciblé 65 ZS à faible couverture vaccinale. Ce programme vient d'être évalué par l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa. Cette évaluation montre que l'amélioration de la couverture sanitaire dans ces ZS a permis de soutenir le PEV de routine de sorte que la la moyenne de la couverture vaccinale au Pentavalent de ces ZS qui à 57% est passée à plus de 80%. Cependant, elle montre aussi que les couvertures vaccinales au cours de la mise en œuvre du programme ont évolué en dents de scie. Cette situation est due à des ruptures de stocks de vaccins qui sont intervenues dans ces ZS pendant la période de mise en œuvre du programme. Ces résultats montrent que la disponibilité du vaccin doit être assurée pour que les actions qui visent à lever les goulots d'étranglement aux services de vaccination puissent effectivement contribuer à l'amélioration de la couverture vaccinale.
<p>Améliorer la qualité des données sanitaires et le suivi opérationnel des activités en général et celui de la vaccination en particulier</p>	<ol style="list-style-type: none"> I. Bonnes pratiques <ol style="list-style-type: none"> 1. L'introduction dans le système de santé des audits de qualités de données au niveau opérationnel via DQS avec PEV, et dans le cadre du nouveau cadre normatif SNIS a amélioré la fiabilité de données dans le SS et nous a permis de mieux planifier sur base factuelle dans les ZS où ces DQS étaient appliqués. Mais ces audits de données de qualité, n'est pas d'application de routine comme souvent non financé par les bailleurs de fonds est une des causes des écarts des CV constatées entre les Couvertures administratives présentées par PEV et les CV présentée par OMS et UNICEF 2. L'introduction du scorecard a permis de visualiser sur un tableau synoptique les résultats des programmes mis en œuvre dans le pays dont ceux de la vaccination. Elle permet aussi d'identifier les DPS et au-delà des DPS, les ZS à problèmes et donc de les cibles avec des actions correctrices. 3. Le monitoring amélioré pour action introduit dans certaines ZS est une méthode qui permet d'identifier les goulots d'étranglement au niveau décentralisé (ZS) et

¹⁰ Rapport étude pilote mise en œuvre PNDS dans 5 ZS en développement, RDC, MSP, Août 2013.

	<p><i>de mettre en place des actions correctrices</i></p> <p>II. Problèmes/Difficultés</p> <p><i>L'évaluation du programme RRS round 1 qui vient d'être réalisée¹¹ dans les ZS ciblées par cet appui confirme encore une fois de plus le problème de qualité des données. En effet, il a été constaté que les données administratives qui sont au Programme Elargi de Vaccination sont parfois différentes de celles qui sont dans les ZS qui les ont produites. La question de qualité des données est essentielle et nécessite une plus grande attention de l'ensemble d'acteurs.</i></p>
<p><i>Renforcer les capacités institutionnelles des structures du Ministère de la Santé ciblées et le mécanisme de suivi et évaluation à tous les niveaux</i></p>	<p>Bonne pratique</p> <p><i>La forme et l'organisation de la structure du niveau provinciale ne lui permettait pas d'apporter un appui technique suffisant aux ZS pour les aider à améliorer l'offre des services de santé de qualité dont la vaccination. Cette situation est entre autre due à des longues distances à parcourir entre le niveau provincial et les ZS. En plus, la structure du niveau intermédiaire n'exerçait pas suffisamment son leadership sur les acteurs qui interviennent dans les provinces. Les DPS qui ont mis en place la fonction d'encadrement technique des ZS qui est l'un des métiers des DPS dans le cadre de la réforme du niveau intermédiaire ont sensiblement aidé à l'amélioration des performances des ZS appuyées dont celles de la vaccination. Cette amélioration est due au suivi de proximité et à l'accompagnement technique dont ces ZS ont été bénéficiaires.</i></p>
<p><i>Renforcer la demande pour la vaccination à travers la mise en œuvre effective des plans de communication avec l'implication effective de la communauté et des organisations de la société civile.</i></p>	<p>Bonnes pratiques</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Les membres de la Communauté via les relais communautaires, participent à des réunions des conseils de gestions et de l'Administration de la ZS, elles incitent la population pour fréquenter les services de santé en général et en particulier de la vaccination via es Relais communautaires avec l'approche ACZ et ou AVI, ils récupèrent tous les enfants cibles n'ayant pas répondu au rendez vous et par conséquent font améliorer les performances des structures de santé dans la ZS.</i> <i>2. L'intervention des organisations de la société civile dans les ZS avec l'appui de GAVI-Alliance et d'autres partenaires tels l'UNICEF, l'USAID, etc. a permis d'améliorer la demande des services dont ceux de la vaccination. ceci explique en partie l'amélioration des couvertures vaccinales dans les Zones de Santé où elles sont intervenues. En effet, la couverture vaccinale dans ces ZS est passée d'une inférieure à 60% à plus de 80% pour le DTC3.</i>
<p><i>Consolider la réforme du financement et la gestion du programme GAVI-RSS par le MSP</i></p>	<p>I. Bonnes pratiques</p> <p><i>La mise en œuvre du programme GAVI-RSS qui est en cours dans le pays a permis de jeter les bases de la réforme du financement de la santé qui inclut la mise en place d'une cellule d'appui à la gestion (CAG), une agence fiduciaire et</i></p>

¹¹ Le rapport d'évaluation du programme GAVI-RSS round 1 qui en cours de mise en œuvre dans le pays est en annexe 3 de la présente proposition. Cette évaluation a été réalisée par l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa.

un réseau d'agence fiduciaire dans le pays et des procédures consensuelles de gestion. En plus de GAVI-Alliance, le Fonds Mondial et l'Union Européenne se sont alignés sur cette réforme. Cette réforme a conduit à la disparition de plusieurs unités de gestion des projets et à la réduction de coût de gestion d'environ 28% à 9% en moyenne pour les projets qui utilisent ce mécanisme, ce qui a permis de dégager des fonds investis dans les équipements et les intrants.

II. Difficultés/Problèmes

1. La fusion entre la CAG et la Cellule de Gestion des Projets et des Marchés Publiques (CGPMP) mise en place par le gouvernement dans tous les secteurs a conduit à des conflits d'intérêt qui sont à l'origine des dérapages pour lesquels le Ministre de la Santé Publique a initié une enquête internationale qui a mis en lumière des pratiques frauduleuses. Cette situation. En plus le fait que l'arrêté qui met en place la CAG lui a confié des activités techniques a été à l'origine des conflits entre acteurs et a contribué à démobiliser certains d'entre-deux. Cette situation vient d'être confirmée par l'évaluation indépendante que le Ministère de la Santé Publique a confiée au Département ayant en charge la Formation en gestion de la politique économique de la Faculté des sciences économiques de l'Université de Kinshasa¹². Elle est en cours de correction notamment par la séparation entre la CAG et la CGPMP et la restructuration de la CAG. La première s'occupera des actions relatives à la liquidation et la seconde de la passation des marchés. Les activités techniques vont être rétrocédées aux structures organiques et techniques
2. Cette évaluation a mis en évidence d'autres problèmes parmi lesquels on peut citer : (i) la non implication de la Cour des Comptes et l'Inspection Générale des Finances dans le contrôle à posteriori des dépenses effectuées par l'agence de gestion financière, le risque fiduciaire important pour certaines agences de gestion financières qui pourtant fonctionnent dans des milieux où le système bancaire est fonctionnel. L'utilisation des banques en lieu et place des agences de gestion financières provinciales, ce qui réduirait le risque fiduciaire ainsi que le frais de gestion

¹² Le rapport d'évaluation du mécanisme de gestion financière mis en place par le Ministère de la Santé Publique depuis 2009 avec l'appui de ces partenaires est en annexe de la présente proposition. Elle a été réalisée par le Département en charge de la Formation sur la Politique économique de la Faculté des Sciences Economiques de l'Université de Kinshasa.

7. Objectifs de la proposition

I. OBJECTIF 1 : Renforcer la chaîne d'approvisionnement de bout en bout en vue d'assurer la disponibilité des vaccins, médicament et autres intrants spécifiques de qualité à tous les niveaux.

La Cible 8 du PNDS 2011-2015 vise l'amélioration de la couverture des enfants complètement vaccinés à travers trois indicateurs des résultats : la couverture en DTC-HepB-Hib3, en VAR 1 et des enfants complètement vaccinés.

Cet objectif vise le renforcement des capacités de stockage des vaccins en matière de chaîne de froid, (y compris leur maintenance et le système de suivi des températures) , la disponibilité des vaccins à tous les niveaux en particulier au niveau des points de vaccination et l'équité géographique des services de vaccination dans l'ensemble du pays.

Il vise en outre l'extension de certaines centrales de distributions régionales des médicaments pour améliorer le stockage des intrants secs, l'intégration des circuits d'approvisionnement au niveau des DPS ainsi que la coordination de ce dernier en vue d'améliorer l'efficacité et l'efficacé dans la distribution des vaccins aux ZS.

A. Renforcement des capacités de stockage et de conservation des vaccins et intrants secs de la vaccination

Les besoins du pays en termes de stockage de vaccin d'ici 2025 seront de 532 148 litres positives et de 36 956 litres négatives. Ces besoins impliquent deux approvisionnements annuels qui incluent trois mois de stock de réserve. L'option qui consistait à avoir trois dépôts primaires dans le pays (Kinshasa, Lubumbashi et Kisangani) est selon les informations fournies par les services logistiques de Copenhague qu'elle n'est pas faisable dans le court et moyen termes. Ceci est dû au fait que les deux autres aéroports internationaux du pays (Lubumbashi et Kisangani) ne répondent pas encore aux exigences des transporteurs qui sont habituellement sélectionnés pour cette activité. Tous les vaccins entreront donc dans le pays par la capitale, Kinshasa qui doit disposer d'un dépôt central capable de contenir les volumes précités.

Cependant, les dimensions de la RDC ainsi que les problèmes d'accessibilité géographiques évoqués plus haut ainsi que les contraintes à la mise en place des dépôts primaires ont conduit le pays à opter pour la mise en place de trois sous-dépôts déconcentrés pour améliorer la disponibilité du vaccin sur l'ensemble du territoire national. Pour un approvisionnement efficace et efficient des dépôts déconcentrés au départ de Kinshasa et une distribution aux DPS, les dépôts déconcentrés doivent être placés à Kisangani, à Ilebo et à Lubumbashi. Le dépôt déconcentré de Kisangani desservira les DPS de la Province Orientale actuelle (DPS de la Tshopo, de l'Ituri, de Bas-Uele et Haut-Uele) ainsi que celles du Nord Kivu, du Sud Kivu et du Maniema. Le dépôt déconcentré d'Ilebo desservira les DPS du Kasai Occidental (DPS du Kasai et du Kasai Central) ainsi que les DPS du Kasai Oriental (DPS du Kasai Oriental et de Lomami). Le dépôt déconcentré de Lubumbashi desservira les DPS du Katanga (DPS du Haut Katanga, DPS de Lualaba et celle du Haut Lomami). L'approvisionnement des dépôts déconcentrés de Kisangani et d'Ilebo se fera par voie fluviale, tandis que celui de Lubumbashi se fera par voie aérienne. Les DPS de l'Equateur seront desservis par voie fluviale au départ du Dépôt Central de Kinshasa.

Cette option nécessite que le Ministère de la Santé Publique dispose de deux bateaux pour le transport des vaccins et autres intrants. Ces deux bateaux auront chacun une capacité de 480 mètres cubes positives et 20 mètres cubes négatives et 1000 mètres cubes secs. Ils seront mis sur trois axes fluviaux qui sont : (i) l'axe Kinshasa-Kisangani, (ii) l'axe Kinshasa-Ilebo et, (iii) l'axe Kinshasa-Equateur. Pour l'Equateur, le bateau approvisionnera la DPS de l'Equateur, de la Tshuapa, de la Mongala, du Nord-Ubangui et du Sud-Ubangui. Les plans de distribution par bateau seront semestriels pour l'approvisionnement de deux dépôts déconcentrés (Ilebo et Kisangani). Cependant, pour l'Equateur, l'approvisionnement se fera trimestriellement au départ du dépôt

Central de Kinshasa étant donné qu'il n'est pas prévu de placer un dépôt déconcentré dans cette partie du pays. Ainsi, pour cette partie du pays le bateau lui-même servira de dépôt déconcentré au départ duquel seront desservies les DPS comme cela a été décrit précédemment.

Outre les DPS de la province de l'Equateur, le dépôt central de Kinshasa approvisionnera directement la DPS de la Ville Province de Kinshasa, les DPS de Bandundu (DPS de Kwilu, et du Kwango) ainsi que la DPS du Bas-Congo par voie routière. Vu la situation d'enclavement dans laquelle se trouvent les DPS de Sankuru dans la Province du Kasai, celle de Tanganika dans la province du Katanga, et du Maiï Ndombe dans la province du Bandundu, ces dernières seront également desservies au départ du dépôt central de Kinshasa par voie aérienne.

La construction des bateaux est un investissement qui coûte cher au départ, environ 2 000 000 USD par bateau (dont 1.200.000 USD pour l'acquisition de bateau et 800.000 USD pour l'acquisition des chambres froides de 480 mètres cubes positives et 20 mètres cubes négatives), soit 4 000 000 USD pour les deux bateaux, prix de CHANIMETAL, l'entreprise qui construit les bateaux à Kinshasa. Cependant sur le long terme (horizon 2025 auquel on a fait allusion plus haut), elle est la moins cher en termes de transport de vaccins de Kinshasa vers les DPS. Comme on l'a signalé plus haut, le coût du transport aérien de Kinshasa vers les DPS qui ne peuvent recevoir le vaccin que par la voie aérienne est d'environ 2 000 000 USD par an. Etant donné la croissance démographique et la nécessité de l'introduction de nouveaux vaccins, ce coût augmentera chaque année. A titre d'exemple, à partir de l'année prochaine, avec l'introduction du vaccin contre le Rotavirus, le volume d'intrants à transporter de Kinshasa vers les DPS va doubler, ce qui amènera globalement le coût actuel de transport au double de celui qui appliqué maintenant (environ 4 000 000 USD l'année).

Le tableau suivant établit une comparaison de l'évolution du coût de transport entre deux options. La première est l'option sans bateau, c'est-à-dire ce que sera le coût de transport de vaccins de Kinshasa vers les DPS si on continue avec le système actuel (avion et véhicules) et la deuxième qui est l'option avec bateau, c'est-à-dire ce que va coûter le transport de vaccins entre Kinshasa et les DPS si l'on introduit le bateau (bateau, véhicules et transport aérien pour Lubumbashi et les DPS enclavées). Dans cette deuxième option, les investissements (bateaux et véhicules frigorifiques et autres camions) sont amortis sur 20 ans pour le bateau et 5 ans pour les véhicules.

Tableau 4: Comparaison de l'évolution du coût de transport des vaccins de Kinshasa aux DPS entre l'option avec et l'option sans bateau

Années	Evolution du coût de transport option sans bateau	Evolution du coût de transport option avec bateau
Année 2014	\$2 069 333	\$1 814 933
Année 2015	\$4 418 497	\$2 049 850
Année 2016	\$4 551 052	\$2 063 105
Année 2017	\$4 687 583	\$2 076 758
Année 2018	\$4 828 211	\$2 090 821
Année 2019	\$4 973 057	\$2 105 306
Année 2020	\$5 122 249	\$2 120 225
Année 2021	\$5 275 916	\$2 135 592
Année 2022	\$5 434 194	\$2 151 419
Année 2023	\$5 597 219	\$2 167 722
Année 2024	\$5 765 136	\$2 184 514
Année 2025	\$5 938 090	\$2 201 809
Total Cummulé	\$58 660 536	\$25 162 054

*Il apparait clairement dans ce tableau que dans l'option sans bateau, le coût de transport de vaccin si l'on continue avec le système actuel en prenant en compte l'introduction de nouveaux vaccins et la croissance démographique va continuer à augmenter chaque année en passant de 2 069 333 USD en 2014 à 5 938 090 en 2025, ce qui sur 11 ans va coûter **58 660 536 USD**. L'option avec bateau passera de 1 814 933 USD en 2014 à 2 049 850 USD en 2015 et va se stabiliser autour de ce montant jusqu'en 2025, soit un total de **25 162 054 USD** pour la même période. En plus, il faudra signaler que le bateau sera toujours fonctionnel au-delà de 2025 étant donné son amortissement se fait sur une durée moyenne de 25 ans.*

Comme on le voit, non seulement les économies d'échelle qui seront réalisées sont importantes sur le long terme, mais aussi cela permettra dans les années à venir au gouvernement de les prendre en charge les coûts opérationnels récurrents, ce qui contribue à assurer la viabilité financière du Programme de Vaccination. Enfin, les bateaux transporteront en plus d'autres médicaments, intrants spécifiques autres le vaccin ainsi que du matériel médical. En effet, Les données disponibles montrent que le transport du matériel de chaîne de froid dans certaines parties du pays (essentiellement celles qui seront couvertes par le bateau) pays a pris beaucoup de temps et a coûté plus cher par voie aérienne (en moyenne 1000 USD par réfrigérateur SDD). Ce problème sera en grande partie résolu dans l'option avec bateau.

Au niveau des DPS, l'action consistera à solariser 23 chambres et à renforcer la maintenance de ces dernières. Les chambres froides qui existent dans les CDR qui sont d'ailleurs sous utilisées pour la plupart, seront également mises à profit dans l'ensemble du pays pour la conservation et le stockage de vaccin. A termes, cette action permettra de réduire les coûts récurrents liés à l'utilisation de l'énergie fossile pour la conservation et le stockage des vaccins et donc de diminuer les ruptures des stocks constatés sur terrain.

La capacité de stockage en intrants secs sera augmentée dans 16 DPS. Cette augmentation sera d'environ 1 350 mètres cubes dans les DPS ciblées. L'amélioration de la chaîne d'approvisionnement va se poursuivre au niveau périphérique. Elle consistera à augmenter la capacité de stockage des ZS et de CS et passer d'une chaîne de froid à énergie fossile à une chaîne de froid solaire. Il permettra à ce qu'à l'horizon 2019, la couverture en réfrigérateurs solaires des C.S puisse passer de 2% à 50%. Ce qui permettra de limiter la dépendance de certains CS vis-à-vis des autres et d'augmenter le nombre des séances de vaccination par mois au niveau des CS et hôpitaux et réduire ainsi les occasions manquées.

B. Renforcement de la distribution des vaccins au niveau des DPS

Le circuit de distribution a été défini pour toutes les DPS du pays. du dépôt central de Kinshasa aux DPS, le circuit de distribution est décrit dans la section A de cet objectif. Le circuit de distribution des DPS jusqu'aux ZS et les besoins qui en résultent sont décrits DPS par DPS en annexe 4 de la présente proposition. La dotation des DPS, BCZS et CS en moyens de transport appropriés (véhicules, motos, vélos et hors-bord), l'extension de certaines centrales de distributions régionales des médicaments et la mise en place d'une plateforme de coordination des approvisionnements permettra aux ZS de s'approvisionner régulièrement en vaccins médicaments et autres intrants. Ces moyens faciliteront également le déplacement pour la supervision et les stratégies avancées pour être plus équitable par rapport aux cibles qui se trouvent loin des CS.

C. Mutualisation des moyens dans la chaîne d'approvisionnement au niveau des DPS

Il a été constaté dans toutes les DPS que le mécanisme de coordination au niveau des provinces est peu fonctionnel car dans le domaine de stockage, les produits sont gardés dans des espaces inappropriés alors que des espaces adéquats sont disponibles et non utilisés par une autre structure parfois dans le même site, c'est le cas de la DPS de la Tshopo ou les intrants secs du PEV sont dans les couloirs alors que la CDR de Kisangani (CAMEKIS) à 10 mètres dispose de l'espace disponible, de même, les produits thermolabiles de la CAMEKIS sont stockés dans des frigos domestiques alors que les chambres froides à 10 mètres au PEV ont de l'espace disponible. A ce niveau, une meilleure coordination dans la distribution des médicaments et intrants spécifiques sera mise en place avec toutes les parties prenantes. Cette coordination se fera à travers la plateforme provinciale des approvisionnements en médicaments et intrants spécifiques à laquelle vont participer tous les acteurs qui interviennent dans ce secteur et qui sera présidée par le Chef de Division Provinciale de la Santé.

L'objectif visé est ici est dans un premier temps, une mutualisation des ressources utilisées dans le stockage et la distribution des intrants médicaux dont le vaccin et dans un second temps, une intégration de la chaîne d'approvisionnement et de distribution sur base des leçons qui seront apprises de la mutualisation des ressources disponibles dans chacune des DPS. Cette mutualisation des ressources va démarrer dans un premier temps dans 8 DPS sur les 26 que compte le pays et montera en puissance progressivement. Ces 8 DPS ont été choisies en fonction du potentiel de mutualisation qu'elle présente. Il s'agit de la DPS du Kwilu, du Bas Congo, du Haut Katanga, du Sud-Ubangui, du Maniema, du Kasai Central, de la Tshopo et Nord-Kivu. L'expérience sera documentée pour préparer sa mise à l'échelle. Le tableau suivant reprend quelques opportunités de mutualisation possible en termes de stockage et de conservation des vaccins et intrants secs dans le pays. Les 8 DPS ciblées par la mutualisation sont parmi celles qui vont bénéficier de l'augmentation de volume de stockage en intrants secs pour créer plus de synergie entre intervenants.

Tableau 5: Opportunités de la mutualisation de stockage

DPS	CDR	LOCAUX	CF	OBSERVATIONS	SOURCES DE FINANCEMENT
Nord-Kivu	ASRAMES	Entrepôt principal et dépôt secondaire	70 mètres cubes	Disponibilité d'espace pour les intrants secs et les vaccins	Fonds propres
Sud-Ubangi	CAMENE		30 mètres cubes	Disponibilité de la chaîne de froid pour les vaccins	Coopération belge
Lubumbashi	CAMELU	Trois entrepôts existant		Disponibilité d'espace pour les intrants secs et vaccins	Gouvernement provincia
Kwilu	CAMEBASU	Entrepôt secondaire de 400m3 plus un dépôt relais à Idiofa	17 mètres cubes	Disponibilité d'espace pour les intrants secs et les vaccins.	Coopération belge et fonds propres
Bas-Congo	CAAMEBO		30 mètres	Disponibilité de la chaîne de froid pour les vaccins.	Coopération belge

			cubes		
Bas-Congo	CAAMEKI	Entrepôt secondaire		Disponibilité d'entreposage des intrants secs	Fonds propres
Kasaï Central	CADIMEK	Entrepôt en cours de construction		Possibilité de stockage des intrants secs	Union européenne
Tanganyika	CADMETA	Trois dépôts relais		Possibilité de stockage des intrants secs	Union européenne
Ituri	CADIMEBU	Entrepôt en cours de construction		Possibilité de stockage des intrants secs	Union européenne
Kinshasa	FEDECAME/CA MESKIN	Projet de construction d'un wharhouse in box		Possibilité d'augmenter la capacité de stockage	USAID et Coopération belge

L'expérience pilote de mutualisation concernera également la distribution pour éviter les duplications observées dans ce domaine. Les gros camions des CDR qui sont dans les DPS seront mis à profit pour acheminer le vaccin en même temps que les autres médicaments et intrants spécifiques qu'ils transportent habituellement pour les ZS. Les inventaires effectués ont montré que certaines DPS disposent de moyens de transport fonctionnels de grande capacité et qui peuvent servir à cet effet. Il s'agit des CDR suivantes : CAMEBO dans le Bas-Congo (camion de 12 tonnes), CAMEBASU dans le Kwilu (Camion de 12 tonnes), de l'ASRAMES (un camion remorque et des camionnettes, de la CAMESU dans le Sud-Ubangui (deux camions de 12 et de 20 tonnes respectivement), de la CADMETA dans le Tanganika (un camion de 10 tonnes et de la CAMESKIN (un camion remorque). Maintenance de la logistique d'approvisionnement et de la distribution

En ce qui concerne la maintenance, des logisticiens qualifiés et formés en gestion de la logistique intégrée en santé seront mis en place au niveau des 26 DPS et certaines ZS pour assurer la gestion efficace des vaccins, médicaments et autres intrants. Étant donné les besoins pour le moins énormes du pays en matière de cette catégorie des ressources humaines, une formation diplômante du niveau de licence sera organisée dans le pays par l'École de Santé Publique de Kinshasa et la Faculté de Pharmacie de l'Université de Kinshasa sous l'appui technique de l'Agence de Médecine Préventive (AMP).

En outre, compte tenu de l'importance des investissements sur les matériels de la chaîne de froid, des pools de maintenance au niveau central et des DPS seront mis en place et seront rendu fonctionnels de manière permanente. Les ingénieurs qualifiés bio-maintenanciers seront recrutés dans les 26 DPS pour s'ajouter au pool d'ingénieurs du niveau central qui existe déjà¹³.

L'ensemble de toutes ces actions contribuera à la réduction des ruptures de stock, des pertes en vaccins et la sécurité des injections tant aux niveaux des points de prestation des services que des dépôts de stockage y compris la disponibilité des médicaments et autres intrants au niveau des CS. Elles contribueront en outre à l'équité géographique des services de vaccination dans l'ensemble du pays.

II. OBJECTIF 2 : Améliorer la disponibilité de l'offre des services de santé de qualité dans 50 ZS ciblées et la mise en œuvre des stratégies appropriées d'atteintes des enfants à accès très difficile dans 9 DPS identifiées

¹³ Le plan de maintenance de toute la logistique d'approvisionnement et de distribution est en annexe 5 de la présente proposition.

Cet objectif s'aligne avec le premier axe du PNDS 2011-2015 qui vise le développement des Zones de Santé en termes de l'amélioration de l'offre, de l'utilisation des services de qualité dont les prestations de la vaccination font partie. Cette amélioration de l'offre vise l'équité socio économique dans les Zones les plus défavorisés

L'idée de base de cet objectif est d'abord de contribuer à réduire le nombre d'enfants non vaccinés dans les Zones de Santé qui courent un risque élevé de transmissions du Polio Virus Sauvage (PVS) et/ou qui ont enregistré les épidémies de la fièvre jaune dans lesquelles on retrouve un bon nombre qui n'achèvent pas leur calendrier vaccinal . On dénombre environs 50 ZS dans l'ensemble du pays qui se trouvent dans cette situation. Comme on l'a décrit plus haut, le constat fait est que les activités curatives et promotionnelles qui sont exécutées dans les centres de santé constituent un soutien aux services de vaccination. Les ZS dans lesquelles on trouve le plus grand nombre d'enfants non complètement vaccinés et le risque élevé de transmission du PVS sont aussi celles où la couverture sanitaire est la plus basse. Des investissements seront faits dans ces ZS pour étendre la couverture sanitaire (nombre des centres de santé qui offrent un PMA complet) de manière à ce que les services de santé de premier contact qui seront mieux organisés deviennent un soutien à ceux de la vaccination, ce qui constitue la base pour la mise en place d'un système de vaccination de routine durable et efficace dans ces ZS. Un autre critère de choix de ZS ciblées est le souci de consolider les acquis avec RSS Round I.

Un appui à l'élaboration et à la mise en œuvre des PAO des ZS sera apporté. Il permettra de s'assurer de l'amélioration de la mise en œuvre du PMA de qualité offert aux CS d'une manière efficace, efficiente et complémentaire, mais aussi de la prise en compte effective de l'approche ACZ de manière intégrée et qui prenne en compte les particularités de chaque ZS. . Pour s'assurer de l'accessibilité des populations aux services de santé curatifs (qui constituent un support aux services de vaccination), une tarification forfaitaire et des mécanismes de mutualisation des risques seront mis en place dans ces ZS. ceci devra contribuer à la réduction des barrières financières à l'accès des services de santé et à l'augmentation du nombre de contacts entre la mère et les services des soins. Ces contacts constituent des opportunités pour faire passer les messages clés liés à la vaccination ainsi que pour récupérer les enfants non vaccinés lors des séances de consultations curatives. Enfin, cette approche sera renforcée par la mise en place des mécanismes d'octroi de subvention sur base de performance au niveau périphérique pour susciter la motivation des acteurs à chercher les enfants non ou insuffisamment vaccinés là où ils se trouvent.

Au delà du fait de la faible couverture sanitaire qui explique qu'un bon nombre d'enfants ne soit pas complètement vaccinés dans les 50 ZS ciblées pour l'amélioration de la couverture sanitaire, il existe une certaine catégorie des ZS qui sont confrontées par les problèmes liés à l'inaccessibilité géographiques. La majorité des enfants vivant dans ces Zone ne peuvent être atteints que par des stratégies spécifiques de vaccination. Ces Zones peuvent être groupées en deux catégories, celles avec les enfants à accès très difficile vivant dans les campements éloignés nécessitant les stratégies spécifiques des « accélérations vaccinales intensives et mobiles fluviales » et l'autre catégorie avec enfants accessible par les stratégies mobiles terrestre qui coûtent un peu moins que le premier groupe.

Les Accélérations vaccinales intensives, stratégies mobiles fluviales, seront organisées dans toutes les Aires de Santé à accès géographiques très difficile où on dénombre environ . Les Zones de Santé identifiées sont celles des DPS de la cuvette centrale (Mai Ndombe, Equateur, Tshuapa, Mongala, Tshopo, Sankuru, Maniema) celles des grands lacs (Tanganyika, haut Lomami) dont le réseau fluvial est très dense avec un nombre élevé des campements. Cet appui permettra aux prestataires de faire vacciner au maximum les enfants avec accessibilité difficile et résoudra sans doute les problèmes liés à l'équité géographique. Une grande complémentarité avec d'autres sources de financements existants au pays sera assurée dans ces DPS avec enfant à accès difficile dont le coût moyen de vaccination par an s'élève au tour de 15. USD, soit 1,8 à 2, 5 millions de dollars an pour atteindre tous ces enfants. GAVI à travers cette proposition prendra en charge une partie de ce coût et le reste sera fait par le Gouvernement et les autres partenaires au développement selon une coordination parfaite et harmonieuse

Les stratégies mobiles terrestres seront organisées dans la deuxième catégorie des Zones de Santé où vivent environ 150.000 enfants à accès géographique assez difficile à travers la complémentarité des autres appuis existant dans le pays. Une bonne coordination au tour des DPS est requise pour s'assurer que tous les Zones de Santé concernées par cette deuxième catégorie organiseront les stratégies de vaccination mobiles terrestre avec

les ressources locales et des autres appuis.

Pour mieux permettre à ce que ces actions soient bien mise en œuvre, la dotation des pirogues motorisées de 15 Chevaux et des motos types 100 et 75 planifiés à l'objectif 1 sus évoqué, cibleront en première instance ces deux catégories de ZS

L'ensemble de toutes ces actions vont aider à améliorer l'équité socio économique et géographique de la vaccination dans ces Zones de Santé afin que les enfants non atteints puissent avoir accès aux services de vaccination.

En outre, toutes les études antérieures n'ont pas mis en exergue des différences significatives liées à l'équité entre les sexes. De même, les résultats préliminaires de la récente enquête démographique et de santé 2013 (EDS 2013) vient d'affirmer qu'il n'existe aucune différence significative des couvertures vaccinales pour tous les antigènes entre les enfants des deux sexes. (DTC-HepB-H1b 3 : 60% pour le masculin contre 61% pour le féminin ; VAR 1 : 72% pour le masculin contre 71% pour le féminin ; Enfants Complètement Vacciné : 45,1% masculin contre 45,5% féminin).

Les DPS concernées par l'appui aux ZS à l'organisation des stratégies des accélérations vaccinales intensives et stratégies fluviales sont : (i) Equateur, Haut Lomami,, Maï-Ndombe, Maniema, Mongala, Sankuru, Tanganyika, Tshopo et Tshuapa,

Le processus de sélection de 50 ZS ciblées par l'amélioration de la disponibilité de l'offre est détaillé dans l'annexe intitulé « DPS et ZS à appuyer par GAVI RSS 2 ». Ces ZS sont :

Les 50 Zones de santé de ces DPS qui bénéficieront de l'appui RSS de GAVI 2^{ème} round sont :

I. Pour la DPS Bas Congo; Dix Zones de Santé ont été sélectionnées

(i)Kangu, (ii) Kimpangu, (iii) Kitona, (iv) Kwilu Ngongo, , (v) Mbanza Ngungu, (vi) Ngidinga, (vii) Nselo, (viii) Nsona Mpangu, (ix) Sekebanza et (x) Tshela

II. Pour la DPS Equateur, Dix Zones de Santé ont été sélectionnées

(i)Basankusu, (ii) Bikoro, (iii) Bolenge, (iv) Bolomba, (v) Bomongo, (vi) Djombo, (vii) Iboko, (viii) Ingende, (ix) Lukolela et (x) Monieka

III. Pour la DPS Tanganyika, Onze Zones de Santé ont été sélectionnées;

(i)Ankoro, (ii) Kabalo, (iii) Kansimba, (iv) Kiambi, (v) Kongolo, (vi) Manono, (vii) Mbulula, (viii) Moba, (ix) Nyemba et (x) Nyunzu et (xi) Kalemie.

IV. Pour la DPS Bas Uelé, Neuf Zones de Santé ont été sélectionnées

(i)Aketi, (ii) Ango, (iii) Bili, (iv) Bondo, (v) Ganga Dingila, (vi) Likati, (vii) Monga, (viii) Poko et (ix) Titule

V. Pour la DPS Lomami, Dix Zones de Santé ont été retenus

(i)Kabinda, (ii) Kalambayi Kabanga, (iii) Kamana, (iv) Lubao, (iv) Ludimbi Lukula, (vi) Luputa, (vii) Mulumba, (viii) Mweneditu, (ix) Ngandajika et (x) Tshofa.

III. OBJECTIF 3 : Améliorer la qualité des données sanitaires et le suivi opérationnel des activités en général et celui de la de la vaccination en particulier.

La disponibilité de l'information sanitaire de qualité constitue un des sous axes du PNDS relatif à l'appui au développement des ZS. Dans cette proposition, l'amélioration de la qualité des données se fera à travers la dotation régulière des outils de collecte et de transmission de l'information sanitaire, les auto-évaluations (DQS) et les audits de la qualité des données (RDQA) ainsi que les enquêtes de satisfaction des ménages à petite échelle. Outre ces dispositifs, toutes les 516 ZS seront connectés à l'internet via le satellite. Un certain nombre d'applications web seront développés à partir de l'outil DHIS2 ou un autre logiciel web pour assurer l'enregistrement des enfants vaccinés ces logiciels devront être paramétré en respectant l'ossature de ceux déjà utilisé à savoir le DVDMT et le SMT. L'acquisition du matériel informatique pour la connexion internet de ces ZS et des DPS est en cours avec les fonds disponibles dans le pays. Il sera mis en place Un système de suivi et d'évaluation, continu, régulier en ligne et lors des revues ainsi que les mesures de l'impact de l'appui du GAVI-RSS avec les indicateurs de performance.

Ces actions permettront de d'énumérer le nombre des enfants non vaccinés en temps réel et d'agir en conséquence selon le besoin de manière prompte.

IV. OBJECTIF 4 : Renforcer les capacités institutionnelles des structures du Ministère de la Santé ciblées et le mécanisme de suivi et évaluation à tous les niveaux.

Cet objectif s'aligne avec le renforcement des capacités institutionnelles du MSP, la décentralisation dans le secteur ainsi que les mécanismes de coordination et de suivi et évaluation liée au 3^{ème} axe du PNDS. Il vise l'amélioration de la capacité managériale et technique par niveau qui va renforcer l'encadrement du niveau intermédiaire par le niveau central et celui du niveau périphérique par le niveau intermédiaire. Il vise en outre la coordination des partenaires pour s'assurer de la complémentarité des appuis des partenaires pour l'utilisation efficiente des ressources disponibles dans le secteur.

Au niveau provincial, le pays est en train de finaliser le processus de mise en place des divisions provinciales de la santé (DPS) conformément à la constitution qui fait passer le nombre des provinces de 11 à 26. Il y aura donc 26 DPS qui vont apporter un appui technique de proximité aux ZS. Contrairement à l'ancienne structure, cette réforme met en place des métiers dans la DPS dont le rôle sera de travailler avec les ZS pour s'assurer que les services de santé sont effectivement mis en place, ils sont de qualité et sont accessibles à l'ensemble de la population. Le Chef de division provinciale de la santé aura également le rôle de coordination de tous les intervenants et de toutes les ressources des provinces sous la supervision du ministre ayant en charge la santé dans la province.

Sur le plan de la coordination, on note qu'il existe un comité national de pilotage du secteur de la santé (CNP-SS) et des Comités Provinciaux de Pilotage du secteur de la santé (CPP-SS) d'une part et d'autre part, il existe le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) au niveau national et le des Comités de Coordinations Inter Agence au niveau provincial. Cependant, il n'existe pas de liens formels de collaboration entre ces deux instances alors que plusieurs partenaires qui interviennent de plus en plus dans le secteur de la vaccination participent au CNP-SS et non au CCIA. Il en résulte une incoordination des chevauchements et des duplications dans l'utilisation des ressources tels que celles relatives à la distributions des médicaments et intrants spécifiques dont le vaccin des chefs-lieux des provinces vers les ZS de santé.

Pour améliorer la coordination dans ce domaine, en attendant des réformes plus structurelles, les CCIA à tous les niveaux doivent désormais travailler comme une commission du CNP-SS ou des CPP-SS chargée des questions relatives à la vaccination. ceci permet de faire bénéficier aux services de vaccination des ressources qui sont disponibles à tous les niveaux et d'améliorer l'efficacité et l'efficience dans l'utilisation de ces ressources. Les DPS issues du découpage mettront en place leur CPP-SS.

Les revues trimestrielles des DPS, et annuelles ainsi que les réunions des instances de pilotage (commissions des CPP-SS, Commissions du CCT incluant le CCIA, CCT du CNP-SS) seront organisées régulièrement. Les recherches, les études, le suivi scientifique et les évaluations du programmes (un à mi parcours et l'autre à la fin du programme) seront de même organisés régulièrement en vue de capitaliser les expériences et donner les fondements sur les ajustements éventuels et voire alimenter le processus de la normalisation dans le secteur.

Les primes de performances seront octroyées trimestriellement à titre complémentaire aux autres sources de financement existant dans le secteur au bénéfice des agents et cadres des structures impliquées dans la mise en

œuvre du programme. Une grille de performance sera élaborée et applicable à tous les niveaux du système de santé pour évaluer les progrès dans la mise en œuvre du programme. Cette grille prendra en compte les résultats intermédiaires ainsi que les résultats finaux de la vaccination repris dans le plan de suivi et évaluation.

Un score global sera calculé sur base de laquelle seront octroyées les primes. Les structures qui se verront en dessous de 60% de score global pour la période correspondante n'obtiendront aucune prime. Celles qui auront un score allant de 60% à 70%, obtiendront la moitié de la prime. Entre 70% et 80% de score, elles obtiendront 70% de la prime. Un score global supérieur à 80% donnera lieu à la totalité de la prime.

Un contrat de performance sera établi entre le Secrétaire Général à la Santé Publique et toutes les structures impliquées dans la mise en œuvre du programme.

L'ensemble de ces dispositions font en sorte que l'octroi des primes soit intimement lié aux cibles des résultats intermédiaires et finaux inscrites dans le plan de suivi et évaluation du programme. L'atteinte des résultats assignés implique l'octroi de la totalité de la prime et permettra au pays de bénéficier le 20% de la performance à partir de la 4^{ème} année du programme. La non atteinte des résultats assignés impliquent des économies de l'ordre de plus de 50% de l'enveloppe globale des primes et subventions de performances et seront à réorienter dans les activités visant l'amélioration de la qualité des données qui n'ont pas fait l'objet de budgétisation au cours des 4^{ème} et 5^{ème} années de mise en œuvre du programme.

L'ensemble de ces actions permettront une bonne complémentarité et l'efficacité dans l'utilisation des ressources et aura pour effet l'amélioration de la couverture de l'offre des services d'où l'accès et l'équité aux services de vaccination.

V. OBJECTIF 5 : Renforcer la demande pour la vaccination à travers la mise en œuvre effective des plans de communication avec l'implication effective de la communauté et des organisations de la société civile.

Cet objectif s'aligne avec le programme du PNDS qui vise la promotion des services de santé et de la participation communautaire à l'action sanitaire. Les organisations de la société civile interviennent à tous les niveaux du système de santé. elles participent à la prise de décisions à travers les instances de coordinations dont elles sont membres tant au niveau national que provincial. Au niveau opérationnel (Zones de Santé), les OSC travaillent habituellement avec les ZS ciblées auxquelles elles apportent un appui technique et logistique dans la mise en œuvre des activités sur terrain. A travers leurs Représentants (les ONG surtout celles confessionnelles, les organisations d'assises communautaires (OAC), les comités de développement des aires de santé (CODESA), elles participent à des réunions des conseils de gestions et de l'Administration de la ZS et des AS, elles incitent la population pour fréquenter les services de santé en général et en particulier de la vaccination via les relais communautaires et volontaires de la Croix Rouge. Ces Relais communautaires avec l'approche ACZ et ou AVI, ils récupèrent tous les enfants cibles n'ayant pas répondu au rendez-vous

Les OSC vont également renforcer les activités de communication dans la communauté pour pouvoir l'informer, la sensibiliser et réduire ainsi certaines barrières socioculturelles à travers les comités de développement des aires de santé (CODESA) et les organisations d'assises communautaires (OAC) identifiées et aussi à travers les médias.

VI. OBJECTIF 6 : Consolider la réforme du financement et la gestion du programme GAVI-RSS

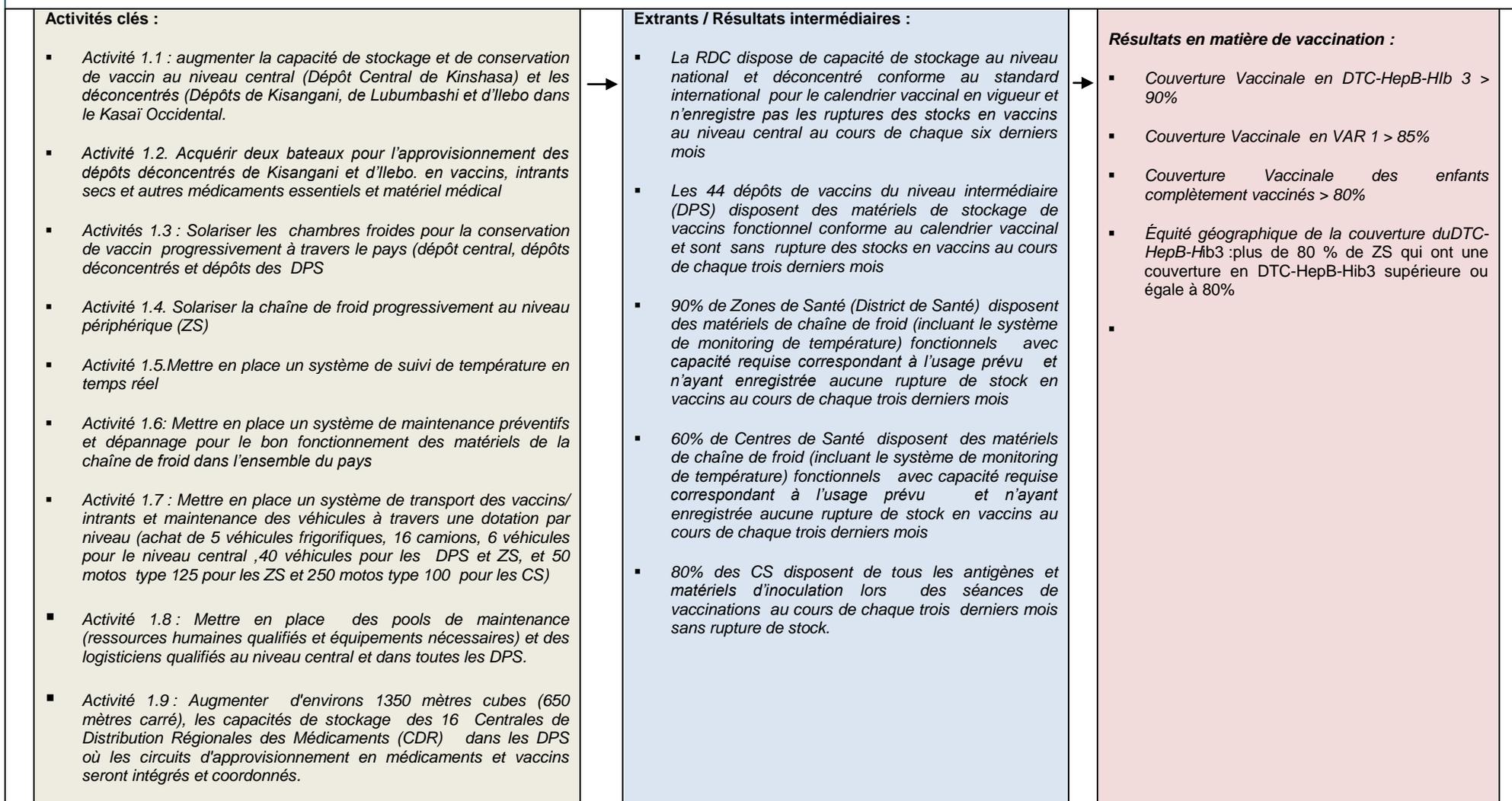
La réforme du financement et la gestion du programme GAVI-RSS permettra d'assurer une bonne gestion des ressources financières allouées dans la mise en œuvre du programme et ce en conformité des principes des politiques de la bonne gouvernance et de la transparence prônés par GAVI-Alliance. Les actions qui sont en cours dans le pays sont : (i) la séparation de la Cellule d'Appui à la Gestion et la Cellule de gestion des projets et de passations des marchés (CGPMP), (ii) le recentrage des missions de la CAG sur les questions relatives à la liquidation et au suivi de l'exécution budgétaire dans l'optique de son évolution vers une Direction des Affaires Administratives et Financières, (iii) le transfert vers les directions programmes et DPS des missions techniques qui étaient exécutées par la CAG, (iv) le transfert vers certaines banques des missions de paiement exécutées vers certaines agences de gestion financières provinciales.

Cet objectif permettra d'éviter le blocage des fonds et d'accélérer son décaissement de manière régulière aux échéances prévues à tous les niveaux afin de bien mener les activités sur terrain dont dépendent les résultats en termes des couvertures vaccinales, d'accès et d'équités. . Il permet également de renforcer le plaidoyer pour la mobilisation effective de financement du gouvernement pour le programme dans le cadre du co-financement et l'achat des vaccins traditionnels.

DEUX PAGES MAXIMUM

• 8. Chaîne de résultats

Objectif 1 : Renforcer la chaîne d'approvisionnement de bout en bout en vue d'assurer la disponibilité des vaccins de qualité à tous les niveaux.



- *Activité 1.10 : mettre en place une coordination dans la distribution des médicaments et intrants spécifiques avec toutes les parties prenantes*

Objectif 2 : Améliorer la disponibilité de l'offre des services de santé de qualité dans 50 ZS ciblées et la mise en œuvre des stratégies appropriées d'atteintes des enfants à accès très difficile dans 9 DPS identifiées

Activités clés :

- *Activité 2.1 Réhabiliter en matériels durables et équiper 200 CS des ZS ciblées dans le but d'améliorer la fonctionnalité physique et la sécurisation des chaînes de froid*
- *Activité 2.2 Mettre en œuvre les stratégies appropriées de vaccination (Accélérations vaccinales systématique) dans les ZS des 9 DPS avec enfants à accès géographiques très difficile*
- *Activité 2.3 Mettre en place la tarification forfaitaire dans 50 ZS ciblées ainsi que le mécanisme de l'achat des performances basées sur les résultats en vue de réduire les barrières financières des ménages aux services des soins et faciliter le contact entre la mère et les CS*
- *Activité 2.4 Appuyer la planification dans les 516 ZS en vue de garantir une mise en œuvre intégrées des activités dont celles de la vaccination (PEV de routine et stratégies avancées)*

Extrants / Résultats intermédiaires :

- *Au moins 200 CS des ZS ciblées offrent un Paquet Minimum d'activités complet intégrant toutes les interventions dont la vaccination et organisent au moins 4 séances mensuelles de vaccination systématique selon les stratégies appropriées.*
- *100% des enfants de moins de 12 mois habitant dans les 50 zones de santé ciblées ont accès aux services de vaccination sans aucune barrière financière.*

Résultats en matière de vaccination :

- *Couverture Vaccinale au DTC-HepB-Hib 3 > 90%*
- *Couverture Vaccinale au VAR 1 > 85%*
- *Couverture Vaccinale des enfants complètement vaccinés > 80%*
- *Le taux d'abandon DTC-HepB-Hib1/ DTC-HepB-Hib 3 < 10%*
- *la couverture du DTC3 dans le quintile le plus pauvre est réduite de -10 points de % à la couverture dans le quintile le plus riche*
- *Toutes les 50 ZS appuyées ont des couvertures vaccinales au DTC3 qui est d'au moins 80%*
- *Le % de ZS avec couvertures vaccinales > 80% passe de 70,5% à 92*

Objectif 3 : Améliorer la qualité des données sanitaires et le suivi opérationnel en général, et celui lié à la vaccination en particulier

Activités clés :

- *Activité 3.1 organiser le dénombrement dans les ZS pour la maîtrise du dénominateur*
- *Activité 3.2. Assurer la disponibilité des outils de collecte et de transmission de l'information sanitaire au niveau des ZS (ECZS, HGR et CS)*

Extrants / Résultats intermédiaires :

- *Plus de 80% des ZS présentent au moins 100% de Complétude et Promptitude de rapport SNIS intégré incluant les données de la vaccination à tous les niveaux du système de santé*
- *100% des ZS ont des données administratives*

Résultats en matière de vaccination :

- *CV en DTC-Hep-Hib 3 > 90%*
- *CV en VAR 1 > 85 %*
- *CV des enfants complètement vaccinés > 80%*

- *Activité 3.3. Assurer le paiement de l'abonnement de la connexion internet pour les 516 ZS et les 26 DPS*
- *Activité 3.4 .Renforcer les compétences des gestionnaires de données à travers les formations sur l'utilisation des outils et lors des supervisions conjointes*
- *Activité 3.5. Organiser régulièrement l'auto évaluation et les audits de la qualité des données fournies par les CS (DQS et RDQA) ainsi que des sessions de monitoring amélioré pour action dans l'ensemble des CS des ZS ciblées*
- *Activité 3.7 Organiser les enquêtes des couvertures et de satisfaction des ménages à petite échelle en marge des revues trimestrielles des DPS en vue de se rendre compte de niveau des progrès réalisés*

rapportées dans la fourchette de 5% d'écart par rapport aux résultats émanant de l'un ou l'autre mécanisme de suivi stratégiques (DQS, IDQA, enquête de satisfaction des ménages, enquête LQAS, etc.), aux données des estimations de l'OMS/Unicef et répondent aux critères de qualité (FV : 100% ; IQ : 80%)

- *Le taux d'abandon DTC-HepB-Hib1/ DTC-HepB-Hib 3 < 10%*

Objectif 4 : Renforcer les capacités institutionnelles des structures du Ministère de la Santé ciblées et le mécanisme de suivi et évaluation à tous les niveaux

Activités clés :

- *Activité 4.1 Assurer l'encadrement périodique de proximité (accompagnement) des équipes cadre des ZS dans tous les domaines par les encadreurs provinciaux polyvalents cadres des DPS*
- *Activité 4.3 Organiser les revues périodiques et les réunions des instances de pilotage pour chaque niveau du secteur : revue mensuelle ZS, revues trimestrielles des DPS, réunions du CCIA technique et stratégiques, réunions des CPP-SS et du CNP-SS, une revue annuelle sectorielle en marge de laquelle est discuté, analysé et validé le Rapport de Situation Annuelle (RSA) à adresser à GAVI-Alliance*
- *Activité 4.4. Organiser les réunions de la plateforme de gestion des médicaments et intrants spécifiques dans toutes les DPS pour une coordination des intervenants en vue de concrétiser la mutualisation des ressources destinées au stockage, à la conservation et à la distribution de ces derniers*
- *Activité 4.5. Octroyer un complément des primes de performances aux agents et cadres des structures impliquées dans la mise en œuvre du programme en vue de renforcer le système et d'améliorer les résultats assignés du programme.*

Extrants / Résultats intermédiaires :

- *Les 50 ZS ciblées bénéficient de l'accompagnement mensuel (supervision, coaching, suivi sur terrain, DQS, Monitoring Amélioré pour Action, LQAS,) des encadreurs des DPS dans le but d'identifier les goulots d'étranglements inhérents aux prestations intégrées des services de santé (dont la vaccination) et d'y apporter les solutions appropriées*
- *La coordination est assurée à tous les niveaux à travers un processus de planification opérationnelle participatives, la tenue régulière des réunions participatives et inclusives des instances de pilotage (CA-ZS, CCIA-techniques, CPP-SS, CCIA stratégiques, Commissions du CCT, CCT, CNP-SS) et des revues (trimestrielles des DPS et annuelle sectorielle) en vue d'une meilleure complémentarité des appuis au niveau opérationnel.*
- *80% des ressources existantes en provinces sont mises en commun pour la conservation de vaccin et des intrants secs et pour la distribution de ce dernier aux ZS des DPS du pays.*

Résultats en matière de vaccination :

- *Couverture Vaccinale au DTC-Hep-Hib 3 > 90%*
- *Couverture Vaccinale au VAR 1 > 85 %*
- *Couverture Vaccinale des enfants complètement vaccinés > 80%*
- *Le taux d'abandon DTC-HepB -Hib1/ DTC-HepB-Hib 3 < 10%*
- *L'inéquité socio-économique dans la couverture vaccinale - la couverture du DTC3 dans le quintile le plus pauvre est réduite de -10 points de % à la couverture dans le quintile le plus riche*
- *Plus de 92% des ZS ont une couverture au DTC3 de plus de 80%*

<p>OBJECTIF 5 : Renforcer la demande pour la vaccination à travers la mise en œuvre effective des plans de communication avec l'implication effective de la communauté et des organisations de la société civile..</p>		
<p>Activités clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Activité 5.1 Mobiliser les organisations d'assises communautaires et les sociétés civiles pour leurs implications effectives au processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des plan de communication spécifique pour chaque localité, en vue d'accroître les connaissances, attitudes et pratiques ainsi que la demande à la vaccination</i> ▪ <i>Activité 5.2. Récupérer à travers les relais communautaires, tous les enfants qui ont manqué au rendez-vous vaccinal afin de réduire le nombre d'enfants non vaccinés</i> ▪ <i>Activité 5.3 .appuyer l'organisation chaque mois de 150 séances de monitoring amélioré pour action dans les 50ZS ciblées avec la participation des acteurs communautaires.</i> ▪ <i>Activité 5.4. Publier chaque trimestre sur le site Web du Ministère de santé des informations en rapport avec la mise en œuvre du projet.</i> 	<p>Extrants / Résultats intermédiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Plus de 90% des mères d' enfants de de 0 à 23 mois moins enquêtées dans les ZS ciblées disposent des parfaites connaissances, attitudes et pratiques en matière de vaccination et autres pratiques familiales clés</i> ▪ <i>100% d'enfants de moins de 12 mois habitant dans les ZS ciblées ont accès aux services de la vaccination sans aucune barrière socioculturelle</i> 	<p>Résultats en matière de vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Couverture Vaccinale au DTC-Hep-Hib 3 > 90%</i> ▪ <i>Couverture Vacciale au VAR 1 > 85 %</i> ▪ <i>Couverture Vaccinale des enfants complètement vaccinés > 80%</i> ▪ <i>Le taux d'abandon DTC-HepB -Hib1/ DTC-HepB-Hib 3 < 10%</i> ▪ <i>égalité socio-économique dans la couverture vaccinale - la couverture du DTC3 dans le quintile le plus pauvre est de – 10 points de % à la couverture dans le quintile le plus riche</i>
<p>Objectif 6: Consolider la réforme du financement et assurer la gestion du programme GAVI-RSS;</p>		
<p>Activités clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Activité 6.1 appuyer la restructuration de la CAG et la mise en place des procédures des gestions qui garantissent la bonne gouvernance, la transparence et le décaissement en temps utiles des ressources financières en vue de mettre en œuvre les activités prévues dans les PAO des structures</i> ▪ <i>Activité 6.2. Appuyer la mise en place d'une structure efficace de passation des marchés (CGPMP) en y apportant un appui technique et/ou financier en collaboration avec le gouvernement et les autres partenaires du secteur de la santé</i> ▪ <i>Réduire 6.3. Revoir le réseau provincial des agences de gestion financières conformément aux résultats de l'évaluation qui a été</i> 	<p>Extrants / Résultats intermédiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Le taux de décaissement des fonds alloués aux activités est amélioré dans le respect des engagements et échéances prévus dans les PAO des structures de mise en œuvre;</i> • <i>La viabilité financière de la vaccination est assurée progressivement par le Gouvernement de la RDC à travers le paiement de contrepartie des nouveaux vaccins et de l'achat des vaccins traditionnels</i> 	<p>Résultats en matière de vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Couverture Vaccinale au DTC-Hep-Hib 3 > 90%</i> ▪ <i>Couverture Vaccinale au VAR 1 > 85 %</i> ▪ <i>Couverture vaccinale des enfants complètement vaccinés > 80%</i> ▪ <i>Le taux d'abandon DTC-HepB -Hib1/ DTC-HepB-Hib 3 < 10%</i>

réalisée à cet effet (réduction du nombre d'agence de gestion financière dans les DPS où le système bancaire est fonctionnel)

- *Activité 6.4 Mettre en place une expertise nationale en finance publique au MSP en vue de gérer l'affectation et de l'exécution des ressources budgétaires allouées à la santé en particulier celles destinées au paiement de contre parties des nouveaux vaccins et de l'achat des vaccins traditionnels*

IMPACT : Veuillez fournir une description de l'impact et un ou plusieurs indicateur(s)

- *La morbidité et la mortalité liée aux maladies évitables par la vaccination sont réduites de 50%*
- *La mortalité infanto juvénile est réduite de 158 à 82 pour 1000 naissances vivantes*
- *La mortalité maternelle est réduite de 546 à 370 pour 100.000 naissances vivantes*

HYPOTHÈSES :

- *L'atteinte de ces indicateurs d'impacts est liée à la mise en œuvre effective des interventions à haut impact sur la santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant (Vaccination, Nutrition, Prise en charge intégré de l'enfance, prise en charge correcte de la femme enceinte) à travers la mise en œuvre effective du Cadre d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile (CAO 4 & 5). Ceci implique un renforcement de l'ensemble du système de santé au niveau décentralisé dans tout le pays pour permettre aux ZS de fournir à la population de leur responsabilité des soins de santé de qualité. Elle nécessite une harmonisation des approches de mise en œuvre, une complémentarité des appuis et une meilleure coordination des interventions selon une approche holistique non fragmentée. Elle nécessite aussi que soient mise en œuvre des actions dans d'autres domaines de la vie nationale (amélioration du niveau d'éducation de la mère, réduction des écarts entre les plus riches et les plus pauvres, les actions relatives à l'hygiène et assainissement, la paix et la sécurité sur l'ensemble du territoire national, etc).*
- *En ce qui concerne le secteur de la santé, l'atteinte de ces résultats étant liée à l'amélioration de l'offre des services de santé de qualité et à leur utilisation par la population (investissements dans les services de santé, réduction des barrières financières aux soins de santé, une harmonisation des approches, à une complémentarité des appuis et à une meilleure coordination des interventions, la réforme du secteur en cours, particulièrement celle du niveau intermédiaire constitue un des déterminants majeur qui conditionne les progrès vers la réduction de la mortalité maternelle et infantile à l'horizon 2019.*
- *Le financement de la santé doit augmenter pour atteindre le niveau minimal exigé pour l'offre des soins de santé de base dans chaque ZS (environ 20 USD par habitant et par an). Le pays doit faire des progrès en ce qui concerne l'évolution vers la couverture universelle pour permettre de réduire les barrières financières des populations aux soins de santé. Les fonds doivent être disponibles en temps utiles au niveau des services surtout décentralisés pour la mise en œuvre des activités. Le gouvernement et ses partenaires doivent continuer à investir dans le secteur de la santé pour mettre en place des services de santé durables et de qualité. Ces investissements incluent les réhabilitations et constructions, l'équipement des formations sanitaires, l'approvisionnement en médicaments essentiels et intrants spécifiques, etc. Les partenaires doivent être mieux coordonnés afin de réduire la fragmentation et les duplications actuellement observées dans le secteur. Pour ce faire, il y a un besoin important d'unification des instances de coordination au niveau national et provincial et de les rendre plus opérationnels. Une stratégie nationale de financement de la santé doit être mise en place. Elle définira la place de toutes les modalités de financement qui sont applicables dans le pays ainsi que la manière dont ces dernières seront complémentaires pour l'intérêt de la population.*
- *Les problèmes des ressources humaines pour la santé (RHS) doivent être abordés avec tous les ministères impliqués (Ministère de la santé Publique, Ministère de la Fonction Publique, Ministère des Finances, Ministère du Budget, Ministère de l'enseignement supérieur et universitaire et celui de la Décentralisation) pour arriver à une rationalisation des RHS qui permettent de créer des conditions favorables à la mise en œuvre efficaces des politiques, des stratégies et des programmes. Parmi ces problèmes on peut citer la pléthore observée dans les formations sanitaires surtout en milieu urbain, la mise à la retraite du personnel qui y est éligible, l'amélioration de la rémunération qui permette une motivation suffisante pour une mise en œuvre efficace et efficiente des activités sans les fragmenter*
- *L'alignement des partenaires qui interviennent dans le secteur du médicament est une nécessité. Les systèmes parallèles mis en place avec les ressources extérieurs et même domestiques doivent être réduits progressivement pour laisser la place au système national d'approvisionnement en médicaments essentiels et génériques (SNAME). Ceci permettra au SNAME de se développer et de se déployer*

à travers l'ensemble du pays pour améliorer la disponibilité des médicaments à des prix abordables sur l'ensemble du territoire national. Pour ce faire, l'alignement doit se faire à la fois sur le système d'approvisionnement et sur celui de distribution. Ceci implique des investissements supplémentaires en termes de stockage et des moyens de transport pour acheminer les médicaments et intrants spécifiques au niveau des formations sanitaires.

- *En ce qui concerne les actions à entreprendre dans les autres secteurs, la réduction de la pauvreté et du chômage sont essentielles pour réaliser les objectifs relatifs à la réduction de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Il est fortement souhaité que le gouvernement mette fin aux conflits armés qui sont en cours à l'Est du pays. Ces conflits favorisent le déplacements des personnes et de leurs biens et affectent souvent les plus fragiles parmi lesquels on trouve les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Un cadre de concertation inter sectoriel est nécessaire pour s'assurer que chaque secteur est en train de mettre en œuvre les actions attendues en vue de contribuer à la réduction de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans et la mortalité maternelle.*
- *La disponibilité de financement à temps dans les ZS , la paix et la sécurité sur toute l'étendue de la RDC est un atout majeur à l'atteinte de ces indicateurs d' impacts.*

9. Plan de suivi et d'évaluation

9.1. Les mécanismes et activités de suivi et évaluation

- a) Le Suivi et Evaluation de cette proposition sera aligné aux mécanismes décrits dans le cadre de suivi et évaluation conjointe du PNDS tel que décrit au point 4 de la présente proposition. Il se fera par deux mécanismes complémentaires. Il s'agira de suivi opérationnel et de suivi stratégique. Le suivi opérationnel s'effectuera à travers les données administratives du système national d'information sanitaire (SNIS) collectées dans un seul canevas intégré comprenant tous les indicateurs d'intrants, de processus et des résultats de tous les programmes dont ceux du PEV. Ces données seront produites par les structures et services de santé du niveau opérationnel qui les analysent et prennent les décisions nécessaires à l'amélioration de leurs performances. Ces données seront ensuite transmises aux échelons hiérarchiquement supérieurs à savoir les CS/HGR vers les Bureaux Centraux des ZS (BCZS). A partir du BCZS, les données seront encodées par les applications web et transmises automatiquement aux DPS pour validation avant d'être accessible au niveau central. Le PEV, la DLM et la DOGSS traiteront et analyseront ces données chacun en ce qui le concerne (PEV pour les données de la vaccination, Direction de Lutte contre la Maladie (DLM) pour les données de la Surveillance épidémiologique, Direction de l'Organisation et de la Gestion des Services de Santé (DODSS) pour les données de prestations des soins). Les données issus de ce mécanisme resteront internes au secteur et serviront pour la prise des décisions opérationnelles visant l'amélioration de la mise en œuvre des interventions sur terrain. La périodicité de la transmission de ces données restera mensuelle à tous les niveaux du système de santé.
- b) Le suivi stratégique sera périodique (trimestrielle, semestrielle, annuelle et tri annuelle). Elle combinera les données administratives issu du suivi opérationnel aux évaluations externes du PEV; enquêtes de disponibilité de l'offre (état des lieux du secteur, SARA), enquêtes nationales (ECV, EDS ou MICS), études macro économiques sectorielles, analyse et suivi budgétaire (revues de dépenses publiques, comptes nationaux de santé), enquêtes ponctuelles des couvertures et de satisfactions de ménages, évaluations des OMD, recherches sur le système de santé, évaluations internes et externes des projets sectoriels, etc. Ce suivi sera placé sous la responsabilité de la Direction des Etudes Planification et Documentation qui traitera, analysera et résumera les données sectorielles issues de ces différentes sources avec l'appui technique et financiers des organismes des nations unies (OMS, Unicef), des partenaires techniques et financiers (Belgique, Union européenne, ...) et des institutions de recherche (Ecoles de Santé Publiques). Les données issues du suivi stratégique permettront de prendre des décisions telles que l'actualisation des stratégies, des programmes, des plans et celle des approches utilisées pour le développement du secteur de la santé.

Les résultats résumés de toutes ces sources de données devront alimenter le tableau de bord de suivi de la mise en œuvre du PNDS. Ce sont ces résultats (émanant du suivi opérationnel complété par le suivi stratégique) qui seront présentés, discutés et validés dans les revues trimestrielles des DPS, dans les réunions semestrielles des CPP-SS et du CNP-SS et lors de la revue annuelle sectorielle (examen annuelle du PNDS) et des revues à mi-parcours des plans et programmes. **Dans ces assises participeront tous les partenaires techniques et financiers du secteur, les représentants des secteurs connexes (Budget, Plan Finance, Education, genre, ...) et les organisations des sociétés civiles.**

L'examen de la mise en œuvre des services de la vaccination se fera à l'occasion de ces assises au même titre que ceux de tous les autres programmes de lutte contre les maladies et les problèmes spécifiques prioritaires (VIH, TBC, SMNE, Paludisme, ...). Ce sont donc les résultats issus de ces assises (suivi opérationnel complété du suivi stratégique) qui seront diffusés et transmis officiellement aux différents acteurs nationaux tels, le gouvernement national à travers le Ministère du Plan et du Suivi de la modernité (qui a en charge l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre du DSCR, gouvernements provinciaux, les parlements national et provinciaux ainsi qu'aux partenaires qui appuient le secteur santé dont GAVI-Alliance. Par conséquent, le Rapport de la Situation Annuelle à soumettre à GAVI-Alliance sera examiné, discuté, validé et adopté au cours de ces assises dont les membres de son secrétariat devront prendre part.

9.2. Les sources des données

Les mécanismes de suivi et évaluation de cette proposition seront basés sur deux sources des données à savoir :

- ✓ Les données de routine (administratives) collectées à travers le SNIS placé sous la responsabilité du PEV, DLM et DOGS ;
- ✓ Les données stratégiques collectées par les enquêtes, études macro économiques sectorielles, recherche sur le système de santé, ... sous la responsabilité de la Direction d'Etudes et Planification en collaboration avec les organismes des nations unies (OMS, Unicef, PNUD, ...) et les institutions de recherche.

9.2. Les activités de suivi et évaluation à financer par la proposition GAVI-RSS 2^{ème} Round

Les activités de suivi de routine:

- ✓ Le dénombrement dans toutes les ZS des DPS ciblées ;
- ✓ La dotation en matériels informatiques (PC & imprimantes & scanner) et outils de collecte et de transmission de l'information sanitaire (Canevas SNIS intégré, Carnet de santé de la mère et de l'enfant, fiches de pointage, registre de vaccination, bulletins, etc) dans toutes les ZS ;
- ✓ Les activités d'auto évaluation de la qualité des données (IDQA) dans toutes les ZS ;
- ✓ Les activités d'audits de la qualité des données (RDQA) dans les ZS sélectionnées aléatoirement dans toutes les 26 DPS ;
- ✓ L'informatisation de 516 ZS et 26 DPS et la transformation des logiciels actuels (DVDMT et SMT) en applications web intégrant le DHIS2 (dotation en matériels informatique, paramétrage du logiciel, abonnement internet) ;
- ✓ Production des bulletins SNIS de routine dans les DPS ciblées
- ✓ Le suivi des activités de la vaccination (maintenance logistique, gestion des vaccins, ...) par le PEV
- ✓ Suivi des activités de la surveillance épidémiologique par la DLM

Les activités de suivi et évaluation stratégique qui seront financé par la présente proposition sont :

- ✓ Les enquêtes d'évaluation de la disponibilité de l'offre (Etats des lieux de secteur santé, enquête SARA) ;
- ✓ Les petites enquêtes des couvertures, de satisfaction des ménages et des connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé (dont la vaccination) à petites échelles dans les DPS ciblées ;
- ✓ Les recherches sur le système de santé, les recherche sur les progrès vers la couverture universelle en soins de santé (rapport OMS 2013), les études macro économiques sectorielles, le suivi des dépenses dans le secteur santé, les expériences capitalisées, ... ;
- ✓ Les enquêtes des couvertures vaccinales à l'échelle pays (dans les 26 DPS) une fois tous les 3 ans
- ✓ Les activités mensuelles de monitoring amélioré pour action dans chaque ZS
- ✓ Les réunions trimestrielles (CA) de validation de données dans les ZS
- ✓ Les revues trimestrielles des DPS, les revues externes du PEV et les revues annuelles sectorielles,
- ✓ Les réunions du CPP-SS et du CNP-SS ;
- ✓ L'évaluation à mi-parcours qui se fera à la troisième année de mise en œuvre de la proposition
- ✓ L'évaluation finale externe de la proposition

9.3. Le budget alloué au suivi et évaluation

Etant donné que l'écart entre les données administratives et des enquêtes dépassent largement la fourchette de 5% ; L'approche de GAVI-Alliance taillée sur mesure de la RDC prévoit que les fonds prévu pour le financement basé sur (la performance pour les trois premières années de mise en œuvre (4 millions de dollars an et 12 millions pour 3 ans) soient utilisées pour financer les activités de l'amélioration de la qualité des données qui sont toutes incluses dans le suivi et évaluation. Le pays se met dans la poursuite d'atteinte des résultats

assignés dans le plan de suivi et évaluation pour bénéficier la somme de 8 millions de performance aux 4^{ème} et 5^{ème} année qui seront réaffectés pour la qualité des données (suivi opérationnel). Une disposition prévoit que la non atteinte de ces résultats implique donc une faible performance par les acteurs impliqués et par conséquent des économies de l'ordre de plus de 7 millions de dollars (issues de l'enveloppe des primes des performances) qui seront réaffectés à la qualité des données. Ces dispositions font que le budget alloué pour la qualité des données s'élève à plus de 19 millions de dollars.

Outre l'enveloppe prévue pour la qualité des données qui stipule un suivi opérationnel, la majorité des activités de l'objectif 4 (Activités 4.1 -4.14 ; Activités 4.17 – 4.19 ; Activités 4.21 – 4.23) sont destinées au suivi stratégique et à l'évaluation dans le secteur. La somme de budget prévu dans ces activités s'élève à 13.576.800 de dollars américains.

Dans l'ensemble, l'enveloppe prévisionnelle prévue pour le suivi et évaluation (suivi opérationnel et suivi stratégique) atteindra plus au moins 32,6 millions de dollars, ce qui représente environ 22,5% du budget total de la proposition.

9.4. Les résultats qui feront objet de l'achat de performance :

Les résultats de vaccination et de renforcement de système de santé qui feront objet de l'achat de performance sont indiqués dans le plan de suivi et évaluation annexé à la présente proposition

10. Procédure de mise au point

Le développement de la Proposition RSS-GAVI a débuté au mois de mai 2013 à l'initiative du Ministère de la Santé Publique suite à l'élaboration de l'Approche GAVI-Alliance taillée sur la mesure de la RDC. Le processus est mené sous la conduite de la Direction des Etudes et de la Planification (DEP) du ministère de la santé publique (MSP) qui a travaillé en étroite collaboration avec le Programme Elargi de Vaccination. Un comité d'élaboration de la proposition a été mis en place qui inclut en plus des structures précitées, le programme national d'approvisionnement en médicaments, les autres programmes du MSP qui ont intervenus dans les approvisionnements des intrants spécifiques et les partenaires du MSP qui sont directement impliqués tels que l'OMS, l'UNICEF et les organisations de la Société Civile. Le processus proprement dit a commencé après l'Atelier de Revue par les pairs des Proposals RSS/GAVI-OMS au Caire/Egypte, du 17 au 20 juin 2013, durant lequel a participé une délégation de la RDC composée de : (i) deux représentants du Ministère de la Santé (DEP, et PEV) (ii) trois représentants des partenaires, (dont deux de l'OMS et un de l'UNICEF).

Ensuite, des réunions techniques périodiques y afférentes sont organisées sous le leadership de la DEP, avec implication des acteurs techniques des différentes Directions et Services du Ministère de la Santé Publique : Secrétariat Général, Direction des Etudes et de la Planification, Direction du PEV, La Direction de lutte contre les maladies, la Direction de développement des Soins de Santé Primaires, ainsi que les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé.

Le Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé est le cadre dans lequel la proposition a été discutée et validée. En effet, les membres du CNP-SS ont à chaque étape, reçu le draft de la proposition pour lecture et amendements si nécessaires. Une réunion du Comité de Coordination Technique du CNP-SS a été organisée du 25 au 26 avril pour validation de la proposition. Une autre a été organisée le 30 avril 2014 pour adoption de la proposition et signature. Etant donné que la proposition RSS englobe les trois anciennes fenêtres de GAVI et que les membres du CCIA sont aussi membres du CNP-SS, il n'a pas été utile d'organiser une réunion du CCIA en plus de celles du CNP-SS.

Les provinces et les ZS ont participé à l'élaboration de la proposition à travers deux études et concertations qui ont été organisées dans les provinces par les équipes du niveau national. En effet, les équipes du niveau national sont allées en provinces pour faire les inventaires de la chaîne de froid et des moyens disponibles pour la distribution des intrants dans toutes les DPS. Une autre équipe est descendue en provinces pour discuter avec les acteurs à ce niveau des opportunités de mettre en place une chaîne d'approvisionnement intégrée. Il est apparu après discussion avec les provinces que l'intégration de la chaîne d'approvisionnement est une action à envisager sur le moyen et le long terme. Elle se fera progressivement à travers le pays. Elle commencera dans un nombre limité des provinces et commencera par la mutualisation des moyens disponibles pour le stockage et la

distribution des intrants au niveau provincial. Les DPS qui sont retenues pour cette expérience pilote sont le Bas-Congo, le Sud-Ubangui, l'Ituri, le Kasai Occidental et le Kwilu. Cette expérience sera documentée et évaluée après une année avant de la généraliser dans l'ensemble du pays. Les provinces ont été consultées en outre pendant l'évaluation du projet GAVI-RSS et des mécanismes de gestion financière. Ils ont donné leurs avis sur les objectifs de la proposition, les actions phares et les modalités de mise en œuvre. A titre d'exemple, l'option d'acheter deux bateaux a été discutée avec les acteurs des deux provinces les plus concernées à savoir l'Equateur et la province orientale. Les deux provinces ont marquées leurs avis favorable par rapport à cette option. De même, l'option de solariser les chambres froides des vaccins a été discutée avec les DPS concernées lors des inventaires sur la chaîne d'approvisionnement.

Le chef de file des organisations de la société civile impliquées dans la mise en œuvre des activités au niveau communautaire s'appelle SANRU. Cette organisation a été très impliquée dans l'élaboration de la proposition. Elle a apporté des inputs très appréciables dans la rédaction de l'objectif relatif à la demande des services de vaccination et d'autres services de santé.

Plusieurs partenaires ont été impliqués dans l'élaboration de la proposition. Parmi eux, on peut citer l'OMS et l'UNICEF qui ont mis à disposition les cadres des leurs représentations dans le pays. L'UNICEF a en plus apporté une assistance technique qui contribué à l'atelier sur la chaîne d'approvisionnement de bout en bout organisé en décembre et qui a contribué à la préparation du travail sur l'intégration de la chaîne d'approvisionnement mentionné plus haut. Cette assistance technique est venue du bureau Régional de l'UNICEF pour l'Afrique Centrale et de l'Ouest (WCARO)

Les étapes de l'élaboration du document sont constituées par les séquences de réunions suivantes :

- Le 23 juillet 2013, mise en place d'une commission de rédaction composée, d'un côté du ministère qui est représenté par la DEP et la Direction du PEV et de l'autre côté par les partenaires en appui au programme PEV dont l'UNICEF, l'OMS.*
- Du 5 au 15 août 2013, le groupe a collecté tous les documents de travail requis pour l'élaboration du nouveau proposal,*
- Du 10 au 20 octobre 2013. Le groupe de travail a travaillé en résidentiel pour élaborer un draft 1 du document et l'UNICEF a fourni un logisticien consultant international pour appuyer le groupe notamment sur le volet logistique et chaîne de froid du 24 octobre au 2 novembre 2013*
- Au début du mois de novembre 2013, le draft 1 est partagé aux membres groupes élargis y compris les leurs bureau régional des partenaires UNICEF, OMS et GAVI pour des feed-back et commentaires suivi de échange avec ces derniers*
- Du 9 au 11 décembre 2013 s'est tenue l'atelier sur la chaîne d'approvisionnement de bout en bout qui abouti aux recommandations relatives aux analyses approfondies sur la chaîne d'approvisionnement intégré, le circuit de distribution et l'actualisation des inventaires de matériel de chaîne de froid et de distribution*
- Au mois de janvier 2014, une mission de GAVI-Alliance a apporté un appui à l'identification des priorités sur l'élaboration de la proposition en rappelant au pays la nécessité d'évaluer le programme RSS en cours de mise en œuvre dans le pays. Cette mission a en outre annoncé une somme supplémentaire de 53 000 000 USD pour la chaîne d'approvisionnement de bout en bout ;*
- Une conférence téléphonique a été organisée en février 2014. Cette conférence a connu la participation de GAVI-Alliance, de l'OMS Genève et Afro, des cadres du MSP ainsi que les bailleurs tels que l'UNICEF, USAID, Sabin Institute, Rotary et Société civile locale. La dite téléconférence a été focalisée sur les étapes suivantes qui consistaient à réaliser les études et évaluations précitées ;*
- Au mois de mars 2014, les termes de référence de l'étude sur la chaîne d'approvisionnement et évaluation du RSS en cours de mise en œuvre ont été validés par la commission ad hoc de GAVI-RSS. Cette réunion a en outre recommandé que les mécanismes de gestion financière du secteur de la santé soient évalués en vue de prendre en compte les recommandations dans la proposition*

- *En fin mars 2014, toutes les études et évaluations ont été lancées. Au cours de la même période, le Secrétariat Technique de la commission d'élaboration de la proposition (MSP et partenaires techniques et financiers) a été intervenue pour la finalisation de celle-ci en y intégrant progressivement les résultats des études et évaluations réalisées. la version ainsi produite a été partagée avec toutes les parties prenantes en vue de l'atelier de validation ;*
- *Le feed-back des experts qui travaillent au niveau du pays, au niveau régional et global le feed-back reçu a été intégré dans la proposition soumise à la validation ;*
- *Du 25 au 26 avril 2014, l'atelier de validation a été organisé avec la participation de tous les acteurs impliqués (MSP et partenaires techniques et financiers). Les objectifs de la proposition ainsi que les grandes options retenues pour chaque objectif ont été validées de manière consensuelle ;*
- *Le 30 avril 2014 s'est tenue une réunion du Comité de Coordination Technique du Comité National de Pilotage du secteur de la santé pour adoption et signature de la proposition ;*

Comme, cela a été décrit précédemment, quatre études ont été réalisées pour soutenir l'écriture de cette proposition. La première est l'évaluation à mi-parcours de la proposition RSS financée par GAVI-Alliance en 2008. Les leçons ont été tirées, les bonnes pratiques capitalisées non seulement dans l'écriture, mais aussi dans le choix des options retenues pour la mise en œuvre. Cette évaluation a été réalisée par l'Ecole de santé Publique de l'Université de Kinshasa. La seconde est l'évaluation des mécanismes de gestion financière mis en place pour la gestion des ressources financières dans le secteur de la santé. Les recommandations de cette évaluation réalisée par la Faculté de l'Economie de l'Université de Kinshasa ont été prises en compte surtout dans l'objectif relatif à la consolidation de la réforme du financement de la santé et la mise en œuvre du programme. La troisième étude est un inventaire de la chaîne de froid et des moyens nécessaires à la distribution des médicaments et intrants spécifiques des chefs-lieux des DPS vers les ZS. Ce travail a été fait dans l'ensemble du pays. La quatrième étude est celle relative à l'intégration de la chaîne d'approvisionnement. Ce travail a été réalisé dans 8 DPS sur les 26 que compte le pays. L'option a été levée pour que l'intégration de la chaîne d'approvisionnement soit envisagée sur le long moyen et le long termes, mais des expériences pilotes doivent commencer dans un nombre limité des DPS.

PARTIE E – BUDGET, ANALYSE DES ECARTS ET DE PLAN DE TRAVAIL

11. Budget et plan de travail

Un plan de travail et budget détaillé est en annexe de la présente proposition. Il est fourni en version électronique dans les outils qui ont été mises à disposition vu la difficulté à pouvoir les imprimés. . Les tableaux suivants reprennent uniquement des synthèses de budget pour les 5 années de mise en œuvre de la proposition par objectif et par organe de mise en œuvre. .

Tableau 6 : Budget Synthèse de la Proposition par objectif

OBJECTIFS DE LA PROPOSITION	2015	2016	2017	2018	2019	Total	%
<i>1. Renforcer la chaîne d'approvisionnement de bout en bout en vue d'assurer la disponibilité des vaccins de qualité à tous les niveaux</i>	30 243 936,9	13 184 127,0	8 897 510,7	3 217 425,7	3 229 215,7	58 772 216,1	40,5%
<i>2. Améliorer la disponibilité de l'offre des services de santé de qualité dans 50 ZS ciblées et la mise en œuvre des stratégies appropriées d'atteintes des enfants à accès très difficile dans 9 DPS identifiées</i>	\$2 996 500,0	\$8 679 500,0	\$3 829 500,0	\$3 829 500,0	\$3 730 000,0	\$23 065 000,0	15,9%
<i>3. Améliorer la qualité des données sanitaires et le suivi opérationnel des activités en général et celui de la de la vaccination en particulier.</i>	\$3 353 942,0	\$4 122 246,0	\$4 382 246,0	\$0,0	\$0,0	\$11 858 434,0	8,2%
<i>4. Renforcer les capacités institutionnelles des structures du Ministère de la Santé ciblées et le mécanisme de suivi et évaluation à tous les niveaux</i>	\$6 287 186,4	\$5 653 165,2	\$5 889 115,2	\$5 653 165,2	\$5 421 315,2	\$28 903 947,2	19,9%
<i>5. Renforcer la demande pour la vaccination à travers la mise en œuvre effective des plans de communication avec l'implication effective de la communauté et des organisations de la société civile.</i>	\$2 614 654,2	\$3 018 954,2	\$2 303 954,2	\$2 028 454,2	\$2 279 454,2	\$12 245 471,0	8,4%
<i>Consolider la réforme du financement et assurer la gestion du programme</i>	\$2 030 121,2	\$2 030 121,2	\$2 030 121,2	\$2 030 121,2	\$2 030 121,2	\$10 150 606,0	7,0%
Total	\$47 526 340,7	\$36 688 113,6	\$27 332 447,3	\$16 758 666,3	\$16 690 106,3	\$144 995 674,3	

Tableau 7 : Budget par organe d'exécution du programme

Résumé-Principaux Organes d'Exécutions REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO								
Organe d'exécution principal	Secteur	2015	2016	2017	2018	2019	Total	%
Direction d'Etudes et Planification	Gouvernement	2 102 065	1 882 870	2 378 820	1 311 350	1 274 250	8 949 355	6,2%
Programme Elargi de Vaccination	Gouvernement	2 681 466	2 941 770	2 991 330	2 214 915	2 227 205	13 056 687	9,0%
Division Provinciale de la Santé	Gouvernement	8 591 072	9 926 396	10 056 396	7 552 700	7 269 200	43 395 764	29,9%
Direction de Lutte Contre la Maladie	Gouvernement	294 000	384 500	384 500	384 500	373 250	1 820 750	1,3%
Consortium OSC RDC (SANRU, CROIX ROUGE, CNOS et ROTARY)	OSC	2 614 654	3 018 954	2 303 954	2 028 454	2 279 454	12 245 471	8,4%
UNICEF	Partenaires du développement	21 800 712	10 757 752	6 001 576	248 876	248 876	39 057 791	26,9%
UNOPS	Partenaires du développement	6 424 500	4 560 000	0	0	0	10 984 500	7,6%
OMS	Partenaires du développement	987 750	1 185 750	1 185 750	987 750	987 750	5 334 750	3,7%
Coordination du Programme (SG, CAG, DEP, PEV) (Frais de gestion)	Gouvernement	1 015 061	1 015 061	1 015 061	1 015 061	1 015 061	5 075 303	3,5%
KPMG (Frais de gestion)	Partenaires du développement	1 015 061	1 015 061	1 015 061	1 015 061	1 015 061	5 075 303	3,5%
Total		47 526 341	36 688 114	27 332 447	16 758 666	16 690 106	144 995 674	

Tableau 8 : Frais de Gestion

Frais de gestion				
Secteur d'exécution	Organe d'exécution principal	Montant alloué par Organes	Frais de Gestion	% Frais gestion
Ministère de la Santé Publique	Direction d'Etudes et Planification	\$8 949 355	\$10 410 053	13%
	Programme Elargi de Vaccination	\$13 056 687		
	Division Provinciale de la Santé	\$43 395 764		
	Direction de Lutte Contre la Maladie	\$1 820 750		
	Coordination du Programme et frais de gestion MSP (SG, CAG, DEP, PEV, CGPMP)	\$5 075 303		
	Agence de Gestion Financière (<i>Frais de gestion</i>)	\$5 075 303		
	Sous total Ministère de la Santé (1)	\$77 373 162		
Organisation de la société civile	Consortium OSC RDC (SANRU, CROIX ROUGE, CNOS et ROTARY)	\$12 245 471	\$1 408 771	12%
	Sous total Société civile (2)	\$12 245 471		
Organisations des nations unies	UNICEF	\$39 057 791	\$3 124 623	8%
	UNOPS	\$10 984 500	\$1 098 450	10%
	OMS	\$5 334 750	\$533 475	10%
	Sous total Nations Unies(3)	\$55 377 041		
	Total Général (1+2+3)	\$144 995 674	\$16 575 372	11,4%

L'agence de gestion financière aura la responsabilité de la gestion des fonds sous la responsabilité du MSP. Le montant de ces fonds est de 77 313 162 USD. La hauteur des frais de gestion est de 13% dont la moitié permettra de contribuer au renforcement des capacités des structures de gestion et de coordination du programme au sein du MSP et l'autre moitié (5 334 750 USD, soit 6,5%) au paiement des honoraires de l'agence de gestion financière. La hauteur de ces honoraires est réduite par rapport à celle qui a été appliquée pour le RSS 1 qui était de 10%. Deux raisons sont en faveur de cette orientation. La première est le fait que le nombre d'agences de gestion financière provinciales doit être réduit au vu des résultats de l'évaluation financière et de l'extension de la couverture bancaire nationale, ce qui va contribuer à la réduction des coûts fixes de l'agence de gestion financière. La seconde est la nécessité de disposer des fonds pour renforcer les structures pérennes du MSP dans le cadre du renforcement du système de santé.

12. Analyse des écarts et complémentarité

Les écarts et complémentarité sont décrits en détail sur le fichier Excel du budget de l'allocation.

Le Gouvernement de la RDC participe dans le renforcement du système de santé incluant les services de vaccination. L'année en 2014 cours, le Gouvernement a mis à la disposition du secteur 80 millions de dollars américains sous forme des fonds spéciaux pour l'acquisition des équipements, médicaments et intrants spécifiques, la réhabilitation des infrastructures pour 200 hôpitaux généraux des références et 1000 Centres de Santé repartis à travers le pays. Une autre enveloppe équivalente es attendue cette année. Ces fonds s'ajoutent à ceux du budget de l'Etat consacré à la santé qui sont de plus de 500 000 000 USD pour 2014. Outre ce fond, le

Gouvernement a contribué à 20% des financements requis pour la mise en place des nouvelles DPS dans le cadre de la réforme et la décentralisation du secteur de la santé. Dans les années qui suivent, le Gouvernement prévoit entreprendre un vaste programme de modernisation du secteur de la santé par l'acquisition des investissements et le renforcement institutionnel à travers les réformes en cours dans le secteur.

Les autres partenaires au développement participent activement dans le renforcement du système de santé :

La Banque Mondiale à travers le projet d'appui à la réhabilitation de secteur de la santé a financé la mise en place des chambres froides des vaccins, le transport aérien des vaccins de Kinshasa en provinces, l'acquisition des véhicules pour le transport des vaccins et autres intrants des DPS vers les Zones de santé ainsi que 250 réfrigérateurs de 150 litres pour les dépôts des vaccins des Zones de Santé. Il prévoit en outre pour les 4 prochaines années (2015 – 2019) une enveloppe de 150 millions de dollars américains dédié au Renforcement du Système de Santé

L'Union Européenne à travers le projet d'appui au plan national de développement sanitaire finance les activités relatives à l'amélioration de la disponibilité de l'offre des soins de qualité dans 23 Zones de Santé du pays répartis dans 4 DPS (Kasaï Oriental, Kasaï central, Nord Kivu et Ituri). Il finance également le renforcement des capacités institutionnelles des ces DPS à travers la mise en place d'une équipe cadre vouée à appuyer le développement des ZS, la réhabilitation des structures de santé dans les 23 ZS ciblées ainsi que l'acquisition des moyens de transport approprié. Le même partenaire à travers le projet d'appui au progrès vers l'atteinte des OMD 4 et 5 vient de financer un montant de 50 millions d'euros (67 millions de dollars américains) pour deux ans (2014 – 2016). Dans ce projet, il est prévu l'acquisition de 250 réfrigérateurs solaires pour les CS, la revitalisation (équipement, formations, achat de performance, ...) de 115 centre de santé en raison de 5 par ZS. Il prévoit en outre de financer une somme de 140 millions d'euros (189 millions de dollars américains) pour 5 ans (2016 - 2021) dans le cadre de 11^{ème} Fond Européen de Développement destiné au RSS avec un axe dédié à la chaîne d'approvisionnement

Le Gouvernement Belge prévoit un programme intermédiaire de deux ans (2015 – 2016) sur une enveloppe de 20 millions d'euros (27 millions de dollars) pour différents programmes d'appui aux niveaux central, intermédiaire et périphérique. Il va continuer à apporter un appui institutionnel à 3 Directions centrales (DEP DPM et DLM), le Programmes National d'approvisionnement en Médicament Essentiel) 3 DPS (Tshopo, Kwilu et Sud Ubangi) et 12 Zones de Santé réparties dans ces DPS. Cet appui vise le renforcement institutionnel des structures du MSP, l'acquisition des moyens de transport appropriés, la coordination des interventions et des intervenants, les recherches sur le système de santé, la gestion des connaissances, le suivi scientifique etc.

Le Gouvernement britannique à travers le projet d'appui aux soins de santé primaires apporte un appui de 180 millions de livres sterling (306 millions de dollars américains) pour 5 ans (2013 – 2018). Cet appui concerne 52 Zones de Santé réparties dans 6 DPS (Kasaï central, Kasaï, Nord Ubangi, Tshopo, Maniema et Sud Kivu). Cet appui prévoit l'amélioration de la disponibilité de l'offre des soins de santé primaires, le complément d'appui renforcement institutionnel des DPS, le renforcement de la chaîne d'approvisionnement de bout en bout et l'amélioration de la qualité des données sanitaires. Le projet prévoit financer l'acquisition de 56 véhicules, 156 motos, 450 réfrigérateurs solaires pour les CS, le transport des vaccins et autres intrants des DPS vers les ZS, l'appui à l'encadrement des Zones de Santé, l'acquisition des équipements informatique pour l'amélioration de la gestion des données sanitaire, la mise en place d'un nouveau système intégré de gestion des données sanitaires, etc.

Le Fonds Mondial de lutte contre le VIH, Tuberculose et Paludisme à travers le projet de renforcement du système de santé appui le renforcement institutionnel des 4 DPS (Kwilu, Equateur, Maniema et Haut Katanga) et un complément d'appui à l'amélioration de la disponibilité de l'offre des soins dans 256 Zones de Santé. Le projet a permis l'acquisition des équipements médicaux pour 160 hôpitaux généraux des références, 1280 centres de santé, de 126 véhicules pour les ZS et DPS, l'appui à l'encadrement des Zones de Santé, l'acquisition des équipements informatiques pour l'amélioration de la qualité des données, les revues d'audits qualité des données, ...etc. Ce projet initialement planifié pour 5 ans à la hauteur de 56 millions de dollars n'est mis en œuvre que dans deux ans (2013 – 2015) pour un montant estimé à 30 millions de dollars. Le FM, est dans le processus d'écriture des notes conceptuelles des programmes de lutte contre le VIH, TUB et Paludisme dont les enveloppes indicatives sont en cours de discussion. Le FM souhaite que le financement destiné au RSS soit inclut dans les

notes conceptuelles de ces maladies, ce qui n'est pas encore discutée de manière assez claire avec le pays.

L'Unicef a un programme indicatif de 54,9 millions de dollars pour 2015 – 2017. Dans cet appui, il est prévu, l'acquisition des chaînes de froid (300 réfrigérateurs), des moyens logistiques (Moto, vélo) ainsi que le coût opérationnel du programme (mise en œuvre des stratégies avancées, fonctionnement des chaînes de froid et la supervision des activités). En plus, l'UNICEF va appuyer à l'amélioration de la disponibilité de l'offre des soins pour la mère, les nouveaux nés et l'enfant dans 5 Zones de Santé dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Il appuie en outre le processus de la mise en place des nouvelles Divisions Provinciales ainsi que la coordination dans le secteur (Planification, réunions du CNP, CPP, ...)

Le Gouvernement américain à travers l'USAID est entrain d'appuyer jusqu'en fin 2014 80 Zones de Santé réparties dans 5 DPS (Sud Kivu, Lualaba, Haut Lomami, Sankuru et Lomami). Cet appui vise l'amélioration de la disponibilité de l'offre des soins ainsi que le renforcement de la chaîne d'approvisionnement. Les négociations vont débuter bientôt pour le nouveau programme indicatif 2015-2019 dont l'enveloppe n'est pas encore connue.

L'actuel soutien RSS 1 de GAVI-Alliance constitue un complément d'appui à ce que le Gouvernement et les partenaires au développement apportent dans le secteur de la santé de la RDC. Le soutien a un focus sur la chaîne d'approvisionnement de bout en bout, l'amélioration de la qualité des données, l'amélioration de la disponibilité de l'offre des soins de qualité dans les 65 ZS ciblées, le renforcement institutionnel des structures impliquées ainsi que l'amélioration de la coordination des interventions dans le secteur. Tous ces domaines constituent les domaines de priorité pour le Gouvernement de la RDC et tous les autres partenaires au développement. Ce soutien qui se termine en fin 2014 a constitué sans doute une opportunité pour la mise en œuvre du PNDS à travers les réformes qu'elle a financées dont celle de gestion financière dans le secteur ainsi que le point de départ de fonctionnement des DPS.

Le soutien RSS 2^{ème} Round de GAVI apportera une valeur ajoutée non négligeable de tout ce qui est entrain d'être fait dans la mesure où tous les partenaires au développement ne couvrent pas l'ensemble du pays. Il existe dans le pays certaines ZS dépourvues de soutien des partenaires au développement. C'est dans ces DPS que bon nombre d'enfants non vaccinés se trouvent. Le soutien RSS de GAVI-Alliance apportera un soutien à ces 5 DPS et 50 ZS en vue d'assurer une meilleure équité dans l'accès des services ainsi que l'amélioration des couvertures des interventions de qualité dont les services de vaccination. Le tableau suivant reprend la synthèse des écarts et complémentarité.

L'analyse des complémentarités et des écarts détaillés est fournie en version électronique dans la même matrice avec le budget & plan de travail détaillé.

13. Viabilité

La viabilité des résultats obtenus avec ce soutien RSS de GAVI-Alliance par le Gouvernement de la RDC est tributaire de la stabilité macro économique, de la stabilité sécuritaire, de la croissance économique, de la décentralisation dans le secteur ainsi que de la mise en œuvre effectives des réformes en cours dans le pays en général et en particulier celles des finances publiques et du secteur de la santé.

En effet, le scénario de base de cadrage macro économique du pays projette un taux de croissance annuelle en deux chiffres (>10%) à partir de l'année 2015. Ces projections au taux de 10% annuelle de croissance, stipulent que le produit intérieur brut du pays pourra passer de 22,6 milliards de dollars américains en 2013 à 35,9 milliards de dollars américains en 2019. Cette croissance est soutenue depuis 2009, dans la mesure où les réalisations ont quasiment suivi à peu près les prédictions du cadrage macro économique. Le maintien de la stabilité macro économique permettra sans doute d'atteindre ce niveau de performance en 2019.

En outre, la réforme des finances publiques permettra la modernisation de régies financières et une efficacité sur la pression fiscale exercée sur le PIB. Cette pression actuellement à 23% maintenue à ce niveau permettra au pays d'accroître son budget des ressources propres d'environ 4,6 milliards actuel à environ 8,3 milliards de dollars américains à l'horizon 2019 soit une augmentation de près de 78%. La réforme budgétaire induit par la réforme des finances publiques actuelle permettra l'élaboration du budget annuel du secteur santé sur base du cadre de dépenses sectoriel en moyen terme dans un processus de gestion axée sur les résultats et selon les priorités sectorielles. La déconcentration de trois premières étapes de la dépense budgétaire (engagement, liquidation et ordonnancement) par les services utilisateurs induit par cette même réforme, permettra d'améliorer la pertinence de l'affectation et l'exécution des ressources budgétaires allouées au secteur de la santé.

La stabilité sécuritaire du pays, permettra de consolider la stabilité macro économique et de dégager certaines ressources allouées jadis à ce secteur au bénéfice des secteurs sociaux dont la santé.

La réforme et la décentralisation dans le secteur de la santé permettra à ce que les capacités institutionnelles des structures et des organes de pilotage du secteur de la santé en matière de gestion financière et de gestion programmatique soient renforcées dans le but d'optimiser les résultats assignés.

Toutes ces mesures mises ensemble permettront (même si le taux d'affectation du budget de l'Etat alloué à la Santé reste statique à 5% actuelle) d'accroître le budget des ressources interne de l'Etat alloué à la santé de 220 millions de dollars actuel à plus de 400 millions de dollars en 2019 (du simple au double). Il se dégagera des ressources financières (induites par la réforme des finances publiques) et des capacités institutionnelles (induites par la réforme du secteur santé) adéquates nécessaires et capable d'assurer la viabilité des résultats obtenus dans ce soutien RSS.

Le Gouvernement de la République a déjà commencé à entreprendre progressivement la viabilité des différents financements relatifs au renforcement du système de santé. En 2013, Il a mis à la disposition du secteur de la santé des ressources financières pour l'acquisition des équipements médico sanitaire, la réhabilitation des infrastructures, de l'approvisionnement en médicaments essentiels dans 133 Zones de Santé (133 Hôpitaux Généraux des Références et 660 Centres de Santé) , le suivi et évaluation ainsi que le soutien de la réforme en cours dans le secteur. Il en est de même de paiement de vaccin traditionnel dont le financement a avoisiné 30% des besoins en 2013 et de contre parti des nouveaux vaccins, qui vont dans le sens d'amélioration. A partir de 2014, le Gouvernement augmentera les ressources en rapport avec l'achat des vaccins traditionnels et le paiement de contre partis. Il en sera de même pour la poursuite du programme de renforcement du système de santé en termes de création des services de santé capable de répondre aux besoins de la population.

Dans le cadre de ce soutien RSS de GAVI-Alliance pour la RDC, les mécanismes de mise en œuvre implique que le chiffre engagé chaque année soit inscrit dans le budget de l'Etat. Les Mécanismes de décaissement des fonds impliqueront les Ministères des finances et de budget via un compte principal logé à la Banque Central dont le transfert se fera aux comptes des différents bénéficiaires principaux impliqués dans la gestion financière du programme. Ces mécanismes permettront à ce que chaque année, les structures bénéficiaires de ce soutien (DEP, PEV, DLM, DOGSS les DPS et les ZS ciblées) soient inscrit clairement aux priorités du budget de l'Etat alloué à la santé à partir de l'année 2014, en vue de commencer la consolidation des acquis de ce soutien dès son début de mise en œuvre. Ces structures bénéficieront de la subvention régulière des ressources internes de l'Etat en termes d'appui au fonctionnement des structures, l'achat de carburant pour les réfrigérateurs à pétrole dans les deux premières années, l'inscription au budget de l'Etat des ressources nécessaires pour le fonctionnement des deux bateaux (achat carburant et autres coût opérationnels), les primes et gratifications pour certaines catégories, la contribution au mécanisme de suivi et évaluation institué. Ces subventions de l'Etat seront suivies et accompagnées par l'assistance technique en financement du programme de la vaccination de telle enseigne que la fin du programme ne puisse causer une cassure importante sur les résultats atteints. Ces structures verront leurs capacités renforcées en termes de gestion financière et programmatique et seront capable à l'aide des ressources interne leur alloué par le budget de l'Etat d'assurer la viabilité des résultats atteints.

En plus de ce financement qui vient appuyer le RSS 2, le Gouvernement continuera à acheter la totalité des vaccins traditionnels et le paiement des contre parties selon les assignations fixées à l'ATM.

Toutes les dispositions de viabilité de ce soutien RSS sont conditionnées par les réformes sus évoquées. Il va de soit que ce soutien met beaucoup plus d'accent sur le renforcement des capacités institutionnelles induites par la réforme en cours dans le secteur en vue d'en assurer la viabilité.

Par ailleurs, compte tenu de besoin en matière de renforcement de système de santé notamment la mise en œuvre progressive de la couverture universelle en soins de santé de qualité et celle des interventions santé publique à haut impact sur la santé de la population dont le montant s'élève à environs 1,6 milliards de dollars américains l'an (18 dollars par habitant par an), il est vrai semblable que le pays devra continuer à mobiliser des ressources extérieures nécessaire à soutenir de système de santé jusqu'à l'horizon 2030 – 2035.

PARTIE F – MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE LIMITATION DES RISQUES

14. Modalités de mise en œuvre

Les principaux organes de coordinations de ce soutien sont :

Au niveau sectoriel, le Comité National de Pilotage du Secteur Santé (CNP-SS).

Au niveau Central, le Comité de Coordination Technique du CNP-SS, la Commission chargée des Politiques, de la Décentralisation, de la Planification, de la Programmation et de la Recherche (CPDPPR) du CCT et la commission ad hoc GAVI-RSS, fonctionnant à titre d'une sous commission ad hoc de la CPDPPR.

Au niveau provincial, les comités provinciaux de pilotage du secteur santé (CPP-SS), les commissions provinciales

Les principaux organes d'exécution du soutien sont : La Direction d'Etudes et Planification (DEP) , Le Programme Elargi de Vaccination (PEV), la Direction de la lutte contre la maladie (DLM), la Direction de l'Organisation des services de santé (DGOSS), les organisations des sociétés civiles (OSC), les Divisions Provinciales de Santé, les Zones de Santé et les Centres de Santé.

Dans le cadre de la décentralisation du secteur de la santé, un contrat de prestation de performance est élaboré et sera signé entre le secrétariat général à la santé et les DPS. Ils seront aussi et signés des contrats entre ces dernières et les Zones de Santé. Le Ministère de la Santé Publique signera également un contrat de prestation avec les OSC pour que toutes les parties prenantes soient engagées et travaillent ensemble à la réalisation des objectifs du programme. .

Les principaux organes de gestion financière sont : les fonds qui proviennent de GAVI-Alliance seront virés dans le compte principal qui appartient au MSP, sauf ceux destinés aux Organisations de la Société Civile. Ce compte est cogéré par le Ministère de la santé Publique et l'OMS. Ce compte est uniquement destiné à effectuer les virements vers les organes chargés des achats ou des investissements importants (UNICEF, OMS, UNOPS, etc), soit vers le compte du Ministère de la Santé Publique dont la gestion est sous-traitée en faveur de l'agence de gestion financière Les organes de gestion des fonds destinés aux activités sont la Cellule d'Appui de Gestion Financière et l'agence de gestion financière. Les rôles et responsabilités de chaque organe sont définis à la section 18 de la présente proposition.

La coordination de l'ensemble des mécanisme de mise en œuvre et de gestion financière sont sous la coordination directe du Comité de Coordination Technique du CNP SS dont la Commission chargée des Politiques, de la Décentralisation, de la Planification , de la Programmation et de la Recherche, rattachée à la Direction d'Etudes et Planification en assure le secrétariat permanent conformément à l'Arrêté Ministériel N° 1250/CAB/MIN/SP/012/CJ/2014 du 10 juin 2014, portant mise en place d'un cadre de gestion financière au sein du Ministère de la Santé en République Démocratique du Congo. Dans son rôle du secrétariat permanent de la coordination

Lesdits mécanismes impliquent une interaction entre différents organes et structures et impliquées dont les rôles sont clairement définis à l'Arrêté Ministériel sus évoqué. Ces mécanismes font intervenir les processus suivants :

- 1. La planification annuelle**, chaque organe d'exécution en ce qui le concerne élaborera son Plan d'Action Opérationnel annuel (PAO) multi bailleurs qui contiendra les activités à financer par le soutien RSS de GAVI-Alliance selon le principe de complémentarité des financements. Ces PAO seront consolidés au niveau intermédiaire (PAO consolidé des DPS) et au niveau central (PAO consolidé du niveau central). Les PAO consolidés des DPS ciblées devront au préalable être adoptés aux CPP-SS avant leur transmission au niveau central. Les activités des PAO consolidés des DPS et du niveau central à financer par le soutien GAVI-RSS seront identifiés et consolidés par la Commission en charge des Politiques, de la Décentralisation, de la Planification, de la Programmation et de la Recherche (CPDPPR) rattachée Direction d'Etudes et Planification pour ressortir un Plan du Travail Budgétisé Annuel (PTBA). Sur base du PTBA, la CPDPPR rattachée à la DEP proposera chaque année les Plans de décaissement semestriel. Le PTBA et les Plans de décaissements semestriels seront discutés et adoptés par le CCT du CNP-SS conformément à l'esprit de l'Aide-mémoire signé entre MSP et GAVI alliance en mai 2011 et à l'Arrêté Ministériel portant mise en place de cadre de gestion financière. Les PTBA et les Plans de décaissements adoptés seront transmis au secrétariat exécutif de GAVI-Alliance pour l'examen et à l'approbation endéans 15 jours ouvrables dès accusé réception.
- 2. Approvisionnement des comptes**, les Plans de décaissement semestriels transmis à GAVI-Alliance seront examinés et approuvés. L'approbation de ces documents sera suivie par le décaissement des fonds nécessaires pour mettre en œuvre les activités contenus dans le PTBA. Les fonds logés au compte principal seront virés semestriellement aux sous comptes des organes de gestion en se référant au Plan de décaissement approuvé. . Le virement des fonds du compte principal aux comptes des Organismes du Système des Nations Unies pour les investissements lourds et au compte en sous-traitance confiée à l'agence de gestion financière impliquera les signatures du Ministre de la Santé Publique et du Représentant de l'OMS.
- 3. Gestion des fonds**, la gestion de fond se fera principalement par le couple CAG-AGEFIN pour ce qui concerne les activités opérationnelles des organes d'exécution du Ministère de la Santé Publique. L'Unicef sera responsables de la gestion des fonds destinés aux investissements des équipements médicaux et de la chaîne de froid, L'UNOPS pour ce qui concerne les fonds dédiés aux infrastructures et l'OMS pour ceux destinés aux assistances techniques internationales. . Le consortium des OSC sera responsable de la gestion des fonds qui leurs sont destinés. Les circuits de transfert des fonds ainsi que les modalités de mise en œuvre sont décrits en détail à la section 18 de la présente proposition.
- 4. La mise en œuvre des activités**, les organes de gestion élaboreront chaque trimestre leur plan du travail trimestriel en se référant à leur PAO. La mise à disposition des fonds aux organes de gestion se fera de la manière suivante :

 - Chaque structure de mise en œuvre (Directions, programmes, DPS, ZS) élaborera une requête des fonds qu'il transmettra à la CAG pour le Niveau Central et à la DPS pour les services qui opèrent en provinces (DPS et ZS). Cette étape constitue l'engagement.
 - La CAG procédera à la liquidation, c'est-à-dire la vérification de l'éligibilité de la dépense, du respect des procédures en vigueur et la détermination du montant réel de l'activité en se référant aux coûts unitaires. Une fois la liquidation terminée, , les structures de mise en œuvre pourront alors procéder à l'ordonnancement, c'est-à-dire demander à l'agence de gestion financière de mettre à leur disposition les fonds nécessaires à la mise en œuvre des activités. Les fonds des structures de mise en œuvre (DEP, PEV, DLM, DPS) seront directement viré du compte de l'Agence de Gestion financière vers leurs comptes logés aux différentes banques (Banques Commerciales ou agences des banques centrales). existantes dans leur ressort respectif et ce, après vérification à priori des procédures ayant aboutit à l'émission des ordres de paiement.. Cette disposition implique la suppression pure et simple de toutes les agences de gestion financière provinciales, étant donné l'existence des banques (commerciales ou centrales) dans tous les endroits où elles sont localisées et du coût de gestion important qu'elles engagent et du risque financier élevé qu'elles présentent relevé par les différentes évaluations. La cartographie des banques en RDC en pleine expansion dynamique couvre actuellement toutes les DPS et voire

certaines Zones de Santé, et constitue une opportunité importante dans la gestion du programme GAVI-RSS 2 que le pays doit capitaliser.

Le même système est applicable pour les ZS, toutes les ZS devront disposer des comptes au près des banques qui leurs sont proches ou celles localisées au chef lieu de la DPS Les OP et les documents bancaires de paiement (Ordre de Virement) des activités à mettre en œuvre par les ZS seront directement émis sur les noms des responsables desdites activités. Les services des DPS chargés de gestion des ressources seront responsabilisés pour remonter les justificatifs des fonds mis à la disposition des DPS et ZS à l'AGEFIN e et à la CAG.

Le manuel des procédures du Ministère de la Santé Publique actualisé décrira en détails toutes ces procédures. t

5. **Le suivi opérationnel des activités.** Ce suivi est placé sous la responsabilité des organes d'exécution. Au niveau des ZS, les ECZ feront le suivi lors des supervisions formatives des CS, des réunions de revues mensuelles d'activités, les MAA et les DQA. Il en est de même des DPS qui assureront le suivi des activités lors des missions d'accompagnement (encadrement) des ZS et de DQA ainsi que lors des réunions de CCIA provincial. Au niveau central, la DEP et le PEV assureront le suivi mensuel des DPS et des activités propres du niveau central. Les organisations de la Société Civile feront le suivi des activités au niveau communautaire. Un rapport technique Trimestriel, semestriel et annuel de la mise en œuvre des activités du projet sera rédigé par la DEP et soumis à l'examen de la commission ad hoc de GAVI-Alliance. L'AGEFIN Central et son réseau Provincial élaborera le rapport mensuel, trimestriel, semestriel et annuel détaillé de gestion financière. Le rapport financier trimestriel, semestriel et annuel sera examiné au même moment que le rapport de mise en œuvre des activités par la Commission Ad hoc en charge du projet GAVI-RSS/RDC. La commission ad hoc au nom du Ministère de la santé publique fera recours à la Cour des Comptes et à l'Inspection Générale des Finances pour la vérification des dépenses effectuées par l'agence de gestion financière.
6. **Suivi et évaluation stratégique.** Ce suivi est placé sous la responsabilité de la DEP. Il combinera les éléments de suivi opérationnels aux recherches sur le système de santé, études et analyses macro économiques, l'évaluation de la disponibilité de l'offre, les petites enquêtes CAP et de satisfaction des ménages, etc. Il sera question de se rendre compte comment les résultats rapportés dans le suivi opérationnel se rapproche de la réalité vécue sur terrain.
7. **La Coordination du programme GAVI-RSS 2** sera assurée par le comité de coordination technique du CNP-SS, dont la Commission en charge des Politiques, de la Décentralisation, de la Planification, de la Programmation et de la Recherche (CPDPPR), rattachée à la DEP en assure le secrétariat permanent. La CPDPPR dans son rôle du secrétariat permanent, préparera et présentera au CCT du CNP-SS tous les dossiers et les documents techniques nécessaires à la coordination du programme en vue des décisions stratégique.

La commission ad hoc de GAVI-RSS, fonctionnera comme une sous commission de la CPDPPR et assurera le suivi opérationnel quotidien du programme GAVI-RSS 2, en vue de résoudre tous les problèmes opérationnels liés à la mise en œuvre. Elle rendra compte à la CPDPPR, qui en son tour préparera le dossier technique à présenter au CCT du CNP- SS.

Les revues trimestrielles des DPS et annuelles sectorielles seront organisées régulièrement en vue d'évaluer la mise en œuvre des toutes les intervention en général et en particulier du programme GAVI-RSS 2. Les résultats obtenus en suivi opérationnel et stratégique seront discutés chaque trimestre aux revues des DPS en vue de produire et validé le tableau de bord incluant les résultats de vaccination par Zone de Santé. Tous les problèmes de mise en œuvre seront analysés et discutés dans ces assises où prendront part les PTF de la DPS, les OSC, le niveau central et le secteur connexes. Les propositions des résolutions seront transmises respectivement aux CPP-SS et au CCT du CNP-SS via la commission ad en charge des Politiques, de la Décentralisation, de la Planification, de la Programmation et de la Recherche rattachée à la DEP et qui assure le secrétariat de la coordination. .

Les réunions du CPP-SS tabletront sur les problèmes pouvant être résolus en provinces et transmettront

ceux qui requièrent une solution plus stratégique au CCT du CNP-SS via la CPDPPR.

La Commission Ad hoc de GAVI-RSS (Elle composé de : SG à la santé Président, Directeur Cabinet MSP, Directeur DEP, Représentant OMS, UNICEF. membres ,Coordonnateur GIBS et Gestionnaire du projet comme rapporteur): sera la première instance de suivi rapproché du programme au niveau central, elle devra analyser et traiter au quotidien tous les problèmes émanant de la mise en œuvre du programme GAVI-RSS. Dans ses prérogatives, elle devra rendre compte régulièrement au secrétariat du CCT du CNP-SS (CPDPPR) en vue de prendre des mesures conservatoires d'urgences qui s'imposent dans l'amélioration de la gestion financière et la mise en œuvre des activités bénéficiant du soutien GAVI-RSS. Seront invités aux réunions de la Commission ad hoc sans voie délibérative, les personnalités impliquées dans la gestion financière (AGEFIN et CAG) et le suivi opérationnel de la mise en œuvre.(Expert DEP, PEV et OSC).

Le CCT du CNPSS devra recevoir régulièrement via la CPDPPR les rapports de fonctionnement et les comptes rendu de toutes les revues trimestrielles des 26 DPS, des 11 CPP-SS, de toutes ses commissions y compris la commission ad hoc GAVI-RSS. Il analysera tous les problèmes stratégiques et prendra des résolutions qui viseront, l'amélioration de la gestion et de la mise en œuvre du programme de financement. Les résolutions du CCT du CNP-SS seront coulées sous forme des instructions ou circulaires du SG soit sous forme d'arrêté Ministériels revêtant ainsi le caractère administratif et juridique.

Les réunions du CNP-SS seront organisées chaque année dont l'une en marge de la revue annuelle sectorielle. Ces réunions seront des moments par excellence des prises des décisions dans le secteur sur base des recommandations des revues trimestrielles des DPS et de la revue annuelle sectorielle ainsi que des résolutions des CPP-SS.

8. Audit et contrôle. les audits internes et externes ainsi que les inspections et contrôles à postériori et les rythmes auxquels ils se feront sont décrits à la section 18 de la présente proposition. .

9. Ressources allouées à la gestion du programme. Le programme sera géré par différentes parties prenantes (MSP, AGEFIN, OSC OMS, UNOPS et UNICEF). Dans l'ensemble, 16 575 372 USD, soit 11,4% du montant global seront alloués à la gestion du programme. Les détails y relatifs sont repris dans le tableau 8 de la présente proposition.

Pour l'Unicef, les montants qui seront mis à leur disposition destiné aux achats des matériels et équipements, incluent le transport maritime et le transport à l'intérieur du pays. Pour ce faire les coûts des acquisitions ont été majorés de 40% par rapport au coût d'achat. Cette majoration couvre 8% des frais de gestion, 11% de transport maritime, 11% de stockage et distribution à l'intérieur du pays et 10% de réserve pour faire face aux aléas.

Dans le cas où aucun aléas ne survient, les ressources financières non utilisées seront reprogrammées pour l'acquisition de mêmes équipements, ce étant donné que les besoins actuels en équipement de la chaîne de froid couvre 40% des besoins du pays et ceux des équipements de base des Centres de Santé en couvre 26% dans les ZS ciblées. Les surplus de 4% pour les matériels de la chaîne de froid dans l'ensemble du pays et de 2,6% des équipements de base des centres de santé des ZS ciblées, issus de 10% des ressources allouées aux aléas non utilisées, apportera un plus dans l'atteinte des résultats attendus du programme. Cette pratique est déjà appliqué par l'UNICEF et le Gouvernement de la RDC, pour l'acquisition des équipements médicaux commandés dans le cadre du Projet d'Equipements des Structures de Santé (PESS) financé par les ressources propres du Gouvernement..

10. Les partenaires au développement. L'OMS, l'UNICEF et le Groupe Inter-Bailleurs santé participe à la gestion du programme comme membre de la commission ad hoc. L'OMS est en plus cosignataire sur le compte principal destiné aux transferts des fonds vers le compte gérés par l'agence de gestion financière ou vers les comptes des organisations chargées des achats lourds et des investissements importants. L'Unicef est chargé de l'approvisionnement des équipements médicaux et sanitaires (matériel de chaîne de froid, matériel roulant et autre matériel médical). les autres partenaires au développement participent soit aux réunions de la commission ad hoc soit aux réunions du CCT du CNP-SS ou des CPP-SS. .

Tous les partenaires au développement du secteur santé participent au suivi et évaluation conjointe (mission conjointe, revues annuelles, revues à mi parcours, etc.)

11. L'assistance technique. l'assistance technique est présentée en détails à la section 16 de la présente proposition.

15. Participation des organisations de la société civile

. **Les Organisations de Société Civile (OSC)** participent à l'élaboration de la proposition GAVI-RSS ainsi qu'à sa mise en œuvre aux trois niveaux de la pyramide sanitaire de la RDC :

Au niveau central: elles participent dans les réunions du CNP-SS pour prendre part à la prise des décisions et aux orientations stratégiques de la mise en œuvre de la proposition. Elles ont pris part active dans les réflexions pour les campagnes de vaccination de masses contre la polio qui sévit de plein fouet en RDC. Elles participent également à son approbation comme membre du CNP-SS.

Au niveau provincial : les **OSC** apportent leur appui technique et de gestion dans la mise en œuvre du projet, notamment dans le processus de planification et dans la vulgarisation de la SRSS et leur participation actives aux réunions de CPP-SS.

Au niveau opérationnel (Zones de Santé), les OSC sont les véritables agents de terrain. Elles disposent de plusieurs structures qui offrent les soins de santé surtout de premier contact. En effet, 40% des structures de santé à ce niveau appartiennent aux confessions religieuses. Elles disposent également des structures de santé de référence primaire qui sont parmi les meilleures dans le pays. Les OSC travaillent également avec les ZS ciblées auxquelles elles apportent un appui technique et logistique dans la mise en œuvre des activités sur terrain. A travers leurs Représentants (les animateurs communautaires) elles participent à des réunions des conseils de gestion et de l'Administration de la ZS. Elles jouent également un rôle important dans la demande des services de santé. En effet, elles incitent la population à fréquenter les services de santé en général et en particulier de la vaccination à travers leurs institutions telles que les églises et les relais communautaires. Ces Relais communautaires avec l'approche ACZ et ou AVI, connaissent et se chargent de récupérer les enfants cibles n'ayant pas répondu au rendez-vous. C'est pour toutes ces raisons que des contrats des prestations de services avec indicateurs précis sont signés pour améliorer davantage l'accès à l'offre des services de vaccination dans 65 ZS sous appui GAVI RSS.

Outre, pour atteindre les objectifs de tout projet, les OSC sont incontournables d'autant plus qu'elles connaissent l'environnement et le contexte opérationnel dans lequel le projet se met en œuvre, leur apport pour la réussite d'un programme est essentiel. Les OSC les plus actives dans la mise en œuvre de RSS au pays sont : le Conseil National des organisations de Santé en RDC ou CNOS en sigles, la Croix Rouge du Congo et la Santé en milieu Rural ou SANRU.

16. Assistance technique

A. Assistance technique nationale :

1. une assistance technique nationale de haut niveau pour apporter un appui aux DPS qui sont entrain de se mettre en place. Cette assistance technique sous forme d'accompagnement devra avoir comme mission de s'assurer que ces structures nouvelles fonctionnent et sont capables de réaliser les résultats qui sont

attendues d'elles

2. *une assistance technique nationale pour l'encadrement de la CGPM. Cette assistance sera fournie par une structure nationale qui a une expérience avérée et une bonne connaissance des règles nationales relatives à la passation des marchés (loi relative aux marchés publics, code des marchés publics, etc)*
3. *une assistance technique nationale qui pourra être fournie par les universités ou structures apparentées dans les questions relatives à la réforme des finances publiques au niveau du pays. Cette assistance technique devra s'assurer que le montage institutionnel mis en place en matière de gestion financière sont conformes à la loi sur les finances publiques et autres textes réglementaires.*
4. *Une assistance technique nationale qui sera fournie par les Ecoles de Santé Publique nationales qui assureront les évaluations à mi parcours et finales du programme GAVI- RSS 2 ainsi que l'enquête des couvertures vaccinales. Elles apporteront en outre leur expertise dans le suivi stratégique décrit au chapitre 14 , point 6 en rapport avec les recherches sur le système de santé, études et analyses macro économiques, l'évaluation de la disponibilité de l'offre, les petites enquêtes CAP et de satisfaction des ménages. .*

B. Assistance technique internationale :

1. *Une assistance technique internationale dans les questions relatives à la passation des marchés. Cette assistance travaillera avec la CGPMP et l'assistance technique nationale dans l'appui à cette structure. L'assistance technique dans ce domaine sera ponctuelle étant donné que les marchés les plus importants seront confiés au Système des Nations Unies (UNICEF, OMS, UNOPS)*
2. *Une assistance technique internationale pour la réalisation des études de faisabilité pour l'implantation du dépôt central de Kinshasa et des dépôts déconcentrés au niveau de certaines provinces.*
3. *Une assistance internationale pour la logistique et gestion efficace des vaccins. Cette assistance technique travaillera avec les logisticiens qui seront formés et mis en place pour s'assurer de la bonne gestion de vaccin et réduire ainsi les pertes de vaccins.*
4. *Une assistance technique internationale pour appui à l'amélioration de la qualité des données. Comme cela a été décrit plus haut le problème de qualité des données ne permet pas une prise de décision en temps utiles pour améliorer l'offre et l'utilisation des services de vaccination. Il arrive de fois que les ZS qui présentent des couvertures administratives élevées de certains antigènes comme le VAR connaissent d'importantes épidémies de rougeole au même moment. Une assistance technique internationale est utile pour apporter son appui au programme élargi de vaccination (PEV) et aux DPS en vue de l'amélioration de la qualité des données.*
5. *Une assistance technique internationale sur les questions de viabilité financière du programme de vaccination. Cette assistance aidera à développer des méthodes de plaidoyer pour permettre au gouvernement de prendre en charge progressivement les dépenses liées à la vaccination (achat de vaccins traditionnels, cofinancement, etc)*
6. *Une assistance technique internationale pour l'évaluation de l'évolution de la mise en œuvre des activités visant à résoudre les goulots d'étranglements aux services de vaccination identifiés dans la proposition.*
7. *Une assistance internationale pour les questions de couverture universelle en vue de lever barrières financières aux services de vaccination. Il arrive de fois que les coûts indirects tels celui de la crte de vaccination soit un obstacle financier aux services de vaccination. Les modalités de tarification des services de santé qui protègent le caractère gratuit de la vaccination doivent être étudiées et mises en place*
8. *Une assistance technique internationale pour appui au fonctionnement des dépôts déconcentrés notamment pour un fonctionnement adéquat des chambres froides. Un contrat sera signé avec les fournisseurs pour assurer cette assistance.*

17. Risques et mesures de limitation

Cette information dégage le risque que court le pays de ne pas être en mesure de mettre en œuvre les activités proposées dans le cadre de la proposition d'allocation et/ou de dépenser les fonds ainsi qu'approuvé par GAVI. C'est en principe l'organe d'exécution principal qui sera responsable d'évaluer les risques et de veiller à ce que des mesures de limitation des risques soient véritablement appliquées.

→ Veuillez compléter le tableau pour chaque objectif proposé. Veuillez consulter les Directives sur la demande de soutien pour une description des différents types de risques. Si le risque est jugé « élevé », veuillez donner les raisons de cette qualification.

Description du risque	<i>PROBABILITÉ</i> (élevée, moyenne, faible)	<i>IMPACT</i> (élevé, moyen, faible)	Mesure de limitation du risque
<i>Objectif 1 : Renforcer la chaîne d'approvisionnement de bout en bout en vue d'assurer la disponibilité des vaccins de qualité à tous les niveaux</i>			
<i>Risques fiduciaires :</i>		<i>Faible</i>	<i>Ce risque est faible dans la mesure où le matériel sera acheté à travers UNICEF et le transport de vaccin par voie aérienne fera l'objet des contrats cadres qui seront déjà signés avec les compagnies aériennes fiables. Le reste de vaccin sera transporté par voie maritime.</i>
<i>Risques institutionnels :</i>	<i>faible</i>	<i>faible</i>	
<i>Risques opérationnels :</i>	<i>faible</i>	<i>faible</i>	
<i>Évaluation globale des risques pour l'objectif 1</i>	<i>fable</i>	<i>faible</i>	
<i>Objectif 2 : Améliorer la disponibilité de l'offre des services de santé de qualité dans 50 ZS ciblées et la mise en œuvre des stratégies appropriées d'atteintes des enfants à accès très difficile dans 9 DPS identifiées</i>			

<i>Risques fiduciaires :</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Moyen</i>	<i>Le risque existe dans la mesure où les agences de gestion financière n'ont pas encore toutes des bureaux de travail adéquat et le système utilisé pour l'acheminement des fonds dans certaines DPS n'est pas sécurisant. La mitigation de ce risque va consister à utiliser les services des la Banques implantées dans les DPS en lieu et place de certaines agences de gestion financière provinciales. En plus la Cour des Comptes et l'Inspection Générale des Finances vont être utilisés pour la vérification à posteriori de tous les paiements qui vont être effectués par KPMG avant l'acceptation de ces rapports par le MSP</i>
<i>Risques institutionnels :</i>	<i>élevé</i>	<i>élevé</i>	<i>Ce risque est élevé dans la mesure où le montage institutionnel qui a été mis en place pour la gestion du programme RSS I n'a pas défini clairement les rôles et responsabilités des toutes les parties impliquées dans la mise en œuvre.</i>
<i>Risques opérationnels :</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Moyen</i>	<i>Un risque opérationnel moyen existe dans la mesure où les acteurs de terrain ne bénéficient pas toujours d'un suivi de proximité en termes d'appui technique par le niveau provincial. Cette situation est en cours de résolution d'une part par la restructuration de la CAG qui est en cours et d'autre part par la mise en place des divisions provinciales de la santé (DPS) dont la fonction essentielle est d'assurer un encadrement de proximité aux ZS</i>
<i>Évaluation globale des risques pour l'objectif 2</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Moyen</i>	<i>Les mesures préconisées pour la mitigation des risques sont efficaces.</i>

<i>Objectif 3 : Améliorer la qualité des données sanitaires et le suivi opérationnel en général, et celui lié à la vaccination en particulier</i>			
<i>Risques fiduciaires :</i>	<i>moyen</i>	<i>moyen</i>	<i>Le risque existe dans la mesure où les agences de gestion financière n'ont pas encore toutes des bureaux de travail adéquat et le système utilisé pour l'acheminement des fonds dans certaines DPS n'est pas sécurisant. La mitigation de ce risque va consister à utiliser les services des Banques implantées dans les DPS en lieu et place de certaines agences de gestion financière provinciales. En plus la Cour des Comptes et l'Inspection Générale des Finances vont être utilisés pour la vérification à posteriori de tous les paiements qui vont être effectués par AGEFIN avant l'acceptation de ces rapports par le MSP</i>
<i>Risques institutionnels :</i>	<i>moyen</i>	<i>moyen</i>	<i>Le risque est moyen dans la mesure où les problèmes de la qualité des données est aussi dû entre autre à la non maîtrise du dénominateur dans un contexte où le dernier recensements de la population a eu lieu il y a 30 ans. Cependant les mesures préconisées notamment un dénombrement de la population mieux encadré par les services hiérarchiquement supérieurs.</i>
<i>Risques opérationnels :</i>	<i>Faible</i>	<i>Faible</i>	
<i>Évaluation globale des risques pour l'objectif 3</i>	<i>Faible</i>	<i>Faible</i>	
<i>Objectif 4 : Renforcer les capacités institutionnelles des structures du Ministère de la Santé ciblées et le mécanisme de suivi et évaluation à tous les niveaux</i>			
<i>Risques fiduciaires :</i>	<i>moyen</i>	<i>moyen</i>	<i>Voir Objectif 2 et 3</i>

<i>Risques institutionnels :</i>	<i>Faible</i>	<i>Faible</i>	
<i>Risques opérationnels :</i>	<i>moyen</i>	<i>moyen</i>	<i>Le risque est moyen dans la mesure où la mise en place des DPS montre qu'il n'y a pas assez des cadres dans les provinces pour assurer toutes les fonctions qui sont celles des DPS. Pour réduire ce risque, il faudra mettre en place des mesures incitatives telles que l'amélioration des conditions de travail ainsi que celle de la rémunération pour que certains cadres qui travaillent au niveau central acceptent d'aller travailler en provinces</i>
<i>Évaluation globale des risques pour l'objectif 4</i>	<i>Faible</i>	<i>Faible</i>	
<i>Objectif 5 : Renforcer la demande pour la vaccination à travers la mise en œuvre effective des plans de communication avec l'implication effective de la communauté et des organisations de la société civile</i>			
<i>Risques fiduciaires :</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Moyen</i>	<i>Voir Objectif 2 et 3</i>
<i>Risques institutionnels :</i>	<i>Faible</i>	<i>Faible</i>	<i>Les risques institutionnels sont faibles dans la mesure où les anciennes trois fenêtres sont combinées dans une soumission ce qui permet d'éviter les risques liés à la mise en œuvre liés à la multiplicité des montages institutionnels qu'on a connus lorsque les fenêtres étaient séparées.</i>
<i>Risques opérationnels :</i>	<i>Faible</i>	<i>Faible</i>	
<i>Évaluation globale des risques pour l'objectif 5</i>	<i>Faible</i>	<i>Faible</i>	

<i>Objectif 6: Consolider la réforme du financement et assurer la gestion du programme GAVI-RSS</i>			
<i>Risques fiduciaires :</i>	<i>moyen</i>	<i>moyen</i>	<i>Voir Objectif 2 et 3</i>
<i>Risques institutionnels :</i>	<i>Moyen</i>	<i>Moyen</i>	<p><i>Le risque est moyen dans la mesure où plusieurs institutions entrent dans la chaîne de dépenses. La défaillance d'une structure peut entraîner une défaillance dans l'ensemble de la mise en œuvre.</i></p> <p><i>En Plus la CAG est une structure transitoire qui doit migrer vers une Direction des Affaires Financières, il ya risque que les acteurs de cette structure ne travaille pas avec cette nouvelle vision.</i></p> <p><i>Les réunions de coordinations de la commission ad hoc et du CCT du CNP-SS seront organisées de manière régulière pour mieux régler tous les différents qui peuvent subvenir entre les structures impliquées.</i></p> <p><i>Une commission de suivi de la restructuration de la CAG et de la réforme en financement est mis en place pour s'assurer que ces structures fonctionneront de manière harmonieuse.</i></p>
<i>Risques opérationnels :</i>	<i>Faible</i>	<i>Faible</i>	
<i>Évaluation globale des risques pour l'objectif 5</i>	<i>Faible</i>	<i>Faible</i>	
<i>Veillez ajouter des lignes pour les objectifs supplémentaires ...</i>			

DEUX PAGES MAXIMUM

18. Modalités d'approvisionnement et de gestion financière

A. Gestion des fonds RSS par les structures gouvernementales

La gestion financière se fera par les mécanismes qui sont en place et qui ont fait objet entre autre de l'aide-Mémoire signé par le Ministre de la Santé Publique et le Président Directeur Général de GAVI-Alliance en mai 2010. Ce mécanisme implique l'intervention des organes suivant : le CNP-SS, les structures de mise en œuvre, la Cellule d'Appui et de Gestion ainsi que l'Agence de Gestion Financière AGEFIN qui s'est déployée en provinces par la mise en place des agences provinciales de gestion financière. En plus, le MSP et ses partenaires ont adopté un manuel des procédures de gestion qui est applicables pour ce mécanisme. Ce mécanisme a 4 ans d'existence. Les audits et évaluations faites (voir document en annexe) ont mis en évidence un certain nombre des faiblesses. La dernière évaluation a été réalisée sur demande du MSP par le Programme de Formation en Gestion des Politiques Economiques de la Faculté d'Economie de l'Université de Kinshasa. . Parmi les faiblesses, on peut noter :

1. Les chevauchements entre les attributions des structures notamment le fait que la CAG a pris un certain nombre des attributions des directions et programmes techniques.
2. Les conflits d'intérêt lié au fait que la CAG faisait à la fois la liquidation et l'ordonnancement
3. Les conflits d'intérêt dans lesquels plusieurs acteurs de la CAG se sont retrouvés du fait que la CAG s'est vu attribué les responsabilités de passation des marchés ;
4. L'absence d'expertise avérée en passation des marchés au sein de la CAG
5. Des retards énormes dans le décaissement des fonds pour la mise en œuvre des activités liés à des conflits entre l'AGEFIN et la CAG qui rejettent les responsabilités et aussi le fait que les capacités des bénéficiaires n'ont pas été suffisamment renforcées par l'AGEFIN.,
6. Le risque fiduciaire élevé dans les AGEFIN provinciales, le fait de manque des locaux appropriés et des équipements de sécurisation des fonds (coffre fort) ainsi que de la faible motivation des personnels des AGEFIN provinciales qui accusent le retard de paiement.
7. L'absence de contrôle à posteriori des dépenses effectuées par l'agence de gestion financière par les organes attirés tels que la Cour des Comptes ou l'Inspection Général des Finances
8. Le coût de transaction des transferts des fonds prélevés sur les fonds dédiés à la mise en œuvre des activités malgré les frais de gestion très élevé (10% de l'ensemble des fonds décaissés) payés à l'agence de gestion financière ;
- 9.

La réforme de ce mécanisme est en cours de mise en œuvre dans le pays. Elle consiste en : (i) la séparation entre la CAG et la Cellule de Passation des marchés, (ii) la restructuration de la CAG dans l'objectif d'en faire une préfiguration de la Direction des Affaires Administrative et Financières (DAF), (iii) la mise en place de la Cellule de gestion des projets et des marchés publics, (iv) la réduction du nombre d'agences de gestion financière dans les provinces où le système bancaire fonctionnel, (v) la mise en place d'un système de contrôle à priori sur toutes les étapes de la chaîne des dépenses et à posteriori par les l'Inspection Générale des Finances et la Cour des Comptes. Une feuille de route pour la mise en œuvre de cette réforme a déjà été élaborée par le MSP et ses partenaires.

1. Restructuration de la CAG

La Cellule d'Appui et de Gestion (CAG) sera restructurée pour qu'il s'occupe des questions relatives à la liquidation. Ça sera la structure qui va recevoir les demandes de paiement émis par les structures bénéficiaires sur base des plans opérationnels qui auront déjà été adoptés par le Comité National de Pilotage ou son organe technique, le Comité de Coordination Technique. La CAG sera ainsi le garant du respect des procédures de gestion au sein du Ministère de la Santé Publique. Ceci nécessite une révision des textes qui

mettent en place la CAG (activité qui est en cours). La CAG va fonctionner comme une structure ad hoc jusqu'à la création de la DAF dans laquelle elle va se muer.

2. La mise en place d'un service d'audit interne.

3. Pour des questions des procédures, le système a fonctionné jusqu'à ce jour sans aucun service d'audit interne. Le service d'audit interne sera logé au Secrétariat Général pour auditer toutes les structures du Ministère de la Santé Publique bénéficiaires des subventions. Ce service sera composé d'un expert senior superviseur et d'un expert junior assistant. Le processus de recrutement de l'expert senior superviseur a déjà été lancé avec l'appui des partenaires tel que GAVI-Alliance et le Fonds Mondial. Mise en place de la CGPMP

La CGPMP a été créée par décret du Premier Ministre dans tous les secteurs. En lieu et place de sa mise en place, elle a été fusionnée avec la CAG, ce qui a conduit aux difficultés évoquées plus haut. La feuille de route prévoit que la CGPMP soit mise en place dans un délai de 6 à 8 mois. Le personnel de la CGPMP sera recruté sur concours (expert en passation des marchés avec expérience avérée dans ce domaine) et une assistance technique a déjà été proposée par les partenaires pour appuyer cette structure une fois mise en place.

Conformément à l'Approche Taillée sur Mesure (ATM) de GAVI-Alliance pour la RDC, les marchés de gros équipements tels que ceux de la chaîne de froid, le matériel roulant, les autres matériels médicaux seront confiés aux organismes du système des Nations Unies tel que l'UNICEF ou l'UNOPS qui ont fait leur preuves dans ce domaines dans la première phase de la mise en œuvre du programme RSS 1 sous gestion de la GIZ. Cette disposition réduira largement les risques fiduciaires, étant donné que les marchés d'acquisition des matériels, d'équipements et la réhabilitation des infrastructures sont des facteurs ont présenté les lacunes dans la mise en œuvre de la deuxième phase du programme GAVI RSS 1 sous gestion CAG – AGEFIN.

4. Rôle et évolution de l'Agence de gestion Financière

L'agence de gestion financière a été recrutée pour effectuer le paiement. Il est donc un agent payeur qui reçoit les fonds du MSP qui doit les mettre à la disposition des structures de mise en œuvre pour réaliser les activités prévues dans leurs plans d'action opérationnels. Au moment de sa mise en place le système bancaire national était très peu développé, ce qui a justifié la mise en place d'un réseau d'agence de gestion financière qui mettent les fonds à la disposition des structures au niveau provincial pour la mise en œuvre des activités. Le contexte national a changé, le réseau bancaire est devenu important même s'il ne couvre pas encore tout le pays. En plus l'évaluation de la gestion financière faite par le Programme de formation en gestion de la politique économique de la, Faculté des sciences économiques, de l'Université de Kinshasa a démontré que le risque fiduciaire est très élevé au niveau des agences de gestion financières provinciales. L'une des recommandations faite par cette évaluation consiste à remplacer progressivement les agences de gestion financières provinciales par les banques y compris les succursales de la banque Centrale qui sont prêtes à jouer ce rôle. Ceci présente deux avantages. Le premier est le fait que les frais de gestion vont baisser, ce qui permet de faire des économies qui seront investies dans la mise en place des structures du Ministère qui devront renforcer la gestion financière (CAG restructurée, service d'audit interne et CGPMP), le deuxième avantage est le fait que le risque fiduciaire sera considérablement réduit par rapport à la situation actuelle où les agences de gestion financière provinciales ne disposent pas des matériels et des locaux de sécurisation des fonds.¹⁴.

5. Mise en place d'un système de contrôle à postériori des dépenses effectuées par l'agence de gestion financière

Toutes les dépenses faites par l'agence de gestion financière seront dorénavant contrôlées à postériori soit par la Cour des Comptes, soit par l'Inspection Générale des Finances (IGF). Les originaux des pièces justificatives seront mis à dispositions de ces structures pour leur permettre de faire ce travail. Le feedback que le MSP fera à l'agence de gestion financière sur ses rapports prendra en compte les résultats de ce

~~appel d'offres si la performance est insuffisante.~~

contrôle.

6. Rôle du Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé

Le CNP-SS est l'organe d'approbation des plans opérationnels qui sur base desquels les demandes de paiement seront faites par les structures chargées de la mise en œuvre. Une fois adoptés, ces plans seront transmis à la CAG comme l'un des documents de référence pour la liquidation. Au niveau central, cette approbation se fera par le Comité de Coordination technique (CCT) du CNP-SS dont le secrétariat sera assuré par la commission en charge des politiques, de la Décentralisation, de la Planification, de la programmation et de la Recherche. Au niveau provincial, l'approbation se fera par le Comité Provincial de Pilotage du Secteur de la Santé (CPP-SS).

7. Rôles des structures de mise en œuvre dans la gestion financière

Les structures de mise en œuvre (directions centrales, programme élargi de vaccination, divisions provinciales de la santé, etc.) vont jouer le rôle d'engagement de la dépense, mais aussi celui de l'ordonnement une fois que la liquidation est faite. Elles ordonneront à l'agence de gestion financière l'ordre de payer l'une ou l'autre activité contenue dans leurs plans une fois que la liquidation est faite. En ce qui concerne les provinces, la liquidation se fera par la Division de la CAG chargée de la liquidation. Une fois la liquidation terminée, les DPS donneront à l'Agence de Gestion Financière l'ordre de payer et les fonds seront soit virés dans le compte bancaire de la DPS, après vérification du respect des procédures par l'Agence de Gestion Financière. Un système informatisé en web de la chaîne de dépense sera mis en place pour faciliter toutes les opérations des différentes étapes, partant de l'engagement au paiement. Ce système existe déjà dans la chaîne des dépenses du budget de l'Etat.

8. Mise en place d'une comptabilité administrative et financière à tous les niveaux.

L'une des faiblesses soulevées par cette l'évaluation du mécanisme de gestion financière par le Programme de gestion de la Politique Economique de la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de l'Université de Kinshasa est le fait que les structures bénéficiaires ne tiennent pas systématiquement une comptabilité administrative et financière, ce qui rend difficile la question de redevabilité interne. Un renforcement des capacités à ce niveau est programmé. Il inclut l'utilisation des logiciels comptables qui sont compatibles avec les règles de la comptabilité au niveau national.

9. Circuit de transfert des fonds, comptes et signataires

Les fonds destinés au gouvernement seront transmis par GAVI-Alliance dans le compte principal qui existe déjà à la Banque Internationale pour l'Afrique au Congo (BIAC). Le Ministre de la santé Publique et le Représentant de l'OMS sont signataires de ce compte. Ils doivent signer toujours conjointement. En cas d'empêchement du MSP, le Directeur ayant en charge la Planification du MSP signera à sa place. En cas d'empêchement du Représentant de l'OMS, le MPN, chargé de la gestion des programmes à l'OMS signera à sa place. Du compte principal, les fonds seront versés vers le compte du MSP dont la gestion est confiée à AGEFIN l'Agence de Gestion Financière sur base des plans de décaissements approuvés par GAVI. Ces plans seront élaborés par la Direction d'Etudes et Planification avec l'appui des services bénéficiaires et approuvés par la commission en charge des Politiques et de la Planification avant d'être envoyés pour approbation par GAVI-Alliance. Le compte géré par AGEFIN l'Agence de Gestion Financière existe dans la même Banque (BIAC). La sortie des fonds de ce compte nécessite aussi deux signatures, celle du Directeur-pays de AGEFIN l'Agence de Gestion Financière et de son Chef des missions. Les structures de mise en œuvre sont encouragées à ouvrir les comptes dans la même Banque pour raccourcir le délai de transfert et dans d'autres banques (voir les agences de la banque centrale) là où la BIAC n'est pas installée. Les fonds seront virés en province après liquidation par la CAG, ordonnancement par les DPS et vérification par l'AGEFIN. A chaque étape de la chaîne des dépenses, une double signature sera requise jusqu'à la sortie des fonds.

10. Actualisation du manuel des procédures applicables aux financements du secteur de la santé.

Le manuel des procédures applicables aux financements de la santé sera actualisé en fonction de la réforme du mécanisme de financement en cours. Le processus d'actualisation du manuel des procédures interviendra aussitôt la soumission de la présente proposition et se fera endéans 3 mois. Ceci permettra à ce que le

nouveau manuel soit appliqué à titre expérimental aux ressources existantes au pays

B. Gestion des fonds destinés aux organisations de la Société Civile.

Les organisations de la société civile recevront pour la mise en œuvre les fonds directement de GAVI pur les activités qui relèvent de leur responsabilité.

C. Vérification externe des comptes

Les audits externes seront réalisés chaque année sur initiative du Ministère de la Santé Publique ou de GAVI-Alliance. La Cour des Comptes et l'Inspection Générale des Finances (IGF) effectueront des vérifications externes périodiques des comptes gérés par toutes les structures impliquées dans la mise en œuvre y compris au niveau provincial.

→c) répertorier les principales contraintes dans le système de gestion financière (du secteur de la santé). Le pays envisage-t-il de s'attaquer à ces contraintes/problèmes? Dans l'affirmative, veuillez décrire les besoins d'assistance technique afin d'assumer les fonctions ci-dessus.

Les contraintes de gestion financières viennent d'être décrites dans la section précédente. Le pays comme on le voit dans cette section est en train de s'attaquer à ces contraintes. Pour ce faire le MSP a initiée une évaluation indépendante du mécanisme mis en place qui vient d'être décrit. Cette évaluation a fait des recommandations qui sont coulées sous forme d'actions à mener et qui sont décrites ci-dessus. La mise en œuvre de certaines de ces actions nécessite une assistance technique. Il s'agit de (i) l'assistance technique en passation des marchés, (ii) de l'assistance technique en gestion des finances publiques et de l'assistance technique en réforme des finances publiques.

4 pages maximum (plus de pages seront nécessaires s'il y a plus d'un organe d'exécution principal)

Question a) : les candidats doivent préciser si une modalité de gestion financière existante sera employée (mécanisme financier commun ou autre), ou s'ils proposent une nouvelle approche. Si le pays aura recours à une modalité financière propre à un organisme, indiquer laquelle et justifier ce choix.

Il existe dans le pays une modalité de gestion financière qui a été utilisée pour la gestion des fonds GAVI-RSS en cours de mise en œuvre. Ce mécanisme est aussi utilisé pour la gestion d'autres fonds qui proviennent d'autres bailleurs tels que le Fonds Mondial. Ce mécanisme comprend des acteurs clés qui sont : le CNP-SS, les structures bénéficiaires, la Cellule d'Appui à la Gestion et une agence de gestion financière qui s'est déployé en provinces en mettant en place les agences provinciales de gestion financières.

Question b) : Fiche d'information sur les modalités de gestion financière

Tout bénéficiaire (organisation/pays) qui se propose de recevoir un financement direct de GAVI doit compléter cette fiche d'information (par exemple le Ministère de la Santé et/ou une OSC recevant un financement direct).

1. Nom et coordonnées de contact du point focal au Département des finances de l'organisation bénéficiaire

Contact du comptable DEP

2. L'organisation bénéficiaire a-t-elle déjà eu une expérience précédente avec GAVI, la Banque mondiale, l'OMS, l'UNICEF, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ou d'autres partenaires du développement (par exemple, a-t-elle déjà reçu des allocations) ?

OUI

<p>3. Dans l’AFFIRMATIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Veillez donner le nom et le montant de l’allocation, ainsi que les années.</i> • Pour des allocations terminées de GAVI et d’autres partenaires du développement : <i>veuillez décrire brièvement les principales conclusions relatives à l’utilisation des fonds du point de vue des résultats de la gestion financière.</i> • Pour les allocations en cours de GAVI et d’autres partenaires du développement : <i>veuillez décrire brièvement tout problème de gestion financière et de passation de marchés (par exemple dépenses inéligibles, achats ne respectant pas les normes, malversation de fonds, rapport en retard sur la vérification des comptes, et vérification des comptes ayant émis des réserves).</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. GAVI RSS 2008-2013 56 814 548 \$ 2. Fonds Mondial RSS (2012-2016) 8 681 527 \$ 3. Fonds Mondial TB (2012-2016) 9 324 976 \$ 4. Fonds Mondial PALU (2012-2016) 31 000 000\$ <p>Pour GAVI 200_-2011 : résultat de l’audit externe : opinion de l’auditeur externe :</p> <p>globalement l’évaluation initiée par le MSP sur la gestion des Fonds Montre que le système est en place et il fonctionne. Les faiblesses de ce système ont été identifiés y compris par l’enquête qui a été faite sur la passation des marchés sur fonds GAVI-RSS. Ces faiblesses sont bien décrites dans la section précédente ainsi que les mesures pour les résoudre. Une feuille de route est en cours de mise en œuvre pour résoudre ces questions.</p> <p>.Pour les allocations en cours, les faiblesses et les mesures prises sont bien décrites dans la section 18 relatives à la gestion financière.</p>
<p>Supervision, planification et budgétisation</p>	
<p>5. <i>Quel organe sera responsable de la supervision du programme à l’échelon national ? Veuillez décrire brièvement la composition de l’organe, la fréquence des réunions ainsi que le processus de prise de décision.</i></p>	<p>L’organe qui sera responsable de la supervision du programme à l’échelon national est la commission ad hoc GAVI-RSS mis en place pour la supervision des programmes de en cours d’exécution dans le pays. Cette commission est l’émanation du Comité de Coordination Technique du CNP-SS. Il est composé de manière paritaire. Elle comprend six membres dont trois hauts cadres du MSP et trois partenaires au développement. Il s’agit du Secrétaire Général à la Santé Publique, du Directeur de Cabinet Adjoint du MSP, du Directeur de la Direction d’Etudes et Planification pour le compte du MSP. Pour le compte des partenaires, il y a l’OMS, l’UNICEF et le Coordonnateur du Groupe Inter Bailleurs Santé (GIBS). Les organes de gestion financières (Cellule d’Appui à la Gestion et l’agence de gestion financière, le programme élargi de vaccination et les représentants de la société civile siègent assistent aux réunions de la commission ad hoc GAVI-RSS.</p> <p>La commission ad hoc se réunit une fois tous les trois mois. Les décisions sont prises généralement par consensus. En quatre ans d’expérience, on n’a pas fait recours au vote pour prendre des décisions.</p> <p>Pour des questions spécifiques liées à la vaccination, le CCIA se réunira. Il rapportera à la commission ad hoc les résultats et les recommandations de ces réunions. Des rapports des réunions du CCIA seront élaborés et partagés avec les</p>

	membres de la commission ad hoc deux semaines avant la tenue des réunions de cette dernière.
6. <i>Qui sera responsable de la planification et budgétisation annuelles en rapport avec le RSS de GAVI ?</i>	La Direction d'Etudes et Planification du MSP sera responsable de la planification et de la budgétisation et de la production des rapports annuels de situation (RAS) de la mise en œuvre de la proposition GAVI-RSS. elle travaillera en collaboration avec le Programme Elargi de Vaccination, les organisations de la Société Civile, les autres acteurs de mise en œuvre ainsi que les acteurs de la gestion financière (cellule d'appui à la Gestion et l'agence de gestion financière).
7. <i>Quelle est la procédure de planification et budgétisation et qui est chargée d'approuver le plan de travail et budget annuels du RSS de GAVI ?</i>	Un plan de mise en œuvre de la proposition sera élaboré chaque année et approuvée et adopté par la commission ad hoc. Ce plan actuel sera élaboré avec les parties prenantes telles que décrits au point précédent. Il prendra en compte les plans opérationnels de chaque structure de mise en œuvre en vue d'assurer la complémentarité entre les activités financées par le gouvernement et les autres partenaires. Ce plan sera approuvé par le Secrétariat de GAVI-Alliance dans le cadre du rapport annuel de situation. Une fois approuvés ces plans annuels feront objet des plans de décaissement annuels qui seront également approuvés par GAVI avant le décaissement effectif en faveur des structures de mise en œuvre.
8. <i>Le programme de RSS de GAVI sera-t-il comptabilisé dans le budget du Ministère de la Santé présenté chaque année au Parlement pour approbation ?</i>	Pour le moment, le programme GAVI est inscrit dans la plateforme de gestion de l'aide publique au développement (PGAI) qui est gérée par le Ministère en charge de la Planification et de Suivi de la modernité dans le pays. L'inscription des fonds GAVI dans le budget de l'Etat qui est présenté au Parlement est un objectif sur lequel le pays travaille. Un certain nombre des réformes sont nécessaires pour atteindre ces objectifs.
Exécution du budget (y compris gestion de la trésorerie et des flux de financement)	
9. <i>Quelle est la modalité bancaire proposée (c'est-à-dire la monnaie du compte, le flux des fonds vers le programme) ? Veuillez donner la liste des titres des signataires autorisés pour le déblocage des fonds et toute demande de réapprovisionnement.</i>	la monnaie est le dollar américain. La Banque Internationale pour l'Afrique au Congo est la Banque utilisée conformément à l'aide-mémoire signé entre les deux parties. La liste des signataires des comptes et le flux des fonds sont décrits en détails au point A de la section 18 relative aux modalités de gestion et d'approvisionnement.
10. <i>Les fonds du RSS de GAVI seront-ils transférés sur un compte bancaire ouvert dans la banque centrale ou dans une banque commerciale au nom du Ministère de la Santé ou de l'organe d'exécution ?</i>	les fonds GAVI seront transmis sur un compte du Ministère de la santé Publique ouvert dans une banque commerciale, la BIAC.
11. <i>Ce compte bancaire sera-t-il alimenté uniquement avec des fonds de GAVI</i>	les différents comptes par lesquels passent les fonds GAVI sont

<p>ou détiendra-t-il aussi des fonds d'autres sources (Gouvernement et/ou donateurs – « compte commun »)</p>	<p>alimentés uniquement par ces derniers.</p>
<p>12. Dans le cadre du programme de RSS, prévoit-on de transférer les fonds du niveau central au niveau décentralisé (provinces, districts, etc.) ? Dans L’AFFIRMATIVE, veuillez décrire comment les transferts de fonds seront exécutés et contrôlés.</p>	<p>. Les fonds seront effectivement transmis en province par l'agence de gestion financière. Le circuit de transfert des fonds est détaillé au point A de la section 18 du présent document. Les succursales de la Banque Centrales du Congo seront privilégiées pour recevoir les fonds en provinces étant donné qu'elles jouent le rôle des banques commerciales dans ces dernières selon le rapport d'évaluation financière faite par le Département en charge de la Formation en politique et gestion Economique de la Faculté des Sciences Economiques de l'Université de Kinshasa. Les contrôles seront faits tous les six mois par la Cour des Comptes et l'Inspection Générale des Finances.</p>
<p>Passation de marchés</p>	
<p>13. Quel système de passation de marché sera utilisé pour le programme de RSS de GAVI ? (par exemple la loi/code national de passation des marchés ou les procédures de passation de marchés de la Banque mondiale/l'UNICEF/l'OMS et d'autres partenaires du développement)</p>	<p>En ce qui concerne les gros investissements tels que le matériel de la chaîne de froid, le matériel roulant, le matériel médical, le marché sera confié au système des Nations Unies (UNICEF, UNOPS, OMS). Pour les autres marchés, les procédures et structures nationales seront utilisées.</p>
<p>14. Prévoyez-vous de vous procurer certains articles par le biais de systèmes des partenaires de GAVI au niveau national (UNICEF, OMS) ?</p>	<p>Oui</p>
<p>15. Quelle est la modalité de dotation en personnel de l'organisation chargée de l'approvisionnement ?</p>	<p>le personnel de toutes les structures impliquées dans la passation des marchés et les approvisionnements a été recruté par appel à candidature (CAG, CGPMP en cours de mise en place comme décrit à la section 18).</p>
<p>16. Des procédures sont-elles en place pour l'inspection physique et le contrôle de la qualité des biens, travaux ou services prêtés ?</p>	<p>Les procédures nationales prévoient que les inspections physique et réception d'ouvrage soient faits à la fois par le service bénéficiaire et la CGPMP.</p>
<p>17. Existe-t-il un mécanisme opérant de plainte ? Veuillez le décrire brièvement.</p>	<p>Les mécanismes opérant des plaintes existent à tous les niveaux. Par exemple, les membres de la commission ad hoc opèrent des plaintes quand ils constatent que la mise en œuvre ne respecte pas les règles. Ceci a été le cas une fois en année 2012. Ceci a même permis d'initier une enquête internationale sur les marchés passés par la CAG au cours de la même année. Les services bénéficiaires peuvent opérer des plaintes par exemple si les fonds ne sont pas mis à disposition à temps. Les services de gestion financière peuvent émettre les plaintes auprès du Ministre si les fonds ne sont pas justifiés dans le temps ou s'ils ne sont pas du tout justifiés. La Cour des Comptes et l'Inspection Générale des Finances émettront des plaintes si les fonds ne sont pas gérés par l'agence de gestion</p>

	financière. La communauté bénéficiaire peut aussi émettre des plaintes soit à travers les organes de gestion telle que le Conseil d'Administration des ZS, soit par tout autre canal qu'elle trouve approprié.
18. Des procédures efficaces de règlement des différends sont-elles en place ? Veuillez les décrire brièvement.	Les différends sont réglés dans le cadre des organes de concertations et de pilotage du secteur de la santé qui existent à tous les niveaux du système de santé. Il s'agit du Comité National de Pilotage du secteur de la santé pour le niveau central, des Comités Provinciaux de Pilotage pour les Provinces et des Conseils d'Administration des ZS pour les ZS.
Comptabilité et rapports financiers (y compris la gestion des avoirs immobilisés)	
19. Quelles sont les effectifs de l'organisation chargés de la comptabilité et de la préparation de rapports financiers ?	Au niveau provincial, il y a deux personnes qui sont chargées de la comptabilité et de la préparation des rapports financiers. Il s'agit du chargé de l'administration et des finances et du AGEFINet du comptable de la DPS. Au niveau national, il y a quatre personnes qui sont chargées de l'élaboration des rapports financiers. Il s'agit du chef des missions de l'agence de gestion financière, du trésorier et du comptable en charge du projet et du chargé de l'administration et des finances de la CAG.
20. Quel système de comptabilité est utilisé ou sera utilisé pour le programme de RSS de GAVI ? (c'est-à-dire existe-t-il un logiciel spécifique de comptabilité ou un système manuel de comptabilité ?)	le logiciel Tompro est en cours d'utilisation dans la gestion des subventions en cours. Nous comptons poursuivre avec le même logiciel.
21. À quelle fréquence l'organe d'exécution produit-il des rapports financiers intermédiaires et à qui les présente-t-il ?	L'agence de gestion financière produit les rapports financiers trimestriellement et les adresse au Secrétaire Général à la Santé. ces rapports sont ensuite discutés à la commission ad hoc avant d'être transmis à GAVI-Alliance.
Contrôle interne et vérification interne des comptes	
22. L'organisation bénéficiaire dispose-t-elle d'un manuel de gestion ou d'opération financière qui décrit le système de contrôle interne et les procédures opérationnelles de gestion financière ?	Les fonds GAVI et ceux d'autres bailleurs des fonds tels que le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose sont gérés conformément au manuel des procédures et de gestion applicables au secteur de la santé. ce manuel a fait l'objet d'une adoption consensuelle avec les bailleurs des fonds réunis au sein du GIBS. Il inclut les procédures financières, les procédures opérationnelles et les procédures de passation des marchés. Il nécessite une actualisation qui prendra en compte la dynamique de la restructuration de la CAG et la mise en place d'une cellule de passation des marchés autre que la CAG, la CGPMP.
23. Un département de vérification interne existe-t-il dans l'organisation bénéficiaire ? Dans l'affirmative, veuillez décrire comment ce département sera associé au RSS de	L'inexistence d'un service d'audit interne est l'une des faiblesses identifiées dans le mécanisme de gestion financière qui est en place. Les termes de référence de son recrutement ont été élaborés et partagés avec tous les partenaires. GAVI-

GAVI.	Alliance a même accepté de prendre en charge sa rémunération. Il rapportera à la fois au Ministre et au bailleur (GAVI-Alliance. Son recrutement interviendra dans les semaines qui suivent.
24. Existe-t-il un comité de vérification des comptes opérant chargé de suivre la mise en œuvre des recommandations de la vérification interne des comptes ?	La vérification des comptes sera faite comme prévu au point précédent (pour les audits internes) et le paragraphe suivant. (pour les vérifications externes). Les recommandations seront partagées avec les comités de coordination du secteur à tous les niveaux du système qui seront chargés du suivi de la mise en œuvre des recommandations.
Vérification externe des comptes	
25. Prévoit-on de faire vérifier les états financiers annuels par une société privée externe de vérification des comptes ou par une institution publique de vérification des comptes (par exemple la Cour des Comptes/l'auditeur général) ¹⁵ ?	Les audits externes se font déjà pour le compte des fonds GAVI-RSS dans le pays. Ces audits vont se poursuivre au rythme annuel. En plus de ces audits, la vérification des comptes se fera aussi par la Cour des Comptes et l'Inspection Générale des Finances.
26. Qui est responsable de la mise en œuvre des recommandations de la vérification des comptes ?	La mise en œuvre des recommandations de la vérification des comptes relèvent de la responsabilité des structures de mises en œuvre concernées par ces recommandations à tous les niveaux. La commission ad hoc GAVI-RSS est la structure qui assure le suivi de la mise en œuvre de ces recommandations.
<p><i>Question c) : veuillez indiquer les principales contraintes dans le système de gestion financière (du secteur de la santé). Le pays prévoit-il de s'attaquer à ces contraintes/problèmes ? Si tel est le cas, veuillez décrire les besoins en assistance technique afin d'assumer les fonctions ci-dessus.</i></p> <p><i>La question relative aux contraintes a été largement abordée dans la section 18 du présent document. Elles ont été mises en évidence par les audits et l'évaluation externe initiée par le Ministère de la Santé Publique et exécutée par le programme de Formation en de Gestion la Politique économique de la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de l'Université de Kinshasa. Les solutions sont également proposées y compris l'utilisation des des banques commerciales et des agences provinciales des banques centrales en province. Cette option accroît sensiblement la couverture bancaire.</i></p>	

¹⁵ S'il est prévu de confier la vérification externe annuelle des comptes à une société privée, veuillez inclure des honoraires adaptés dans le cadre du budget détaillé.

RÉSUMÉ D'UNE DEMANDE DE SOUTIEN COMPLÈTE

Formulaires de demande du RSS et pièces à joindre obligatoirement

→ Veuillez inscrire un « X » dans la case correspondant à un document inclus

N°	Document	X
1.	Formulaire de demande du RSS	
2.	Feuille de signatures du Ministre de la Santé, du Ministre des Finances et des membres du Comité de coordination du secteur de la santé (CCSS)	
3.	Plan de suivi et d'évaluation du RSS	
4.	Plan de travail et budget détaillés	

Documents nationaux existants – pièces à joindre obligatoirement

Si possible, veuillez joindre des documents nationaux approuvés, de préférence à des projets. Pour un pays très décentralisé, fournissez un plan en vigueur au niveau des États/des provinces en plus de tout document pertinent au niveau national.

→ Veuillez inscrire un « X » dans la case correspondant à un document inclus

N°	Document	X
5.	Stratégie nationale de santé, politique ou plan national de santé, ou autres documents joints à la proposition, qui mettent en lumière les interventions stratégiques de RSS	
6.	Plan national de suivi et d'évaluation (pour le secteur/la stratégie de santé)	
7.	Plan national d'immunisation	
8.	PPAC national	
9.	Évaluations vaccinales (EGV, évaluation post-introduction, examens du PEV), si disponibles	
10.	Mandat du Comité de coordination du secteur de la santé (CCSS)	

Documents nationaux existants – Pièces jointes supplémentaires

Si possible, veuillez joindre des documents nationaux approuvés, de préférence à des projets. Pour un pays très décentralisé, outre tout document pertinent au niveau national, veuillez fournir un plan en vigueur au niveau des États/des provinces.

→ Veuillez inscrire un « X » dans la case correspondant à un document inclus

N°	Document	X
1.	Évaluation conjointe de la stratégie nationale de santé (le cas échéant)	
2.	Réponse à l'évaluation conjointe de la stratégie nationale de santé (s'il y a lieu)	
3.	Si des fonds sont transférés directement à une OSC ou un réseau d'OSC, veuillez fournir les trois plus récents états financiers publiés de l'OSC principale, vérifiés par un commissaire aux comptes externe indépendant et qualifié.	

Les candidats sont vivement encouragés à lire attentivement les instructions fournies avec les sections pertinentes des Directives et les instructions fournies au sein des modèles de la demande.