

## Congo

### Evaluation conjointe 2014 (du RSA 2013)

#### 1. Réalisation et contraintes

##### Baisse de la couverture vaccinale et causes identifiées

Avec l'appui de GAVI, la couverture en DTP3 au Congo est passée de 31% en 2001 à 90% en 2010 puis 2011. Les données de la dernière enquête de démographie et de santé se présentent comme suite: BCG : 93,9%; DTC3: 71,9%, VAR: 74, 9% tandis que les données administratives en 2013 sont : BCG: 89%, DTC3: 84%, VAR : 78%. Les estimations officielles du pays selon le JFR en 2013 se présentent comme suit: BCG: 90%; DTC (Pentavalent)3: 85%, VAR: 80%. Ces données sont superposables à celles des estimations OMS UNICEF en 2012 et se rapprochent de l'EDS. Les écarts non importants observés pour certains antigènes avec l'EDS peuvent s'expliquer par la faible conservation des cartes de vaccination par les parents (57% dans l'ESDC 2011-2012). On note cependant que les estimations UNICEF/OMS de 2013 sont respectivement de : 69% Penta3 ; 92% BCG et 65% VAR. Cette différence de plus de 15 points pour certains antigènes nécessite une enquête MICS dont la préparation est en cours.

La baisse de la couverture vaccinale enregistrée en 2012 et 2013 est liée aux raisons suivantes:

##### Qualité des données

- Certains départements ont des problèmes de complétude.
- Il n'y a pas eu d'enquête de couverture depuis 2011-2012, date de l'EDS.

##### Financement au niveau opérationnel

- Les différentes politiques de gratuité ont entraîné une baisse des recettes (notamment le paludisme qui représente 60% des recettes au niveau des CSI). Cela a entraîné les difficultés de financement pour rechercher les perdus de vue.
- La subvention de l'Etat destinée à remplacer le recouvrement de coûts suite aux mesures de gratuité prises par le Gouvernement n'a pas réglé la question. Car les montants sont insuffisants et ne répondent pas aux besoins desdits centres notamment pour financer les activités de routine.

##### Disponibilité des stocks

- Les stocks bas de vaccins liés à la situation de pré rupture au niveau national par défaut de cofinancement, retards de commande et aux difficultés de monitoring des stocks.

##### Performances vaccinales

- Les bonnes couvertures sont souvent liées aux activités de masses (AVI, Semaine de Santé Mère Enfant, Semaine africaine de vaccination) L'arrêt des activités de routine de masse telles que les semaines de santé mères enfants ont contribué à la baisse des couvertures. La dernière semaine de santé mère enfant a eu lieu en 2011 financé par les partenaires locaux et le gouvernement. Cette approche qui améliore la couverture de la vaccination de routine est coûteuse et n'a pas été financée ces deux dernières années.
- Certains départements ont des performances bonnes et constantes comme le Niari ou la cuvette. Les districts de santé de ces départements ont été revitalisés, ce qui explique leurs performances. La dernière évaluation a montré que 50% des districts sont rationalisés et sont performants. Les autres ont besoin d'appui du niveau central pour améliorer leurs couvertures.

##### Logistique et infrastructure insuffisante

- Il y a un problème de logistique roulante et également de carburants pour faire rouler cette logistique : 50% des formations sanitaires ont des motos mais aucun district sanitaire ne dispose de véhicule pour la supervision et la stratégie avancée.
- Le nombre de centres fixes de vaccination par rapport aux normes est 1 centre pour 425 enfants au lieu de 1 centre pour 200 enfants actuellement.

#### Genre et population marginalisée

- Dans l'utilisation des services, il n'y a pas de discrimination ni barrière spécifique à la femme.
- Par contre pour les peuples autochtones (pygmées), il n'y a pas de données désagrégées mais il est possible qu'il y ait des difficultés d'accès géographiques ou culturels. Il y a des périodes de l'année pendant lesquelles ils sont inaccessibles pour nomadisme lié à la chasse, à la cueillette et aux autres activités traditionnelles et faits sociaux.

#### Mesures correctrices

En vue de régler les problèmes de qualité des soins, les mesures suivantes sont prises par le gouvernement congolais :

- Investigation des problèmes de complétude et missions de supervision pour améliorer la complétude et la qualité des données.
- Amélioration des performances et de la gestion des ressources humaines à travers un projet financé par l'AFD et l'UE. Il s'agit d'améliorer la formation continue et de base du personnel paramédical ainsi que sa répartition territoriale.
- Renforcement de la motivation du personnel par l'achat des performances à travers le projet PDSS2 cofinancé par l'Etat et la Banque Mondiale.
- Amélioration de la qualité des soins en vue de la réduction de la mortalité maternelle et infantile par le projet conjoint OMS-UNICEF-UNFPA-MSP auquel pourrait éventuellement se joindre GAVI avec le financement RSS. Il s'agit de la revitalisation des districts de santé. Il prend en compte toutes les activités dans le domaine de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile. Le montant total est de 24 millions de \$ avec les contreparties des 3 agences. Un travail a été fait avec la banque Mondiale pour harmoniser les approches avec le PDSS2 qui se focalise sur l'achat des performances.
- L'accès amélioré aux soins de santé sera garanti par la mise en œuvre de la couverture universelle.

***Il est essentiel que le Congo se recentre sur les activités traditionnelles de routine à travers un système de santé de district performant.***

## 2. Gouvernance

Le GTCV n'existe pas. Les réflexions sont en cours. L'AMP a fourni les textes et exemples mais le Congo n'a pas encore mis ce groupe en place.

Le CCIA a eu un fonctionnement régulier jusqu'en 2012. En 2013 il y a eu 4 réunions dont une élargie aux ambassadeurs et deux présidées par le Ministre. Le niveau de représentativité des autres secteurs (Ministère des finances et du Plan) n'est pas adéquat. Il y a un élargissement en cours pour y inclure la société civile. La réflexion est en cours pour réviser le texte existant en l'élargissant à d'autres secteurs et d'autres organismes. Les comptes rendus des réunions du CCIA sont disponibles mais en 2013, les réunions stratégiques se sont surtout déroulées au moment de crises.

La société civile est souvent impliquée sur le volet communautaire notamment les églises qui peuvent offrir leur assistance. Le secteur privé notamment la société pétrolière ENI apporte un appui régulier en chaîne de froids, logistique roulante etc. Les zones appuyées par ENI sont performantes.

La mise en œuvre des recommandations est suivie par le CCIA technique qui se réunit au moins une fois le mois. Il est constitué des techniciens du MSP, OMS et UNICEF et est présidé par le Directeur Général de la santé.

***Le CCIA stratégique devrait davantage se concentrer sur la planification stratégique du programme élargi de vaccination.***

### **3. Gestion des programme**

En 2013 le programme annuel du PEV a été plus ou moins validé. Lorsque le CCIA n'examine pas suffisamment le plan, Il y a une faible appropriation des interventions sur la vaccination et la planification sur l'année par le Ministère.

Il y a une discordance entre les données financières liées au cofinancement reçues par GAVI de l'UNICEF SD et les données disponibles localement. Pour éviter cette situation, il faudra:

- Assurer le même niveau d'information entre les partenaires quant au financement (OMS, UNICEF, PEV, GAVI)
- Particulièrement pour les pays en défaut, pour chaque transaction, il faudrait que l'UNICEF Copenhague fasse un récapitulatif avec les différentes imputations des montants reçus.
- GAVI va adresser un courrier en ce sens à Copenhague en mettant les collègues du Congo en copie.

### **4. Réalisation des programmes**

Mise en œuvre des recommandations du dernier GEV réalisé en 2010 à 70%. Les estimations montrent que pour l'introduction du VPI les capacités au niveau national sont acceptables mais certains districts ne sont pas prêts.

Une autre évaluation de la GEV aurait dû être faite l'an dernier mais est reportée pour cette année et sera incluse dans la revue extérieure du PEV. Elle inclura les scénarii de VPI qui n'avaient pas été pris en compte lors du dernier GEV. La revue est prévue de juillet à août 2014. Les requêtes sont déjà faites à l'OMS.

Il y a eu des ruptures de stock en 2013 liées à un monitoring insuffisant et à la non maîtrise des cibles réelles dans certains départements. Les actions prise sont pertinentes en termes de formation en logistique du personnel, de mise à disposition d'équipements informatiques ainsi que des outils de gestion.

Le lancement du Rota a été différé à cause de la non disponibilité des vaccins au niveau global. le lancement a eu lieu en avril 2014.

### **5. Qualité des données**

Certains départements comme pointe noire ont des populations au-delà des projections sur la base du dernier recensement démographique national. Dans le cadre du projet conjoint et du PDSS2, un dénombrement sanitaire va être fait pour ajuster le dénominateur.

Certaines données sur le portail de GAVI ne sont pas correctes et nécessitent un ajustement.

Le pays présente

### **6. Initiative d'éradication de la polio**

L'OMS a mis en place depuis 1999 un réseau qui surveille à la fois la PFA et le PEV. Il s'agit d'un personnel de santé étatique auquel l'OMS offre des primes supplémentaires dans le cadre de la supervision des activités.

Des directives sont données pour que lors des AVS polio, les antigènes de routine soient également offerts. Dans les grandes villes les équipes déployées pour la polio identifient les enfants perdus de vue et les réfèrent vers les centres fixes de vaccination.

Ce personnel est désormais surnommé: superviseurs PEV/PFA. Il réalise un monitoring mensuel et consacre plus de 50% de son temps à l'activité de routine. On note que les frais de supervision

sont insuffisants et un plaidoyer est fait pour la revalorisation et le paiement de ces primes par le gouvernement. Il s'agit d'une prime de carburant de 15000 FCFA par mois pour couvrir des rayons pouvant aller jusqu'à 50 km.

Pour les zones à haut risque, un plan d'intensification de la surveillance et l'amélioration de la couverture par des mini campagnes répétées est organisé. Mais il faut noter qu'il n'y a pas d'augmentation significative de plus de 10% des trois doses de penta.

### 7. Utilisation des subventions autres que le RSS de GAVI

Le SSV de 2011 a été utilisé jusqu'en 2013. Les activités ont pris du retard sur le plan initial mais le budget a été respecté. Les fonds ont été utilisés aux fins prévues.

### 8. Gestion Financière

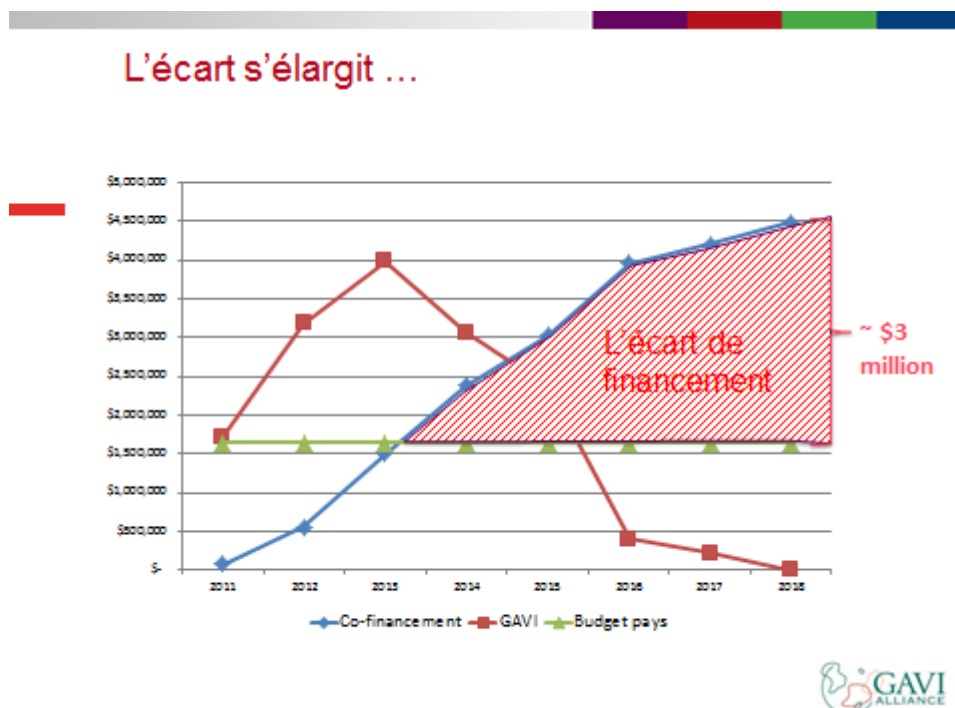
Le rapport d'audit mentionne que tout est en ordre pour l'utilisation du SSV.

### 9. Objectif du SNV

Pas de dossier soumis.

### 10. Financement et viabilité

Actuellement, malgré les plaidoyers et nombreuses initiatives (proposition de lois etc.), aucune mesure ne semble être concrètement prise pour garantir la viabilité financière du PEV. Depuis 4 ans le montant alloué à la vaccination n'a pas augmenté et le pays a déjà été en défaut de cofinancement de manière répétitive en 2012 et en 2013. Le cofinancement de 2012 a été payé tardivement et celui de 2013 reste à payer. Dans la perspective de la sortie de l'éligibilité, il est important de sécuriser les fonds de la part du gouvernement.



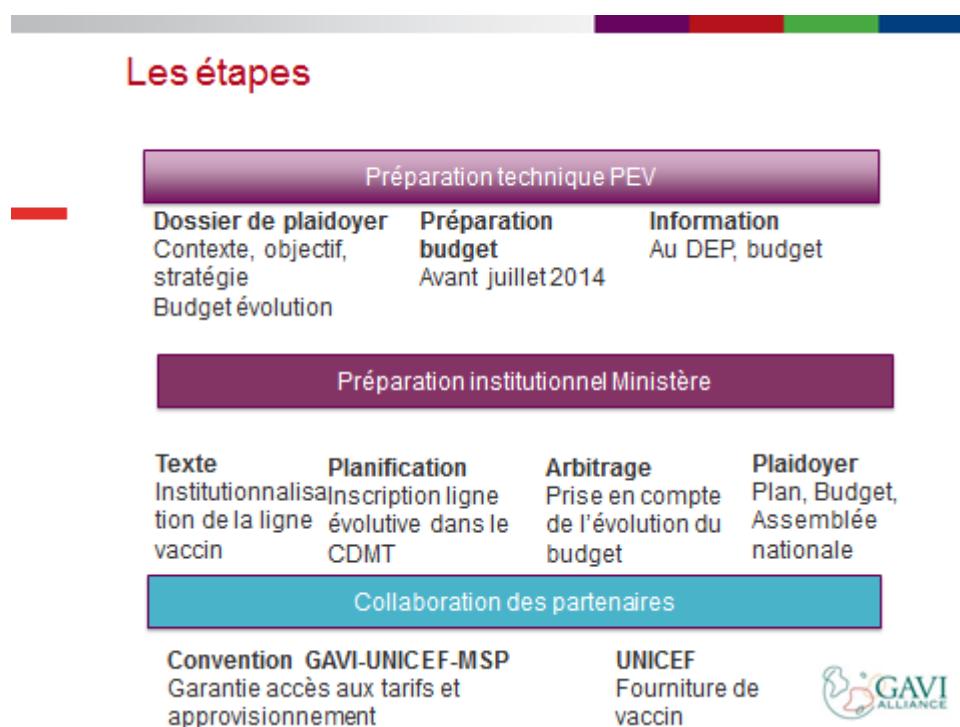
Il existe un budget de transfert pour la vaccination mais il convient d'individualiser une ligne achat vaccin en soulignant les augmentations prévues dans le cadre de la sortie d'éligibilité et en organisant le plaidoyer pour que ces montants soient pris en compte.

Les modalités techniques sont les suivantes :

- Produire un dossier technique devant servir au plaidoyer qui comportera :
  - o La description du contexte
  - o Les objectifs, la stratégie, les indicateurs
  - o La mention claire des contributions attendues de l'Etat ainsi que leur progression
  - o L'explication sur les risques encourus en cas de non-paiement
- Faire prendre un acte par le Ministre de la santé pour institutionnaliser la création de la ligne de transfert achat de vaccin à travers l'UNICEF (pour bénéficier des prix GAVI après la sortie de l'éligibilité) ;
  - o La forme de ce texte (arrêté, décision, note de service etc.) devra être discutée avec le conseiller juridique.
  - o Le document devra mentionner les modalités de décaissement ainsi que la clef de répartition
- Signer une convention UNICEF-MINFIN-MSP
  - Pour
    - o Garantir une ligne budgétaire achat vaccin directement transférable à l'UNICEF.
    - o Garantir l'accès aux tarifs GAVI et la qualité des vaccins homologués par l'OMS.
    - o Bénéficier de l'approvisionnement à travers l'UNICEF

Il faudra discuter de la convention avec le conseiller juridique et l'autorité de régulation des marchés publics concernant cette option eu égard aux montants (plus de 2 milliards de FCFA) qui sont en principe autorisés uniquement par le Président de la République.

Une fiche exposant les motifs sera rapidement adressée au Ministre de la santé par le PEV pour lui présenter concrètement les conclusions ci-dessus. Les étapes prochaines sont résumées dans le tableau ci-après



## 11. Brève description du processus

Après une préparation passant par une téléconférence et des échanges de courriers, la mission pour l'évaluation conjointe a réuni les participants venant de GAVI et les collègues des bureaux OMS et UNICEF pays. Un parterre de partenaires nationaux de divers horizons allant des ONG aux directeurs centraux du Ministère de la santé était présent pour les travaux. La méthodologie adoptée pour l'élaboration du rapport adoptée par le groupe était de projeter les questions et de répondre en plénière. Chaque participant donne son avis sur les documents qui est consigné par

un secrétariat constitué de deux personnes. Le rapport a été discuté par le comité technique étant donné que le CCIA au grand complet n'a pas pu se réunir.

## 12. Accord des participants

La démarche d'élaboration du document a été participative et chacun a donné son avis. Les conclusions sont consensuelles.

## 13. Résumé des mesures proposées

Thème	Mesure	Responsable	Calendrier
Vaccins SNV	Recommandation pour le renouvellement de l'appui aux vaccins suivants : Penta, Pneumo, sous réserve du paiement des arriérés du co-financement de 2013	GAVI	2015
Vaccins SNV	Recommandation pour le renouvellement de l'appui aux vaccins suivants : Rota et Fièvre Jaune	GAVI	2015
RSS	Soumissionner pour le RSS après les observations de la mission de finalisation du plan de sortie d'éligibilité	MSP	Janvier 2015
Financement de la vaccination	Finaliser le paiement du co-financement de 2013 par le plaidoyer auprès du Ministère des finances	MSP	Septembre 2014
	Créer une ligne d'achat vaccins dans le budget du Ministère de la Santé	MSP	Septembre 2014
	Signer une convention interministérielle Ministère de la Santé, Ministère des finances et UNICEF pour sécuriser l'approvisionnement à travers la Supply division de l'UNICEF.	MSP	Novembre 2014
Plan RSS et sortie d'éligibilité	Accélérer la revitalisation des districts par la mise en œuvre du projet conjoint UNICEF-OMS-UNFPA-MSP auquel pourra se joindre GAVI/RSS	MSP	2015
	Finaliser le plan de sortie d'éligibilité	OMS/UNICEF /GAVI	Octobre 2014
Qualité des données	Réaliser une enquête de couverture	UNICEF	2015
	Renforcer l'utilisation du DQS	PEV	2015