

Dossier de demande – Formulaire de demande de soutien

NOM DU PAYS : __ CONGO

DATE DE LA DEMANDE : 25 Janvier 2015

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 (OSC), 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	2
1- Résumé d'une demande de soutien complète	2
2. Procédure de mise au point de la proposition (2 pages maximum)	6
3. Résumé exécutif	8
4. Acronymes	11
PARTIE C- ANALYSE DE SITUATION	13
5. Statistiques clés sur la santé et le système de santé	13
6. Description du secteur national de la santé	17
7. Stratégie nationale de santé et évaluation conjointe de la stratégie nationale de santé (JANS)	20
8. Plan de suivi et d'évaluation pour le plan national de santé	21
9. Goulots d'étranglement du système de santé qui contrarient les résultats de la vaccination	22
10. Leçons tirées et expérience acquise	25
PARTIE D – DÉTAILS DE LA PROPOSITION	27
11. Objectifs de la proposition	27
12. Description des activités	30
13. Chaîne de résultats	34
14. Suivi et Evaluation	38
PARTIE E- BUDGET, ANALYSE DES ECARTS ET PLAN DE TRAVAIL	40
15. Explications détaillées du budget et plan de travail détaillé	40
16. Analyse des écarts et complémentarité	42
17. Viabilité	46
PARTIE F – MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE LIMITATION DES RISQUES	48
18. Modalités de mise en œuvre	48
19. Participation des OSC	50
20. Assistance technique	52
21. Risques et mesures de limitation	53
22. Modalités d'approvisionnement et de gestion financière	55

PARTIE A - RÉSUMÉ DU SOUTIEN DEMANDÉ ET COORDONNÉES DU CANDIDAT

1- 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	
1.	Formulaire de demande du RSS	X
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 (CDS)	X
3.	Compte rendu de la réunion du CCIA ayant avalisé la proposition	X
4.	Plan de suivi et d'évaluation du RSS	X
5.	Plan de travail et budget détaillé	X
6.	Plan d'achat détaillé (18 mois)	X

Documents nationaux existants – pièces à joindre obligatoirement Si possible, veuillez joindre des documents nationaux approuvés, de préférence à des projets. Pour un pays décentralisé, fournissez un plan en vigueur au niveau des États/des provinces en plus de tout document pertinent au niveau national.		
N°	Document	
7.	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	X
8.	Plan national de suivi et d'évaluation (pour le secteur/la stratégie de santé)	X
9.	PPAC national	X
10.	Évaluations vaccinales (EGV, évaluation post-introduction, examens du PEV), si disponibles	X
11.	Mandat du Comité de coordination du secteur de la santé (CCIA)	X
12.	Document d'évaluation de projet concernant une proposition de crédit d'un montant de 6,6 millions de DTS (équivalent de 10 millions USD) et d'un montant de 10 million USD en HRITF a la République du Congo pour un projet de développement du système de santé (PDSS II) (P143849)»	X
13.	Décret numéro 2013-280 du 25 Juin 2013 portant création du comité de gestion et de développement communautaire (CGDC)	X
14.	Plan de dévolution GAVI	X
15.	EDS I	X
16.	EDSC II	X
17.	Arrêté n° 3643/MSP/CAB/02 du 09 octobre 2002 portant création du CCIA	X
18.	Comptes rendus des réunions du CCIA du 06/05/2014 ; 11/09/2014,13/05/2014 et 23/01/2015	

19.	Convention de partenariat MSP/OMS relative au projet conjoint OMS/UNICEF/UNFPA	
20.	Décret n° 2013-813 du 30/12/2013 portant organisation du MSP	
21.	Rapport d'évaluation finale du projet d'appui au système de santé du Congo (PASCOP)	
22.	Feuille de route nationale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle néo natale et infantile	
23.	Manifestation d'intérêt concernant le soutien ou la prolongation du soutien de GAVI	
24.	Note de service n° 000393 du 08/08/2014 portant désignation des membres du groupe de travail technique chargé de formuler la soumission à GAVI-RSS, session de septembre 2014	
25.	Liste de présences à la réunion du CCIA du 23 janvier 2015	
26.	Programme Biennal de développement sanitaire 2015-2016	
27.	Comptes nationaux de la santé 2009-2010	
28.	Revue externe du PEV du Congo réalisée en octobre-novembre 2014, Rapport provisoire	
29.	Rapport deuxième enquête congolaise auprès des ménages	
30.	Audit of Global Fund Grants to the Republic of the Congo	

1. Informations sur le candidat

Candidat :	Ministère de la santé et de la Population
Pays :	République du Congo
Titre de la proposition :	Projet d'appui au renforcement du système de santé au Congo
Date de début proposée :	Septembre 2015
Durée du soutien demandé :	3 ANS (1 ^{er} Septembre 2015 - 31 Décembre 2017)
Financement total demandé à GAVI :	4,420,000 USD
Coordonnées de contact	
Nom	Mr. Jean Philippe NGAKOSSO
Organisation et titre	Directeur de Cabinet, Ministère de la santé et de la Population
Téléphone	00(242) 04 407 87 87 / 06 687 41 42 / 05 598 15 15
Adresse électronique	jeanphilippengakosso@yahoo.fr

1. Informations sur le candidat	
Candidat :	Ministère de la santé et de la Population
Pays :	République du Congo
Titre de la proposition :	Projet d'appui au renforcement du système de santé au Congo
Date de début proposée :	Janvier 2015
Durée du soutien demandé :	3 ANS
Financement total demandé à GAVI :	5,200,000 USD
Coordonnées de contact	
Nom	Mr. Jean Philippe NGAKOSSO
Organisation et titre	Directeur de Cabinet, Ministère de la santé et de la Population
Téléphone	00(242) 04 407 87 87 / 06 687 41 42 / 05 598 15 15
Adresse électronique	jeanphilippengakosso@yahoo.fr

Signatures : aval du Gouvernement			
Ministères	Noms du Ministre	Signatures	Dates
Ministre de la Santé et de la Population	Francois IBOVI		21.1.2015
Ministre d'Etat, Ministre de l'économie des finances du plan du portefeuille public et de l'intégration	Gilbert ONDONGO		16 FEV 2015

Titre / Organisation	Prénoms et Noms	Signature pour participation à la réunion CCIA ayant avalisé la proposition	Dates
Directeur du Cabinet du Ministre	Jean Philippe NGAKOSSO		
Représentant du Ministère des Finances			
Représentant du Ministère du Plan			
Directrice Générale de la Population	Yolande VOUMBO MATOUMONA		
Directeur Général de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies	OBENGUI		
Directeur Général des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins	Alexis Elira DOKEKIAS		
Directeur DEP / MSP	Marcellin LEBELA		
Chef de service PEV	Hermann Boris DIDI NGOSSAKI		
Représentante OMS	Fatoumata Binta T. DIALLO		
Représentant de l'UNICEF	Aloys KAMURAGIYE		
Représentant de l'UNFPA			
Représentant de la Banque Mondiale			
Représentant de l'AFD			
OSC			

Veuillez 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 CDS peuvent adresser des remarques informelles à l'adresse :

gavihss@gavialliance.org. Toutes les remarques seront traitées de manière confidentielle.

2. Procédure de mise au point de la proposition (2 pages maximum)

Le développement de la proposition RSS-GAVI a débuté au mois de mai 2013 à l'issue de la visite qu'a effectuée au Congo l'équipe de GAVI Alliance.

Au cours de cette visite, les autorités du Ministère de la Santé et de la Population ont reçu l'information officielle selon laquelle le Congo était éligible au financement de GAVI, dans le cadre du dispositif mis en place pour soutenir le renforcement des systèmes nationaux de santé (RSS-GAVI) et ce à hauteur de 5,2 millions USD. Pour y accéder, le Congo devait adresser au secrétariat de GAVI, une manifestation d'intérêt et soumettre par la suite une proposition formulée conformément aux directives de GAVI.

Suite à cette communication, le Congo a adressé à GAVI en date du 30 Juin 2014, sa manifestation d'intérêt en vue de la soumission d'une requête pour le renforcement de son système de santé. La formulation de cette note de manifestation d'intérêt a donné au ministère de la santé l'opportunité de faire un aperçu des principaux goulots d'étranglement qui justifieraient la faiblesse de la couverture vaccinale et qui sont, en grande partie, attribuables à la fragilité et aux insuffisances observées dans le fonctionnement des districts sanitaires.

La manifestation d'intérêt a été suivie d'une série de contacts entre les partenaires clés. Les discussions ont porté sur : (i) le statut de « Graduating Country » : le financement RSS-GAVI constitue une opportunité majeure qui s'offre au Congo pour mieux se préparer à la sortie de l'éligibilité ; (ii) la gestion de ce financement par l'OMS et l'UNICEF afin de faciliter la mise en œuvre transparente et efficiente des interventions ; (iii) la nécessité de focaliser les interventions du projet sur la réduction des inéquités, l'amélioration de la couverture vaccinale et celle du système de suivi et évaluation dans le pays ; (iv) l'indispensable complémentarité du GAVI-RSS avec le Programme de développement des services de santé (PDSS-II) et le Projet conjoint OMS/UNICEF/UNFPA de revitalisation des districts sanitaires et (v) l'obligation de se conformer aux directives de GAVI¹.

Par [Note de Service n° 000393 du 08 août 2014](#), le Ministère de la Santé et de la Population a mis en place un Groupe de travail technique (GTT) chargé de rédiger la proposition, sous l'autorité du Directeur de Cabinet. La coordination technique a été assurée par la Direction des Etudes et de la Planification (DEP). La composition de cette commission inclut dans son sein des cadres de la Direction générale en charge des soins et services de santé, de la DEP, des hôpitaux de districts, des médecins ayant une expérience avérée en matière de management des districts sanitaires et des cadres du Programme élargi de vaccination (PEV). Le GTT a bénéficié du soutien de l'OMS et de l'UNICEF à travers les supports techniques et logistiques assurés par leurs bureaux pays.

Courant septembre et octobre 2014, le GTT a entrepris des visites de terrain et des entretiens avec les associations des comités de santé dans deux DS de Brazzaville (Makélékélé et Talangaï), dont l'un est à faible performance vaccinale. Ces entretiens ont permis de recueillir leurs opinions ainsi que les leçons de leurs expériences en rapport avec l'utilisation des services de santé. Ils ont souligné la place importante des relais communautaires dans l'organisation de l'offre de soins essentiels y compris la vaccination au niveau communautaire. Ces visites ont été mises à profit pour inviter les responsables des associations de comité de santé à participer aux réunions de discussion et de validation des options du projet RSS-GAVI.

En outre, le GTT a collecté la documentation disponible et organisé des discussions techniques avec les directions centrales et les services techniques impliqués particulièrement dans l'organisation de l'offre de paquets de services essentiels. Il s'agit notamment, des services en charge de la PCIME, la santé de la mère et de l'enfant, des programmes spécifiques (paludisme, tuberculose, VIH/Sida), système d'informations sanitaires, des pharmacies et du médicament, des ressources humaines ainsi que celle des soins et services de santé. Une approche similaire a été engagée en direction des équipes de DS de Brazzaville.

¹ Eviter que les fonds GAVI servent à payer les salaires et primes aux personnels (utiliser le PBF de la Banque Mondiale pour cela), à acheter les véhicules (à l'exception des motos et vélos), à l'approvisionnement en vaccins, à payer la participation des personnels de santé à des réunions à l'extérieur du pays. Par contre, ces fonds serviront plus à supporter le dénombrement et la planification, le renforcement du système vaccinal dont la chaîne de froid, la mise en œuvre des interventions à haut impact

Le document produit par la commission a fait l'objet d'une consultation élargie organisée du 16 au 17 janvier 2015, impliquant outre les cadres des différents niveaux du système de santé, ceux du ministère du plan et des finances, des délégués des Organisations de la société civile et des communautés ainsi que les partenaires du MSP qui sont directement impliqués tels que l'OMS, l'UNICEF et la Banque Mondiale. Les Organisations de la société civile (OSC) ont été particulièrement associées à la réflexion surtout en ce qui concerne le volet communautaire.

Tout au long du processus d'élaboration de la soumission, l'équipe a tiré profit des études conduites par la Banque Mondiale dans le cadre de la finalisation du Programme de développement du système de santé 2014-2018 (PDSS-II)². C'est ainsi que la formulation de la soumission a bénéficié des apports des OSC, des départements et des districts sanitaires à travers les contributions que ces derniers avaient soumis lors de l'élaboration du PDSS II.

L'ONG Médecins d'Afrique (MDA), chef de file des OSC concernées, a contribué activement dans l'élaboration de la proposition.

Au terme de ce processus, le Comité de Coordination Inter Agences (CCIA) a validé la proposition au cours de sa réunion tenue le 22 janvier 2015. Les signatures de la requête par les membres du Gouvernement ont été obtenues après sa validation par le CCIA.

Il convient de noter que la formulation de cette soumission a été engagée peu après la finalisation du PBDS 2015-2016, lequel est adossé au PND 2012-2016 qui est le cadre de planification stratégique au niveau national. C'est ainsi que pour l'essentiel, les analyses relatives au secteur santé dans son ensemble ont été principalement tirées des observations et des résultats issues des travaux d'élaboration du PBDS 2015-2016 qui initialement devait être un PNDS couvrant la période 2012-2016. Les lenteurs observées dans ce processus de planification stratégique du secteur santé ont conduit le ministère de la santé et de la population à se limiter à ce programme biennal afin de demeurer conforme au cycle national de planification stratégique.

² *Projet de développement du système de santé (PDSS-II), pages 14-18*

3. Résumé exécutif

La tendance à la baisse de la proportion d'enfants complètement vaccinés (52% selon EDSC-I et 46% selon EDSC-II) est inquiétante et éloigne la perspective pour le Congo d'atteindre les OMD 4 et 5. Quoique les résultats de la revue externe du PEV réalisée en 2014 montrent une amélioration avec 75% des enfants complètement vaccinés, le système de vaccination au Congo présente encore d'importantes faiblesses.

Ces faibles performances sont une traduction de la fragilité et des insuffisances observées dans le fonctionnement des districts sanitaires dont les [principaux goulots d'étranglement](#)³ sont: (i) l'obsolescence de certaines infrastructures ; (ii) l'absence de réelles équipes cadres de districts sanitaires, formées et outillées dans l'organisation, la gestion et l'offre des paquets d'activités; (iii) la faible qualité et quantité du personnel dans les formations sanitaires; (iv) l'absence des équipements, matériels et fournitures techniques dans les hôpitaux de référence et les centres de santé ; (v) les pénuries récurrentes de médicaments, vaccins et autres intrants dans les centres de santé et hôpitaux de districts sanitaires; (vi) le financement inadéquat du programme de vaccination et des activités mises en œuvre dans les districts sanitaires ; (vii) l'inexistence d'un SNIS opérationnel; (viii) les diverses contraintes logistiques, particulièrement celles qui entravent la supervision des agents dans les centres de santé, telles que l'absence de véhicules et des motos; (ix) le faible niveau de planification et de mise en œuvre des approches communautaires ainsi qu'une faiblesse du partenariat [public-privé](#)⁴.

Tout cela explique qu'à ce jour, moins de la moitié des centres de santé offrent des paquets d'activités complets. En plus, ces données révèlent la persistance de l'inéquité et des disparités dans l'offre et l'utilisation des services vaccinaux en considérant les différentes caractéristiques socio-économiques⁵.

La présente proposition vise l'amélioration des performances du système de vaccination à travers le renforcement du système de santé dans une vision d'équité. Elle cible à la fois l'augmentation de la demande, de l'offre et de l'utilisation des services de santé y compris le service de vaccination. Les interventions de ce projet s'adressent en priorité aux districts sanitaires à faibles performances vaccinales. Ces districts sanitaires se trouvent essentiellement dans des zones à faible accessibilité et abritent des groupes de populations vulnérables. Ceux-ci se trouvent être parmi les plus peuplés du pays ; l'amélioration de leur couverture vaccinale aura un impact majeur sur la couverture nationale.

Ce projet sera mis en œuvre en synergie avec d'autres programmes et projets de renforcement du système de santé qui sont exécutés dans le pays. Il s'agit en particulier du Programme de développement des services de santé (PDSS-II) cofinancé par le Gouvernement Congolais et la Banque Mondiale pour 120 millions USD. [Le projet conjoint de renforcement du système de santé](#)⁶, dont le financement est attendu du Gouvernement Congolais et qui sera exécuté par les trois agences des Nations Unies (OMS, UNFPA et UNICEF), offrira une opportunité supplémentaire de synergie. En outre, il s'exécute un Projet d'appui et de renforcement des personnels paramédicaux (PARAMED) avec le soutien de l'Agence Française de Développement (AFD). Dans le même cadre, un plan de sortie de l'éligibilité du Congo à GAVI a été adopté et sa mise en œuvre est attendue dans les prochaines semaines.

Les objectifs visés par ce projet sont ci-dessous décrits :

Objectif n°1 : D'ici la fin du projet, au moins 80% des districts sanitaires à faibles performances ciblés offrent des PSE complets de qualité, y compris les vaccinations, avec des taux moyens d'utilisation d'au moins 50%.

L'atteinte de cet objectif sera déterminée par la levée des contraintes liées à l'état des infrastructures, aux ressources humaines, aux médicaments et aux matériels et fournitures techniques. Dès lors, il s'agira de rendre les CSI des districts sanitaires ciblés à offrir des Paquets de services essentiels (PSE) complets et de qualité. Pour y parvenir les interventions du projet comprennent pour l'essentiel des travaux de légères réhabilitations des locaux, la mise à disposition de divers intrants, la formation/remise à niveau des personnels sur l'offre des PSE, la remise en ordre de l'organisation fonctionnelle et structurelle des centres

³ Programme Biennal de Développement Sanitaire 2015-2016 2012, pages 25-50.

⁴ Programme biennal de développement sanitaire 2015-2016, page 50

⁵ EDSC-II, 2011-2012, pages 12-15

⁶ Accord de projet conjoint MSP/OMS-UNICEF-UNFPA

de santé de façon à y intégrer l'ensemble des PSE requis ainsi que le suivi et la supervision des agents.

Objectif n°2 : D'ici la fin du projet, augmenter de 75% à au moins 85% le pourcentage des enfants complètement vaccinés dans l'ensemble des districts sanitaires y compris au sein des groupes de populations marginalisées.

L'atteinte de cet objectif se trouve dans la continuité de l'objectif précédent. Elle ne sera effective que si les goulots tels que l'absence des véhicules de supervisions et la faiblesse des approches communautaires sont levées.

Ainsi donc, complémentaires aux interventions de l'objectif précédent, il s'agira ici de se focaliser sur le renforcement des capacités de chaque district sanitaire à assurer les vaccinations sur toute l'étendue de son territoire. L'accent sera mis sur : (i) l'acquisition et la mise à disposition des véhicules requis pour la supervision et l'organisation des stratégies mobiles et avancées ; (ii) la remise à niveau de la chaîne de froid aux différents niveaux ; (iii) la formation des agents des CSI, postes de santé et des membres des équipes cadres et de l'équipe de management du PEV sur les vaccinations et la gestion du programme ; (iv) le soutien à l'organisation des stratégies avancées et mobiles dans les aires de santé, ainsi que (v) la supervision des agents et le monitoring de la couverture vaccinale par aire de santé.

Objectif n°3 : D'ici la fin du projet, emmener au moins 80% des directions départementales et des districts sanitaires à produire des données de qualité et des rapports périodiques, conformes aux formats et délais recommandés par le SNIS.

L'atteinte de cet objectif est intimement liée à la réduction des contraintes qui déterminent la fonctionnalité encore très limitée du système national d'informations sanitaires. C'est pourquoi le soutien RSS-GAVI préconise de doter les DDS et districts sanitaires en équipements informatiques et modems pour le traitement et la transmission des données du SNIS, de vulgariser le support électronique de saisie et de traitement des données du SNIS dans les districts sanitaires, de former les acteurs du SNIS sur les méthodes et techniques de collecte, traitement et analyse des données et d'organiser régulièrement le DQS et DQA.

Objectif n° 4 : D'ici la fin du projet, augmenter la demande des PSE y compris la vaccination dans les districts sanitaires ciblés grâce à la mise en œuvre des approches communautaires et à l'utilisation des approches novatrices des Technologies de l'information et la communication (TIC), à travers la téléphonie mobile.

Afin de lever les contraintes liées à la faible utilisation des PSE y compris la vaccination, le recours à la téléphonie mobile sera une réponse appropriée à la lacune du fonctionnement du système d'échéancier de routine en milieu urbain. Il permettra de générer et de diffuser un échéancier électronique ainsi que des messages de relance sur les téléphones portables des parents des enfants enregistrés à la vaccination.

Objectif n° 5: D'ici la fin du projet, renforcer la gouvernance et la gestion du programme.

Dans ce cadre, Il s'agira de : (i) faire un plaidoyer pour restructurer l'organe de management du PEV, le doter de personnel technique supplémentaire, lui accorder les prérogatives d'une direction centrale, améliorer et sécuriser son financement; (ii) organiser des sessions de formation continue/remise à niveau des acteurs du PEV sur la planification, le suivi et évaluation du programme, la gestion des vaccins, des équipements de chaîne de froid et des données et (iii) doter le management du PEV d'outils de gestion appropriés pour le programme.

En lien étroit avec l'atteinte des objectifs, les résultats clefs suivants seront observés au terme de la mise en œuvre du projet :

1. Les PSE de qualité y compris la vaccination sont offerts dans au moins 80 % des districts sanitaires ciblés.
2. Le pourcentage des enfants complètement vaccinés dans l'ensemble des districts sanitaires y compris au sein des groupes de populations marginalisées est augmenté à au moins 85%.
3. Au moins 80% des directions départementales et des districts sanitaires produisent les données de qualité et des rapports périodiques, conformes aux formats et délais recommandés par le SNIS.

4. La demande des PSE y compris la vaccination dans les districts sanitaires ciblés est augmentée grâce à la mise en œuvre des approches communautaires et à l'utilisation des approches novatrices des Technologies de l'information et la communication (TIC) à travers la téléphonie mobile.
5. La gouvernance et la gestion du programme sont renforcées

Comme ressorti dans les objectifs du projet, cette soumission est principalement centrée sur le renforcement du système de santé en vue d'améliorer de façon durable la couverture vaccinale. Aussi, ce projet va se focaliser sur les districts sanitaires qui répondent aux critères suivants : (i) faible couverture vaccinale - moins de 80%- en Pentavalent 3 et VAR, (ii) taux d'utilisation de service vaccinal faible ou moyen et (iii) notion d'épidémie récente.

Ainsi, en appliquant ces critères, 7 districts sanitaires ont été sélectionnés dans 5 départements sur les 12 que compte le pays. Ces districts sanitaires représentent une population globale de 1 517 289 soit plus du 1/3 de toute la population congolaise. Ils sont représentés dans le tableau n°6 page 28.

DEUX PAGES MAXIMUM

4. Acronymes

Acronyme	Signification de l'acronyme
ACD	Atteindre chaque district
AFD	Agence française de développement
AS	Aire de santé
AVI	Activités de vaccinations intensifiées
CCIA	Comité de Coordination Inter Agences
CDMT	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CGDC	Comité de gestion et de développement communautaire
CHU	Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville
CNS	Comptes nationaux de santé
COSA	Comité de Santé
CPN	Consultation prénatale
CSI	Centre de sante intégré
CV	Couverture vaccinale
DDS	Direction départementale de la santé
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DQA	Data Quality Assessment
DQS	Data Quality Survey
DS	Circonscription Socio Sanitaire
DS	District sanitaire
DSS	Direction des soins et services de santé
DTC	Diphtérie Tétanos Coqueluche
ECOM	Enquête congolaise auprès des Ménages
ECV	Enquête de couverture vaccinale
EDS	Enquête de démographie et de santé
EDSC	Enquête de démographie et de santé Congo
FBR	Financement basé sur les résultats
FMA	Financial management assessment
GAVI	Alliance mondiale pour la vaccination et les vaccins
GEV	Gestion efficace des vaccins
GFATM	Global Fund Against Aids Tuberculosis and Malaria
HB	Hôpital de base
Hep B	Vaccin Anti Hépatite B
HERA	Health research for action
Hib	<u>Vaccin anti Haemophilus influenzae type b</u>
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
JRF	Joint Rapport form
MAPI	Manifestation adverse post immunisation
MICS	Enquête muliti indicateurs
MLM	Middle Level Management
NITAG	National immunization technical advisory Group
NTIC	Nouvelles technologies de l'information
OMD	Objectifs du millenium pour le développement
OMS,	Organisation mondiale de la Sante
ONG	Organisation non gouvernementale
ONG	Organisation non gouvernementale
OSC	Organisme de société civile
PAI	Plan d'Action intégré
PARAMED	Programme d'appui à la formation du personnel paramédical
PASCOB	Projet d'appui au système de santé du Congo Brazzaville
PBDS	Plan biennal de développement sanitaire

PBF	Financement base sur la performance
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDSS II	Programme de développement des services de sante – II
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification familiale
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Paquet minium d'activités
PND	Plan national de développement
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNUD	Programme des nations unies pour le développement
PSE	Paquets de services essentiels
PTBA	Plan de travail budgétisé annuel
PTME	Prévention de la Transmission de la mère & l'enfant
RC	Relai communautaire
RHS	Ressources humaines en santé
RSS	Renforcement du système de sante
SAV	Semaine africaine de vaccination
SIGS	Système d'information pour la gestion sanitaire
SNIS	Système national d'information sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux et néonataux d'urgence
SSME	Semaine de la santé de la mère et de l'enfant
TBC	Tuberculose
TDR	Test de diagnostic rapide
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population
UNICEF.	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAR	Vaccin anti rougeoleux
VIH	Virus de l'Immunodéficience humaine
WASH	Water sanitation hygiene

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

Tableau n° 1 : Indicateurs clés sur la santé, la vaccination et le système de santé : Source : EDSC-II 2011-2012

Indicateurs	Masculin	Féminin	Ensemble
Indicateurs de santé			
Prévalence de l'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de 5 ans	9,9 %	13,2 %	11,6 %
Taux de mortalité infanto-juvénile	86 ‰	78 ‰	68 ‰
Taux de mortalité infantile	49 ‰	45 ‰	39 ‰
Pourcentage d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole	75,3 %	74,5 %	74,9 %
Ratio de mortalité maternelle5	na	426	na
Indicateurs de la vaccination			
Taux de couverture en BCG	na	na	89,5
Taux de couverture en Penta 1	na	na	90,8
Taux de couverture en Penta 3	na	na	84,1
Taux de couverture en VPO 3	na	na	83,9
Taux de couverture en VAR	na	na	77,6
Taux de couverture en VAT2+	na	na	82,7
Taux d'abandon de Penta 1 a Penta 3	na	na	7,6
Indicateurs du système de santé			
Pourcentage de naissances dont l'accouchement a été assisté par un prestataire de santé formé	na	Na	94
Taux de prevalence contraceptive	na	44,7 %	na
Pourcentage de femmes ayant effectué au moins une visite prénatale	na	92,6 %	na
Pourcentage de femmes ayant effectué quatre visites prénatales ou plus	na	78,9 %	na
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont la fièvre a été traitée de manière appropriée avec des antipaludéens	24,4 %	25,5 %	25,0 %
Besoins non satisfaits en matière de planification familiale	na	18,2 %	na
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action	27,4 %	25,3 %	26,3 %

Il convient de noter que les données de l'EDSC-II renseignent sur les performances du système vaccinal avant l'année 2011, avec une répartition de taux de couverture par sexe. Le Congo a récemment réalisé une revue externe du PEV avec le soutien de l'OMS et de l'UNICEF. L'enquête de couverture vaccinale menée à la faveur de cette revue a produit les résultats indiqués dans le tableau ci-dessous.

Tableau n° 2 : proportion d'enfants vaccinés par antigène et selon le sexe (carte et histoire) source : Rapport Revue externe du PEV 2014

SEXE	BCG	Penta3	POL3	VAR	VAA
Féminin	99%	88%	87%	77%	77%
Masculin	97%	85%	83%	78%	78%
Risque Relatif	1,01	1,10	1,05	0,98	0,98

Tableau n° 3: Quotients de mortalité infanto-juvénile au Congo pour la période des dix années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-économiques. Source : EDSC-II 2011-2012

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période des dix années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-économiques, Congo, 2011-2012

Caractéristique socioéconomique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) ¹	Mortalité infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
Résidence					
Urbain	26	18	45	34	77
Rural	21	29	51	39	88
Département					
Kouilou	17	28	45	49	92
Niari	19	25	44	27	70
Lékoumou	24	28	52	46	95
Bouenza	29	31	60	50	107
Pool	17	24	41	31	71
Plateaux	28	29	57	39	94
Cuvette	30	27	57	39	94
Cuvette-Ouest	25	49	73	32	104
Sangha	30	45	75	47	118
Likouala	27	19	45	41	84
Brazzaville	30	18	48	32	79
Pointe-Noire	17	17	35	34	67
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	32	31	63	46	106
Primaire	23	31	54	41	93
Secondaire 1 ^{er} cycle	25	19	44	35	77
Secondaire 2 nd cycle ou plus	20	12	32	26	57
Quintiles de bien-être économique					
Le plus pauvre	22	30	52	40	89
Second	29	26	55	46	98
Moyen	24	18	42	41	81
Quatrième	26	19	46	30	74
Le plus riche	19	17	36	19	54

¹ Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale.

Tableau n° 4: Information sur les vaccins actuellement utilisés et à l'avenir

Vaccins actuellement utilisés par le programme de vaccination		
Vaccin	Année d'introduction	Commentaires (y compris changements prévus de produit, perte vaccinale, etc.)
Vaccin Anti tuberculeux (BCG)	1981	Administration à la naissance
Vaccin Antipoliomyélitique Oral (VPO)	1981	Administration : Polio 0 à la naissance; Polio1 à 2 mois ; Polio2 à 3 mois ; et Polio3 à 4 mois
Vaccin antirougeoleux (ROUVAX)	1981	Administré entre le 9 ^{ème} et le 11 ^{ème} mois
Vaccin Antitétanique	1981	Administré chez les femmes enceintes :1 ^{ère} dose au premier contact, 2 ^{ème} dose 1 mois après la première, la 3 ^{ème} dose 6 mois après la 2 ^{ème} dose, la 4 ^{ème} dose 1 an après la 3 ^{ème} dose et la 5 ^{ème} 1 an après la 4 ^{ème} dose.
Pentavalent (DTC-HepB-HiB)	2009	Administration : Penta 1 à 2 mois ; Penta 2 à 3 mois ; et Penta 3 à 4 mois
Vaccin Antipneumococque 13 (PCV 13)	2012	Administration : PCV13 dose1 à 2 mois ; PCV13 dose 2 à 3 mois ; PCV13 dose 3 à 4 mois
Vaccin Anti Amaril	2004	Administré entre le 9 ^{ème} et le 11 ^{ème} mois
Vaccin Anti Hépatite B	2007	Depuis 2007, l'antigène est administré en même temps que le Penta.
Vaccin Anti Rotavirus (ROTARIX)	2014	Administration : Rotarix dose 1 à 2 mois ; Rotarix dose 2 à 3 mois

Vaccins que le programme de vaccination prévoit d'utiliser à l'avenir

Note : cette section inclura tout vaccin actuellement envisagé par le pays et elle ne représente aucunement un engagement du pays à introduire les vaccins cités ci-dessous.

Vaccin	Mois / année d'introduction	Commentaires (notamment les changements prévus de produit, la perte vaccinale, etc.)	La planification de l'introduction du vaccin a-t-elle été prise en compte dans la demande de RSS ?
VPI dix doses	Juillet 2015	La soumission du Congo a été recommandée pour approbation avec éclaircissements par le CEI de novembre 2014	Oui
Vaccin anti Rougeoleux 2 ^{ème} dose	2015	Le renforcement de la chaîne de froid, la formation du personnel et le renforcement des mécanismes de suivi et évaluation qui seront réalisés à travers le projet RSS-GAVI vont contribuer au succès de l'introduction de ce vaccin	Oui
Vaccin anti Hépatite B à la naissance	2016		
Vaccin Anti Papilloma Virus (HPV)	2017	Démonstration de l'introduction dans deux départements	Oui

Au Congo, le PEV est mis en œuvre depuis 1981. Selon l'EDSC-II 2011-2012, la couverture vaccinale des 3 doses de Pentavalent est de 71,9% et celle du Vaccin anti rougeoleux (VAR) est de 74,9%. Le pourcentage d'enfants complètement vaccinés (enfants ayant reçu tous les vaccins indiqués dans le calendrier vaccinal avant leur premier anniversaire) est de 45,5%. Le pourcentage des enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin (zéro dose) est de 3,6%.

Des données plus récentes issues de l'enquête de couverture (2014) montrent que la couverture brute de 3 doses de Pentavalent est de 86,4% et celle du VAR est de 77,6%. Le pourcentage d'enfants complètement vaccinés est de 75% selon les couvertures brutes.

Quelle que soit la source des données, aucune disparité n'est observée selon le sexe. Le pourcentage des filles vaccinées (75,3%) est supérieur à celui des garçons (74,5%). Par contre, les disparités apparaissent lorsqu'on considère le milieu de résidence (urbain/rural par département), le niveau d'instruction de la mère et les quintiles de bien être économiques. En considérant les enfants complètement vaccinés, la couverture vaccinale est plus faible chez les enfants dont les mères n'ont aucun niveau d'instruction (40,6%), celles dont le niveau d'instruction est limité au cycle primaire (39,6%) et plus forte chez ceux dont les mères ont le niveau secondaire 2nd cycle ou plus (51,6%).

Seuls 38,2% des enfants issus des familles les plus pauvres ont été complètement vaccinés contre ceux appartenant aux familles les plus riches.

Cependant, il sied de signaler que selon l'EDSC-II, le pourcentage des enfants complètement vaccinés était de 46% en 2011. La revue externe du PEV réalisée en 2014 a montré un taux de 75%. Les résultats de la revue externe concordent avec ceux des sources administratives⁷.

Enfin, la proportion des peuples autochtones est élevée dans le département de la Likouala qui compte parmi les départements les moins performants en terme de pourcentage d'enfants complètement vaccinés (32,9%). Cela explique le choix de ce département dans le cadre de la promotion de l'équité d'autant plus qu'il s'agit d'un département difficile d'accès.

⁷ Rapport de la revue externe du PEV Congo 2014, pages 127-128

6. Description du secteur national de la santé

6.1. Généralités

Le Congo est situé en Afrique Centrale, à cheval sur l'équateur. Elle couvre une superficie de 342.000 km². Elle est limitée au Nord par la République Centrafricaine et le Cameroun, au Sud par l'enclave angolaise du Cabinda, à l'Est par la RD Congo et à l'Ouest par le Gabon et l'océan atlantique.

Le territoire est divisé en 12 départements administratifs, 87 districts administratifs et 6 communes.

En 2011, sa population était estimée à 4.085.422 habitants dont 51,7% de femmes. La population urbaine était estimée à 67,1% et les 2 principales villes concentraient 56,6% de la population ([Brazzaville avec 37,2% et Pointe-Noire avec 19,4%](#))⁸. La densité était estimée à 11,9 habitants/km², avec un taux brut de natalité de 41,7 pour 1000.

6.2. [Organisation et fonctionnement du système de santé au Congo](#)⁹

6.2.1. Structure administrative

La structure administrative du système de santé du Congo comprend 3 niveaux hiérarchiques : central, intermédiaire et périphérique.

Niveau central

Son rôle est stratégique et normatif dans la planification, le suivi, l'évaluation, la coordination, la mobilisation et l'allocation des ressources. Il est représenté par le cabinet du ministre en charge de la santé, les directions rattachées au cabinet, l'inspection générale de la santé et 6 directions générales dont 3 ont été récemment créées par [le décret n° 2013-813 du 30 décembre 2013](#), portant organisation et fonctionnement du ministère de la santé et de la population. Par ailleurs, le Comité de Pilotage du PNDS, le Conseil national de lutte contre le Sida (CNLS) et son secrétariat, le Comité de coordination inter agences pour la vaccination et les vaccins (CCIA) et divers autres comités sont les institutions de consultation et d'aide à la décision dont dispose le ministère.

Niveau intermédiaire

Il est représenté par les Directions départementales de la santé (DDS). Elles jouent le rôle d'appui technique aux districts sanitaires. Les territoires des départements sanitaires obéissent au découpage administratif du pays.

Niveau périphérique

Il est représenté par les districts sanitaires et les aires de santé qui les composent. Il convient de noter que le décret ci-dessus cité restructure le niveau périphérique en faisant coïncider les limites géographiques des districts sanitaires avec celles des districts administratifs. De ce fait, le pays compterait 111 districts sanitaires dont 87 en milieu rural. Ce processus de réforme est en cours. Les comités de santé et les comités de gestion des hôpitaux de base sont les organes de participation communautaire qui soutiennent le fonctionnement du système de santé au niveau périphérique.

6.2.2. Organisation opérationnelle des soins et services de santé

C'est une organisation pyramidale, fondée sur le district sanitaire et les principes fondamentaux des soins de santé primaires. L'offre est assurée par deux secteurs : le secteur public et le secteur privé.

⁸ Rapport d'analyse du volet QUIBB-ECOM 2011, page 31
⁹ PBDS 2015-2016, pages 24-44

6.2.2.1. Formations sanitaires ambulatoires

Ce sont les centres et postes de santé publics, ainsi que les cabinets médicaux et cabinets de soins infirmiers privés. Le pays compte au total 302 formations sanitaires ambulatoires publiques¹⁰, réparties entre les CSI, les centres de santé scolaire et les centres médicosociaux des administrations et des entreprises paraétatiques. L'effectif global des postes de santé n'est pas maîtrisé. Les données disponibles indiquent que les personnels en poste dans chaque formation sanitaire ambulatoire varient de 50 à plus de 100 en milieu urbain et de 1 à 4 en milieu rural.

On note que moins de 40% des centres de santé ont été engagés dans les processus de rationalisation de leur fonctionnement, conformément aux orientations du PNDS. De façon générale, les CSI non rationalisés délivrent des paquets d'activités incomplets généralement limités aux [consultations curatives et prénatales](#)¹¹. Toutefois, la vaccination est l'une des activités les plus présentes dans les paquets des services offerts par le secteur public.

Les données de l'enquête de couverture vaccinale montrent que 14% des centres fixes de vaccination sont constitués des formations sanitaires privées. Par ailleurs, le rapport HERA¹² indique que les établissements privés assurent environ 70% des consultations cliniques en milieu urbain, et n'offrent pas un ensemble complet de services à l'échelon primaire. De ce fait, ces structures offrent un important potentiel d'amélioration de la couverture vaccinale.

6.2.2.2. Formations sanitaires d'hospitalisation

Les formations sanitaires d'hospitalisation comptent 6 hôpitaux généraux (HG) et 23 hôpitaux de base (HB). La capacité globale d'accueil du secteur public était estimée à 1945 lits en 2012. Au-delà du secteur public des cliniques offrent également des lits d'hospitalisation.

D'importants efforts ont été accomplis dans l'acquisition et la mise à disposition des équipements techniques, destinés aux HG. Dans l'ensemble, leurs plateaux techniques ont été mis à niveau. Cependant, des insuffisances demeurent en ce qui concerne : (i) les ressources humaines qualifiées, (ii) l'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux ainsi que (iii) la maintenance des équipements biomédicaux. En ce qui concerne les Hôpitaux de base (HB), leurs plateaux techniques sont généralement insuffisants et sont faiblement intégrés dans leurs districts sanitaires.

6.2.2.3. Etablissements sanitaires d'appui au diagnostic et au traitement

Ce sont le Laboratoire national de santé publique (LNSP) et le Centre national de transfusion sanguine (CNTS) ; deux établissements publics dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Le LNSP est doté en équipements requis pour la réalisation des analyses de biologie médicale de haut niveau de spécialité et de qualité conforme aux standards internationaux. Le CNTS assure la collecte, la préparation, la qualification et la distribution des produits sanguins aux formations sanitaires.

6.2.2.4. Centres de traitement ambulatoire du VIH / SIDA et centres de traitement anti tuberculeux

Le pays dispose à ce jour de trois Centres de traitement ambulatoire du VIH/SIDA et de deux centres antituberculeux basés respectivement à Brazzaville et à Pointe Noire. Ces centres sont régis par des textes spécifiques. Leur fonctionnement est indépendant des districts sanitaires dans lesquels ils sont implantés.

6.2.2.5. Programmes et projets.

A ce jour, on dénombre 11 programmes et projets spécifiques dédiés à divers domaines de santé prioritaires. Tous ces programmes et projets sont fondés sur des stratégies nationales et mondiales. La

¹⁰ PBDS 2015 – 2016, Ministère de la santé et de la population ; 2014.

¹¹ PBDS 2015 – 2016, Ministère de la santé et de la population ; 2014, page 25

¹² "Étude sur le secteur privé de la santé en République du Congo », Results for development institute, HERA 2011 : <https://books.google.cg/books?id=4h1rb2bVqDMC&printsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f=false>

plupart de ces programmes spécifiques ont entrepris d'intégrer leurs activités au niveau opérationnel.

En 2008, le Congo a adopté la [feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile](#)¹³ pour la période de 2010 à 2015. De même, la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant est mise en œuvre depuis l'année 2009.

6.3. Performances des services de santé du Congo

Selon l'EDSC-II, des taux élevés de [consultations prénatales \(93%\)](#)¹⁴ et d'accouchements assistés par un personnel qualifié (92%) sont observés au Congo. Ces indicateurs contrastent avec l'ampleur de la mortalité maternelle et néonatale. Cette observation révèle une qualité insuffisante de la consultation prénatale et de la prise en charge de l'accouchement.

S'agissant de ce déficit de qualité, les données disponibles indiquent que 28% des usagers ne sont pas satisfaits des services de santé. Ce taux d'insatisfaction atteint 52% dans certains départements. Par ordre d'importance, les principales causes de l'insatisfaction sont : (i) le coût élevé des prestations, (ii) les longs délais d'attente, (iii) le mauvais accueil, (iv) l'inefficacité du traitement, (v) le manque de personnel formé et (vi) les ruptures fréquentes des stocks de médicaments.

Par ailleurs, le taux d'utilisation des soins et [services offerts par les CSI est relativement faible](#)¹⁵, limité à 24% ; la consultation curative ne dépasse pas 0,5 contacts par an / habitant. Les principaux facteurs qui limitent cette utilisation sont la faible accessibilité géographique et financière des soins et services ainsi que la rupture fréquente des intrants. Ces limites sont particulièrement observées en milieu rural et auprès des groupes de populations défavorisées, notamment les peuples autochtones et les familles démunies.

Les faibles performances actuelles des services de santé sont également une traduction de la fragilité et des insuffisances observées dans le fonctionnement des districts sanitaires. Il s'agit notamment : (i) des déficiences de la supervision des équipes des CSI (ii) de l'insuffisance de capacités techniques de ces équipes (iii) du sous financement des activités de planification et de suivi-évaluation; (iv) des insuffisances d'un système national d'information sanitaire (SNIS) et (v) de diverses contraintes logistiques telles que l'absence des véhicules de supervision entravant de fait le développement des stratégies mobiles et avancées. Ces contraintes ont un impact immédiat sur l'accès aux PSE y compris les vaccinations.

Par ailleurs, l'inexistence ou la défaillance des organes de participation communautaire ainsi qu'une absence de consensus sur les paquets d'activités des relais communautaires et de leurs motivations ont pour conséquences entre autres le faible engagement communautaire et une utilisation limitée des soins et services disponibles dans les districts sanitaires.

L'analyse des goulots d'étranglement du système de santé du Congo développée dans la section 9, met en lumière ses insuffisances et ses dysfonctionnements à travers les 6 piliers du renforcement d'un système de santé que sont : la gouvernance du système, la prestation des services, le financement, les ressources humaines, les médicaments, vaccins et technologies et l'information sanitaire.

TROIS PAGES MAXIMUM

¹³ Feuille de route nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile

¹⁴ EDSC-II 2011- 2012 ; page 13

¹⁵ ECOM 2011, page 9

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

Au terme de la mise en œuvre du PNDS 2007-2011, le MSP s'est doté du Programme biennal de développement sanitaire (PBDS) 2015-2016, lequel est adossé au Plan National de Développement (PND) 2012-2016. On note que l'élaboration du PBDS 2015-2016 n'a pas été précédée d'une revue du secteur santé dans son ensemble. Le PBDS constitue le cadre de référence pour la mise en œuvre de la politique de santé du Congo.

Ce programme vise la réduction de la morbidité et de la mortalité d'ici la fin de l'année 2016. Il s'agit plus spécifiquement de réduire: (i) la mortalité maternelle de 426 à 407 décès pour 100 000 naissances vivantes ; (ii) la mortalité néonatale, de 22 à 18 décès pour 1000 naissances vivantes ; (iii) la mortalité infanto juvénile, de 68 à 52 décès pour 1000 naissances vivantes ; (iv) les incidences/prévalences du VIH/SIDA, du paludisme et de la tuberculose, des autres maladies transmissibles et des maladies non transmissibles et (v) la prévalence des maladies tropicales négligées et des maladies évitables par la vaccination.

L'atteinte de ces objectifs repose sur 11 orientations stratégiques toutes liées au renforcement du système de santé. Ces orientations traitent principalement de l'amélioration de la gouvernance et des capacités de management des services de santé ; de l'amélioration de la couverture de la population en soins et services essentiels de qualité, y compris les services d'hygiène ; l'amélioration de l'équité dans l'accès aux paquets de soins et services essentiels et la promotion de l'approche communautaire dans l'organisation de l'offre de soins et services essentiels dans les districts sanitaires. Grâce à ces orientations stratégiques, le PBDS 2015-2016 prévoit d'emmener au moins 70 % des centres de santé, des hôpitaux de base et autres formations sanitaires à offrir des paquets de soins et services complets et de qualité, conformes aux normes définies. En outre, les cibles indiquées pour l'utilisation des services de santé par les populations et les taux de couverture des interventions des programmes de santé publique notamment le PEV devront être atteintes dans au moins 80 % des districts sanitaires;

S'agissant des vaccinations, les principales lignes d'actions préconisées par le [PBDS 2015-2016](#)¹⁶ comprennent : (i) la pérennisation du financement de la vaccination, (ii) l'intégration de la vaccination dans toutes les formations sanitaires ambulatoires tant publiques que privées, (iii) la poursuite et le renforcement du processus d'intégration des nouveaux vaccins dans le PEV de routine, (iv) la mise en œuvre effective de la stratégie « atteindre chaque district », (v) la remise à niveau et la maintenance de la chaîne de froid sur l'ensemble du territoire, (vi) le renforcement de la sécurité des injections, (vii) l'organisation de la prise en charge des cas de Manifestations adverses post immunisation (MAPI) et l'organisation des activités de vaccination supplémentaire.

La promotion de l'approche communautaire dans l'organisation de l'offre de soins et services essentiels dans les districts sanitaires sera réalisée à travers: (i) l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie définissant le paquet de services du niveau communautaire, les modalités et les ressources requises pour leur mise en œuvre, (ii) la mise en place d'un cadre juridique approprié pour les relais communautaires et (iii) le développement des mécanismes de suivi et évaluation des relais communautaires.

Au terme de l'année 2015, une revue à mi-parcours sera conduite afin d'apprécier les niveaux d'exécution des activités des différentes interventions ainsi que le degré d'atteinte des résultats visés au titre de l'exécution du PBDS 2015-2016. Le PBDS 2015-2016 étant le seul cadre de référence pour la mise en œuvre de la politique de santé dans le pays, il s'agira de conduire une revue sectorielle unique, impliquant [l'ensemble des parties prenantes](#)¹⁷. GAVI Alliance sera impliqué dans la préparation et la tenue de la revue sectorielle prévue au terme de l'année 2015, laquelle sera la première à être réalisée au Congo.

UNE PAGE MAXIMUM

¹⁶ PBDS 2015-2016, page 56

¹⁷ Cf. PBDS 2015-2016, page 94

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

Le chapitre 7 du PBDS 2015-2016 prévoit un cadre de mise en œuvre, suivi et évaluation (pages 90-96) qui reposera sur la fonctionnalité du SNIS pour la collecte, le traitement et l'analyse des données. S'agissant du plan de suivi, des missions de supervision seront organisées selon une périodicité mensuelle pour les districts sanitaires vers les CSI ; trimestrielle pour les directions départementales de la santé vers les équipes-cadres des districts sanitaires et semestrielle pour le niveau central vers les directions départementales de la santé.

Les opérations décrites dans les Plans de travail annuel budgétisés (PTAB) constitueront la principale référence pour le suivi régulier de la mise en œuvre du programme. A ce titre, une réunion mensuelle de suivi impliquant les responsables des centres de santé et des hôpitaux de base, sera organisée dans chaque district sanitaire. De même, chaque directeur départemental, organisera une réunion trimestrielle de suivi avec les équipes cadres des districts sanitaires.

Les travaux de ces réunions seront consacrés à: (i) l'examen des progrès accomplis à travers la revue des rapports périodiques; (ii) l'identification des problèmes survenus au cours de la période et (iii) à la discussion et la prise des décisions relatives aux actions correctrices. A cet égard, le PBDS 2015-2016 définit pour chaque résultat visé, les principaux indicateurs de suivi ainsi que les modalités de leur utilisation.

La revue annuelle prévue au terme de l'année 2015, devra permettre : (i) de s'assurer de la mise en œuvre adéquate des activités, (ii) de garantir la cohérence et la complémentarité des interventions entreprises par les différents acteurs ; (iii) d'identifier les écarts éventuels et (iv) de formuler des recommandations afin de redresser la situation le cas échéant. Sur le plan méthodologique, le processus comprendra des revues réalisées aux niveaux des districts sanitaires et dans les 12 départements du pays.

Elle consistera en une revue du secteur santé à part entière structurée autour de travaux préparatoires et d'une réunion impliquant aussi bien les acteurs étatiques, les partenaires techniques et financiers ainsi que la Société civile. Les travaux préparatoires de la revue sectorielle comprendront non seulement la compilation des rapports synthèses des différents niveaux mais également des missions conjointes de visites de terrain pour une meilleure appréciation des progrès accomplis. Les indicateurs de suivi complétés de certains indicateurs d'évaluation seront utilisés pour les besoins de la revue sectorielle.

Une évaluation finale sera conduite au terme de l'année 2016. Elle portera principalement sur l'appréciation du degré d'atteinte des objectifs visés et des résultats attendus par le programme et comprendra une évaluation externe et une enquête de satisfaction des bénéficiaires. A l'instar du suivi, le PBDS 2015-2016, définit pour chaque résultat visé les principaux indicateurs d'évaluation ainsi que les modalités de leur utilisation.

S'agissant de l'évaluation de la stratégie nationale, aucune évaluation conjointe à l'ensemble des parties prenantes n'a été effectuée. Toutefois, le PBDS 2015-2016 prévoit l'organisation d'une revue sectorielle unique au terme de l'année 2015, au titre de sa revue à mi-parcours.

On note qu'en ce qui concerne les vaccinations, les données sont collectées au niveau des centres fixes de vaccination à travers des supports standards. Les rapports produits après traitement et analyse sont transmis à tous les échelons selon une périodicité mensuelle. A chaque niveau, un monitoring des données est réalisé et des actions correctrices sont entreprises. Chaque mois le programme produit un rapport global est produit et partagé avec les partenaires au niveau local et global. Les principaux indicateurs monitorés sont : Taux de couverture vaccinale par antigène ; Taux d'abandon Penta1/Penta 3, BCG/VAR, pourcentage des DS avec couverture vaccinale en Penta3>80% ; Nombre d'enfants non vaccinés en Penta3 et VAR ; Taux de perte par antigène.

Tous les trois à quatre ans, le pays réalise avec l'appui des partenaires les enquêtes de couverture au niveau national (EDS, Revue externe du PEV). A titre illustratif, une revue externe a été réalisée en 2014, la prochaine est prévue en 2017.

UNE PAGE MAXIMUM

9. Goulots d'étranglement du système de santé qui contrarient les résultats de la vaccination

Au terme de l'analyse de la situation sanitaire réalisée sur des bases factuelles tirées notamment du [PBDS 2015-2016](#)¹⁸, [PPAC 2012-2016](#)¹⁹, [Rapport de revue du PEV 2014](#)²⁰, de nombreux goulots d'étranglement qui limitent les performances des services de santé ont été identifiés. Ceux qui entravent de façon directe le bon développement du système de vaccination sont résumés ci-après:

9.1. En matière de gouvernance des services de santé

La gouvernance des services de santé est marquée par :

- les insuffisances du cadre juridique : caducité de certains textes, absence de textes d'application de certains décrets et lois;
- l'inadéquation du positionnement hiérarchique de la structure de management du PEV ;
- les faibles capacités d'appui des directions départementales de la santé aux districts sanitaires y compris en matière de gestion des programmes de vaccination ;
- les insuffisances observées dans l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques, stratégies, plans et programmes de santé ;
- la faiblesse de la coordination des interventions dans le secteur de la santé ;
- la non systématisation des revues et des évaluations des interventions dans le secteur;
- la faible implication des acteurs non institutionnels (société civile, secteur privé, communautés) dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des activités de santé, y compris la vaccination

9.2. En matière d'offre de soins et services de santé

L'offre des soins et services de santé est marqué par leur faible couverture et leur qualité insuffisante. Il en résulte une forte inéquité observée particulièrement auprès des populations marginalisées notamment les peuples autochtones. Cette situation est due à plusieurs facteurs : (i) faible couverture du territoire en CSI ; (ii) insuffisance des ressources humaines compétentes, (iii) contraintes liées à l'approvisionnement et la distribution des médicaments essentiels ; (iv) insuffisances du soutien logistique.

En effet, environ 80% des districts sanitaires sont peu fonctionnels. Leurs équipes cadres sont incomplètes et non formées au management et leurs CSI ne sont pas engagés dans les processus de rationalisation de leur fonctionnement. La non intégration des activités de vaccination dans les PSE offerts par certains centres de santé publics et privés en est un signe révélateur.

9.3. En matière de demande et d'utilisation des services de santé

La demande des soins et services de santé est insuffisante en raison de : (i) la faiblesse des activités de promotion de la santé ; (ii) le faible développement des approches communautaires (visite à domicile, rattrapage des abandons vaccinaux, etc..) ; (iii) la qualité insuffisante de l'offre, avec entre autres conséquences la non satisfaction des utilisateurs et (iv) l'absence d'approches spécifiques mises en œuvre pour stimuler la demande des soins et services par les usagers. A titre indicatif, il s'agit de l'insuffisance des activités de communication interpersonnelle sur le PSE d'un CSI, des activités de communication de masse et de la diffusion des messages à travers des canaux traditionnels et modernes de communication (nouvelles technologies de l'information).

Divers facteurs concourent à la faible utilisation des soins et services de santé par les populations. Il

¹⁸ Programme biennal de développement sanitaire 2015- 2016, pages 47 - 50

¹⁹ Plan pluriannuel complet 2012-2016, page 15 - 30

²⁰ Rapport de revue externe du PEV, octobre 2014

s'agit notamment: (i) du mauvais accueil des usagers ; (ii) des discontinuités dans la prise en charge des usagers ; (iii) des ruptures fréquentes des stocks de médicaments, vaccins et autres intrants et (iv) des coûts élevés des soins et services au regard du niveau de pauvreté des populations.

9.4. En matière de financement de la santé

Au Congo, le financement de la santé est encore inadéquat en raison de sa répartition et de l'insuffisance des allocations budgétaires. Selon les [comptes nationaux de la santé, des années 2009 et 2010](#), les dépenses de santé étaient principalement assurées par le gouvernement (58%) et les ménages (39%). Les allocations étaient affectées prioritairement aux structures du niveau central et aux HG (75%) ; très peu de ressources étaient allouées aux structures périphériques (7%) et aux programmes spécifiques (14%)²¹. Cette situation explique en partie la faible mise en œuvre des activités au niveau opérationnel telles que les supervisions et les stratégies avancées.

9.5. En matière de ressources humaines

Les faibles capacités de gestion et l'utilisation peu rationnelle des ressources humaines constitue un réel goulot d'étranglement de l'offre de PSE. En effet, les données du recensement des effectifs des services de santé effectué en 2011 montrent que le Congo dispose globalement d'un effectif non négligeable de personnels de santé, mais d'importants dysfonctionnements et de multiples insuffisances caractérisent leur gestion : absence d'un plan de développement des ressources humaines cohérent, non utilisation d'outils appropriés tels que les référentiels des métiers et les descriptifs des postes etc. De ce fait, plusieurs centres et postes de santé ruraux sont animés par des agents communautaires, peu formés dans l'offre des PSE y compris les vaccinations, alors que d'autres sont fermés faute de personnels. Par ailleurs, la faiblesse des effectifs et les insuffisances relevées auprès des équipes cadres en matière de gestion des districts sanitaires ont un impact direct sur l'appui et la supervision.

9.6. En matière des médicaments, produits médicaux, équipements de chaîne de froid et autres moyens logistiques

Dans ce domaine, la situation est caractérisée par : (i) la disponibilité limitée des médicaments et des produits médicaux ; (ii) la vétusté et l'obsolescence des équipements medicotechniques ; (iii) [la vétusté des équipements de chaîne de froid dans les DDS, les districts sanitaires et les centres de santé](#)²² ; (iv) la faible qualité de la gestion efficace des vaccins et ; (v) la rupture récurrente des antigènes et matériel d'injection.

Au-delà des infrastructures, des équipements et du matériel technique, les districts sanitaires ne disposent pas de véhicules de supervision.

9.7. En matière de système d'information sanitaire

La situation est caractérisée par une insuffisance et une utilisation encore très limitées des bases factuelles pour guider la prise de décisions.

Cette situation résulte du faible niveau de développement du Système national d'information sanitaire (SNIS), en dépit des actions qui sont en cours, attribuée à plusieurs facteurs notamment : (i) l'absence de textes disposant du SNIS, de son organisation, son fonctionnement, ses outils et ses procédures ; (ii) le faible niveau d'appropriation et d'implication des acteurs clés du SNIS; (iii) la faiblesse des compétences techniques en matière de collecte, traitement, analyse des données, production des rapports et exploitation des résultats et (iv) l'utilisation peu adéquate des allocations budgétaires dédiées au développement du SNIS. Les insuffisances que présentent les données de routine du PEV relèvent essentiellement de ces

²¹ Comptes nationaux de la santé 2009-2010, MSP 2012, pages 20 à 22
²² PPAC page 26-27

faiblesses.

9.8. En matière de partenariat et de la participation communautaire

Le [PBDS 2015-2016](#) note que seul 26% des districts sanitaires disposent d'une association des COSA fonctionnelle. Si 79,7% des CSI ont mis en place des comités de santé, aucun d'entre eux ne satisfait aux critères d'un COSA fonctionnel. Ce faible niveau d'implication des communautés à travers ces organes de gestion, pourrait être un des facteurs explicatifs de la baisse de l'utilisation des services de santé par la communauté qui est passée de 26,7% en 2005 à 23,8% en 2011²³

Les problèmes liés au partenariat et à la participation communautaire sont : (i) la faiblesse des actions sanitaires réalisées au niveau communautaire, avec la participation effective des acteurs locaux ainsi que celle du partenariat public-privé, les Organisation de la société civile y compris ; (ii) une coordination encore faible des interventions des divers partenaires par le ministère de la santé; (iii) une collaboration intersectorielle peu opérationnelle et (iv) des capacités de suivi des partenariats et des programmes de collaboration intersectorielle encore très limitées.

9.9. Goulots spécifiques qui seront levés grâce au financement GAVI

De façon spécifique, la contribution du financement GAVI RSS, sera déterminante pour lever les goulots d'étranglement ci-dessous décrits :

- insuffisances et inéquité dans l'offre et l'utilisation du paquet des services essentiels de qualité y compris la vaccination particulièrement chez les populations marginalisées dont les peuples autochtones ;
- insuffisance de la demande des PSE en particulier la demande des services de vaccination;
- insuffisances de la planification, la supervision et du système de suivi-évaluation des activités de vaccination;
- insuffisances de la chaîne logistique et de la gestion efficace des vaccins ;
- faiblesses des compétences techniques des agents de santé en matière de vaccination ;
- insuffisance des moyens logistiques pour la supervision dans les districts sanitaires et ;
- faiblesses de la coordination des interventions, du partenariat et de l'implication des communautés, des OSC et du secteur privé.

QUATRE PAGES MAXIMUM

²³ *PBDS 2015-2016, page 45*

10. Leçons tirées et expérience acquise

Objectifs	Leçons tirées, mettant en évidence aussi bien les succès que les difficultés ; inclure tout enseignement tiré de la mise en œuvre d'une allocation
<p>Objectif n°1 : D'ici la fin du projet, au moins 80% des districts sanitaires à faibles performances ciblés offrent des PSE complets de qualité, y compris les vaccinations, avec des taux moyens d'utilisation d'au moins 50%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'expérience du Projet d'appui au système de santé du Congo Brazzaville (PASCOP) de 2004 à 2009 a permis la revitalisation de 5 districts sanitaires en focalisant ses interventions sur la réhabilitation des infrastructures (CSI et sièges des équipes cadres), la formation des équipes cadres de ces districts, le renforcement du paquet minimum d'activités y compris la vaccination, les supervisions régulières et de qualité, la participation communautaire et l'approvisionnement en médicaments. • Au cours de cette période, le Congo a défini et lancé la mise en œuvre des PSE au niveau communautaire, dans les centres de santé et les hôpitaux. Ces interventions ont contribué à la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile observée actuellement²⁴. • L'expérience pilote réussie de mise en œuvre de Financement basé sur la performance (PBF)²⁵ réalisée dans trois départements (Pool, Plateaux et Niari) a servi de base à la formulation du PDSS II dont les activités sont focalisées sur l'extension dans sept départements. • Tirant les leçons de ces expériences, l'accent sera mis sur l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des PSE offerts, grâce au soutien de RSS-GAVI.
<p>Objectif n° 2 : D'ici la fin du projet, augmenter de 75% à au moins 85% le pourcentage des enfants complètement vaccinés dans l'ensemble des districts sanitaires y compris au sein des groupes de populations marginalisées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'appui de SSV-GAVI entre 2004 et 2011 a permis d'améliorer la couverture vaccinale en penta 3 de 44% en 2002 à 88% en 2011 dans l'ensemble du pays ; • parallèlement, de 2009 à 2014, l'appui de ENI Foundation à la mise en œuvre des composantes ACD dans trois départements (Kouilou, Niari et Cuvette) a permis d'atteindre et maintenir des bonnes couvertures vaccinales dans ces départements précités ; • de ce fait, le soutien RSS-GAVI sera mis à profit pour la mise à échelle de l'ACD dans les districts sanitaires ciblés.
<p>Objectif n°3 : D'ici la fin du projet, emmener au moins 80% des directions départementales et des districts sanitaires à produire des données de qualité et des rapports périodiques, conformes aux formats et délais recommandés par le SNIS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La dotation de 10 districts sanitaires en kits informatiques et leur formation en gestion des données du SNIS a permis d'améliorer la complétude des rapports et générer l'annuaire statistique 2012, vingt ans après la dernière édition. • La faible qualité des données produites par le système de routine explique les disparités observées entre les données administratives et celles des enquêtes/estimations OMS-UNICEF. • Les capacités du SNIS demeurent encore insuffisantes : les données de routine produites sont généralement parcellaires et peu fiables et les enquêtes peu fréquentes. Les décideurs ne disposent pas toujours de bases factuelles pour prendre des décisions aussi bien au niveau stratégique qu'opérationnel. • Le soutien RSS-GAVI permettra : (i) de renforcer les capacités des districts sanitaires afin de les emmener à produire les données de qualité et à soumettre les rapports périodiques requis et (ii) de mettre en place divers

²⁴ Analyse outil LIST

²⁵ PDSS-II, page 31

	mécanismes de validation des données dont le DQA.
<p>Objectif n° 4 :</p> <p>D'ici la fin du projet, augmenter la demande des PSE y compris la vaccination dans les districts sanitaires ciblés grâce à la mise en œuvre des approches communautaires et à l'utilisation des approches novatrices des Technologies de l'information et la communication (TIC), à travers la téléphonie mobile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'un des éléments de rationalisation des CSI reste la mise en place des échéanciers. Leur usage, pour le suivi de l'utilisation des services de routine s'est avéré très efficace en milieu rural, mais bien moins en milieu urbain. C'est ainsi que la persistance des faibles couvertures des interventions en milieu urbain est également expliquée, par l'inexistence du système permettant de rattraper les abandons. • Le taux de pénétration de la téléphonie mobile au Congo étant très élevé (92%) en milieu urbain, l'expérience réussie de transmission des messages à travers les SMS des programmes de santé comme la ligne jaune et la campagne de vaccination Polio 3ème passage va permettre de bâtir une stratégie d'accroissement de la demande et l'utilisation des services (PSE y compris la vaccination). • C'est ainsi que l'utilisation de la téléphonie mobile, sera une réponse appropriée pour contribuer à réduire les limites des échéanciers manuels. Il s'agira, grâce au soutien de RSS-GAVI, de générer un échéancier électronique et des messages de relance qui seront diffusés sur les téléphones portables des mères dont les enfants ont été enregistrés à la vaccination.
<p>Objectif n° 5:</p> <p>D'ici la fin du projet, renforcer la gouvernance et la gestion du programme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le système de santé prévoit plusieurs organes de coordination des interventions dont le CCIA qui approuve et valide les politiques et les résultats de mise en œuvre des activités vaccinales. • Au niveau intermédiaire et périphérique, les organes de coordination bien que prévus par les textes manquent d'expertise et de leadership, le RSS-GAVI renforcera cette coordination. • Le PEV occupe une position de service administratif au sein de la Direction Générale de la Population. Il est structuré en six sections. Au regard d'une part, des défis auxquels le pays doit faire face en matière de vaccination et de l'importance des ressources qui lui sont allouées d'autre part, il importe que le positionnement hiérarchique du PEV lui confère les prérogatives d'une direction centrale. Il s'agit également de doter d'une structure de management plus opérationnelle à même d'accomplir efficacement l'ensemble des fonctions techniques, gestionnaires et administratives qui lui sont attribuées. Cette restructuration sera accompagnée d'un renforcement des capacités des acteurs en matière de gestion du PEV.
DEUX PAGES MAXIMUM	

11. Objectifs de la proposition

Objectif n°1 : D'ici la fin du projet, au moins 80% des districts sanitaires à faibles performances ciblés offrent des PSE complets de qualité, y compris les vaccinations, avec des taux moyens d'utilisation d'au moins 50%.

Cet objectif est conforme au résultat attendu n°2 du PBDS 2015-2016. Il sera atteint par : (i) la réhabilitation/rafraichissement des locaux de 20 centres de santé en fonction des besoins ; (ii) la dotation de 60 CSI en équipements et matériels technique, (iii) la mise en place des outils de gestion des activités y compris les instructions et directives de leur mise en œuvre; (iv) l'organisation des sessions de formation/remise à niveau des membres des équipes cadres sur le management des districts sanitaires ; (v) l'élaboration et la diffusion du manuel de supervision des agents et de monitoring de la couverture des activités dans les districts sanitaires ; (vi) l'organisation des séances de monitoring de la couverture des PSE, notamment de la couverture vaccinale dans l'ensemble des aires de santé (organisation des assemblées communautaires) ; (vii) l'organisation des séances de monitoring de la couverture des PSE, notamment de la couverture vaccinale dans l'ensemble des districts sanitaires ; (viii) l'organisation des supervisions mensuelles des agents des CSI par les équipes cadres ; (ix) l'organisation des missions trimestrielles de supervision des DS par les DDS et, (x) l'organisation des missions semestrielles de supervision des DDS par le PEV central.

L'amélioration de la couverture sanitaire dans ces districts à faibles performances accélérera l'introduction du financement basé sur la performance, étant donné que 7 d'entre eux font partie de la zone d'intervention du PDSS-II. Ces districts sanitaires bénéficieront des incitations financières pour l'obtention de meilleurs résultats, y compris dans le domaine de la vaccination.

Objectif n°2 : D'ici la fin du projet, augmenter de 75% à au moins 85% le pourcentage des enfants complètement vaccinés dans l'ensemble des districts sanitaires y compris au sein des groupes de populations marginalisées.

L'augmentation du pourcentage des enfants complètement vaccinés est un objectif qui s'inscrit dans la logique du PPAC aussi bien du point de vue de l'amélioration de la couverture vaccinale que de l'orientation stratégique centrée sur l'amélioration de l'offre²⁶ et l'atteinte des groupes marginalisés.

Pour atteindre cet objectif, les activités du projet RSS-GAVI vont être focalisées aussi bien sur l'offre que sur la demande des services de vaccination. En ce qui concerne l'offre, il s'agira de : (i) doter 60 CSI en motos pour les supervisions et les stratégies avancées et mobiles ; (ii) doter chaque CSI en 4 vélos pour les stratégies avancées et la supervision des relais communautaires ; (iii) doter le PEV central et les DS en véhicules/hors bords pour la supervision et la stratégie mobile ; (iv) fournir le soutien requis pour l'organisation des stratégies avancées et mobiles dans les districts sanitaires, en particulier pour atteindre les peuples autochtones ; (v) organiser les campagnes d'offre des PSE y compris les vaccinations aux populations autochtones et riveraines des cours d'eau ; (vi) réaliser une évaluation GEV en 2015 ; (vii) organiser des sessions de formation des acteurs du PEV du niveau central et des DDS sur la gestion du PEV, la planification, le suivi et évaluation du programme, la gestion des vaccins et des équipements de chaîne de froid, la gestion des données du PEV ; (viii) former les équipes cadres des 9 districts sanitaires et les infirmiers des 60 CSI sur le MLM et la gestion du PEV ; (ix) doter 40 CSI en matériels de chaîne de froid solaires et électriques ; (x) assurer régulièrement le transport des vaccins et autres intrants du PEV, du niveau central vers les CFV.

Pour ce qui est de la demande, il s'agira d'intensifier les activités relatives à l'amélioration des taux d'utilisation des services, avec une focalisation sur les vaccinations²⁷. En outre, des stratégies et approches idoines seront utilisées pour atteindre les populations marginalisées, notamment les peuples autochtones. Il s'agira de: (i) former 2 agents par district sanitaire sur la maintenance des matériels de la

²⁶ PPAC 2012-2016, page 57

²⁷ PPAC 2012-2016, page 59

chaîne de froid ; (ii) élaborer et mettre en œuvre des plans de communication sur la vaccination de routine et la délivrance du paquet d'interventions à haut impact dans les districts sanitaires à faibles performances et, (iii) faire un plaidoyer pour la dotation d'une allocation budgétaire²⁸ destinée à la maintenance des matériels de chaîne de froid, des motos et des véhicules.

Objectif 3 : D'ici la fin du projet, emmener au moins 80% des directions départementales et des districts sanitaires à produire des données de qualité et des rapports périodiques, conformes aux formats et délais recommandés par le SNIS.

Cet objectif s'inscrit dans les orientations stratégiques du PBDS 2015-2016 relatives au renforcement du SNIS²⁹. A ce titre, il s'agira de : (i) doter les DDS et les districts sanitaires en équipements informatiques et modems pour le traitement et la transmission des données du SNIS ; (ii) vulgariser le support électronique de saisie et de traitement des données du SNIS ; (iii) former les gestionnaires des données du SNIS sur l'utilisation des outils standards, les méthodes et techniques de collecte, traitement et analyse des données ; (iv) organiser semestriellement l'auto évaluation et les audits de la qualité des données fournies par les CSI (DQS et DQA) ; (v) organiser l'enquête de couverture vaccinale en 2018 ; (vi) organiser l'évaluation interne et externe du programme RSS-GAVI à mi-parcours et à la fin du projet.

Plus globalement, une revue périodique du secteur santé sera instituée. A ce titre, l'appui aux évaluations du secteur de la santé en général et de la vaccination en particulier aussi bien au niveau national, départemental que des districts sanitaires sera capital pour suivre les progrès accomplis. Enfin, les enquêtes de couverture vaccinale seront réalisées tous les 2 ans afin d'apprécier le niveau réel de la couverture vaccinale, en complément des données de routine et des autres enquêtes (EDS, MICS).

Objectif n° 4 : D'ici la fin du projet, augmenter la demande des PSE y compris la vaccination dans les districts sanitaires ciblés grâce à la mise en œuvre des approches communautaires et à l'utilisation des approches novatrices des Technologies de l'information et la communication (TIC), à travers la téléphonie mobile.

Dans ces orientations stratégiques relatives à la promotion de la participation communautaire, le PBDS 2015-2016 préconise d'assurer «une meilleure information des populations sur les paquets de soins et services offerts par les formations sanitaires³⁰». Ainsi donc, il s'agira essentiellement de : (i) entreprendre des négociations avec les compagnies de téléphonie mobile en vue de l'utilisation de leurs réseaux et des téléphones mobiles dans la promotion des vaccinations ; (ii) organiser la cérémonie officielle de signature de l'accord de partenariat avec les opérateurs de téléphonie mobile ; (iii) acquérir les équipements informatiques requis pour assurer le développement et la diffusion de l'échéancier électronique et des autres applications sur les téléphones portables des parents des enfants enregistrés à la vaccination ; (iv) assurer la mise en œuvre de l'application avec la téléphonie mobile: le développement et la diffusion de l'échéancier électronique, coûts appels vocaux et envoi automatique des sms au public ciblé. (v) la tenue d'un atelier d'élaboration des supports de mobilisation communautaire (banderoles, affiches, dossards, Teeshirts, casquettes spots radio et télédiffusés sur les « gestes qui sauvent ») ; (vi) l'identification et la formation d' au moins 2,400 relais communautaires sur l'atteinte des abandons et des non atteints, la mise en œuvre des PSE et des activités vaccinales, la délivrance des messages, la conduite des visites à domicile et la promotion de la santé ; (vii) la dotation des relais communautaires en outils de sensibilisation et de visibilité requis pour conduire leurs activités ;(viii) la formation des membres des COSA sur les SSP, le rôle des COSA, le fonctionnement et la gestion des soins de santé communautaire ; (ix) l'organisation des séances de sensibilisation de masse et des visites à domicile ; (x) le dénombrement des ménages dans les aires de santé et (xi) l'organisation des supervisions mensuelles des relais communautaires par les équipes de santé des CSI.

La mise en œuvre des approches communautaires se basera sur les opportunités qu'offre [le décret n° 2013-280 du 25 Juin 2013 portant organisation de la communauté en CGDC](#). Ces comités travailleront dans un cadre multisectoriel et jouiront d'un certain nombre d'avantages au nombre desquels figurent les

²⁸ PPAC 2012-2016, page 59

²⁹ PBDS 2015-2016, page 64

³⁰ PBDS 2015-2016, page 66

allocations versées par le Gouvernement. Dans cette perspective, un atelier de consensus sur les approches communautaires à mettre en œuvre sera organisé.

Objectif n° 5: D'ici la fin du projet, renforcer la gouvernance et la gestion du programme.

Le renforcement de la gouvernance et du pilotage du système de santé est également une orientation stratégique majeure du PBDS 2015-2016³¹. En ce qui concerne le PEV, il s'agira de : (i) faire un plaidoyer pour restructurer l'organe de management du PEV, le doter de personnel technique supplémentaire, lui accorder les prérogatives d'une direction centrale et un financement approprié ; (ii) doter son management en outils de gestion appropriés pour le programme et, (iii) soutenir le fonctionnement du CCIA.

Centré sur le renforcement du système de santé en vue d'améliorer de façon durable la couverture vaccinale, ce projet se focalise sur les districts sanitaires qui répondent aux critères suivants : (i) faible couverture vaccinale - moins de 80%- en Pentavalent 3 et VAR ; (ii) taux d'utilisation de service vaccinal faible ou moyen et (iii) notion d'épidémie récente. En appliquant ces critères, 7 districts sanitaires ont été sélectionnés dans 5 départements sur les 12 que compte le pays. Ces districts sanitaires représentent une population globale de 1 517 289 habitants soit plus du 1/3 de toute la population congolaise. Trois d'entre eux sont situés dans des zones d'accès difficile notamment fluviales et forestières. Par ailleurs, ces DS abritent des populations autochtones.

Ces DS totalisent une soixantaine de CSI bénéficiaires du soutien RSS-GAVI, dont 20 nécessiteront des travaux de réhabilitation afin de les rendre fonctionnels. Au regard de leur situation, 40 d'entre eux devront bénéficier d'un renouvellement de leur équipement de chaîne de froid.

Tableau n° 6 : Districts sanitaires identifiés pour le projet RSS-GAVI, janvier 2015

Département	Districts sanitaires	Population	CV au Penta 3	CV au VAR	Taux d'utilisation	Situation d'épidémie	Observations
Brazzaville	Moungali	199 425	76%	67%	Faible	+-	Epidémie de rougeole 2012
	Ouenzé	217 526	79%	58%	Faible	+-	Epidémie de rougeole 2012
	Talangai	404 151	57%	45%	Faible	++	Epidémie de rougeole 2012
Bouenza	Nkayi	140 333	66%	65%	Moyen	++	Epidémie de rougeole 2011-2012
Cuvette*	Owando	186 435	86%	90%	Bonne	+	Epidémie de rougeole 2012
Likouala	Impfondo	184 068	64%	55%	Faible	+++	Epidémie de choléra et rougeole 2012-2013
Pool	Kinkala-Boko	185 351	73%	79%	Moyen	++	Epidémie de rougeole 2012-2013
TOTAL	7	1 517 289					

P.S : Les couvertures vaccinales Penta 3 et VAR correspondent à la période janvier-décembre 2013

(*) le retrait du soutien de ENI Foundation constitue une menace au maintien des performances vaccinales.

DEUX PAGES MAXIMUM

³¹ PBDS 2015-2016, page 63

12. Description des activités

Objectifs / activité	Explication du lien avec l'amélioration des résultats de la vaccination
Objectif n°1 : D'ici la fin du projet, au moins 80% des districts sanitaires à faibles performances ciblés offrent des PSE complets de qualité, y compris les vaccinations, avec des taux moyens d'utilisation d'au moins 50%.	
1.1. Réhabiliter/rafraichir les locaux de 20 centres de santé en fonction des besoins	En moyenne, les locaux de 2 centres de santé sur 10 nécessitent des travaux de rafraîchissement préalables, sans lesquels une offre de PSE de qualité ne saurait être envisagée, ni pour les vaccinations, ni pour les autres activités
1.2. Elaborer les micro-plans intégrés sur la base des résultats de l'analyse des goulots d'étranglement dans les 84 aires de santé	Le point de départ pour l'amélioration des performances est la production d'un bon plan d'action adapté aux réalités locales pour corriger les inéquités dans l'utilisation des services.
1.3 Elaborer les micro-plans intégrés sur la base des résultats de l'analyse des goulots d'étranglement dans les 7 DS	Au terme de ce processus, chaque district sanitaire disposera d'un plan opérationnel intégré, dont les activités viseraient à améliorer les couvertures vaccinales.
1.4. Doter 40 CSI en équipements et matériels techniques	Ces acquisitions s'imposent en raison du dénuement de CSI et l'obsolescence de leurs équipements lorsqu'ils existent.
1.5. Mettre en place dans les 84 CSI des outils de gestion des activités y compris des instructions et directives de leur mise en œuvre.	La disponibilité des outils de gestion des activités et l'application des instructions et directives techniques sont indispensables pour assurer la qualité et faciliter le rapportage des données en temps utile.
1.6- Organiser 7 sessions de formation (1 par DS) des membres des équipes cadres des DS et les infirmiers des CSI sur la mise en œuvre du PSE, des activités communautaires, la conduite des réunions de monitoring et la supervision	Au-delà de la formation sur le PEV, la formation sur le PSE permettra d'améliorer la qualité de l'offre des services et mieux garantir leur utilisation
1.7. Elaborer et diffuser dans les districts sanitaires le manuel de supervision des agents et de monitoring de la couverture des activités. .	Il s'agira de disposer d'un manuel de référence unique pour la supervision formative et le monitoring de la couverture des PSE, y compris les vaccinations, considérées comme porte d'entrée du renforcement du système de santé.
1.8. Organiser les séances de monitoring de la couverture des PSE, notamment de la couverture vaccinale dans l'ensemble des aires de santé (organisation des assemblées communautaires)	Les exercices de monitoring de la couverture offrent l'opportunité d'organiser des réunions de discussion des observations par les équipes de santé avec les représentants des Communautés
1.9. Organiser les séances de monitoring de la couverture des PSE, notamment de la couverture vaccinale dans l'ensemble des DS	Ces exercices comprennent à la fois le calcul des indicateurs, leurs représentations graphiques et les réunions d'examen des observations par les équipes de santé avec les représentants des communautés.
1.10. Organiser les missions de supervision mensuelle des CSI par les DS	Ces supervisions permettront de renforcer les compétences des agents concernés et par conséquent, améliorer les performances des CSI et postes de santé
1.11. Organiser les missions trimestrielles de supervision des DS par les DDS	Les supervisions des DDS vers les DS permettront globalement de renforcer les capacités des équipes cadres.
1.12. Organiser les supervisions mensuelles des relais communautaires par les CSI	Les supervisions du PEV central vers les DDS permettront globalement de renforcer les capacités des équipes des DDS.

12. Description des activités

Objectifs / activité	Explication du lien avec l'amélioration des résultats de la vaccination
1.13. Organiser 18 missions semestrielles de supervision des DDS par le PEV central.	Elles sont capitales pour renforcer les capacités des RC.
Objectif n°2 : D'ici la fin du projet, augmenter de 75% à au moins 85% le pourcentage des enfants complètement vaccinés dans l'ensemble des districts sanitaires y compris au sein des groupes de populations marginalisées.	
2.1. Doter 5 DS en moteurs hors-bord 15 CV pour la supervision et la stratégie mobile	La dotation des CSI est essentielle pour les stratégies avancées, mobiles et la supervision des relais communautaires.
2.2. Doter 84 CSI en motos pour les stratégies avancées et mobiles	Les vélos sont essentiellement destinés à l'usage des relais communautaires, afin de faciliter leur mobilité.
2.3. Doter le PEV central et 7 DS en véhicules pour la supervision et la stratégie mobile	La dotation des districts sanitaires est essentielle pour les stratégies mobiles et la supervision des agents des CSI.
2.4 Doter les 84 CSI en 4 vélos pour les stratégies avancées et la supervision des relais communautaires	La dotation des districts sanitaires est essentielle pour les stratégies mobiles et la supervision des agents des CSI.
2.5. Fournir le soutien requis pour l'organisation des stratégies avancées et mobile dans les districts sanitaires, en particulier pour atteindre les peuples autochtones,	Les stratégies mobiles seront plus organiser pour atteindre les populations des zones difficiles d'accès, notamment les peuples autochtones.
2.6. Organiser les campagnes d'offre des PSE y compris les vaccinations aux populations autochtones et riveraines des cours d'eau.	Des campagnes d'accès aux PSE ont été réalisées avec le soutien de l'UNICEF en faveur des populations autochtones et riveraines des cours d'eau qui sont difficiles d'accès par voie terrestre.
2.7. Organiser des sessions de formation des acteurs du PEV du niveau central et des DDS sur la gestion du PEV, la planification, le suivi et évaluation du programme, la gestion des vaccins et des équipements de chaîne de froid, la gestion des données du PEV.	Ces sessions de formation permettront de renforcer les compétences techniques des acteurs concernés en matière de gestion du PEV, au niveau central et dans départements.
2.8. Former les équipes cadres des 7 DS et les infirmiers des CSI sur le MLM et la gestion du programme PEV.	Depuis plus de 5 ans, les équipes cadres de DS n'ont plus été formés en MLM et gestion PEV. Il s'agira de renforcer leurs compétences techniques afin d'améliorer leurs performances dans ce domaine.
2.9- Doter 40 CSI en matériels de chaîne de froid solaires et électriques	L'acquisition des réfrigérateurs est requise pour au moins la moitié des CSI. L'option prise est d'acquérir des réfrigérateurs solaires et électriques. Ces acquisitions s'inscrivent dans le cadre du plan de réhabilitation de la chaîne de froid ³² .
2.10. Assurer régulièrement le transport des vaccins et autres intrants du PEV, du niveau central vers les CFV.	Il s'agira entre autres de faire un plaidoyer en vue d'obtenir à temps le cofinancement, et financer l'acquisition des vaccins de routine et aussi des campagnes en quantité suffisante.
2.11. Former 2 agents par district sanitaire sur la maintenance des matériels de la chaîne de froid	Conformément au plan de maintenance de la CDF 2011-2015 ³³ , le PEV a formé 805 agents de santé sur la maintenance préventive à tous les niveaux. Il dispose d'un pool de techniciens du niveau central et intermédiaire en installation et maintenance des équipements solaires. Le soutien de RSS-GAVI viendra en appoint de ces

³² Plan de réhabilitation chaîne de froid 2012

³³ Plan de maintenance 2011-2015, pages 16-17

12. Description des activités

Objectifs / activité	Explication du lien avec l'amélioration des résultats de la vaccination
	dispositions.
2.12. Elaborer et mettre en œuvre des plans de communication sur la vaccination de routine et la délivrance du paquet d'interventions à haut impact dans les 7 districts sanitaires à faibles performances	Chaque district sanitaire a ses réalités et ses problèmes spécifiques. Les plans de communication adaptés seront élaborés en tenant compte de ces spécificités.
2.13. Faire un plaidoyer pour la dotation d'une allocation budgétaire destinée à la maintenance des matériels de chaîne de froid, des motos et des véhicules	L'effort des partenaires dans l'acquisition de moyens logistiques nécessaires sera accompagné par l'effort du gouvernement qui devrait doter les structures des lignes budgétaires suffisantes pour en assurer la maintenance
Objectif n°3 : D'ici la fin du projet, emmener au moins 80% des directions départementales et des districts sanitaires à produire des données de qualité et des rapports périodiques, conformes aux formats et délais recommandés par le SNIS.	
3.1. Doter 7 DS en kits informatiques et modems pour le traitement des données du SNIS	L'informatisation du SNIS permettra d'améliorer la gestion des données des PSE y compris la vaccination.
3.2. Vulgariser le support électronique de saisie et de traitement des données du SNIS.	Ce support intégré a été conçu pour la saisie et le traitement des données relatives à la mise en œuvre des PSE, y compris les vaccinations. Sa vulgarisation contribuerait à améliorer sensiblement la qualité des données du PEV de routine
3.3. Former les acteurs du SNIS des 7 DS sur les méthodes et techniques de collecte, traitement et analyse des données	La formation des gestionnaires des données facilitera la maîtrise des outils et par conséquent la production des données de qualité.
3.4. Organiser semestriellement l'auto évaluation et les audits de la qualité des données fournies par les CSI (DQS et DQA)	Les DQS et DQA constituent les mécanismes par lesquels on s'assurera de la qualité des données de couverture transmises
3.5. Organiser l'enquête de couverture vaccinale au 4ème trimestre en 2017	Les enquêtes de couverture vaccinale permettront de faire une analyse objective de l'apport du programme dans l'amélioration des indicateurs de la vaccination
3.6. Organiser l'évaluation du programme GAVI-RSS à mi-parcours et à la fin	Des informations utiles seront disponibles pour témoigner de l'impact du programme et d'orienter les interventions.
Objectif n°4 : D'ici la fin du projet, augmenter la demande des PSE y compris la vaccination dans les districts sanitaires ciblés grâce à la mise en œuvre des approches communautaires et à l'utilisation des approches novatrices des Technologies de l'information et la communication (TIC), à travers la téléphonie mobile.	
4.1. Organiser un atelier d'élaboration des supports de mobilisation communautaire (banderoles, affiches, dossards, T-shirts, casquettes spots radio et télédiffusés sur les « gestes qui sauvent »).	Des outils harmonisés permettront une meilleure mobilisation des communautés en vue d'accroître la demande des soins et services de santé.
4.2. Identifier et former au moins 840 relais communautaires sur l'atteinte des non atteints, la mise en œuvre des PSE et des activités vaccinales, la délivrance des messages, la conduite des visites à domicile et la promotion de la santé	Cette formation est capitale car permet de donner aux RC les bases de communication lors des visites à domicile
4.3. Doter les relais communautaires en outils de sensibilisation et de visibilité requis pour conduire leurs activités.	Les RC qui ont été formés devraient être dotés en supports nécessaires leur permettant de faire leur travail

12. Description des activités

Objectifs / activité	Explication du lien avec l'amélioration des résultats de la vaccination
4.4. Former les membres des 84 COSA sur le rôle et le mécanisme de fonctionnement et la gestion des soins de santé communautaire	Cette formation est capitale pour permettre aux membres des COSA de bien jouer leur rôle.
4.5. Organiser des séances de sensibilisation de masse.	Il s'agit de campagnes de sensibilisation de masse, qui seront complémentaires au travail des RC.
4.6. Organiser les visites à domicile dans les aires de sante cibles de l'intervention.	Les visites à domicile sont la clé de voute des activités conduites par le RC pour sensibiliser et assurer la prise en charge de la communauté
4.7. Assurer l'organisation du dénombrement des ménages dans les aires de santé par les relais communautaires	Les résultats issus de ces dénombrements seront utiles pour déterminer les effectifs des populations cibles des activités.
4.8. Entreprendre des négociations avec les compagnies de téléphonie mobile en vue de l'utilisation de leurs réseaux et des téléphones mobiles dans la promotion des vaccinations	Les rencontres avec les 2 principales sociétés de télécommunication permettront de finaliser un accord pour leur participation dans le projet
4.9. Organiser la cérémonie officielle de signature de l'accord de partenariat avec les opérateurs de téléphonie mobile	Cette cérémonie officielle devra être un évènement majeur de sensibilisation des décideurs et du grand public sur les défis et les enjeux de la vaccination au Congo.
4.10- Acquérir les équipements informatiques requis pour assurer le développement et la diffusion de l'échéancier électronique et des autres applications sur les téléphones portables des parents des enfants enregistrés à la vaccination: Achat serveur et options.	Ceci passe par l'acquisition du serveur, le développement des programmes informatiques et la formation des utilisateurs
4.11. Assurer la mise en œuvre de l'application avec la téléphonie mobile	Ces activités exclusivement dédiés à la vaccination devront avoir un effet immédiat sur la réduction des taux d'abandon.
Objectif n°5: D'ici la fin du projet, renforcer la gouvernance et la gestion du programme.	
5.1. Faire un plaidoyer pour restructurer l'organe de management du PEV, le doter de personnel technique supplémentaire, lui accorder les prérogatives d'une direction centrale et un financement approprié;	La restructuration attendue et l'apport de ressources humaines complémentaires devraient avoir un impact immédiat sur la gestion du programme aux plans administratif et technique, y compris le soutien attendu au niveau opérationnel.
5.2. Doter le management du PEV d'outils de gestion appropriés pour le programme	Il s'agit notamment des outils de gestion électronique des stocks de vaccin, des équipements de chaine de froid que des bases de données des vaccinations, y compris les équipements.
5.3. Soutenir le fonctionnement du Comité de pilotage du PNDS et du CCIA	Ce soutien devrait permettre de redynamiser non seulement le PNDS et son Comité technique mais également le CCIA de façon à leur assurer un fonctionnement plus régulier et plus efficace.
5.4. Assurer la mise en place et le fonctionnement du groupe consultatif technique national de la vaccination	La mise en place de cette structure aidera le PEV sur la vaccination
5.5. Appui technique UNICEF et OMS	Un appui technique de qualité est attendu de l'UNICEF en sa qualité de partenaire de mise en œuvre, afin de mieux garantir l'atteinte des résultats visés.

13. Chaîne de résultats

Objectif n°1 : D'ici la fin du projet, au moins 80% des districts sanitaires à faibles performances ciblés offrent des PSE complets de qualité, y compris les vaccinations, avec des taux moyens d'utilisation d'au moins 50%.

Activités clés :	Résultats intermédiaires :	Résultats en matière de vaccination :
Réhabiliter/rafraichir et doter les CSI en équipements et matériels médico techniques de base	Les CSI réhabilités et équipés sont aptes à offrir des PSE de qualité y compris la vaccination	La couverture vaccinale est améliorée équitablement dans chaque aire de santé
Organiser les sessions de formation / remise à niveau des membres des équipes cadres des agents de CSI sur le management des districts sanitaires, dans le cadre des SSP.	Les capacités des équipes cadres et des agents des CSI sont renforcées en matière d'organisation et gestion des PSE y compris la vaccination	
Organiser les supervisions périodiques ainsi que les séances de monitoring de la couverture des PSE, notamment de la couverture vaccinale dans l'ensemble des DS.	Les performances des CSI dans l'offre des PSE sont régulièrement examinées et les actions correctrices prises.	
Indicateurs relatifs aux activités clés :	Indicateurs relatifs aux résultats intermédiaires :	Indicateurs relatifs aux résultats en matière de vaccination :
Pourcentage de CSI réhabilités	% de CSI offrant les vaccinations dans leurs paquets d'activités	Taux de couverture vaccinale en Penta 3 Taux de couverture vaccinale en VAR Taux d'abandon Penta 1 / Penta 3
Pourcentage de DS ayant des équipes cadres formées en gestion des DS		
Pourcentage de DS et des CSI conduisant mensuellement les exercices de monitoring		
Pourcentage de missions de supervision effectuées par district sanitaire auprès des agents des CSI		

Objectif n°2 : D'ici la fin du projet, augmenter de 75% à au moins 85% le pourcentage des enfants complètement vaccinés dans l'ensemble des districts sanitaires y compris au sein des groupes de populations marginalisées.

Activités clés :	Résultats intermédiaires :	Résultats en matière de vaccination :
Organiser les stratégies avancées et mobiles ainsi que les campagnes d'offre des PSE y compris la vaccination aux populations autochtones et à celles des zones d'accès difficile.	Accès accru et équitable aux services de vaccination	La couverture vaccinale est améliorée équitablement dans chaque aire de santé
Doter 40 CSI en matériels de chaîne de froid solaires et électriques	Accès aux PSE amélioré pour les populations autochtones	Augmentation du nombre d'enfants complètement vaccinés
Mettre en œuvre des plans de communication sur la vaccination de routine et la délivrance du paquet d'interventions à haut impact dans les 7 districts sanitaires à faibles performances	Utilisation des services de vaccination accrue dans les DS	Les taux d'abandon vaccinaux sont réduits dans les DS
Indicateurs relatifs aux activités clés	Indicateurs relatifs aux résultats intermédiaires :	Indicateurs relatifs aux résultats en matière de vaccination :
% de stratégies mobiles et avancées réalisées par DS et par période	Pourcentage des populations difficiles à atteindre couvertes par l'offre des PSE de qualité y compris la vaccination	Proportion de DS avec une couverture vaccinale en DTC3 > 80%

Nombre de CSI dotés en équipements de chaîne de froid	Pourcentage de CSI et de districts sanitaires ayant un score GEV supérieur ou égal à 80%	Différence en points de couverture du Penta 3 entre le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche
Proportion des DS mettant en œuvre des plans de communication centrés sur la demande des PSE y compris la vaccination	Pourcentage des populations ayant une perception favorable de la vaccination	% d'enfants complètement vaccinés Taux d'abandon Penta 1/ Penta 3 % de districts sanitaires ayant un taux d'abandon Penta 1/ Penta 3 < 10%
Objectif n°3 : D'ici la fin du projet, emmener au moins 80% des directions départementales et des districts sanitaires à produire des données de qualité et des rapports périodiques, conformes aux formats et délais recommandés par le SNIS.		
Activités clés :	Résultats intermédiaires :	Résultats en matière de vaccination :
1. Doter les districts sanitaires en équipements informatiques et modems pour le traitement et la transmission des données du SNIS	Promptitude, complétude et qualité des rapports améliorés	
2. Former les gestionnaires des données du SNIS sur l'utilisation des outils standards, les méthodes et techniques de collecte, traitement et analyse des données	Données de qualité et rapports périodiques du SNIS produits	Adéquation et exactitude des données de vaccination
3. Organiser semestriellement l'auto évaluation et les audits de la qualité des données fournies par les CSI (DQS et DQA)		
4. Organiser l'enquête de couverture vaccinale au 4 ^{ème} trimestre en 2017	Mesure des performances vaccinales et de l'impact du RSS-GAVI	Disponibilité des données d'enquête de couverture vaccinale pour une meilleure planification
5. Organiser l'évaluation interne et externe du programme RSS- GAVI à mi-parcours et à la fin du projet.	Mesure des performances et de l'impact du RSS-GAVI à mi-parcours et à la fin du projet	Disponibilité des données sur la performance du RSS-GAVI
Indicateurs relatifs aux activités clés :	Indicateurs relatifs aux résultats intermédiaires :	Indicateurs relatifs aux résultats en matière de vaccination :
% districts sanitaires dotés en équipements informatiques et modems pour le traitement des données du SNIS	Pourcentage des districts sanitaires produisant des rapports périodiques de qualité	Pourcentage des enfants complètement vaccinés
% des gestionnaires des données du SNIS dans les districts sanitaires et les DDS formés sur les méthodes et techniques de collecte, traitement et analyse des données	Taux de complétude des rapports SNIS	Proportion de DS avec une couverture vaccinale en DTC3 > 80%
	Taux de promptitude des rapports SNIS	Taux de couverture vaccinale en VAR
Proportion de revues semestrielles et audits réalisés par district sanitaire.	Pourcentage des CSI dont les données administratives rapportées se situent dans la fourchette de <5% d'écart par rapport aux résultats du DQS	Taux d'abandon Penta 1 / Penta 3

Objectif n° 4 : D'ici la fin du projet, augmenter la demande des PSE y compris la vaccination dans les districts sanitaires ciblés grâce à la mise en œuvre des approches communautaires et à l'utilisation des approches novatrices des Technologies de l'information et la communication (TIC), à travers la téléphonie mobile.

Activités clés :	Résultats intermédiaires :	Résultats en matière de vaccination :
<p>Entreprendre des négociations avec les compagnies de téléphonie mobile en vue de l'utilisation de leurs réseaux et des téléphones mobiles dans la promotion des vaccinations</p>	<p>Existence de l'application (registre électronique, échéancier, message standard de relance)</p>	<p>La couverture vaccinale est améliorée équitablement dans chaque aire de santé</p> <p>Le nombre d'enfants complètement vaccinés est augmenté dans les DS</p> <p>Les taux d'abandon vaccinaux sont réduits dans les DS</p>
<p>Acquérir les équipements informatiques requis pour assurer le développement et la diffusion de l'échéancier électronique et des autres applications sur les téléphones portables des parents des enfants enregistrés à la vaccination.</p>		
<p>Former les relais communautaires sur la mise en œuvre des PSE et sur techniques de communication et les doter en outils de sensibilisation.</p>	<p>Les populations des aires de santé sont sensibilisées par les relais communautaires sur les PSE y compris la vaccination</p>	
<p>Mettre en œuvre l'application avec la téléphonie mobile (développement du registre et de l'échéancier électronique, diffusion des messages sur les téléphones portables)</p>	<p>Messages de sensibilisation sur les PSE et de relance des mères ayant des enfants en âge de vaccination diffusés sur les téléphones portables dans les districts sanitaires.</p>	
Indicateurs relatifs aux activités clés :	Indicateurs relatifs aux résultats intermédiaires :	Indicateurs relatifs aux résultats en matière de vaccination :
<p>Pourcentage de districts sanitaires utilisant l'approche novatrice avec la téléphonie mobile</p> <p>Pourcentage de CSI utilisant l'approche novatrice avec la téléphonie mobile</p>	<p>Pourcentage des mères relancées par des messages électroniques</p>	<p>Taux de couverture vaccinale en Penta 3</p> <p>Taux d'abandon</p> <p>Pourcentage d'enfants complètement vaccinés</p>

Objectif n° 5 : D'ici la fin du projet, renforcer la gouvernance et la gestion du programme.

Activités clés :	Résultats intermédiaires :	Résultats en matière de vaccination :
<p>1. Faire un plaidoyer pour restructurer l'organe de management du PEV, le doter de personnel technique supplémentaire, lui accorder les prérogatives d'une direction centrale et un financement approprié;</p>	<p>Organe de management du PEV restructuré et doté en personnel technique supplémentaire</p>	<p>Financement des vaccinations augmenté et sécurisé</p>
<p>2. Doter le management du PEV d'outils de gestion appropriés pour le programme</p>	<p>Outils de gestion appropriés utilisés par le PEV</p>	<p>La couverture vaccinale est améliorée</p>
<p>3. Soutenir le fonctionnement du CCIA et du NITAG</p>	<p>Fonctionnement régulier du CCIA et du NITAG</p>	
<p>4. Mettre en place de groupe consultatif technique pour la vaccination (NITAG)</p>		
Indicateurs relatifs aux activités clés :	Indicateurs relatifs aux résultats intermédiaires :	Indicateurs relatifs aux résultats en matière de vaccination :

Existence de l'organe de management du PEV reformée	Pourcentage des DS utilisant les outils de gestion du PEV	Taux de couverture vaccinale en Penta 3
Existence d'outils de gestion du programme	Nombre de réunions tenues par le CCIA	Pourcentage d'enfants complètement vaccinés
Existence d'un fonds de fonctionnement des organes de pilotage	Nombre de réunions tenues par le NITAG	

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 68 à 52 pour 1000 naissances vivantes
- La mortalité maternelle est réduite de 426 à 407 pour 100.000 naissances vivantes

HYPOTHÈSES :

1. Conditions de succès

Les quatre principales conditions de succès de ce projet sont :

- ✓ L'engagement politique de haut niveau, en particulier en faveur des niveaux opérationnels les plus périphériques. Cet engagement est le principal garant (i) d'un leadership robuste, (ii) d'une mobilisation suffisante des ressources nécessaires et (iii) d'une régulation et d'un contrôle efficace à tous niveaux;
- ✓ L'engagement de différents partenaires pour un réel accompagnement de cette stratégie:
Le Projet PDSS engage fortement la Banque Mondiale dans le renforcement du secteur sanitaire congolais. Une synergie avec ce projet est importante. Il est tout aussi crucial d'avoir et l'accompagnement des autres partenaires comme le GFATM, ceux des Nations Unies dont particulièrement UNFPA et d'autres encore y compris du secteur privé ;
- ✓ La mobilisation, la préparation et l'encadrement de la société civile et des communautés pour leur implication active dans la mise en œuvre du projet: Cette implication de la société civile et des communautés garantit un certain « contrôle citoyen » sur la mise en œuvre de ce projet tout en garantissant son orientation vers les véritables besoins des populations ;
- ✓ L'implication des collectivités locales décentralisées y compris les communautés autochtones dans la planification opérationnelle et la mise en œuvre des activités visant l'accès équitable aux PSE.

2. Mesures et réformes nécessaires

Pour une mise en œuvre de ce projet, diverses mesures et réformes s'avèrent nécessaires à pour corriger les insuffisances et autres faiblesses qui caractérisent le système de santé. Il s'agit de :

- ✓ la production des documents de politique (nouveau PNDS, nouveau PPAC...), et d'un certain nombre de documents de référence, tels que la carte sanitaire , la stratégie nationale sur les approches communautaires, la stratégie d'amélioration de la qualité des soins et services de santé ; , les textes renforçant la décentralisation effective des services de santé et le plan stratégique de développement des ressources humaines, afin de mieux garantir l' accès universel à des PSE de qualité ; l'accélération de la mise en œuvre de la stratégie de développement des RHS ainsi que la réforme du secteur des ressources humaines pour la santé, la nomination des cadres et personnels à tous les niveaux ;
- ✓ la gestion décentralisée des services basée sur la performance et l'institution de contrats de performance ;
- ✓ le développement et renforcement du système national d'assurance qualité à tous les niveaux ;
- ✓ Mise en œuvre du plan de dévolution négocié avec GAVI et tous les partenaires impliqués dans la vaccination par la sécurisation des lignes budgétaires suffisantes pour l'achat des vaccins et le fonctionnement du PEV.

QUATRE PAGES MAXIMUM

14. Suivi et Evaluation

Mécanismes et activités du plan de suivi et évaluation

Le Congo s'est doté d'un [plan national de suivi et évaluation 2011-2015](#) dont l'analyse de situation a relevé les principaux défis auxquels le pays doit faire face dans le domaine. Il concerne essentiellement : (i) les faiblesses du Système national d'informations sanitaires (SNIS); (ii) le non fonctionnement des organes de suivi et évaluation ; (iii) l'absence de mécanismes formels et de culture d'évaluation ; (iv) les faibles capacités à produire des données complémentaires à celles fournies par le SNIS de routine et (v) l'absence des financements dédiés au suivi et à l'évaluation.

C'est ainsi que les orientations stratégiques du PBDS 2015-2016³⁴, relatives au renforcement du SNIS ainsi que ses dispositions sur le suivi et évaluation apportent des réponses appropriées à ces défis. De ce fait, les mécanismes de suivi et évaluation de la subvention [RSS-GAVI reposeront sur les instances et mécanismes de suivi et évaluation du PBDS](#).

Au niveau national

Comité de coordination inter-agences d'appui au programme élargi de vaccination.

Au niveau départemental

- Conseils départementaux ;
- Directions départementales de la santé ;
- Districts sanitaires.

Le suivi sera périodique (trimestriel, semestriel et annuel) et intéressera les 3 niveaux de la pyramide sanitaire. Il combinera : (i) les données administratives générées par les centres de santé et les hôpitaux dans le cadre du SNIS de routine ; (ii) les résultats des différentes études et enquêtes: enquête MICS en 2015, enquête de couverture vaccinale en 2016, EDSC-III en 2017 et (iii) divers autres études sectorielles telles que les revues des dépenses publiques, les comptes nationaux de la santé ainsi que les évaluations internes et externes des projets sectoriels.

Ce suivi sera placé sous la responsabilité conjointe des institutions ci-dessous :

- la Direction Générale des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins ;
- la Direction Générale de l'Epidémiologie et de la lutte contre les maladies ;
- la Direction Générale de la population et ;
- la Direction des Etudes et de la Planification.

Une équipe technique composée des cadres du PEV et des structures précitées se chargera de traiter, analyser et résumer les données sectorielles issues de ces différentes sources avec l'appui technique et financier des partenaires. Les données issues du suivi permettront de montrer le niveau d'atteinte des résultats escomptés et de prendre des mesures correctrices appropriées. Les résultats résumés de toutes ces sources de données devront alimenter le tableau de bord de suivi de la mise en œuvre du PBDS.

Le suivi et évaluation de la présente proposition comprend donc, outre le renforcement du système d'information sanitaire, les supervisions formatives, les exercices de monitoring centrés sur l'équité dans l'accès et l'utilisation des services de santé, l'organisation des DQA & DQS ainsi que les revues trimestrielles et annuelles. Les réunions de monitoring seront institutionnalisées dans tous les districts sanitaires et aires de santé. Une évaluation externe est prévue à la fin du projet. Le budget proposé pour le suivi et évaluation intègre tous ces différents aspects.

Les supervisions formatives constituent un mécanisme essentiel pour renforcer les capacités des personnels œuvrant dans les structures de santé. Les activités seront exécutées par les centres de santé sous la supervision des équipes cadre. Des supervisions trimestrielles sont prévues du niveau de département vers les districts sanitaires et des supervisions mensuelles seront conduites des districts sanitaires vers les centres de santé ainsi que celles des centres de santé vers les relais communautaires.

³⁴ Programme biennal de développement sanitaire 2015- 2016. MSP, 2014. Cf. Pages 90 - 96

Les partenaires techniques et financiers du secteur, les représentants des secteurs connexes (Budget, Plan, Finance, Education, Genre) et les organisations de la société civile participeront aux réunions de validation des rapports d'activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Au niveau central, les données seront validées par le CCIA, diffusées et transmises aux différentes parties prenantes du projet.

Ainsi, les principaux résultats intermédiaires ainsi que les résultats spécifiques à la vaccination seront au cœur du processus et des différentes activités de suivi et évaluation retenues dans la présente proposition. Les différents indicateurs qui seront évalués sont présentés ci-après en fonction des résultats visés.

Résultat n°1: Les PSE de qualité y compris la vaccination sont offerts dans au moins 90 % des districts sanitaires ciblés.

Pourcentage des CSI remplissant les conditions de fonctionnalité ;

Pourcentage des CSI offrant des PSE complets et de qualité ;

Pourcentage de population couverte par les PSE, par stratégie (fixe, avancée et mobile).

Résultat n° 2: Le pourcentage des enfants complètement vaccinés dans l'ensemble des districts sanitaires y compris au sein des groupes de populations marginalisées est augmenté d'au moins 90%.

Pourcentage des districts sanitaires mettant en œuvre les cinq composantes de l'ACD ;

Pourcentage de CSI disposant d'une chaîne de froid fonctionnelle ;

Pourcentage de CSI et de districts sanitaires ayant un score GEV supérieur ou égal à 80% ;

Pourcentage des cas de refus vaccinaux.

Résultat n° 3: 100% des directions départementales et des équipes cadres des 30 districts sanitaires produisent les données de qualité et des rapports périodiques, conformes aux formats et délais recommandés par le SNIS.

Pourcentage des districts sanitaires produisant des rapports périodiques conformes aux formats recommandés ;

Taux de complétude des rapports SNIS;

Taux de promptitude des rapports SNIS ;

Les données administratives rapportées par les CSI sont dans la fourchette de <5% d'écart par rapport aux résultats du DQS.

Résultat n° 4 : La demande des PSE y compris la vaccination dans les districts sanitaires ciblés est augmentée grâce à la mise en œuvre des approches communautaires et à l'utilisation des approches novatrices des Technologies de l'information et la communication (TIC) à travers la téléphonie mobile.

Disponibilité de l'agenda électronique et des messages de relance ;

Pourcentage de districts sanitaires ayant démarré la mise en œuvre de l'approche novatrice avec la téléphonie mobile

Résultat n° 5 : La gouvernance et la gestion du programme sont renforcées

Existence de l'organe de management du PEV reformée ;

Existence d'outils de gestion du programme ;

Nombre de réunions tenues par le Comité de pilotage du PNDS ;

Nombre de réunions tenues par le CCIA.

Les données fournies par le JRF 2013 montrent que l'écart entre les données administratives et celles pourvues par les enquêtes est très importante. En effet, alors que les estimations OMS-UNICEF montrent que 69% d'enfants ont été vaccinés au DTC3 en 2013, les données administratives évoquent une couverture de 85% soit 16 points de différence. Cette situation explique que la présente proposition consacre 1,179,895 USD soit près de 23% du budget total de la soumission pour financer les activités visant l'amélioration de la qualité des données qui sont toutes incluses dans le plan de suivi et évaluation. En dehors de GAVI, les autres programmes de renforcement du système de santé tels que PDSS II et le projet conjoint financeront divers aspects de suivi et évaluation contenus dans le PNDS.

DEUX PAGES MAXIMUM

15. Explications détaillées du budget et plan de travail détaillé

Le tableau n°7 reprend les synthèses de budget pour les 3 années de mise en œuvre de la proposition par objectif. Il montre que l'essentiel du soutien de GAVI est consacré aux activités qui seront développées dans les districts sanitaires, les centres de santé et particulièrement au développement des approches communautaires.

Le plan d'achat détaillé (en annexe) renseigne qu'il faudrait investir **\$US 1,193,645.23** pour les 18 premiers mois. Pour certains achats, les coûts unitaires initiaux étaient en FCFA. Pour ces derniers, un taux de change de 500 FCFA pour 1 USD a été appliqué.

Tableau n° 7 : Budget synthèse de la proposition par objectif

Objectifs de la proposition de RSS	Coût de l'élément par période			Totaux	%
	2015	2016	2017	2015-2017	
Objectif n°1 : D'ici la fin du projet, au moins 80% des districts sanitaires à faibles performances ciblés offrent des PSE complets de qualité, y compris les vaccinations, avec des taux moyens d'utilisation d'au moins 50%.	556,804.50	612,196.50	167,979.20	1,336,980.20	30%
Objectif n°2 : D'ici la fin du projet, augmenter de 75% à au moins 85% le pourcentage des enfants complètement vaccinés dans l'ensemble des districts sanitaires y compris au sein des groupes de populations marginalisées.	938,668.90	343,337.60	93,850.30	1,375,856.80	31%
Objectif n°3 : D'ici la fin du projet, emmener au moins 80% des directions départementales et des districts sanitaires à produire des données de qualité et des rapports périodiques, conformes aux formats et délais recommandés par le SNIS.	89,301.60	20,000.00	39,800.00	149,101.60	3%
Objectif n° 4 : D'ici la fin du projet, augmenter la demande des PSE y compris la vaccination dans les districts sanitaires ciblés grâce à la mise en œuvre des approches communautaires et à l'utilisation des approches novatrices des Technologies de l'information et la communication (TIC), à travers la téléphonie mobile.	295,510.80	218,748.00	108,348.00	622,606.80	14%
Objectif n° 5: D'ici la fin du projet, renforcer la gouvernance et la gestion du programme.	459,712.20	365,711.00	110,021.30	935,444.50	21%
TOTAL GENERAL	2,339,998.00	1,559,993.10	519,998.80	4,419,990	100%

L'objectif n° 5 est consacré au renforcement de la gouvernance et de la gestion du programme. Outre les fonds liés au renforcement du PEV et des organes de coordination, il comprend les budgets prévus pour couvrir les « Frais de gestion » des deux partenaires principaux d'exécution que sont l'OMS et l'UNICEF. Le montant de ces frais s'élève à USD 917,768.1 soit 20,76% du budget global.

Les frais de gestion comprennent deux entités :

1. Les fonds pour appui technique qui représentent 15,76%. Ils seront consacrés à payer une partie des salaires des staffs qui seront dédiés à la mise en œuvre du projet, à acheter et assurer la maintenance des véhicules et des matériels informatiques, à conduire les missions de supervision

sur terrain et à assurer la participation à diverses réunions dans le cadre du projet.

2. Les fonds pour coûts indirects qui représentent 5%. Ces fonds iront aux sièges de ces deux agences comme « overheads »

Les coûts unitaires contenus dans le plan de travail et le budget détaillé sont le reflet de la réalité qui est appliquée au Congo par l'UNICEF, l'OMS, GFATM et le PEV.

On distingue cinq types de dépenses :

1. Les approvisionnements seront faits principalement par l'UNICEF. Les coûts unitaires viennent du catalogue de l'UNICEF Supply Division (Copenhague) et sont repris dans l'annexe intitulé « Procurement items from Supply Division ».
2. Les formations, les ateliers, les réunions de monitoring et supervisions ainsi que les coûts des appels vocaux et des SMS préconisés dans le cadre de l'application mobile sont calculés en détail dans l'annexe intitulé « Breakdown Budget GAVI Proposal Excel sheet ». Les coûts sont ceux appliqués par GFATM et le PEV au Congo. Ils sont en FCFA puis convertis en USD et la moyenne est trouvée selon l'unité de la dépense considérée (DS, CSI,...).
3. Les réhabilitations qui seront conduites par l'OMS sont basées sur l'estimation qui a été faite par l'OMS lors de l'élaboration du projet conjoint et sont conformes à la réalité congolaise.
4. Le coût de la campagne d'offre des PSE y compris les vaccinations aux populations autochtones et riveraines des cours d'eau est basé sur l'expérience de l'UNICEF en matière d'activité similaire conduite dans le pays. Ces coûts n'incluent pas ceux relatifs à l'acquisition des médicaments ni des vaccins. Ces charges constituent des contributions du Gouvernement et de l'UNICEF au renforcement du système de santé de manière globale.
5. Les autres coûts tels que ceux de l'approvisionnement en outils de gestion pour le PEV et les districts sanitaires sont les mêmes que le PEV applique.

Les OSC seront partie prenante dans la mise en œuvre du projet. Les fonds ne leur ont pas été alloués directement car ce ne sont pas des « Organes d'exécution principaux » et leurs fonds vont transiter par l'UNICEF. Au total, les OSC bénéficieront de 622,476 USD pour la mise en œuvre de leurs activités, comme explicité dans la section 19 de ce document qui traite de la participation des OSC.

DEUX PAGES MAXIMUM

16. Analyse des écarts et complémentarité

En Juin 2014, le Gouvernement du Congo a signé avec la Banque Mondiale l'accord pour la mise en œuvre du projet PDSS-II dans une logique de cofinancement (100 millions USD à charge du Gouvernement et 20 millions USD à charge de la Banque Mondiale). Le PDSS-II vise à introduire un nouveau système de paiement des prestataires et de financement des structures basé sur les performances, afin de contribuer à la revitalisation des districts sanitaires.

Le Gouvernement du Congo est en négociation avec trois agences du système des Nations Unies (OMS, UNICEF et UNFPA) en vue du financement d'un projet conjoint visant l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile par la revitalisation des districts sanitaires. L'aboutissement de cette négociation constituera une source de financement pour le renforcement du système de santé, complémentaire au soutien de GAVI.

Tableau n° 8 : Répartition du financement du PDSS-II et du Projet RSS-GAVI par objectif

Objectifs	Total requis	PDSS II	Contribution GAVI	Gap (à financer par le GoC)
Objectif n°1 : D'ici la fin du projet, au moins 80% des districts sanitaires à faibles performances ciblés offrent des PSE complets de qualité, y compris les vaccinations, avec des taux moyens d'utilisation d'au moins 50%.	111,703,333	101,192,333	1,333,480	9,177,520
Objectif n°2 : D'ici la fin du projet, augmenter de 75% à au moins 85% le pourcentage des enfants complètement vaccinés dans l'ensemble des districts sanitaires y compris au sein des groupes de populations marginalisées.	2,821,078	945,343	1,368,504	507,231
Objectif n°3 : D'ici la fin du projet, emmener au moins 80% des directions départementales et des districts sanitaires à produire des données de qualité et des rapports périodiques, conformes aux formats et délais recommandés par le SNIS.	1,838,235	875,000	160,749	802,486
Objectif n° 4 : D'ici la fin du projet, augmenter la demande des PSE y compris la vaccination dans les districts sanitaires ciblés grâce à la mise en œuvre des approches communautaires et à l'utilisation des approches novatrices des Technologies de l'information et la communication (TIC), à travers la téléphonie mobile.	4,642,000	1,585,200	622,607	2,434,193
Objectif n° 5: D'ici la fin du projet, renforcer la gouvernance et la gestion du programme.	2,010,948	578,186	934,650	498,112
TOTAL	123,015,595	105,176,063	4,419,990	13,419,542

En dehors des budgets d'investissement pour la construction et l'équipement des structures de santé (hôpitaux et centres de santé), le PBDS a planifié un montant de **\$US 123,015,595** en 2015-2016 pour amorcer la revitalisation complète des DS au Congo. La contribution du PDSS est estimée à **\$US 105,176,063**. La contribution du Projet RSS-GAVI est de **\$US 4,419,990**. Il y a un gap de **\$US 13,419,542**. Ce gap sera comblé par l'apport supplémentaire du gouvernement et celui de différents partenaires techniques et financiers du Gouvernement dans le domaine de la santé.

Le PDSS-II couvre divers aspects du système de santé, mais il reste des domaines de travail et des zones géographiques qui ne sont pas ciblées par ses interventions. Le PDSS-II intervient dans 7 départements du pays sur 12 à savoir : Bouenza, Brazzaville, Pointe-Noire, Niari, Plateaux, Pool et Cuvette.

Le projet RSS-GAVI quant à lui couvre 7 districts sanitaires appartenant aux départements de la Bouenza, de Brazzaville, du Pool, de la Cuvette et de la Likouala. Les deux projets appuient simultanément 6 districts sanitaires, dans lesquels l'amélioration de l'offre des PSE réalisée grâce au soutien de RSS-GAVI facilitera

l'extension du financement basé sur la performance dans le cadre du PDSS II. Le tableau n° 9 donne une ségrégation d'activités qui montre la complémentarité entre le PDSS II et le Projet RSS-GAVI.

Tableau n° 9 Ségrégation d'activités entre le PDSS II et le Projet GAVI, Congo, Aout 2014

Activités	Partenaires		Commentaires
	PDSS II	Projet GAVI	
1.1- Réhabiliter / rafraichir les locaux de 20 centres de santé en fonction des besoins			Dans les DS PBF, les CSI vont planifier leurs besoins en réhabilitations mineures et ils vont eux-mêmes les réaliser avec les fonds versés dans le cadre de PBF
1.2- Elaborer les micro-plans intégrés sur la base des résultats de l'analyse des goulots d'étranglement dans les 84 aires de santé			Le point de départ pour l'amélioration des performances est la production d'un bon plan d'action adapté aux réalités locales pour corriger les inéquités dans l'utilisation des services.
1.3- Elaborer les micro-plans intégrés sur la base des résultats de l'analyse des goulots d'étranglement dans les 7 DS			Au terme de ce processus, chaque district sanitaire disposera d'un plan opérationnel intégré, dont les activités viseraient à améliorer les couvertures vaccinales et partant les indicateurs pour le PBF.
1.4- Doter les 40 CSI en équipements et matériels techniques			Dans les DS PBF, les CSI vont planifier leurs besoins et, pour le petit matériel et les fournitures, ils vont eux-mêmes s'en procurer avec les fonds versés dans le cadre de PBF
1.5- Mettre en place dans les 84 CSI les outils de gestion des activités y compris des instructions et directives de leur mise en œuvre.			Cette activité se fera conjointement car le PDSS achète les indicateurs liés aux visites à domicile tandis que le projet GAVI développe un volet important de communication et de visite à domicile
1.6- Organiser 7 sessions de formation (1 par DS) des membres des équipes cadres des DS et les infirmiers des CSI sur la mise en œuvre du PSE, des activités communautaires, la conduite des réunions de monitoring et la supervision			Le manuel de formation sera finalisé en concertation entre les experts de ces 2 projets afin que ce soit le même document qui soit utilisé partout
1.7- Elaborer et diffuser le manuel de supervision des agents et de monitoring de la couverture des activités dans les districts sanitaires et le diffuser.			Le manuel de supervision sera élaboré en concertation entre les équipes des 2 projets afin que ce soit le même document qui soit utilisé partout
1.8- Organiser les séances de monitoring de la couverture des PSE, notamment de la couverture vaccinale dans l'ensemble des aires de santé (organisation des assemblées communautaires)			Cette activité se fera conjointement entre les 2 projets. Le PDSS va acheter l'indicateur lié au monitoring et le projet GAVI va s'assurer du contenu et de la qualité de ce monitoring
1.9- Organiser les séances de monitoring de la couverture des PSE, notamment de la couverture vaccinale dans l'ensemble des DS			Cette activité se fera conjointement entre les 2 projets. Le PDSS va acheter l'indicateur lié au monitoring et le projet GAVI va s'assurer du contenu et de la qualité de ce monitoring
1.10- Organiser les missions de supervision mensuelle des CSI par les DS			Le projet GAVI s'occupera de conduire les formations des superviseurs sur base des modules finalisés conjointement
1.11- Organiser les missions trimestrielles de supervision des DS par les DDS			L'outil de supervision sera finalisé conjointement par les 2 projets et applicable sur toute l'étendue du pays
1.12- Organiser les supervisions mensuelles des relais communautaires par les CSI			Le projet GAVI s'occupera de conduire les formations des superviseurs sur base des modules finalisés conjointement
1.13- Organiser les missions semestrielles de supervision des DDS par le PEV central.			Les RC qui ont été formés devraient être dotés en supports nécessaires leur permettant de faire leur travail, en concertation en harmonie avec les options du PDSS
4.2- Identifier et former au moins 840 relais communautaires sur l'atteinte des non atteints, la mise en œuvre des PSE et des activités vaccinales, la délivrance des			Cette activité se fera conjointement car le PDSS achète les indicateurs liés aux visites à domicile tandis que le projet GAVI développe un volet important de communication et de visite à domicile

messages, la conduite des visites à domicile et la promotion de la santé			
4.3- Doter les relais communautaires en outils de sensibilisation et de visibilité requis pour conduire leurs activités			Cette activité se fera conjointement car le PDSS achète les indicateurs liés aux visites à domicile tandis que le projet GAVI développe un volet important de communication et de visite à domicile
4.4- Former les membres des 84 COSA sur le rôle et le mécanisme de fonctionnement et la gestion des soins de santé communautaire			Le manuel de formation sera finalisé en concertation entre les experts de ces 2 projets afin que ce soit le même document qui soit utilisé partout
4.5- Organiser des séances de sensibilisation de masse			le projet GAVI va s'occuper de cette activité mais en concertation avec le PDSS-II
4.6- Organiser les visites à domicile dans les aires de santé cibles de l'intervention			Cette activité se fera conjointement (PDSS va acheter les indicateurs liés aux visites à domicile)
4.7- Assurer l'organisation du dénombrement des ménages dans les aires de santé par les relais communautaires			Le projet GAVI va conduire cette activité qui sera un support majeur pour le PDSS –II dans l'identification et le comptage des indigents.
1.12- Organiser les supervisions mensuelles des relais communautaires par les CSI			Cette activité se fera conjointement car le PDSS achète les indicateurs liés aux visites à domicile tandis que le projet GAVI développe un volet important de communication et de visite à domicile
2.1- Doter 5 DS en moteurs hors-bord 15 CV pour la supervision et la stratégie mobile			La dotation des CSI est essentielle pour les stratégies avancées, mobiles et la supervision des relais communautaires. Des acquisitions similaires sont prévues par le PDSS
2.2- Doter 84 CSI en motos pour les supervisions et stratégies avancées et mobiles			Cette dotation se fera sur toute l'étendue du pays par le PDSS-II
2.3- Doter le PEV central et 7 DS en véhicules pour la supervision et la stratégie mobile			Cette dotation se fera sur toute l'étendue du pays par le PDSS-II
2.5- Fournir le soutien requis pour l'organisation des stratégies avancées et mobile dans les districts sanitaires, en particulier pour atteindre les peuples autochtones,			Les stratégies mobiles seront plus organisées pour atteindre les populations des zones difficiles d'accès, notamment les peuples autochtones : activités spécifiques au RSS-GAVI
2.6- Organiser les campagnes d'offre des PSE y compris les vaccinations aux populations autochtones et riveraines des cours d'eau.			Cette approche a été développée au Congo par l'UNICEF pour amener le plus possible de PSE à haut impact aux populations qui vivent le long des cours d'eau et qui sont difficiles d'accès par voie terrestre.
2.7- Organiser des sessions de formation des acteurs du PEV du niveau central et des DDS sur la gestion du PEV, la planification, le suivi et évaluation du programme, la gestion des vaccins et des équipements de chaîne de froid, la gestion des données du PEV			Le manuel de formation sera finalisé en concertation entre les experts de ces 2 projets afin que ce soit le même document qui soit utilisé partout
2.8- Former les équipes cadres des 7 DS et les infirmiers des CSI sur le MLM et la gestion du programme PEV.			Ces sessions de formation seront organisées en concertation avec le PDSS-II et permettra de renforcer les compétences techniques des acteurs concernés
2.9- Doter 40 CSI en matériels de chaîne de froid solaires et électriques			Le projet va doter les formations sanitaires ciblées en frigos solaires
2.10- Assurer régulièrement le transport des vaccins et autres intrants du PEV, du niveau central vers les CFV.			Le renforcement de la capacité en chaîne de froid solaire/électrique de 40 CSI permettra d'administrer des vaccins de qualité même quand l'électricité fait défaut
2.11- Former 2 agents par district sanitaire sur la maintenance des matériels de la chaîne de froid			Il s'agira entre autres de faire un plaidoyer en vue d'obtenir à temps le cofinancement, et financer l'acquisition des vaccins de routine et aussi des campagnes en quantité suffisante.
2.12- Elaborer et mettre en œuvre des plans de communication sur la vaccination de routine et la délivrance du paquet			le projet GAVI va s'occuper de cette activité mais en concertation avec le PDSS-II

d'interventions a haut impact dans les 7 districts sanitaires a faibles performances			
2.13- Faire un plaidoyer pour la dotation d'une allocation budgétaire destinée à la maintenance des matériels de chaine de froid, des motos et des véhicules			Les plans de communication adaptés seront élaborés en tenant compte de ces spécificités
3.1- Doter 7 DS en kits informatiques et modems pour le traitement des données du SNIS			Le PDSS a une approche novatrice pour cette activité et qui sera mise en œuvre dans ses zones d'intervention.
3.2- Vulgariser le support électronique de saisie et de traitement des données du SNIS			La vulgarisation de ce support contribuerait à améliorer sensiblement la qualité des données du PEV de routine
3.3- Former les acteurs du SNIS des 7 DS sur les méthodes et techniques de collecte, traitement et analyse des données			Les supports de gestion des paquets de services vont être mis à disposition dans toutes les formations sanitaires.
3.4- Organiser semestriellement l'auto évaluation et les audits de la qualité des données fournies par les CSI (DQS et DQA)			Les DQS et DQA constituent les mécanismes par lesquels on s'assurera de la qualité des données de couverture transmises. Dans le cadre du PBF, le PDSS est particulièrement intéressé par la qualité des données.
3.5- Organiser l'enquête de couverture vaccinale au 4ème trimestre en 2017			Les enquêtes de couverture vaccinale permettront de faire une analyse objective de l'apport du programme dans l'amélioration des indicateurs de la vaccination
3.6- Organiser l'évaluation du programme GAVI-RSS à mi-parcours et à la fin			La disponibilité d'outils appropriés facilitera la mise en œuvre du financement basé sur la performance notamment en matière de vaccination
4.8- Entreprendre des négociations avec les compagnies de téléphonie mobile en vue de l'utilisation de leurs réseaux et des téléphones mobiles dans la promotion des vaccinations			Les rencontres avec les 2 principales sociétés de télécommunication permettront de finaliser un accord pour leur participation dans le projet
4.9- Organiser la cérémonie officielle de signature de l'accord de partenariat avec les opérateurs de téléphonie mobile			Cette cérémonie officielle devra être un évènement majeur de sensibilisation des décideurs et du grand public sur les défis et les enjeux de la vaccination au Congo.
4.10- Acquérir les équipements informatiques requis pour assurer le développement et la diffusion de l'échéancier électronique et des autres applications sur les téléphones portables des parents des enfants enregistrés à la vaccination: Achat serveur et options.			Ceci passe par l'acquisition du serveur et la formation du personnel
4.11- Assurer la mise en œuvre de l'application avec la téléphonie mobile: Cout Appels vocaux automatiques des familles n'ayant pas fait vacciner leurs enfants			Il est question de permettre à ces milieux d'avoir accès a des informations pertinentes sur la sante à travers leurs téléphones
5.1- Faire un plaidoyer pour restructurer l'organe de management du PEV, le doter de personnel technique supplémentaire, lui accorder les prérogatives d'une direction centrale et un financement approprié			La restructuration attendue et l'apport de ressources humaines complémentaires devraient avoir un impact immédiat sur la gestion du programme
5.2- Doter le management du PEV d'outils de gestion appropriés pour le programme			Il s'agit notamment des outils de gestion électronique des stocks de vaccin, des équipements de chaine de froid que des bases de données des vaccinations, y compris les équipements.
5.3- Soutenir le fonctionnement du Comité de pilotage du PNDS et du CCIA			Ce soutien devrait permettre de redynamiser non seulement le PNDS et son Comité technique mais également le CCIA de façon a leur assurer un fonctionnement plus régulier et plus efficace.

DEUX PAGES MAXIMUM

17. Viabilité

La viabilité des résultats obtenus avec le soutien RSS-GAVI par le Gouvernement du Congo est tributaire de la stabilité politique et sécuritaire, de la stabilité macroéconomique, ainsi que de la mise en œuvre réussie de la réforme préconisée dans le secteur de la santé.

A cause de son PIB qui le classe parmi les pays à revenu intermédiaire, le Congo est un «Graduating country» et va quitter l'appui GAVI en 2015.

Les performances et les perspectives économiques du Congo demeurent globalement favorables mais sa transformation structurelle reste un défi majeur. Le taux de croissance du PIB réel a baissé à 3.4 % en 2013, contre 3.8 % en 2012, en raison de la chute de la production pétrolière consécutive au vieillissement des puits pétroliers. La croissance du PIB devrait toutefois s'établir à 6.1 % en 2014 et 6.5 % en 2015. Ces perspectives macroéconomiques sont soutenues par la poursuite du programme d'investissements de l'État, le démarrage de la production minière et le dynamisme du secteur non pétrolier.

L'inflation, estimée à 2.9 % en 2013, devrait rester en dessous du seuil de convergence régionale de 3% à l'horizon 2015 grâce à une politique monétaire et budgétaire prudente. Le solde budgétaire et celui de la balance courante demeurent excédentaires en 2013, respectivement à 12.1 % et 4.9 %, et devraient se consolider en 2014-2015. Mais la diversification, la transformation de l'économie congolaise et l'augmentation significative de l'impact de la croissance sur les indicateurs sociaux demeurent des défis majeurs pour le pays. En effet, la croissance de l'économie congolaise est encore insuffisante et trop peu inclusive pour réduire de manière significative la pauvreté. Bien qu'elle ait baissé de 50.7 % en 2005 à 46.5 % en 2011, la pauvreté reste importante pour un pays à revenu intermédiaire, de même que le chômage, notamment celui des jeunes de 15 à 29 ans à 25 %. Une accélération du programme de réformes, en particulier dans les domaines de l'environnement, de l'investissement privé, du développement des compétences et des infrastructures et de gestion des finances publiques, est cruciale pour relever ces défis.

Pour lever ces obstacles, le gouvernement, à travers son Plan national de développement (PND) 2012-16, met l'accent sur : i) l'augmentation des investissements en infrastructures et le développement des compétences ; ii) l'amélioration du climat des affaires ; iii) l'amélioration de l'accès des PME au financement; iv) la création des Zones économiques spéciales (ZES) ; et v) le renforcement de l'intégration régionale.

Le renforcement de la décentralisation actuellement conduite dans le pays ainsi que la réforme envisagée du secteur de la santé permettront le renforcement des capacités institutionnelles des structures, avec un meilleur financement et une fonctionnalité optimale des districts sanitaires.

La viabilité technique du projet sera garantie par les activités de renforcement des capacités, de renforcement de la chaîne logistique et de transfert de connaissances menées tout au long du projet. Tous les niveaux de la pyramide sanitaire bénéficieront de la formation. Des représentants de la société civile locale et de la communauté seront aussi choisis et formés pour devenir des relais communautaires.

Le renforcement de la chaîne de froid avec les matériels solaires permettra aux différentes structures sanitaires du Congo de s'autonomiser vis-à-vis du courant électrique qui n'est pas toujours disponible à tout moment et sur toute l'étendue du pays. De même, la dotation des districts sanitaires en véhicules, hors-bords, motos et vélos permettra de bâtir sur cette expérience en vue de la pérennisation de la stratégie avancée et de la supervision formative.

Sur fonds propres du gouvernement, un hôpital général est en cours de construction dans chaque chef-lieu de département. En plus, plus d'un millier de jeunes congolais sont en formation à Cuba et dans divers autres pays pour des études médicales et paramédicales. Cet investissement va accroître de façon importante l'offre des services de santé y compris ceux de la vaccination au Congo.

La promulgation du décret numéro 2013-280 du 25 Juin 2013 portant création du comité de gestion et de développement communautaire (document en annexe) offre une opportunité majeure pour impliquer et travailler avec les communautés dans un cadre organisé et structuré. Ainsi les relais communautaires travailleront dans le cadre de Comité de gestion et de développement communautaire (CGDC) afin que leurs actions aient une portée beaucoup plus importante.

La viabilité financière du projet sera raisonnablement assurée, vu son coût limité et l'opportunité des financements importants destinés au renforcement du système de santé consentis par le Gouvernement à travers 2 projets majeurs que sont le PDSS II (près de 120 millions USD) et Projet conjoint OMS-UNICEF-UNFPA (près de 35 millions USD).

Le projet contribuera à améliorer l'efficacité des dépenses de santé dans la mesure où les résultats des dépenses totales actuelles des dépenses de santé 37 dollars par habitant seront améliorés grâce à la mise en œuvre du projet sur le Financement Basé sur les Performances, à l'adoption de dispenses de paiement accordées aux pauvres et à la mise en œuvre concomitante d'un programme lié à la protection sociale pilotée par la banque Mondiale (Projet LISUNGI). En effet, ce projet LISUNGI propose un système de transferts conditionnels en espèces pour améliorer l'état de santé d'un groupe ciblé de pauvres et de personnes âgées en République du Congo.

Dans le Cadre des Dépenses à moyen terme santé (CDMT Santé), il est prévu un accroissement des dépenses des secteurs sociaux, notamment dans le domaine de la santé, conformément à la stratégie de réduction de la pauvreté. Ainsi, le Ministère de la santé va activer deux leviers stratégiques.

Le premier concerne la stratégie d'amélioration de l'efficacité des ressources disponibles. Il s'agit d'atteindre de meilleurs résultats par une gestion rationnelle et efficiente des ressources qui seront rendues possibles, on pourrait citer entre autre: la réduction du taux de perte des vaccins, le renforcement de la coordination à tous les niveaux, la réalisation des contrôles réguliers et la formation/recyclage des gestionnaires.

La stratégie d'amélioration de la fiabilité des ressources mobilisables constitue le second levier. En ce qui concerne ce volet, il est important de veiller à ce que les fonds qui sont inscrits dans le budget soient décaissés entièrement dans les délais raisonnables pour réaliser les tâches planifiées. L'établissement du plan d'un programme d'activités avec un plan de trésorerie mensuelle est nécessaire pour être cohérent avec les règles et la cadence d'exécution du budget sur le plan national.

DEUX PAGES MAXIMUM

18. Modalités de mise en œuvre

a. Principaux organes de gestion

Les principaux organes de gestion sont :

Au niveau Central, le Comité de Coordination Inter Agence constitue le principal organe de coordination et de suivi de la mise en œuvre de la subvention. Les documents techniques de mise en œuvre des PSE seront endossés par le CCIA ainsi que les plans opérationnels et les rapports de mise en œuvre. Au niveau décentralisé, les directions départementales assureront le suivi de la mise en œuvre de l'intervention. Les Conseils départementaux et leurs organes seront mis à profit pour la coordination d'ensemble et la mobilisation des ressources au niveau local.

b. Partenaires de mise en œuvre de la soumission

Les partenaires de mise en œuvre de la soumission sont l'UNICEF et l'OMS à la fois pour la gestion technique et financière du projet. L'OMS et l'UNICEF travailleront avec les organes et services du ministère de la santé et de la population à tous les niveaux, les partenaires et les ONG afin de garantir les synergies nécessaires ainsi que les résultats. Le choix de ces deux partenaires pour la mise en œuvre de cette soumission découle d'une analyse profonde qui a été conduite par le MSP et ses différents partenaires afin de tirer le meilleur profit possible de l'opportunité qu'offre le soutien de GAVI pour renforcer effectivement le système de santé. Cette décision se base sur les éléments suivants :

- Le MSP a été récipiendaire principal des allocations des rounds 8 (Malaria et Tuberculose) ainsi que 5 et 9 (VIH) de GFATM. La mise en œuvre de ces projets n'a pas été optimale : les résultats visés n'ont pas été atteints ; leur gestion financière s'est soldée avec près de 3,7 millions USD de dépenses inéligibles devant faire l'objet de remboursement par le Gouvernement auprès de GFATM. Connaissant les liens étroits entre les financements de GFATM et ceux de GAVI, et tirant les leçons de ces expériences, le Gouvernement a pris l'option de faire exécuter le soutien RSS-GAVI par l'OMS et l'UNICEF.
- Le Gouvernement reconnaît l'expertise technique de l'OMS et l'UNICEF en matière de renforcement du système de santé et de vaccination.

c. Mécanismes de réception et de gestion des ressources de RSS-GAVI

Sur la base des éléments évoqués dans le point B, le mécanisme de gestion préconisé se résumerait comme suit : (i) GAVI envoie les fonds au Gouvernement qui les réceptionne sur un compte ouvert à cet effet par la DEP ; (ii) la DEP, après avis positif du CCIA, débourse les fonds à la fois à l'OMS et à l'Unicef tel que ressorti dans le budget soumis à GAVI ; (iii) l'OMS et l'UNICEF exécutent le projet conformément à leurs règles de gestion administrative et financière puis, rendent compte des résultats obtenus et de la gestion financière et (iv) les rapports techniques et financiers préparés par l'OMS et l'UNICEF sont soumis au CCIA.

Un mémorandum d'entente signé conjointement par le Ministre de la Santé et de la Population, les Représentants de l'OMS et de l'UNICEF au Congo permettra de fixer les modalités de mise en œuvre du projet ainsi que des obligations des parties.

d. Mécanismes de mise en œuvre de la soumission

Planification annuelle.

Chaque district sanitaire et toute autre structure intervenant dans le cadre de ce financement élaborera son Plan d'action intégré (PAI) dans le domaine du RSS. Ce plan va spécifier les activités devant être financées par RSS-GAVI. Ces PAI seront consolidés au niveau intermédiaire puis au niveau central. Les

activités des PAI consolidés à ces deux niveaux et devant faire l'objet de financement par GAVI seront fondues en un Plan de travail budgétisé annuel (PTBA). En collaboration avec les services techniques du ministère de la santé, l'OMS et l'UNICEF formuleront des plans de décaissement, basés sur les PTBA. Les plans de travail budgétisés annuels et les plans de décaissement seront présentés au CCIA pour validation.

Approvisionnement des comptes

Les plans de décaissement annuels transmis à GAVI seront examinés et approuvés en vue du décaissement des fonds à la DEP, sur une base annuelle, afin de mettre en œuvre les activités contenues dans les PTBA. Les fonds transférés à la DEP seront virés annuellement aux comptes des deux partenaires de mise en œuvre, conformément à leurs domaines de compétence contenus dans le document de soumission, dans le PTBA et aux dispositions du mémorandum d'entente.

Gestion des fonds.

La gestion des fonds se fera principalement par l'OMS et l'UNICEF conformément à leurs règles de procédures respectives. Ces deux partenaires seront responsables de la gestion des fonds destinés à la fois aux investissements (achats des matériels et équipements,...) et aux activités opérationnelles.

Mise en œuvre des activités.

Pour la mise en œuvre des activités, chaque district sanitaire élaborera, un plan de travail trimestriel en se référant au PTBA. Le plan de travail trimestriel devra être approuvé par la direction départementale. La mise à disposition des fonds aux districts sanitaires et aux autres bénéficiaires se fera de la manière suivante : (i) Chaque structure de mise en œuvre élaborera une requête des fonds qui sera adressée par voie hiérarchique soit à l'OMS, soit à l'UNICEF ; (ii) la lettre de transmission de la requête à l'OMS ou à l'UNICEF sera signée par le Directeur de cabinet du ministre en charge de la santé et (iii) après examen et approbation de la requête, les fonds destinés aux activités seront versés dans les comptes bancaires des bénéficiaires.

Suivi opérationnel des activités.

Ce suivi est placé sous la responsabilité des organes d'exécution avec l'accompagnement et l'appui de l'OMS et l'UNICEF. Au niveau des districts sanitaires, les équipes cadres feront le suivi lors des supervisions formatives des agents des CSI, lors des réunions de revues mensuelles d'activités, des exercices de monitoring de la couverture et des DQA. Il en est de même des départements sanitaires qui assureront le suivi des activités dans les districts sanitaires.

Au niveau central, la DEP, les directions générales concernées et le PEV assureront la mise en œuvre de leurs activités propres ainsi que le suivi mensuel dans les départements. Les CGDC et autres 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 les structures de mise en œuvre et soumis aux deux partenaires d'exécution.

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 autres analyses.

Ressources allouées à la gestion du programme.

Le programme sera géré par les deux partenaires d'exécution. Les Frais de gestion représentent 20,76% du budget global soit \$917,768.1, comprenant notamment 5% comme « overheads » pour les 2 agences et 15,76% comme appui technique (salaires des staffs dédiés au projet, achat véhicules et ordinateurs, missions de supervision sur terrain et participation à diverses réunions dans le cadre du projet).

Assistance technique.

L'assistance technique internationale et nationale est présentée en détails à la section 20 de la présente proposition.

DEUX PAGES MAXIMUM

19. Participation des OSC

L'expérience du Congo montre que les OSC sont des partenaires incontournables dans la mise en œuvre réussie du programme de vaccination et/ou de renforcement de système de santé.

Au niveau central: elles participent à toutes les réunions de différents organes de coordination qui traitent de RSS, de la vaccination et d'autres problématiques de santé. A ce titre, les OSC ont participé activement à la rédaction et à la validation de cette soumission.

Au niveau départemental : les OSC apportent leur appui technique à la mise en œuvre de divers projets de santé. Elles participent notamment aux processus de planification et de monitoring des activités conduites.

Au niveau opérationnel (DS et centres de santé), les OSC sont les véritables agents de terrain. Elles disposent de quelques structures qui offrent les soins de santé surtout de premier contact. Les OSC participent à des réunions des structures de gestion des DS et centres de santé. Elles apportent également un appui technique et logistique dans la mise en œuvre des activités sur le terrain. En effet, elles encouragent 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. C'est pour toutes ces raisons que des contrats de prestation de services avec des indicateurs précis sont signés pour améliorer davantage l'accès à l'offre des services de vaccination dans les DS retenus.

Dans la préparation de cette soumission, les OSC ont pris une part active. Dans la mise en œuvre, elles vont travailler comme sous-contractants pour les 2 partenaires d'exécution principaux du projet.

De façon spécifique, pour cette soumission, les OSC seront impliquées dans :

1. L'identification et la formation des relais communautaires (objectif 3)
2. L'organisation du dénombrement à base communautaire (objectif 3)
3. La mise en œuvre des activités de sensibilisation de masse dans les mass media (objectif 3)
4. L'organisation des visites à domicile dans les AS retenues pour intervention (objectif 3)
5. la mise en œuvre des plans de communication des DS en matière de santé et de vaccination (objectif 3)
6. l'organisation des campagnes d'accès aux populations autochtones et riveraines des cours d'eau afin de leur amener les paquets d'interventions à haut impact (objectif 2)
7. la génération des indicateurs dans le cadre de projet PDSS qui se consacre au Financement basé sur les résultats. (objectif 3)

Ainsi, donc la participation des OSC sera effective à travers :

i. leur implication dans le cadre du Projet PDSS II qui est focalisé sur le FBR au niveau des aires de santé et hôpitaux

Au Congo, il existe le Projet PDSS II qui est une initiative conjointe du Gouvernement congolais et de la Banque Mondiale et doté d'un budget de 120 millions USD pour 5 ans dont 100 millions USD viennent du Gouvernement et 20 millions USD de la Banque Mondiale. Ce projet consacre près de 30% de ses ressources à développer les approches communautaires et qui constituent le véritable goulot d'étranglement dans l'atteinte des couvertures d'impact. En effet, le système sanitaire du Congo est basé sur les CHU et les hôpitaux qui consomment plus de 70% du budget de la santé. Peu de ressources existent pour le fonctionnement des centres de santé et encore moins pour la mise en œuvre des approches communautaires à travers les OSC et les relais communautaires.

Avec les contrats qui seront signés entre les OSC et le PDSS II, les OSC contribueront non seulement à la génération des indicateurs achetés dans le cadre de FBR, mais aussi à faire les enquêtes de satisfaction des communautés pour les services qui leur sont offerts. Les OSC bénéficieront donc des financements nécessaires pour faire ce travail.

Au Congo, les OSC ne sont pas en nombre important surtout au niveau périphérique. Avec cette initiative du PDSS II, l'on espère que les énergies vont se libérer à la base et les OSC viables pourraient se créer et

fonctionner pour appuyer le travail qui se fait au niveau des structures sanitaires. Ce système de financement a l'avantage d'améliorer la performance des structures sanitaires et, au-delà, de différents indicateurs de ce projet de soutien de RSS.

ii. La signature des contrats de prestations avec les ONG pour les populations marginalisées et difficiles d'accès

Dans le département de la Likouala, l'UNICEF finance l'ONG ASPC qui mène des activités de délivrance d'un paquet d'interventions à haut impact pour les populations vivant le long du fleuve. L'ONG utilise, une fois par trimestre ou semestre des embarcations spécialement affrétées pour offrir des PSE aux populations riveraines des cours d'eau, selon la disponibilité des fonds et des intrants. Cette approche sera poursuivie avec le projet RSS-GAVI. Des contrats seront signés avec l'ASPC mais aussi d'autres OSC qui pourraient délivrer des services aux populations ayant un accès difficile aux interventions vitales.

iii. Appui des OSC à la mobilisation sociale au niveau des communautés :

Les OSC sont impliquées dans la mise en œuvre des plans de communication des DS en matière de santé et de vaccination. À cet effet, les Chefs Traditionnels, les élus, les leaders religieux, les notabilités, les CGDC, les responsables d'ONG et les tradithérapeutes vont contribuer à l'information et à la mobilisation sociale à travers les églises et mosquées, les cérémonies sociales, les radios locales et les crieurs publics. Les OSC seront aussi mis à profit pour opérationnaliser les échéanciers électroniques et les messages de relance des mères des enfants inscrits à la vaccination.

iv. Le plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières transférées aux collectivités locales pour le compte de CGDC pour les activités de santé et vaccination

Le décret portant création des CGDC transfère à ces derniers, un certain nombre de responsabilités relatives à l'amélioration des conditions sociales de la population. Ce décret affecte également aux CGDC un budget de l'Etat qui passe à travers les organes des collectivités locales.

Ainsi, les OSC seront un véritable instrument de plaidoyer pour s'assurer que ces fonds soient effectivement débloqués pour mener les activités des CGDC.

En définitive, pour l'ensemble des activités du RSS-GAVI impliquant les OSC, une enveloppe globale de l'ordre de 622,476\$, est prévue, tel que indiqué dans le tableau n°10 ci-dessous. Ces financements passeront par l'UNICEF qui est responsable des activités communautaires dans le cadre du projet. En plus de ces fonds, les OSC bénéficieront aussi des fonds du Gouvernement congolais, de la Banque Mondiale et de différents partenaires engagés dans le soutien aux activités communautaires.

Tableau n° 10 : fonds pour les OSC pour le financement des activités prévues dans le projet

ACTIVITES	MONTANT
Identifier et former au moins 840 relais communautaires sur l'atteinte des non atteints, la mise en œuvre des PSE et des activités vaccinales, la délivrance des messages, la conduite des visites à domicile et la promotion de la santé	46,152
Organiser des séances de sensibilisation de masse dans les mass media	217,800
Organiser les visites à domicile dans les AS retenues pour intervention	113,400
Appuyer l'organisation du dénombrement des ménages par les RC	59,340
Organiser les campagnes d'offre des PSE y compris les vaccinations aux populations autochtones et riveraines des cours d'eau	105,000
Doter les relais communautaires en outils de sensibilisation et de visibilité requis pour conduire leurs activités	80,784
TOTAL POUR LES OSC	622,476

DEUX PAGES MAXIMUM

20. Assistance technique

Deux mécanismes essentiels permettront de renforcer les capacités institutionnelles grâce à cette assistance technique. Il s'agit notamment : (i) de la production des outils et documents de référence et (ii) du transfert des compétences aux acteurs locaux. Dans le cadre de cette proposition, elle concerne principalement la réalisation des enquêtes, la gestion des approvisionnements et l'amélioration de la qualité des données, à travers des consultations ponctuelles.

A. Assistance technique internationale

1. Une assistance technique internationale est requise dans le cadre de la mise en place de la nouvelle centrale d'achat et de distribution des médicaments en remplacement de la COMEG. La disponibilité des médicaments de qualité est une condition sine qua non pour accroître l'utilisation des services de santé et développer la confiance des populations en leurs structures. Cette confiance permettra l'augmentation de la fréquentation des services de vaccination offerts par les mêmes structures.

2. Le Congo bénéficie actuellement d'une assistance technique internationale pour les questions liées aux ressources humaines en santé. En effet, avec l'appui de l'AFD et de l'Union Européenne, un programme est en train de se développer pour la réadaptation des curricula, la formation initiale et continue, la politique d'affectation et de rétention des personnels de santé sur leurs lieux d'affectation.

3. Une assistance internationale pour la conduite des enquêtes de type MICS et EDS est requise. Ces enquêtes permettront de disposer des bases factuelles sur l'impact du programme vaccinal et sa contribution intra et intersectorielle dans le renforcement du système de santé et la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile.

4. Une assistance technique internationale est également requise pour la logistique et la gestion efficace des vaccins. Elle travaillera avec les logisticiens qui seront formés et mis en place pour s'assurer de la maintenance des matériels de la chaîne de froid et de la bonne gestion des vaccins.

5. Une assistance technique internationale pour appui à l'amélioration de la qualité des données et la conduite des audits de qualité des données sera aussi requise, au regard des défis auxquels le pays est confronté dans ce domaine : non maîtrise des dénominateurs, importants écarts observés entre les données administratives et celles des enquêtes.

6. Une assistance technique internationale sur les questions de dévolution après la fin de l'appui de GAVI et la viabilité financière du PEV aidera à développer des méthodes de plaidoyer afin d'obtenir une augmentation significative des allocations budgétaires destinées à la vaccination.

7. Enfin une assistance technique internationale sera requise pour la mise en place de la couverture sanitaire universelle, en vue de lever les barrières financières à l'accès et à l'utilisation des services de santé y compris la vaccination.

B. Assistance technique nationale :

8. Une assistance technique nationale pour la mise en œuvre du monitoring centré sur l'équité dans l'accès et l'utilisation des services ainsi que l'évaluation de l'évolution des goulots d'étranglements aux services de vaccination identifiés à chaque niveau.

9. Une assistance technique nationale de haut niveau pour apporter un appui aux districts sanitaires dans la formation sur l'utilisation et la maintenance des matériels informatiques ainsi que l'exploitation des outils du SNIS. Cela devra améliorer la collecte, le traitement, l'analyse et la transmission prompte des données aux niveaux hiérarchiques supérieurs.

10. Une assistance technique nationale pour l'installation et la maintenance des matériels de chaîne de froid solaires. Ces matériels nécessitent un coût d'investissement élevé mais constituent une aubaine dans un pays où l'électricité n'est pas encore disponible partout. Cette assistance technique passera par le biais des contrats à signer avec certaines sociétés congolaises spécialisées dans le domaine des matériels solaires.

11. Une assistance technique nationale pour la formation du personnel de santé en SSP, pour le cours MLM ainsi que celle de l'Institut National des Statistiques dans la réalisation des enquêtes, études, analyses macroéconomiques et autres.

UNE PAGE MAXIMUM

21. Risques et mesures de limitation

Le pays a déjà conduit une analyse des risques du secteur santé lors de la finalisation du projet PDSS II cofinancé par le Gouvernement congolais et la Banque Mondiale. [Cette analyse des risques se trouve aux pages 34-36 et 85-91](#) du document intitulé «*Document d'évaluation de projet concernant une proposition de crédit d'un montant de 6,6 millions de DTS (équivalent de 10 millions USD) et d'un montant de 10 million USD en HRITF a la République du Congo pour un projet de développement du système de santé.*»

Description du risque	Probabilité (élevée, moyenne, faible)	Impact (élevé, moyen, faible)	Mesures d'atténuation
Objectif n°1 : D'ici la fin du projet, au moins 80% des districts sanitaires à faibles performances ciblés offrent des PSE complets de qualité, y compris les vaccinations, avec des taux moyens d'utilisation d'au moins 50%.			
Risque institutionnel - Changement d'équipe au Ministère de la Santé	Faible	Faible	Leadership du CCIA dans la gestion du projet RSS-GAVI
Risque fiduciaire - Utilisation des peu rationnelle des fonds et dépenses mal justifiées	Faible	Faible	- Exécution financière par l'OMS et l'UNICEF - Réalisation régulière des contrôles de gestion et des audits par l'inspection générale de la santé
Risque opérationnel - Faible capacité des équipes cadre de DS	Moyenne	Moyen	- Formation des acteurs - Supervision
Objectif n°2 : D'ici la fin du projet, augmenter de 75% à au moins 85% le pourcentage des enfants complètement vaccinés dans l'ensemble des districts sanitaires y compris au sein des groupes de populations marginalisées.			
Risque institutionnel - Changement d'équipe au Ministère de la Santé	Faible	Faible	Leadership du CCIA dans la gestion du projet RSS-GAVI
Risque fiduciaire - Utilisation des peu rationnelle des fonds et dépenses mal justifiées	Faible	Faible	- Exécution financière par l'OMS et l'UNICEF - Réalisation régulière des contrôles de gestion et des audits par l'inspection générale de la santé
Risques opérationnel - Faible capacité des équipes cadre de DS - Non adhésion des populations autochtones	Moyenne	Moyen	- Formation des acteurs - Supervision - Renforcement de l'approche communautaire avec l'implication des acteurs locaux issus des populations autochtones
Objectif n°3 : D'ici la fin du projet, emmener au moins 80% des directions départementales et des districts sanitaires à produire des données de qualité et des rapports périodiques, conformes aux formats et délais recommandés par le SNIS.			
Risque institutionnel - Faible coordination des interventions relatives au SNIS	Moyenne	Moyen	- Mise en œuvre effective de la stratégie de renforcement du SNIS préconisée dans le PBDS 2015-2016
Risque fiduciaire - Utilisation des peu rationnelle des fonds et dépenses mal justifiées	Faible	Faible	- Exécution financière par l'OMS et l'UNICEF - Réalisation régulière des contrôles de gestion et des audits par l'inspection générale de la santé
Risques opérationnels - Utilisation encore très	Faible	Faible	- Formation des acteurs

limitée de l'outil informatique dans les DS - La dépendance vis-à-vis des téléphonies mobiles			- Mise à disposition des équipements de communication
Objectif n° 4 : D'ici la fin du projet, augmenter la demande des PSE y compris la vaccination dans les districts sanitaires ciblés grâce à la mise en œuvre des approches communautaires et à l'utilisation des approches novatrices des Technologies de l'information et la communication (TIC), à travers la téléphonie mobile.			
Risque institutionnel - Changement d'équipe au Ministère de la Santé	Faible	Faible	Leadership du CCIA dans la gestion du projet RSS-GAVI
Risque fiduciaire - Utilisation des peu rationnelle des fonds et dépenses mal justifiée	Faible	Faible	- Exécution financière par l'OMS et l'UNICEF - Réalisation régulière des contrôles de gestion et des audits par l'inspection générale de la santé
Risque opérationnel - Utilisation encore très limitée de l'outil informatique dans les DS - La dépendance vis-à-vis des téléphonies mobiles	Faible	Faible	- Formation des acteurs - Mise à disposition des équipements de communication
Objectif n° 5: D'ici la fin du projet, renforcer la gouvernance et la gestion du programme.			
Risque institutionnel - Changement d'équipe au Ministère de la Santé	Faible	Faible	Leadership du CCIA dans la gestion du projet RSS-GAVI

22. Modalités d'approvisionnement et de gestion financière

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.

Pour définir l'option de gestion des fonds GAVI dans le cadre de RSS, le Congo s'est appuyé sur 5 réalités:

1. Son expérience de délégation de financement des programmes RSS, en l'occurrence le PDSS II, a un mécanisme de gestion innovant qui fonctionne sous les procédures de la banque Mondiale. Ce mécanisme fait appel à une cellule technique dont les responsables sont nommés de façon transparente selon un processus concurrentiel. Il fonctionne sous la supervision d'un comité de pilotage qui regroupe le Ministère de la Santé et de la Population et tous les partenaires du secteur sanitaire qui l'évalue dans ses performances
2. Le risque pour le Congo qui est un Graduating country de subir un FMA (Financial management Assessment) de la part de GAVI. En effet, l'expérience démontre que si c'est un Gouvernement ou une organisation de la société civile qui doit gérer les fonds GAVI, le FMA devrait être conduit et ce processus dure au minimum 12 mois. Ainsi, à la fin du FMA, le Congo ne pourrait plus bénéficier du financement de GAVI car il aurait déjà quitté la liste des pays appuyés par cette alliance.
3. L'expérience difficile de gestion des Grants de GFATM (spécialement les Grants malaria et VIH) pour lesquels [le rapport d'audit de l'OIG en annexe](#) montre que la gestion par les organes étatiques et la société civile a été un désastre. La conséquence est que le pays est privé du financement dans le cadre de la lutte contre le paludisme qui constitue pourtant la première cause de mortalité.
4. Le gouvernement reconnaît l'expertise technique pointue des agences des Nations unies, particulièrement l'OMS et l'UNICEF dans le domaine combiné de RSS et de la vaccination. Leur appui aux structures gouvernementales a été déterminant pour maintenir les indicateurs d'évaluation à un niveau appréciable.
5. Le transfert des fonds directement de GAVI vers les agences des Nations Unies implique 8% des frais de gestion qui doivent aller aux sièges de ces agences alors que si c'est le gouvernement qui transfère les fonds à ces agences du système des Nations Unies, les frais de gestion sont de 5%

Se basant sur ces 5 éléments, le Gouvernement du Congo préconise un mécanisme de gestion qui se résumerait en :

- GAVI envoie les fonds au Gouvernement qui le

	<p>réceptionne sur le compte de la DEP ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • La DEP, après avis positif du CCIA et/ou du comité de pilotage, débourse les fonds à la fois à l’OMS et à l’Unicef selon leurs domaines d’expertise dans le cadre de cette soumission et tel que ressorti dans le budget qui a été soumis à GAVI. • L’OMS et l’Unicef sont responsables de l’exécution du projet et de la justification à la fois des résultats programmatiques et des finances auprès du Ministère de la Santé et de la Population ; • Le Ministère de la Santé et de la Population présente les rapports financiers et les résultats programmatiques lors de la réunion de CCIA pour discussion et validation
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	<p>Mr Marcelin LEBELA, Directeur des Etudes et de la Planification</p> <p>Ministère de la Santé et de la Population</p> <p>Téléphone : 00242066374666 / 00242055501191</p>
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"> ▪ Veuillez donner le nom et le montant de l’allocation, ainsi que les années. ▪ Pour des allocations terminées de GAVI et d’autres partenaires du développement : veuillez décrire brièvement les principales conclusions relatives à l’utilisation des fonds du point de vue des résultats de la gestion financière. ▪ Pour les allocations en cours de GAVI et d’autres partenaires du développement : 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 	<p>Le Ministère de la Santé et de la Population a déjà reçu des financements de diverses organisations dont GAVI. Dans le cadre de cette soumission, les fonds de GAVI, vont transiter par le compte de la DEP qui effectuera leur transfert vers les comptes de l’OMS et de l’UNICEF.</p>

émis des réserves).	
Supervision, Planification et budgétisation	
4. 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.	L'organe qui sera responsable de la supervision du programme à l'échelon national est le CCIA mis en place pour le suivi du programme en lien avec la vaccination et plus globalement pour tout financement en provenance de GAVI. Il est présidé par le Ministre de la Santé et de la Population, et y participent les agences du système des Nations Unies et autres partenaires techniques et financiers (Union Européenne, Banque Mondiale, Coopérations bi et multilatérales), les OSC ainsi que les cadres du MSP.
5. Qui sera responsable de la planification et budgétisation annuelles en rapport avec le RSS de GAVI ?	La Direction d'Etudes et Planification du MSP sera responsable de la planification, de la budgétisation et de la production des rapports annuels de situation (RAS) en ce qui concerne la proposition RSS GAVI-. La DEP travaillera en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF, le Programme Elargi de Vaccination, les organisations de la Société Civile, et d'autres partenaires et acteurs impliqués dans la mise en œuvre.
6. Quelle est la procédure de planification et budgétisation et qui est chargé d'approuver le plan de travail et budget annuels du RSS de GAVI ?	Un plan de mise en œuvre de la proposition sera élaboré chaque année. Il sera approuvé et adopté par le CCIA et/ou le comité de pilotage. Ce plan sera élaboré avec les parties prenantes telles que décrits au point 5 ci-haut. 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 celles des autres partenaires. Ce plan avec en annexe un plan de décaissement annuel sera envoyé pour approbation au niveau du Secrétariat de GAVI dans le cadre du rapport annuel de situation. Une fois approuvé par GAVI, le financement s'en suivra.
7. 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 ?	OUI
Exécution du budget (y compris gestion de la trésorerie et des flux de financement)	

<p>8. 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.</p>	<p>Les fonds seront transférés de GAVI vers le Compte de la DEP (en FCFA) ouvert à cet effet. Conformément au Mémoire d'entente qui sera signé entre le Ministère de la Santé et de la Population, l'OMS et l'UNICEF, les fonds versés sur le compte RSS GAVI ouvert par la DEP seront transférés vers les comptes des deux agences du système des Nations Unies. Le signataire du compte RSS-GAVI sera le Directeur des Etudes et de la Planification. Les décaissements seront effectués sur autorisation du Ministre de la Santé et de la Population après approbation du plan de décaissement par le CCIA.</p>
<p>9. 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 ?</p>	<p>Les fonds RSS-GAVI seront transférés sur le compte RSS GAVI ouvert par la DEP qui seront par la suite versés dans les comptes respectifs de l'OMS et UNICEF ouverts dans des banques locales.</p>
<p>10. Ce compte bancaire sera-t-il alimenté uniquement avec des fonds de GAVI ou détiendra-t-il aussi des fonds d'autres sources (Gouvernement et/ou donateurs – « compte commun »)</p>	<p>Pour la mise en œuvre du projet, un compte exclusivement dédié au RSS GAVI sera ouvert par la DEP.</p>
<p>11. 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 style="text-align: center;">OUI</p> <p>Les organes de gestion de chaque structure (DS) élaboreront chaque trimestre leur plan du travail en se référant à leur PAI. La mise à disposition des fonds aux organes de gestion se fera de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chaque structure de mise en œuvre (Directions, programmes, Départements et DS) élaborera une requête des fonds. • Les requêtes pour le déblocage des fonds seront adressées à l'OMS ou à l'UNICEF par le Directeur de Cabinet du Ministre de la Santé et de la Population. • Après analyses et corrections nécessaires, les fonds destinés aux structures de mise en œuvre seront transmis dans leurs comptes bancaires respectifs. • Après l'exécution des activités, la structure va justifier la totalité des fonds reçus auprès du partenaire d'exécution qui a fourni les fonds • Le partenaire d'exécution a la possibilité, à tout moment, de réclamer les extraits bancaires des structures bénéficiaires afin de confronter les informations pourvues par celles-ci

Passation de marchés	
12. Quel système de passation de marché sera utilisé pour le programme de RSS de GAVI ? (par ex 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)	Les principaux investissements tels que le matériel de la chaîne de froid, le matériel roulant et autres, le marché sera exécuté par les 2 partenaires de mise en œuvre (UNICEF et OMS) qui vont appliquer les procédures et règles du système des Nations Unies en la matière.
13. Prévoyez-vous de vous procurer certains articles par le biais de systèmes des partenaires de GAVI au niveau national (UNICEF, OMS) ?	OUI
14. Quelle est la modalité de dotation en personnel de l'organisation chargée de l'approvisionnement?	Ce seront les personnels de l'OMS et de l'UNICEF comme spécifié au point 12 ci-haut
15. Des procédures sont-elles en place pour l'inspection physique et le contrôle de la qualité des biens, travaux ou services prêtés ?	OUI. Ce sont les procédures mises en place par l'OMS et l'UNICEF lors de la commande, la réception et la distribution des différents intrants.
16. Existe-t-il un mécanisme de plainte ? Veuillez le décrire brièvement.	OUI Les mécanismes opérant des plaintes existent à tous les niveaux. Par exemple, tout partenaire ou toute organisation impliquée dans la mise en œuvre du RSS GAVI peut saisir le CCIA et/ou le comité de pilotage pour se plaindre sur un sujet précis qui fera l'objet d'investigations de la part de ces organes.
17. Des procédures efficaces de règlement des différends sont-elles en place ? Veuillez les décrire brièvement.	OUI / NON Les différends seront réglés dans le cadre de CCIA et/ou comité de pilotage. .
Comptabilité et rapports financiers (y compris la gestion des avoirs immobilisés)	
18. Quelles sont les effectifs de l'organisation chargés de la comptabilité et de la préparation de rapports financiers ?	Ce sont les chargés des opérations et les National Officer œuvrant dans le secteur financier de ces 2 organisations qui constitueront les effectifs chargés de la comptabilité et de la préparation de rapports financiers
19. 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 ?)	L'OMS et l'UNICEF utilisent respectivement les logiciels internes.
20. À quelle fréquence l'organe d'exécution produit-il des rapports financiers intermédiaires	L'OMS et l'UNICEF produiront les rapports financiers trimestriellement et les adresseront au Directeur des

et à qui les présente-t-il ?	Etudes et de la Planification. ces rapports sont ensuite examinés par le CCIA avant d'être transmis à GAVI-Alliance.
Contrôle interne et vérification interne des comptes	
21. 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 ?	OUI L'OMS et l'UNICEF disposent des manuels de gestion ou d'opération financière qui décrit le système de contrôle interne et les procédures opérationnelles de gestion financière.
22. 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 GAVI.	OUI L'OMS et l'UNICEF sont régulièrement audités en interne par les auditeurs de ces différentes organisations et selon la procédure approuvée par le système des Nations Unies.
23. Existe-t-il un comité de vérification des comptes chargé de suivre la mise en œuvre des recommandations de la vérification interne des comptes ?	OUI L'OMS et l'UNICEF ont ces mécanismes en leurs seins.
Vérification externe des comptes	
24. 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)?	Les rapports d'audits des Nations Unies concernant la gestion des fonds de RSS GAVI seront partagés avec le Ministère de la Santé et de la Population.
25. 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 2 partenaires de mise en œuvre concernées par ces recommandations à tous les niveaux. Le CCIA assurera le suivi de la mise en œuvre de ces recommandations.
TROIS PAGES MAXIMUM	

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 ?

La question relative aux contraintes dans le système de gestion financière du secteur de la santé a été largement abordée à la section 22 du présent document. Elles ont débouché par la proposition de faire exécuter cette soumission par l'OMS et l'UNICEF en lieu et place du Ministère de la Santé et de la Population à cause de toutes les difficultés et défaillances évoquées.

UNE DEMI-PAGE MAXIMUM