

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE**

**APPUI AU RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE EN
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**

Soumission à l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
(GAVI)

OCTOBRE 2006

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	1
LISTE DES ACRONYMES	2
1. Résumé	3
2. Signatures des organes gouvernementaux et de l'organisme national de coordination ..	5
3. Données sur le programme de vaccination	10
4. Soutien aux services de vaccination (SSI)	15
5 Soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS)	16
5.1. Evaluations, examens et études récentes du système de santé:	16
5.2. Principaux points forts relevés dans les évaluations :	18
5.3. Principaux problèmes relevés dans les évaluations et ayant une incidence sur les services de vaccination	19
5.4. Principales recommandations découlant des évaluations :	20
5.5. Progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations contenues dans les rapports d'évaluation :	21
5.6. Composantes ou secteurs du système de santé à évaluer de façon plus approfondie:	22
5.7. Soutien au renforcement des services de santé proposé à GAVI	23
5.7.1. Description générale	24
5.7.2. Justification thématique et pertinence par rapport à l'agenda GAVI.....	27
5.7.3. Choix des zones de santé à appuyer.....	27
5.7.4. Actions à entreprendre (voir plan détaillé en annexe X).....	29
5.7.5. Organisation de l'appui et montage institutionnel	33
5.7.6. Plan opérationnel et phasage	35
5.8. Suivi	37
Tableau 14 : Budget par domaine d'intervention	43
5.11. Gestion et justification de l'emploi des fonds de GAVI pour le RSS	46
a) Qui est chargé d'approuver les plans et budgets annuels relatifs aux fonds de GAVI pour le RSS?	46
b) Quel exercice financier est proposé pour la budgétisation et le compte rendu?	46
c) Comment les fonds RSS seront-ils transférés au pays?	46
d) Comment les fonds RSS seront-ils transférés à l'intérieur du pays?	46
d) Comment sera-t-il rendu compte de l'utilisation des fonds (rapports financiers et d'activité/rapports de situation)?	47
e) S'il faut procéder à des achats, quel mécanisme d'achats sera utilisé?	47
f) Comment l'utilisation des fonds sera-t-elle vérifiée (audit)?	47
g) Quel est le mécanisme de coordination du soutien au secteur de la santé (en particulier, programmes de santé maternelle, néonatale et infantile)? Comment le RSS y sera-t-il rattaché?	47
5.12 Participation de partenaires à la mise en œuvre du RSS	48
6. Pérennisation	49
7. Commentaires additionnels et recommandations du CNP (Comité de la stratégie dans le secteur de la santé)	49
8. Annexes et documentation	55

LISTE DES ACRONYMES

CCI	Comité de Coordination Interagence
CS	Centre de Santé
CNP	Comité National de pilotage
DEP	Direction d'Études et Planification
DSCRCP	Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
ECZ	Équipe Cadre de Zone
FED	Fonds Européen de Développement
HGR	Hôpital Général de Référence
GARSS	Groupe d'appui au Renforcement du Système de Santé
GAVI	Global Alliance for Vaccine and Immunisation
IDS	Inspection de District sanitaire
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
ITM	Institut Technique Médical
MICS 2	Multi indicators Cluster Survery
MID	Médecin Inspecteur de District
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MPH	Master Public Health
MSP	Ministère de Santé Publique
ODM	Objectif de Développement du Millénaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PARSS	Programme d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de Santé
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PDDS	Plan Directeur de Développement Sanitaire
PEV	Programme Élargi des Vaccinations
PI07-09	Plan intérimaire de mise en oeuvre de la Stratégie de renforcement du système de la Santé
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNS	Politique Nationale de Santé
PPAC	Plan Pluri Annuel Complet
PPTE	Pays Pauvre Très Endetté
PVF	Plan de Viabilité Financière
RDC	République Démocratique du Congo
RHS	Ressource Humaine pour la Santé
SANRU	Santé en milieu Rural
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SWAP	Sector Wide Approach
UNICEF	United Nations Children's Emergence Fund
UNFPA	United Nations Funds for Population Activities
USAID	Agence Internationale de Développement des États Unis d'Amérique
USD	Dollar américain
VIH/SIDA	Virus d'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'immunodéficience Acquise
ZS	Zone de Santé

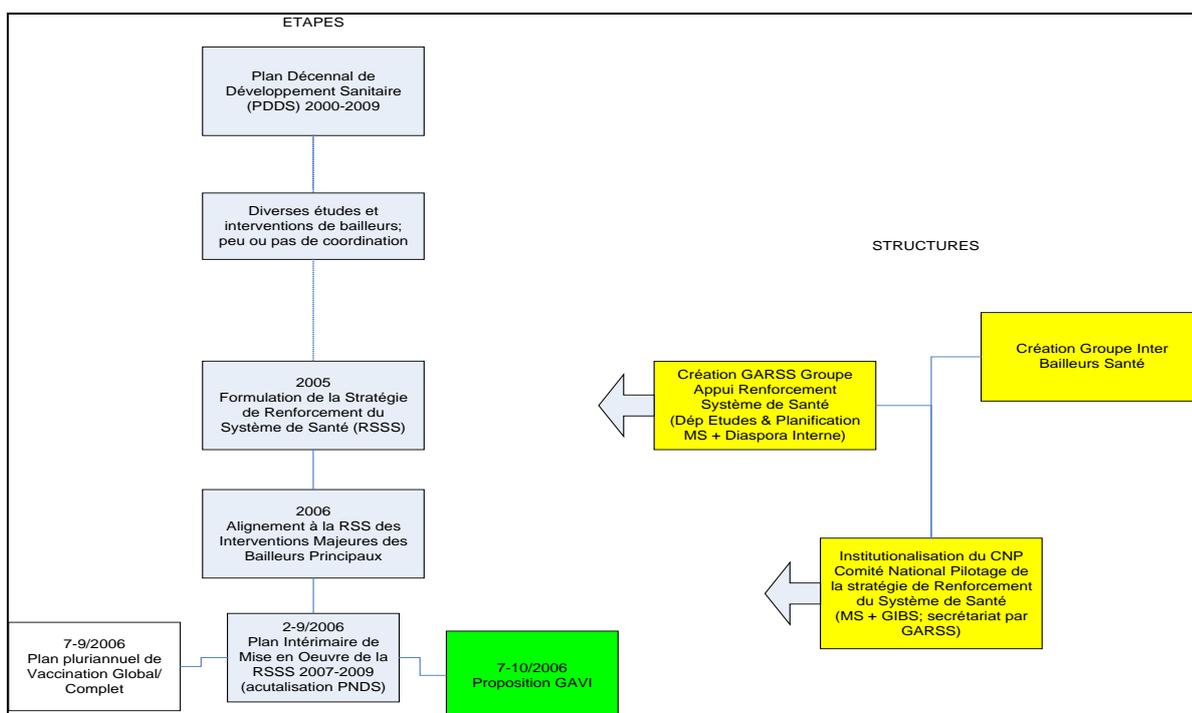
1. Résumé

Cette proposition a été élaborée par le Secrétariat Technique du CNP, le Comité National de Pilotage de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé. Ce Comité réunit, sous le leadership du Secrétaire Général à la Santé deux structures créées pendant l'année 2005:

- (i) le GARSS un ensemble de directions et programmes du MS et d'éléments de la diaspora interne (des cadres congolais actuellement employés par des ONGs, organismes de coopération ou bailleurs), coordonné par la Direction d'Etudes et Planification; et
- (ii) le GIBS, ou Groupe Inter-bailleurs Santé, qui est la coordination stratégique des principaux bailleurs dans le domaine de la santé.

La décision de solliciter l'appui de GAVI a été prise à l'occasion de la Revue Nationale de février 2006 (A 12). Cette revue a fait date parce que c'est à cette occasion aussi que MS, partenaires et autres intervenants ont formalisé (A 3) le consensus autour de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) (A 1), développée par le GARSS au cours de l'année 2005. Cette stratégie représente un nouveau départ pour le secteur santé en RDC, après deux décennies de fragmentation et de dégradation progressive. Elle représente aussi la réémergence du MS, jusque là marginalisé, non seulement comme un acteur du système, mais comme fédérateur des efforts des différents partenaires, agissant jusque là en ordre dispersé. Elle représente, enfin, une nouvelle façon de travailler des différents acteurs du secteur santé, qui pour la première fois en quinze ans, ont travaillé de façon collective à ce niveau (A 14).

La "Stratégie" redéfinit les règles du jeu pour la collaboration entre MS et partenaires dans un cadre d'harmonisation et d'alignement. Elle précise une série de mesures conservatoires pour arrêter la détérioration progressive du système de santé congolais. Elle fixe, surtout, les axes stratégiques pour le reconstruire et redémarrer le système de santé. Ces axes stratégiques tournent autour de la revitalisation des *Zones de Santé*, terme qui en RDC correspond à la notion de District Sanitaire, sous direction du Ministère de la Santé, en collaboration avec ses partenaires, et mise en œuvre essentiellement à travers des ONGs. L'élaboration de la Stratégie a été suivie par l'actualisation du PDDS sous forme de Plan Intérimaire de Mise en Œuvre de la SRSS 2007-09. Les étapes de ce processus et les structures impliquées sont schématisées dans la figure ci-dessous.



Au cours de l'année 2006 le GARSS et plus tard le CNP ont travaillé sur

- (i) l'alignement des différentes interventions bailleurs à la stratégie développée;
- (ii) le renforcement de la coordination MSP-partenaires;
- (iii) la traduction de la SRSS en PI07-09, l'actualisation des trois dernières années du Plan Décennal; et
- (iv) la préparation de la présente proposition (avec comme sous-produit de cette préparation l'élaboration du Plan Pluri-annuel de Vaccination Complet/Global) qui est en cours de finalisation.

Comme la SRSS et le PI07-09, la proposition se base sur le travail important d'analyse du secteur santé fait par différents intervenants au cours des années 2000, et qui avait identifié les déterminants de la fragmentation du

système de santé Congolais, à savoir: le sous-financement du secteur de santé, le problème des ressources humaines, l'effondrement de l'encadrement des zones de santé et l'absence de leadership du Ministère de la Santé.

Les services de vaccination n'ont pas été épargnés par cette situation. Environ sept de onze provinces du pays ont une couverture vaccinale DTC3 inférieure à 60%. Ce sont la province de l'Equateur, la Province Orientale, le Sud Kivu, le Maniema, la Katanga, le Kasai Oriental, le Kasai Occidental et le Bandundu. L'une des raisons qui expliquent cette situation est la faiblesse de la couverture sanitaire du pays.

La soumission de la RDC à GAVI se propose de contribuer à la réalisation des objectifs sectoriels du PDDS et du PI07-09, à savoir :

1. Améliorer l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité et en assurer la viabilité financière et économique en République Démocratique du Congo d'ici 2009;
2. Promouvoir la Santé de la mère, de l'enfant et du nouveau-né en République Démocratique du Congo d'ici 2009.
3. Renforcer la prévention et la prise en charge de grandes endémies et des épidémies en République Démocratique du Congo d'ici 2009.

Pour ce faire, la proposition suit les domaines prioritaires et les stratégies d'interventions retenues dans le PI07-09, une attention particulière ayant été apportée à la complémentarité entre l'appui Gavi et l'action du gouvernement et des autres partenaires, le but étant d'obtenir un appui complet et efficace à un nombre maximal de zones de santé du pays. Dans le contexte actuel, l'ensemble des partenaires considère que l'installation durable de structures sanitaires d'utilité publique est un élément essentiel de pacification et stabilisation du pays, et passe par la capacitation des cadres et structures nationales.

La proposition couvre les trois dernières années du cycle décennal de planification 2000-2009 ainsi qu'une période de transition en 2010 pour faire le lien avec le prochain cycle de planification prévu pour 2010-19. Il prévoit un budget global de **56 812 806 USD**. Les domaines d'intervention retenus pour cette proposition sont :

1. L'encadrement et la mise en œuvre de la stratégie de revitalisation et de développement des zones de santé, avec

- 1.1. Un appui à l'encadrement par le niveau central et intermédiaire du développement des zones de santé dans trois provinces pour un montant de 5 117 000, soit 9% de l'enveloppe globale,
- 1.2. Un appui à la mise en œuvre de la revitalisation de 65 zones de santé dans ces sept provinces pour un montant de 22 908 500 soit 40% du budget global.

2. Ressources humaines pour 18 376 940 soit 32% du budget global.

- 2.1. Appui au développement des politiques et d'un arsenal de mesures pour s'attaquer aux problèmes des ressources humaines et,
- 2.2. Appui à la mise en place d'interventions directes sur les ressources humaines dans les 50 zones de santé ainsi que dans des Districts de Santé non appuyées par les bailleurs ou intervenants présents

Les zones de santé appuyées ont été choisies en fonction du PI07-09 et de critères qui tiennent compte de la couverture vaccinale, de la potentialité de développement des zones, des appuis financiers mis à leur disposition par différents intervenants et de la nécessité de faire jouer à l'Hôpital Général de référence son rôle d'appui au développement des services de santé déconcentrés (CS) de la Zone de Santé.

La population directement concernée par ce programme est de **11 704 343** habitants, soit 17.2% de la population congolaise. Sur base annuelle et reportée à la seule population des 65 zones directement concernées l'appui GAVI représente 1.6 USD par habitant et par an, soit 8 USD par enfant de moins de 5 ans et par an. Pour la population entière de la RDC, il représente 0.3 USD par habitant et par an. Si l'appui GAVI est obtenu il représentera une augmentation de 9.7 % des dépenses publiques (Etat et Partenaires majeurs) sur la durée du programme et qui sont destinées au financement des domaines retenus dans la proposition.

Le développement de la présente proposition est venu à un moment qui représente une charnière pour la RDC. La part du pays qui est en crise humanitaire se réduit au fur et à mesure que le pays se transforme politiquement. Avec la paix vient le moment de penser à nouveau en termes de développement; GAVI peut y contribuer de façon significative.

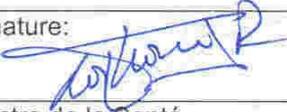
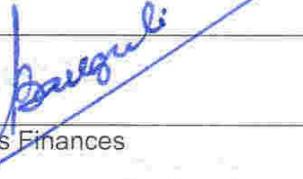
2. Signatures des organes gouvernementaux et de l'organisme national de coordination

2.1. Organes gouvernementaux

Gouvernement et Comité de la stratégie dans le secteur de la santé (pour le RSS seulement)

Le Gouvernement de/du la République Démocratique du Congo s'engage à développer les services nationaux de vaccination sur une base durable, conformément au plan pluriannuel qui est présenté avec ce document.

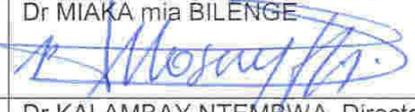
Les résultats des districts en matière de vaccination seront examinés chaque année par le biais d'un système de suivi satisfaisant aux exigences de la transparence. Le Gouvernement prie l'Alliance et ses partenaires d'apporter une assistance financière et technique, afin de soutenir la vaccination des enfants telle qu'elle est décrite dans cette proposition.

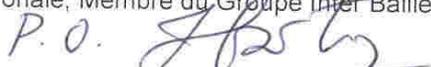
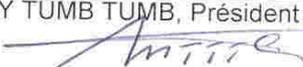
Ministère de la Santé:	Ministère des Finances:
Signature: 	Signature: 
Ministre de la Santé	Ministre des Finances
Zacharie KASHONGWE	Marco BANGULI
Date: 	Date:

Organisme de coordination de la santé: Comité de la stratégie dans le secteur de la santé

Nous soussignés, membres de l'Organisme national de coordination: Comité National de Pilotage de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé, nous sommes réunis le 27 octobre 2006 pour examiner cette proposition. À cette réunion, nous avons approuvé cette proposition sur la base des documents justificatifs annexés.

➤ Le compte rendu approuvé de cette réunion est annexé. NUMÉRO DE DOCUMENT: ...33.....

Institution/Organisation	Nom/Titre
1. Secrétaire Général à la Santé et Président du Comité National de Pilotage de la SRSS	Dr MIAKA mja BILENGE 
2. Direction d'Etudes et Planification	Dr KALAMBAY NTEMBWA, Directeur 
3. Ministère du Budget	Mr NSAMPANGA Odon, Chef de Division 
4. Ministère du Plan	Mr MBALA SUNGU, Chef de Division 
5. OMS/RDC	Dr Jean Baptiste ROUNGOU Représentant Résident, Membre du Groupe Inter Bailleurs Santé 

6. Direction Générale de Coopération au Développement/Ambassade de Belgique	Dr Urbain MENASE, Attaché Adjoint du Secteur Santé, Ambassade de Belgique 
7. Agence Canadienne de Développement International	Dr BOKOKO Marie Jeanne, Attachée à la Coopération, Ambassade du Canada, Membre du Groupe Inter Bailleurs Santé 
8. Union Européenne	Mme Nancy VANHAVERBEKE, Chef de Section Développement, Environnement et Coopération Régionale, Membre du Groupe Inter Bailleurs Santé 
9. Banque Mondiale	Dr Jean Pierre MANSHANDE*, Membre du Groupe Inter Bailleurs Santé 
10. USAID	Mr Robert G. HELLYER, Directeur 
11. UNICEF	Mr Anthony BLOOMBERG, Représentant Résident 
12. UNFPA	Dr Pierre SHAMOL, Assistant du Représentant Membre du Groupe Inter Bailleurs Santé 
13. Conseil National des Organisations Non Gouvernementales de la Santé (CNOS)	Mr MUKINAY TUMB TUMB, Président National 
14. Coopération Allemande GTZ Programme Santé	Dr ERIC VERSCHUEREN, Conseiller Technique Principal 

Si le Secrétariat de GAVI a des questions sur cette proposition, la personne à contacter est:

Nom: Dr Hyppolite KALAMBAY NTEMBWA	Titre: Directeur de la Direction d'Etudes et Planification, Ministère de la Santé
Tél.: (00243) 81 700 54 63 ; (00243) 81 520 30 96	Adresse: 39, Avenue de la Justice Kinshasa – Gombe République Démocratique du Congo
Courriel: bepsante@ic.cd hkalambay@yahoo.fr	

Le Secrétariat de GAVI n'est pas en mesure de renvoyer à chaque pays les documents et annexes qui ont été soumis. Sauf avis contraire, les documents pourront être communiqués aux partenaires et aux collaborateurs de GAVI.

**en signant ce document, le représentant de la Banque Mondiale indique qu'il n'a pas d'objection à la soumission de cette requête à GAVI et qu'il est prêt à apporter son support à sa mise en œuvre.*

6. Direction Générale de Coopération au Développement/Ambassade de Belgique	Dr Urbain MENASE, Attaché Adjoint du Secteur Santé, Ambassade de Belgique
7. Agence Canadienne de Développement International	Dr BOKOKO Marie Jeanne, Attachée à la Coopération, Ambassade du Canada, Membre du Groupe Inter Bailleurs Santé
8. Union Européenne	Mme Nancy VANHAVERBEKE, Chef de Section Développement, Environnement et Coopération Régionale, Membre du Groupe Inter Bailleurs Santé
9. Banque Mondiale	Dr Jean Pierre MANSHANDE,* Membre du Groupe Inter Bailleurs Santé
10. USAID	Mr Robert G. HELLYER, Directeur
11. UNICEF	Mr Anthony BLOOMBERG, Représentant Résident
12. UNFPA	Mr SIDIKI COULIBALY, Représentant 
13. Conseil National des Organisations Non Gouvernementales de la Santé (CNOS)	Mr MUKINAY TUMB TUMB, Président National
14. Coopération Allemande	Dr ERIC VERSCHUEREN, Conseiller Technique Principal

Si le Secrétariat de GAVI a des questions sur cette proposition, la personne à contacter est:

Nom: Dr Hyppolite KALAMBAY NTEMBWA	Titre: Directeur de la Direction d'Etudes et Planification, Ministère de la Santé
Tél.: (00243) 81 700 54 63 ; (00243) 81 520 30 96	Adresse: 39, Avenue de la Justice Kinshasa – Gombe République Démocratique du Congo
Courriel: bepsante@ic.cd hkalambay@yahoo.fr	

Le Secrétariat de GAVI n'est pas en mesure de renvoyer à chaque pays les documents et annexes qui ont été soumis. Sauf avis contraire, les documents pourront être communiqués aux partenaires et aux collaborateurs de GAVI.

** Le Représentant de l'UNFPA a signé sur une feuille séparée par ce que sur la feuille précédente figurait pour le compte de son organisation, le nom de son assistant. Cette précédente ne pouvait être modifiée du fait qu'elle portait déjà les signatures d'autres partenaires.

Gouvernement et Comité de coordination inter agences pour la vaccination

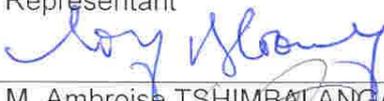
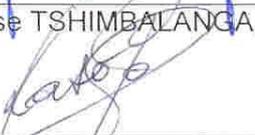
Le Gouvernement de/du la République Démocratique du Congo s'engage à développer les services nationaux de vaccination sur une base durable, conformément au plan pluriannuel qui est présenté avec ce document.

Les résultats des districts en matière de vaccination seront examinés chaque année par le biais d'un système de suivi satisfaisant aux exigences de la transparence. Le Gouvernement prie l'Alliance et ses partenaires d'apporter une assistance financière et technique, afin de soutenir la vaccination des enfants telle qu'elle est décrite dans cette proposition.

Organisme de coordination de la santé: Comité de coordination inter agences pour la vaccination

Nous soussignés, membres du CCI, nous sommes réunis le 25 octobre 2006 pour examiner cette proposition, que nous avons approuvée sur la base des documents justificatifs annexés.

➤ Le compte rendu approuvé de cette réunion est annexé. NUMÉRO DE DOCUMENT: 35

Institution/Organisation	Nom/Titre
OMS	Dr Jean Baptiste ROUNGOU, Représentant Résident 
UNICEF	Mr Anthony BLOOMBERG, Représentant 
Rotary Club	M. Ambroise TSHIMBALANGA, Président 
USAID	Mr Robert G. HELLYER, Directeur 

Le Secrétariat de GAVI n'est pas en mesure de renvoyer à chaque pays les documents et annexes qui ont été soumis. Sauf avis contraire, les documents pourront être communiqués aux partenaires et aux collaborateurs de GAVI.

Le Comité de coordination inter agences pour la vaccination

Les institutions et les partenaires (y compris partenaires de développement, ONG et instituts de recherche) qui soutiennent les services de vaccination sont coordonnés et organisés par le biais d'un mécanisme inter agences (CCI). Le CCI a pour responsabilité de coordonner et d'orienter l'utilisation du soutien de GAVI aux services de vaccination. Veuillez fournir des informations sur le CCI de votre pays en complétant les champs ci-dessous.

Profil du CCI

Nom du CCI: Comité de Coordination Inter Agences d'Action, de Mobilisation et de Coordination des Ressources pour la santé (CCIA)		
Date de constitution du CCI actuel: 13 Juillet 1995		
Structure (par ex., sous-comité, organisme indépendant) : Organisme indépendant avec différentes sous commissions (PEV, SIDA, Bureau central de la trypanosomiase, Urgences et gestion des catastrophes, Surveillance épidémiologique et information sanitaire, Médicaments essentiels et médecine traditionnelle, Environnement, Paludisme, Santé de la reproduction etc.) Une restructuration de la sous-commission vaccination a été introduite afin de permettre un meilleur espace de discussion et d'échanges pour le PEV de routine		
Fréquence des réunions: Semestrielle (Mensuelle pour le sous comité vaccination)		
Composition:		
Fonction	Titre / Organisation	Nom
Président(e)	Ministre de la Santé	Dr Zacharie KASHONGWE
Secrétaire	Médecin Directeur du PEV	Dr MBUYA MBAYO
Membres	<ul style="list-style-type: none"> • OMS • UNICEF • ROTARY • USAID • Ministère de la Santé • ONGs: 	Dr. Jean Baptiste ROUNGOU Mr. Anthony BLOOMBERG Mr. Ambroise TSHIMBALANGA Mr Robert G. HELLYER Directeur de Cabinet du Ministère de la Santé Secrétaire Général à la Santé Conseiller médical Ministère de la Santé Directeur adjoint PEV Directeur de l'Ecole de Santé Publique MSF SANRU MEMISSA CRS.....

Principales fonctions et responsabilités du CCI :

- Coordination des actions des partenaires
- Mobilisation des ressources
- Suivi, surveillance continue et évaluation de toutes les ressources humaine, matérielles et financières dont il a la gestion

Trois grandes stratégies visant à renforcer le rôle et les fonctions du CCI au cours des 12 prochains mois:

1. Ouverture aux autres partenaires de santé (ONG) et aux autres secteurs publics (Ministères du Plan, de l'Enseignement Primaire et Secondaire, de l'Enseignement Supérieur et Universitaire)
2. Appui concerté des programmes et plans d'assistance financière à travers le mémorandum d'entente entre le Ministère de la Santé et les partenaires.
3. Planification, suivi et évaluation de la mise en œuvre concertée et conjointe.

3. Données sur le programme de vaccination

Veillez compléter la fiche d'information ci-dessous, en utilisant les données des sources disponibles.

Fiche d'information sur la vaccination

Tableau 1: Renseignements de base pour l'année 2005 (la plus récente; préciser les dates des données fournies)

Population	67 779 979 habitants ¹	PIB par habitant ²	100 USD
Nourrissons survivants*	2 365 521	Taux de mortalité infantile ³	126/1000
Pourcentage du PIB alloué à la santé	ND	Pourcentage des dépenses du gouvernement au titre de la santé ⁴	4,55%

* Nourrissons survivants = enfants ayant atteint leur premier anniversaire

Tableau 2: Tendances de la couverture vaccinale et de la charge de morbidité

(Selon les deux derniers Formulaires de déclaration communs annuels OMS/UNICEF sur les maladies évitables par la vaccination)

Tendances de la couverture vaccinale (pourcentage)					Charge de morbidité des maladies évitables par la vaccination			
Vaccin		Notifié		Enquête MICS 2		Maladie	Nombre de cas déclarés	
		2004	2005	2001	200...		2003	2004
BCG		78	84,2	53%		Tuberculose*	ND	ND
DTC	DTC1	76	82,1			Diphtérie	ND	ND
	DTC3	64	72,7	29,5%		Coqueluche	2534	7104
Polio 3		63	72,6	41,5%		Polio	0	0
Rougeole (première dose)		64	69,7	46%		Rougeole	58235	29057

¹ Le dernier recensement de la RDC date d'il y a 22 ans. Les projections démographiques qui se font sur base des données de recensement ne pouvant plus se faire au-delà de 10 ans après ce dernier, le Programme National de Vaccination utilise les données générées sur base du dénombrement qu'il réalise lors des Journées Nationales de Vaccination. Ce sont ces données qui sont utilisées dans le présent travail.

² Les données sur le PIB sont celles du rapport d'Etat Santé et Pauvreté réalisé et publié par la Banque Mondiale en 2005.

³ Les données relatives à la mortalité infantile et maternelles sont celles de l'enquête MICS2 réalisé par le Ministère du Plan avec l'appui financier de l'UNICEF en 2001.

⁴ La source de cette donnée est la loi portant budget de l'Etat pour l'année 2005.

VAT2+ (femmes enceintes)	58	66,3	50,4%		Tétanos NN	1670	1515
Hib3	ND	ND	NA		Hib **	ND	ND
Fièvre jaune	49	65,9	NA		Fièvre jaune	18	393
HepB3	ND	ND	NA		Séroprévalence HepB *	ND	ND
Supplémentation en vitamine A	Mères (<6 semaines après accouchement)		40				
	Nourrissons (>6 mois)		ND				

* Si disponible ** Note: le FDC mentionne la méningite Hib

Si des données d'enquête sont incluses dans le tableau ci-dessus, veuillez indiquer l'année où l'enquête a été conduite, le titre et, le cas échéant, les groupes d'âges concernés:
Enquête MICS 2, en 2001, auprès de femmes et enfants de moins de 5 ans

Plan pluriannuel (PPAC) pour la vaccination

Le Plan Pluriannuel Global de Vaccination de la RDC est en cours de finalisation. Les données de base de la vaccination qui sont contenues dans cette proposition sont celles des autres plans de vaccination disponibles au pays et du Plan de Viabilité financière (PVF) qui encore valable. Ces derniers (plan de vaccination et PVF) sont repris dans les différentes annexes.

Tableau 3: Calendrier vaccinal actuel: vaccins traditionnels, nouveaux vaccins et supplémentation en vitamine A –

Vaccin <i>(ne pas utiliser de nom de marque)</i>	Âges de l'administration <i>(par les services de vaccination systématique)</i>	Inscrire un "x" si le vaccin est administré dans:		Commentaires
		Tout le pays	Seulement une partie du pays	
Antituberculeux (BCG)	Naissance	X		
Anti polio oral (VPO)	Naissance, 6 semaines, 10 semaines, 14 semaines	X		
Anti Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (DTC)	6 semaines, 10 semaines, 14 semaines	X		Combiné avec le HepB à partir de 2007
Anti rougeoleux (VAR)	9 mois	X		
Anti Amaril (VAA)	9 mois	X		Se donnera au même moment que le VAR
Hépatite B (Hep B)	6 semaines, 10 semaines, 14 semaines	X		Combiné avec le DTC à partir de 2007
Vitamine A*	Mères : à la maternité Enfants : à partir du 6 ^{ème} mois	X		La dose chez l'enfant sera renouvelée tous les 6 mois, jusqu'à l'âge de 59 mois

- La supplémentation en vitamine A est administrée par le Programme National de Nutrition, lors des campagnes vaccinales ou lors de campagnes de lutte contre l'onchocercose par la distribution de masse de l'Ivermectine.

Résumé des principales actions et calendrier de l'amélioration de la couverture vaccinale, d'après le (PVF)

Principales actions (Pages du Plan 41- 43, Annexe 4, PVF)	Calendrier
1. Amélioration de la prestation des services	Le PVF ne prévoit pas de calendrier spécifique pour la mise en œuvre de ces principales actions, mais plutôt un plan de mise en œuvre détaillé des activités qui est dans la section 5, page 76.
2. Renforcement des capacités du personnel	
3. Renforcement de la logistique	
4. Renforcement des activités de communication	
5. Renforcement du système de surveillance	
6. Réduction de taux de perte des vaccins	
7. Mobilisation des ressources locales et décentralisation effective	
8. Renforcement de la coordination et du partenariat	
9. Intégration des activités	

Tableau 4: Données de base et objectifs annuels (Page du Plan DRC Rapport Situation GAVI en 2005, page18)

Nombre de	Données de base et objectifs							
	Année de référence	Année de la proposition à GAVI	Année 1 programme	Année 2 programme	Année 3 programme	Année 4 programme	Année 5 programme	Année 6 programme
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Naissances	2711199	2792535	2876311	2962601	3051479	3143023	3237314	3334433
Décès de nourrissons	345678	356048	366728	377732	389064	400736	412758	425140
Nourrissons survivants	2365521	2436487	2509582	25848669	2662415	2742287	2824556	2909293
Femmes enceintes	2711199	2792535	2876311	2962601	3051479	3143023	3237314	3334433
Nourrissons vaccinés avec le BCG	2 281 907	2 373 655	2 588 680	2 814 471	2 959 934	3 048 732	3 172 567	3 267 744
Couverture par le BCG *	84,2	86	89	91	91	96,9	97,9	97,9
Nourrissons vaccinés avec le VPO3	497839	2094401	2243523	2499707	2332728			
Couverture par le VPO3**	72,6	75	78	81	83			
Nourrissons vaccinés avec le DTC3***	1 718 777	1 876 095	2 057 857	2 248 836	2 449 422	2 522 904	2 626 837	2705642
Couverture par le DTC3**	72,7	75						
Nourrissons vaccinés avec le DTC1***	1 943 110	2 022 284	2 208 432	2 378 079	2 529 294	2 605 173	2 711 574	2792929
Taux de perte ⁵ l'année de référence et taux prévu par la suite	20%	15%	10%					

⁵ Formule pour calculer un taux de perte de vaccin (en pourcentage): $[(A - B) / A] \times 100$. A étant le nombre de doses de DTC distribuées selon le registre des approvisionnements, corrigé du volume des stocks au début et à la fin de la période

Nourrissons vaccinés avec une 3 ^e dose de HepB	ND	ND	2057 857	2 248 836	2 449 422	2 522 904	2 626 837	2 705 642
DTC3 – HepB Couverture**			78	81	83			
Nourrissons vaccinés avec une 1 ^{ère} dose de VAA	1 558 602	2436487	2509582	2584869	2662415	2742287	2824556	2 909 293
Taux de perte l'année de référence et taux prévu par la suite pour le VAA	27%	20%	20%	20%	15%	15%	10%	10%
Nourrissons vaccinés contre la rougeole	1 647 875	1 827 365	2 007 665	2 197 139	2 396 174	2 468 059	2 570 346	2 647 456
Couverture du vaccin contre la rougeole**	69,7	75	78	81	83			
Femmes enceintes vaccinés avec le VAT +	1 797 949	2 094 401	2 301 049	2 518 210	2 746 331	2 828 721	2 945 955	3 034 334
Couverture par le VAT+****	66,3	64	67	70	72			
Supplémentation Vit. A	Mères (<6 semaines après l'accouchement)							
	Nourrissons (>6 mois)							

* Nombre de nourrissons vaccinés par rapport au total des naissances

** Nombre de nourrissons vaccinés par rapport au nombre de nourrissons survivants

*** Indiquer le nombre total d'enfants vaccinés soit avec le DTC seulement, soit avec le vaccin associé

**** Nombre de femmes enceintes vaccinées avec le VAT+ par rapport au nombre total de femmes enceintes

Veillez préciser la méthode utilisée pour calculer le VAT et la couverture: Nombre de femmes enceintes vaccinées avec le VAT+ par rapport au nombre total de femmes enceintes

Tableau 5: Estimation des taux annuels d'abandon du DTC

Nombre	Taux réels et objectifs							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Taux d'abandon [(DTC1 - DTC3)/DTC1] x100	15	12	10	9	8	7	-	3.13

Tableau 6: Résumé du budget actuel et futur des programmes de vaccination (Page 56 du Plan Annexe 4 PVF)

Poste budgétaire	Coûts estimatifs par an en USD (000) (2005 à 2009)					
	Année de référence 2005	Année 1 2006	Année 2 2007	Année 3 2008	Année 4 2009	Année 5 2010
Titre 1 Routine Recurrent Cost	28 676 547	32 922 227	35 038 860	37 596 523	38 027 122	
Titre 2 Routine Capital Cost	2 423 984	4 425 185	4 145 829	4 193 226	4 309 800	
Titre 3 Campaigns	23 119 723	17 344 977	8 397 049	6 329 369	0	
Titre 4 Shared Health Systems	2 185 691	2 229 405	2 273 993	2 319 473	2 365 862	
GRAND TOTAL	56 405 946	56 921 794	49 855 731	50 438 590	44 702 784	

d'approvisionnement; et B le nombre de vaccinations effectuées avec le même vaccin pendant la même période. Pour les nouveaux vaccins, voir le **tableau α** après le table 7.1.

Tableau 7: Résumé des financements et sources de financement actuels et futurs (Annexe 4 – PVF, page 60)

Poste budgétaire	Source de financement	Financement estimatif par an en USD (000)					
		Année 2006	Année 2007	Année 2008	Année 2009	Année 4	Année 5
1	Gouvernement	6 199 889	6 451 573	6 670 445	7 767 133		
2	Entités décentralisées	132 300	145 530	160 083	176 091		
3	Gavi - Vaccine Fund	9 251 350	9 456 861	7 182 565	6 382 213		
4	OMS	14 319 319	14 299 319	8 976 113	9 051 525		
5	UNICEF	15 718 645	7 186 971	11 212 151	5 220 061		
6	USAID	3 785 057	2 799 903	3 079 893	3 282 993		
7	ROTARY	425 467	510 365	425 347	431 858		
8	Coopération Belge	3 256 795	3 961 039	3 782 918	2 940 435		
9	Autres partenaires	2 594 667	2 646 011	2 681 551	2 735 182		
GRAND TOTAL		56 921 794	49 855 731	50 438 590	44 702 784		

Tableau 7 bis : Récapitulatif des projections des ressources par activités 2005 à 2009 (Annexe 4 – PVF, page 57)

Activités	Année 2005	Année 2006	Année 2007	Année 2008	Année 2009	Année 2010
1. Routine	\$33 286 223	\$39 576 817	\$41 458 682	\$44 109 221	\$44 702 784	
2. Campagnes	\$23 119 723	\$17 344 977	\$8 397 049	\$6 329 369	NA	
TOTAL	\$56 405 946	\$56 921 794	\$49 855 731	\$50 438 590	\$44 702 784	

4. Soutien aux services de vaccination (SSI)

Indiquez ci-dessous le montant total des fonds que vous souhaitez recevoir à travers le SSI.

Tableau 8: Estimation des fonds attendus du SSI

	Année de référence 2005	Année actuelle* 2006	Année 1** 2007	Année 2** 2008	Année 3** 2009	Année 4** 2010	Année 5** 2011
Taux de couverture par le DTC3							
Nombre de nourrissons déclarés / devant être vaccinés avec le DTC3 (selon le tableau 4)							
Nombre de nourrissons <i>additionnels</i> déclarés / devant être vaccinés annuellement avec le DTC3							
Fonds attendus (\$20 par nourrissons additionnels)							

* Chiffres projetés

** Selon la durée du Plan pluriannuel

Si vous avez déjà bénéficié d'un soutien de GAVI au titre des services de vaccination, veuillez décrire ci-dessous les principaux enseignements tirés de l'expérience, et leur incidence sur l'utilisation des fonds SSI dans l'avenir.

Veuillez indiquer à quelle fin les fonds ont été utilisés, à quel niveau, et si cette utilisation du système de financement souple a été la meilleure; mentionner les dispositifs de gestion et de suivi; préciser qui était chargé d'autoriser les paiements et d'approuver les programmes de dépenses. Indiquez si ce système sera reconduit.

Principaux enseignements tirés de la Phase 1	Conséquences pour la Phase 2
1.	
<i>sans objet</i>	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Si vous n'avez pas bénéficié d'un soutien au titre des services de vaccination, veuillez indiquer:

a) quand le soutien devrait commencer:

b) quand le premier CQD devrait avoir lieu:

c) comment les fonds de GAVI seront transférés au pays:

d) comment les fonds seront gérés dans le pays:

e) qui sera chargé d'autoriser et d'approuver les dépenses:

> Veuillez, au besoin compléter le formulaire bancaire (annexe 1)

SANS OBJET

5 Soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS)

Veillez donner des indications sur les évaluations les plus récentes du système de santé de votre pays (ou de composantes importantes du système) et annexer les documents ayant trait à la vaccination (établis moins de trois ans avant la soumission de cette proposition). Veuillez aussi annexer une copie intégrale (accompagnée d'un résumé).

5.1. Evaluations, examens et études récentes du système de santé:

Titre du document	Institutions participantes	Secteur/thèmes couverts	Date s	N°
Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS)	Ministère de la Santé, groupe d'appui à la revitalisation ("diaspora interne"), validé par ensemble des partenaires du secteur de la santé (déclaration du GIBS en A 17)	Document de base précisant la stratégie de renforcement du Système de Santé. Comprend une partie analytique focalisée sur les obstacles et contraintes majeures pour le système.	11/05 05/06	1
Document de Stratégie Croissance et de Réduction de la Pauvreté	Gouvernement de la RDC avec l'ensemble des partenaires au développement	Cadre de planification, de financement et d'harmonisation des interventions de développement dans un partenariat dynamique	03/06	2
Revue annuelle 2005 du ministère de la santé	Ministère de la Santé (tous niveaux et programmes) et l'ensemble des partenaires du secteur de la santé	Revue d'ensemble et par province : état de santé, performances, options stratégiques.	02/06	3
Plan de viabilité financière du PEV	Cadres du Ministère de la Santé et les partenaires d'appui aux activités de vaccinations (membres du CCIA)	Financement du PEV; inclut la stratégie du Gouvernement pour la mobilisation des ressources financières et leur utilisation efficace.	10/05	4
Rapport Santé et Pauvreté en RDC	Banque Mondiale avec une équipe des congolais représentant l'ensemble des partenaires (Ministère de la Santé, institut national des statistiques, universités et organisations non gouvernementales).	Revue documentaire détaillée avec analyse des résultats du système de santé et des capacités des ménages et des communautés en termes de consommation des services de santé. Examine également les stratégies du gouvernement et des partenaires en insistant sur les questions de financement des soins de santé et leur impact sur les pauvres. Note: aspects ressources humaines dépassés.	05/05	5
Programme Minimum de Partenariat pour la Transition et la Relance en RDC	Gouvernement de la RDC	Cadre stratégique de stabilisation et de reconstruction du pays qui propose la concentration des efforts dans la revitalisation des zones de santé et le renforcement des capacités.	11/04	6
Rapport de la Table Ronde du secteur de la santé	Institutions gouvernementales, ambassades et coopérations, organismes multilatéraux, ONG internationales, ONG locales, institutions universitaires, secteur privé, les syndicats et ordres nationaux des professionnels de santé	Les principales recommandations ont concerné l'approvisionnement en médicaments, le développement des ressources humaines, le développement des zones de santé et le financement du système de santé	5/04	7

Colloque national SANRU III « Rebâtissons les SSP en R.D. Congo »	Partenaires, agences de coopération bilatérale et multilatérale, ONG nationales et internationales, intervenants dans le secteur de la santé, Ministères de la Santé, du Plan, entités politico administratives de la ville de Kinshasa et des provinces.	Analyse détaillée des différents aspects de la crise sanitaire en RDC	9/03	8
Rapport des États Généraux de la Santé	Institutions gouvernementales, société civile, privés, prestataires des services de santé, confessions religieuses, représentants des organismes bilatéraux et multilatéraux	Peu d'éléments d'analyse mais adoption de la politique sectoriel, du cadre organique du MSP, PDDS et de la loi cadre sur la santé	12/99	9
Rapport de la Table Ronde du secteur de la santé	Institutions gouvernementales, ambassades et coopérations, organismes multilatéraux, ONG internationales, ONG locales, institutions universitaires, secteur privé, les syndicats et ordres nationaux des professionnels de santé	Les principales recommandations ont concerné l'approvisionnement en médicaments, le développement des ressources humaines, le développement des zones de santé et le financement du système de santé	8/04	7
Colloque national SANRU III « Rebâtissons les SSP en R.D. Congo »	Partenaires, agences de coopération bilatérale et multilatérale, ONG nationales et internationales, intervenants dans le secteur de la santé, Ministères de la Santé, du Plan, entités politico administratives de la ville de Kinshasa et des provinces.	Analyse détaillée des différents aspects de la crise sanitaire en RDC	8-9/03	8
Rapport des États Généraux de la Santé	Institutions gouvernementales, société civile, privés, prestataires des services de santé, confessions religieuses, représentants des organismes bilatéraux et multilatéraux	Peu d'éléments d'analyse mais adoption de la politique sectoriel, du cadre organique du MSP, PDDS et de la loi cadre sur la santé	12/99	9
Rapport sur les stratégies de réforme du secteur de la santé en RDC	Ministère de la Santé et OMS	Analyse les contraintes institutionnelles et politiques du secteur de la santé, y compris les aspects de financements et des ressources humaines	8/05	14
Rapport de situation à GAVI et au Fonds Mondial pour les vaccins	Programme Elargi de Vaccination/Ministère de la santé/RDC	Progrès réalisés en 2005 par le Programme Elargi de Vaccination et viabilité financière du programme et gestion des fonds GAVI	01/05	10
Rapport conjoint OMS/UNICEF de notification des activités vaccinales 2005	UNICEF/OMS	Situation des activités de vaccination accomplies en 2005 sur l'ensemble du pays en précisant le taux de couverture vaccinale par antigène. Il contient aussi les résultats d'enquête sur la couverture vaccinale et décrit les indicateurs du système de vaccination.	04/06	24

5.2. Principaux points forts relevés dans les évaluations :

5.2.1. Du point de vue structurel:

1. Un pool de ressources humaines pour la santé qui comprend une masse critique d'expertise locale en matière de santé publique, avec une mémoire sur l'organisation et le fonctionnement de système de santé. (A 5, A 14)
2. Un réseau dense et un système de district intégré (appelée "Zones de Santé" en RDC) qui a tenu le coup dans des conditions extrêmes. Malgré utilisation faible - les barrières financières y jouent un rôle primordial - certaines activités, comme la vaccination ou les consultations prénatales, se sont maintenues (A5). Il y a consensus pour considérer que cette organisation par Zones de santé fournit une bonne base pour le redressement et le développement du système (A1-3, 5, 7-9).
3. Un système de santé pluraliste avec une forte implication des ONGs dans tous les échelons de la prestation des soins. En dépit de la commercialisation sauvage de la prestation de soins, le réseau de soins garde un caractère d'utilité publique.

5.2.2. Du point de vue du contexte actuel

1. Le processus de paix et de rétablissement de la démocratie, avec une diminution progressive de la partie du territoire en situation d'urgence humanitaire, et l'extension de la partie du pays où les conditions redeviennent propices à un effort de développement.
2. Collaboration. Depuis 2005 le MSP a repris une position de leadership dans le secteur, avec la formulation d'une stratégie de sortie de crise et de renforcement du secteur de santé qui a l'adhésion de la grande majorité des acteurs et intervenants. Cela s'est traduit par les déclarations répétées des bailleurs (A 17) et un changement dans le comportement et dans les allocations budgétaires de ceux-ci. Cela s'est également traduit par l'institutionnalisation de la collaboration entre MSP et autres intervenants: dès 2005 un Groupe d'Appui a été mis en place autour de la DEP du MSP, comportant, outre le MSP, la "diaspora interne": des congolais travaillant comme expert auprès des différents bailleurs, ONGs et organisations de coopération. En Octobre 2006, le GARSS coopté dans le secrétariat technique du Comité National de Pilotage créé par le Ministre de la Santé (A 15) qui inclut les principaux partenaires du Ministère. Ces nouvelles structures de collaboration et de coordination dont la pratique commence à montrer des résultats (A 17)
3. Un début de refinancement du secteur, avec une augmentation timide de l'engagement financier de l'Etat (passé de 0,81% du budget en 2002 à 4,55% en 2005) et un engagement des bailleurs de fonds à soutenir la stratégie de renforcement du système de santé. Celui-ci se traduit par une augmentation du volume de financement, et par un shift du financement programme vers un appui au développement du système.

5.3. Principaux problèmes relevés dans les évaluations et ayant une incidence sur les services de vaccination

La RDC fait face à des défis sanitaires exceptionnels, conséquences d'un des conflits les plus meurtriers de la planète, et de la profonde crise socio-économique et de l'appauvrissement qui l'ont accompagné. L'intensité de la crise sanitaire que le pays doit affronter est bien documentée (A 1 à 11). Outre ces défis exceptionnels, les différentes études de situation, ainsi que la SRSS ou le plan intérimaire qui l'a suivi (A1, A32), ont identifié une série de problèmes majeurs qui sont autant de contraintes à la reconstruction et au développement du système de santé congolais.

Le système de santé Congolais d'avant la guerre était basé sur des zones de santé fonctionnelles offrant un paquet de services de base intégré à travers des réseaux de centres de santé appuyés par des hôpitaux de zone; la prestation de soins reposait sur un mélange de services publics et non gouvernementaux à but non lucratif, mais qui travaillait dans un même cadre de développement des zones de santé. Au cours des 15 dernières années, il a évolué vers une situation où la couverture sanitaire de base n'est plus assurée dans une grande partie du pays (A 1 à 9). On constate :

- Une désarticulation, voire une fragmentation des services de la Zone de Santé, dont le délabrement est manifeste
- Des interventions verticales non coordonnées, peu efficaces, peu efficientes en lieu et place des services de santé intégrées, continus et globaux;
- L'émergence d'activités sanitaire commerciales non coordonnées et de qualité douteuse.

Cette situation a eu pour conséquence une détérioration qualitative et quantitative des services et soins de santé offerts à la population. Le PVF du Programme Elargi de Vaccination fait remarquer en 2005 que le système de santé dans lequel évolue le programme ne permet pas à ce dernier de réaliser de bonne performance.

Parmi les obstacles fondamentaux à surmonter pour corriger cette situation, la SRSS et le PI07-09 retiennent:

1. Le sous-financement du secteur de santé (désengagement de fait de l'Etat depuis plus de quinze ans, apports limités de la solidarité internationale et une population appauvrie), qui a mené à un effondrement des structures d'offre de soins, à une commercialisation du secteur santé avec de nombreux effets pervers, à des barrières importantes à l'accès pour une très grande partie de la population , et à des effets pervers du financement actuel d'un système commercialisé (A 14, 32): outre les effets . Les barrières financières et l'offre inadéquate seraient bien plus importantes dans l'explication de la sous-utilisation des services qu'une absence de demande).

2. Le problème des ressources humaines, avec une pléthore de personnels mal formés et sous-payés, contraints à rechercher les avantages que peuvent offrir des programmes verticaux à financement extérieur, au dépens du travail à effectuer dans la zone de santé, soit à exploiter leur clientèle à travers une offre de soins de qualité parfois douteuse. Cela nécessitera un ensemble de mesures allant de la correction des rémunérations inadéquates à régularisation des 5 à 10% de personnels en attente de pouvoir partir à la retraite, en passant par des politiques d'accréditation des institutions de formation et la réforme de la fonction publique.

3. L'encadrement de la zone de santé s'est fragmenté et n'a plus de cadre de référence clair. Le travail d'équipe sur l'extension de la couverture avec l'ensemble des soins de base a cédé le pas à des activités ponctuelles et non coordonnées dans le cadre de programmes verticaux. Il est urgent de revenir à un cadre de référence qui précise les modalités d'opération de l'ensemble des services

4. L'absence de leadership du Ministère de la Santé. La marginalisation budgétaire de celui-ci a eu pour conséquence: (i) la perte de son autonomie de décision; (ii) des difficultés manifestes à coordonner les bailleurs et leurs initiatives parfois intempestives; (iii) un manque de contrôle et

d'emprise sur le financement du secteur; et (iv) un échec, jusqu'à récemment, à maintenir le cadre de planification des zones de santé face à des initiatives multiples extérieures non coordonnées mais bénéficiant d'appuis financiers extérieurs incomparables avec celles des zones de santé.

Tous ces problèmes ont eu une forte incidence sur les services de vaccination se manifestant soit par un détournement des ressources humaines du niveau périphérique vers la mise en œuvre des programmes verticaux fortement financés de l'extérieur (et qui ont prévu de payer les primes au personnel pour garantir l'exécution des activités et la montée des résultats au niveau centra) au détriment des services de vaccination et d'autres services préventifs et promotionnels, soit encore par une tendance pour les ressources humaines à marginaliser les services de vaccination au profit des services curatifs 'rémunérateurs' par réflexe de survie individuelle. La désarticulation des services de santé de la Zone de Santé a contribué à une réduction du nombre des centres de santé capables de vacciner selon les normes du PEV en termes de nombre, de régularité des séances de vaccination et de la qualité des services offerts y compris celle des données générées par ces derniers.

5.4. Principales recommandations découlant des évaluations :

Les principales recommandations découlant des évaluations ont été synthétisées dans la SRSS, formellement adoptée par le Ministère de la Santé et la communauté des bailleurs lors de la Revue du Secteur en février 2006. La formulation de cette stratégie (A1), a été suivie par l'élaboration d'un plan intérimaire 2007-2009 qui actualise le PDSS et reprend les recommandations de la Revue du Secteur. La RSS définit les axes stratégiques suivants:

1. La revitalisation des zones de santé et la correction des distorsions induites au niveau périphérique, avec comme sous-axes:

- Mettre en place des équipes cadres comme leadership intégré au niveau de la ZS
- Elaborer ou mettre à jour les Plans de Développement Sanitaires des ZS
- Rationaliser le fonctionnement des HGR
- Etendre la couverture sanitaire
- L'amélioration de la qualité des soins, et
- Appuyer la participation communautaire
- Garantir un approvisionnement régulier en médicaments essentiels et intrants spécifiques

2. Réorganiser le pilotage du système de santé par les niveaux central et intermédiaire

Pour les rendre plus pertinents dans l'appui au développement des ZS, rendre une fonction et une autorité normative et de leadership; cela inclut:

- Renforcer le rôle du Comité National de Pilotage
- Rendre disponible l'information stratégique sur le secteur santé
- Revitaliser la fonction normative du MSP
- Focaliser le travail des programmes au niveau central sur leur fonction normative et non plus sur la mise en œuvre qui est reprise par les ZS
- Mettre en place un "basket funding" au niveau de chaque province
- Unifier l'encadrement des zones de santé en une seule structure de Comité Provincial de Pilotage réunissant l'ensemble des acteurs

3. Rationaliser le financement du secteur et le refinancer:

- Augmentation de la proportion des dépenses publiques allouées à la santé (passé de 0.8% en 2002 à 4,55% en 2005, avec l'engagement d'Abuja de passer à 15%).
- Augmentation de l'aide extérieure (permettant de prévoir, en conjonction avec le financement public, d'atteindre 3 USD par habitant et par an destiné au développement des ZS).
- Améliorer et alléger les procédures de décaissement des budgets de l'Etat consacrés à la Santé (Fonds PPTTE, Appui budgétaire, etc.)
- Shift des financements extérieurs par programmes vers un financement des plans intégrés provinciaux de développement des Zones de Santé

4. Renforcer le partenariat intra- et intersectoriel,

Un cadre de concertation et de coordination des bailleurs et partenaires du secteur de la santé autour de la SRSS et d'autres questions importantes du secteur de la santé devra être créé.

5. Développer les Ressources Humaines pour la Santé:

- Définir une politique de RHS pour l'ensemble du pays, avec un volet réforme de l'Administration Publique, mais avec une vision d'ensemble pour toutes les RHS (publics, ONG non-lucratifs, privés); organiser une réflexion nationale sur cette question avec tous les secteurs concernés
- Identifier l'arsenal de leviers à utiliser pour améliorer la situation en termes de RHS,
- Mettre en place des mesures concrètes pour améliorer la situation dans les zones de santé, notamment à travers la coordination des différents intervenants et partenaires (formation des infirmiers, capacités des équipes provinciales et des équipes cadre, amélioration du système de primes, mise à la retraite, ...)

6. Renforcer la recherche sur les systèmes de santé.

A noter également que la SRSS comprend également une série de mesures conservatoires d'urgence à prendre pour éviter une détérioration ultérieure de la situation. Ces mesures conservatoires comprennent notamment un moratoire sur la multiplication de nouveaux programmes centraux et de nouvelles structures provinciales.

Le PI07-09 a choisi les axes 1, 2, 4 et 5 comme les domaines d'intervention de terrain prioritaires pour la période 2006-09 qui conclut le cycle du PDDS de 2000-2009, les domaines 3, et 6 étant, au stade actuel, à développer essentiellement au niveau central.

Les documents qui précisent ces axes stratégiques sont essentiellement::

- la SRSS (A 1),
- la DSCR (A 2), qui en fait reprend la SRSS comme un de ses chapitres et servira à l'élaboration du premier cadre des dépenses sectorielles à moyen terme, et
- le PI 07-09 (A32).

5.5. Progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations contenues dans les rapports d'évaluation :

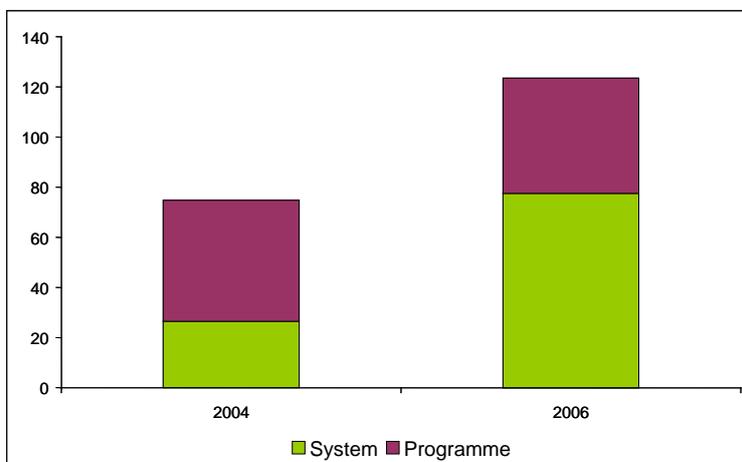
Une partie des mesures conservatoires préconisées par la SRSS a été mise en place. Par exemple la suspension de la création de nouvelles coordinations provinciales des programmes Spécialisés et l'attachement des programmes de lutte contre la maladie aux principales Directions du Ministère, ces derniers devront dorénavant se réunir avec les directions auxquelles ils sont attachés dans le cadre des commissions mises en place au niveau du Secrétariat Technique du Comité National de Pilotage de la SRSS.

En ce qui concerne les six axes stratégiques on a observé, depuis début 2005, le progrès le plus rapide en matière de partenariat, de coordination et de leadership du Ministère de la Santé. Le Groupe d'Appui à la Réforme du Secteur Santé s'est institutionnalisé en secrétariat technique du Comité National de Pilotage de la SRSS, le GIBS (Groupe Inter-Bailleurs Santé) étant maintenant intégré dans ce dernier. Cela a permis des progrès majeurs dans l'harmonisation des interventions des différents acteurs, dans l'alignement de leurs projets sur la stratégie, et dans la coordination de leurs interventions (par exemple par rapport aux politiques de primes au personnels, ou d'organisation du travail de planification des ressources et de costing, ou encore par l'élaboration des normes d'organisation et de mise en œuvre, et par un début de mise en œuvre et de réorientation des interventions des différents bailleurs).

Il est vrai que ces avancées restent fragiles, surtout étant donnée le contexte politique et social et les capacités limitées, en hommes et en ressources, du Ministère de la Santé. Néanmoins, la façon de travailler du MSP et de ces partenaires a profondément changé, et les résultats

commencent à se voir, si non sur le terrain, du moins dans la conception des interventions et dans l'allocation des ressources. Augmentation de la proportion des dépenses publiques allouées à la santé, passé de 0,8% en 2002 à 4,55% en 2005, avec un engagement de passer à 15%. La Figure 1 montre, à titre d'exemple, l'évolution des allocations budgétaires de 6 bailleurs importants, avec un shift net en faveur de l'appui aux ZS, et une augmentation du volume d'appui. L'augmentation de l'aide extérieure, permettant de prévoir, en conjonction avec le financement public, d'atteindre un minimum de 3 USD par habitant et par an destiné au développement des ZS.

Figure 1. : L'évolution du financement de 6 bailleurs importants.



L'alignement des interventions des différents bailleurs est en cours, et permettra d'ici 2009 d'amorcer ou de pérenniser le développement d'environ 200 ZS du pays.

Ces perspectives positives ne doivent cependant pas cacher les nombreuses hypothèques qui pèsent sur ce processus: la faiblesse du MSP reste réelle; les logiques institutionnelles des différents partenaires continuent parfois à être en conflit avec les volontés d'harmonisation et d'alignement; une partie de la mémoire d'organisation rationnelle des ZS, voir même d'un travail de soins au service des populations est à reconstruire; le niveau intermédiaire a des capacités d'encadrement limitées et est quasiment sans ressources. Mais il reste une masse critique de cadres, au sein des structures publiques et, surtout, au sein de nombreuses ONGs nationales et internationales, qui sont capables de rapidement redémarrer les ZS si on leur fournit les moyens et un cadre de travail.

5.6. Composantes ou secteurs du système de santé à évaluer de façon plus approfondie:

Les trois aspects prioritaires demandant une étude et une évaluation plus poussée sont:

1. Les Ressources Humaines pour la Santé. La situation évolue très rapidement avec une croissance exponentielle de la pléthore de personnels (souvent mal qualifiés) que d'aucuns ont qualifié de "bombe à retardement sociale et catastrophe sanitaire". L'information de base pouvant sous-tendre le développement d'un arsenal de stratégies en matière de RHS fait défaut.
2. Les modes de financement du secteur, et particulièrement les stratégies permettant d'évoluer vers une protection sociale minimale combinant les apports extérieurs, le financement par l'Etat et des mécanismes de solidarité ou de recouvrement de coûts;
3. Les modalités de remise à niveau des rémunérations des personnels, qu'ils soient dans le domaine public ou non-gouvernemental, et en particulier les différentes modalités des primes.

Il serait cependant erroné d'attendre des études approfondies avant de commencer à aborder ces problèmes. La priorité est de profiter de la richesse de l'expérience qui peut être acquise à travers l'expérience des différents intervenants lorsqu'ils essayent de les résoudre dans le concret. Il s'agit donc en premier lieu d'organiser, de façon systématique et scientifique, la documentation et l'évaluation de ce qui se fera dans le cadre de la mise en œuvre du PI07-09, en laissant une large place pour l'expérimentation.

5.7. Soutien au renforcement des services de santé proposé à GAVI

Veillez donner dans les deux encadrés ci-dessous: une description de la proposition relative au RSS de votre pays, précisant l'objectif poursuivi, les principaux secteurs concernés, les liens entre votre proposition et les thèmes essentiels définis par GAVI, les principales actions et activités, les délais de réussite prévus; et les raisons pour lesquelles ces secteurs et activités sont des priorités en matière de renforcement des capacités; indiquez comment les activités proposées favoriseront une couverture vaccinale soutenue ou accrue.

Veillez faire un résumé ci-dessous et annexer l'intégralité du document décrivant le programme d'activités proposées et justifiant le soutien demandé (document autonome ou parties applicables des documents ou stratégies existants, par ex. Plan stratégique du secteur de la santé). NUMÉRO DE DOCUMENT A 32.

5.7.1. Description générale

Situation sanitaire et les OMD en République Démocratique du Congo

Avec une superficie de 2.345.000 km², la RDC est le troisième pays de l'Afrique subsaharienne de par son étendue après l'Algérie et le Soudan. Sa population est estimée en 2005, d'après les données du PEV à 67 779 979 habitants, soit une densité de 28 habitants au km². Cette population (dont la majorité vit en milieu rural ~60%) est jeune, avec plus de 50 % de personnes âgées de moins de 20 ans.

Le Pays est actuellement divisé en 11 Provinces subdivisées à leur tour en 45 districts et villes et 225 territoires et communes. La nouvelle constitution prévoit une réorganisation spatiale en 26 provinces comme seul niveau intermédiaire. Elle permettra la mise en place d'un Etat unitaire fortement décentralisé.

Pour assurer le fonctionnement de ses services, le Ministère de la Santé dispose de 3 niveaux de structures :

Le niveau central qui a essentiellement un rôle normatif et stratégique comprend le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général auquel sont rattachés 13 Directions Centrales et 52 Programmes spécialisés.

Le niveau intermédiaire qui a un rôle technique d'appui aux zones de santé (ZS) est constitué des 11 inspections provinciales (IMP) et de 45 districts de santé. L'inspection provinciale est dirigée par un Médecin Inspecteur Provincial (MIP) et comprend différents bureaux suivant le modèle des directions du niveau national. Chaque province a un hôpital et un laboratoire provinciaux qui fonctionnent sous l'autorité du MIP. Chaque District dispose d'une Inspection Médicale de District (IMD). Cette dernière compte 3 cellules qui sont : la cellule des services généraux et études, celle de l'inspection des services médicaux et pharmaceutiques et celle du service d'hygiène. Ces 3 cellules sont supervisées par le médecin inspecteur de district (MID).

Le niveau périphérique, c'est à dire le niveau opérationnel est constitué par la zone de santé qui comprend un réseau des centres de santé et un HGR. Il est dirigé par l'équipe du Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS). Les Zones de Santé sont passées du nombre de 306 à 515.

Le pays sort d'un long conflit armé qui a suivi une longue période de crise économique et politique de sorte qu'elle devenue l'un des pays les plus pauvres au monde. Cette situation de crise a eu une incidence sur la réponse globale aux principaux problèmes de santé entraînant ainsi un virage au rouge de la plus part d'indicateurs sanitaires et démographiques comme cela est indiqué dans ce tableau emprunté du rapport de l'état santé et pauvreté (RESP) réalisé par la Banque Mondiale en 2005 sur base des données de la revue documentaire :

Tableau 9 : indicateurs sanitaires et démographiques en RDC⁶

Indicateurs de la RDC	
Population (2004 ⁷)	58 318 000
Produit intérieur brut par habitant par an (USD)	100
Malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans (en %)	38
Mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	126
Mortalité infanto juvénile (pour 1000 naissances vivantes)	213
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	1289
Prévalence du VIH chez les adultes (en %)	4.5

6

7

Les données contenues dans ce tableau ont été calculées sur base d'une population estimée à 58 318 000 habitants en 2005. Ces données sont celles de l'Institut National de la statistique fait des projections sur base du recensement organisé il y a 22 ans. Les données de la population sur lesquelles s'est basée cette proposition sont celles utilisées par le Ministère de la santé et donc le Programme Elargi de Vaccination. Un recensement est nécessaire pour avoir la taille précise de la population de la RDC. La mortalité infanto juvénile est de 213 pour 1000, ce qui correspond à environ 400 000 décès d'enfants de moins de 5 ans chaque année. La mortalité maternelle est de 1289 pour 100 000 naissances vivantes, soit environ 36 000 femmes qui décèdent chaque année pour des problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement.

La couverture vaccinale par antigène en 2005 est reprise dans le tableau suivant :

Tableau 10 : couverture vaccinale par antigène en 2005 (rapport annuel 2005 du PEV).

Antigènes	Couverture vaccinale
BCG	84.2%
DTC3	72.7%
VPO3	72.6%
VAR	69.7%
VAA	65.9%
VAT2+	66.3%

Selon le rapport annuel 2005 du PEV, les provinces qui un grand nombre de ZS ayant une couverture DTC3 inférieure à 50% sont : la Province Orientale, le Sud Kivu, l'Equateur et le Maniema. Cette situation selon le même rapport s'explique par un certain nombre de facteurs dont l'accessibilité géographique des populations aux services de vaccination due essentiellement à une faible couverture sanitaire.

En réponse à cette situation, le Ministère de la Santé et ses partenaires ont adopté une stratégie pour renforcer le système de santé (SRSS). Cette SRSS se propose d'améliorer la réponse nationale aux principaux problèmes de santé de la communauté par un accroissement de l'offre des soins de santé qui soient à la fois intégrés, globaux, continus, efficaces, efficients et accessibles. Un Plan Intérimaire de mise en œuvre de la SRSS (PI07-09) vient d'être élaboré. Cette proposition à GAVI s'inscrit dans le cadre de la contribution à la réalisation des objectifs de ce dernier.

Objectifs d'impact

Les objectifs d'impact auxquels cette proposition va contribuer sont ceux du Plan Intérimaire de mise en œuvre de la SRSS, c'est-à-dire les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Il s'agit de :

1. Contribuer à la réduction de deux tiers d'ici 2015 du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
2. Contribuer à la réduction de trois quart du taux de mortalité maternelle d'ici 2015 et, de
3. Combattre le VIH/SIDA, Paludisme, la Tuberculose et d'autres grandes maladies et, d'ici 2015, avoir stoppé le VIH/SIDA, maîtrisé le paludisme et inversé les tendances actuelles.

Objectifs de la proposition

La proposition actuelle devra contribuer à la réalisation des objectifs sectoriels du Ministère de la Santé dans les provinces et ZS ciblées. Il s'agit de:

1. Améliorer l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité et en assurer la viabilité financière et économique en République Démocratique du Congo d'ici 2009;
2. Promouvoir la Santé de la mère, de l'enfant et du nouveau-né en République Démocratique du Congo d'ici 2009.
3. Renforcer la prévention et la prise en charge de grandes endémies et des épidémies en République Démocratique du Congo d'ici 2009

Il est proposé que le financement de GAVI intervienne par la mise en œuvre des axes stratégiques de la Stratégie, à savoir:

1. L'encadrement et la mise en œuvre de la stratégie de revitalisation/développement des zones de santé.

- 1.1. Encadrement Central et Intermédiaire orienté sur trois provinces ciblées (support à l'axe 2 *pilotage du système de santé*, et, à travers celui-ci, à l'axe 1 *revitalisation des zones de santé*)
- 1.2. Mise en œuvre de la revitalisation de 65 zones de santé dans les onze provinces que compte la RDC (support à l'axe 1 *revitalisation des zones de santé*)

2. Ressources humaines

- 2.1. Développement d'une politique et d'un arsenal de mesures pour s'attaquer aux problèmes des ressources humaines (support à l'axe 5 *Ressources Humaines*, et à travers celui-ci à l'axe 1 *revitalisation des zones de santé*)
- 2.2. Mise en place d'interventions directes sur les ressources humaines dans les 65 zones de santé (support direct à l'axe 1 *revitalisation des zones de santé*)

En plus, le soutien GAVI contribuera à la mise en œuvre de **l'axe 6 Renforcer la recherche sur les systèmes de santé** dans la mesure où la documentation et l'évaluation du processus et des effets du soutien (voir ci-dessous) contribueront à l'amélioration des connaissances et capacités pour gérer le changement.

5.7.2. Justification thématique et pertinence par rapport à l'agenda GAVI.

L'appui souhaité est focalisé sur l'élément central de la stratégie nationale: la revitalisation des zones de santé, en s'attaquant à quelques-uns des problèmes principaux qui empêchent leur bon fonctionnement. Le fonctionnement des zones de santé est la condition première pour pouvoir améliorer la couverture vaccinale, les soins de santé pour les mères, les nouveaux nés et les enfants, et les soins de santé en général. Là où on revitalise les zones de santé de façon durable on peut s'attendre à (i) une amélioration durable de la couverture sanitaire, (ii) à une diminution de l'appauvrissement dû à l'utilisation de soins commerciaux aussi dangereux et inefficaces que chers, et (iii) à une stabilisation sociopolitique par le rétablissement de fonctions essentielles d'utilité publique.

L'amélioration de la couverture sanitaire consécutive au développement/revitalisation des Zones de Santé permet d'une part d'augmenter le nombre de structures de santé qui font la vaccination de routine (amélioration de l'accessibilité géographique) et donc de donner accès aux services de vaccination à plus d'enfants et, d'autre part, elle permet de rendre plus régulières les séances de vaccinations. La diminution de l'appauvrissement dû à l'utilisation des soins commerciaux du fait de l'amélioration de la couverture sanitaire aura pour effet d'améliorer l'accessibilité financière des communautés aux soins y compris à la vaccination.

Si l'intervention au niveau des ZS a une incidence directe sur l'amélioration de l'offre des services de vaccination et d'autres services de santé au bénéfice des communautés concernées, l'amélioration du pilotage du système de santé au niveau central et intermédiaire et l'intervention prévue sur des questions transversales comme les ressources humaines pour la santé (qui constituent un goulot d'étranglement pour le secteur) auront un effet d'entraînement sur l'offre des services de santé y compris dans les ZS non directement ciblées par la proposition. La conjonction de ces deux éléments va aider à améliorer la couverture vaccinale dans les provinces qui la tirent vers le bas et au moins à la maintenir dans celles où celle-ci a atteint un niveau acceptable selon les normes nationales.

Il serait donc illusoire de vouloir obtenir une revitalisation durable sans fournir l'encadrement nécessaire et sans s'attaquer à la problématique des ressources humaines (quantité, qualité, motivation, productivité). Les ressources humaines bien formées motivées et stables vont offrir des soins à la fois de bonne qualité et durables. En plus, elles seront moins poussées à exploiter les usagers. Ceci contribue également à améliorer l'accès à des soins de santé de qualité dont ceux de la vaccination.

Le renforcement de deux autres niveaux du système de santé et l'appui au développement des Ressources humaines sont donc indispensables pour garantir aux ZS l'encadrement dont elles ont besoin pour offrir les soins et les services de santé de qualité de façon durable. Cet encadrement se fera soit sous forme de formation du personnel du niveau périphérique, de supervision des activités, d'élaboration et la diffusion des normes, l'appui logistique, etc.

5.7.3. Choix des zones de santé à appuyer

Le choix des ZS répond à la volonté d'améliorer les performances de l'offre des services de santé y compris ceux de vaccination, soit celle de maintenir le niveau actuel de ces services là où ces derniers ont un degré satisfaisant. Le Comité National de Pilotage a choisi 65 ZS situées dans les 11 provinces (Equateur, Province Orientale, Sud Kivu, Maniema, Katanga, Bandundu, Kasai Oriental, Kasai Occidental, Kinshasa et Bas Congo). Elles ont été choisies pour la plupart dans les provinces à basse couverture vaccinale, en utilisant des critères de (i) couverture vaccinale, (ii) potentiel de développement et (iii) niveau d'appui déjà existant ou prévu et (iv) performance de l'Hôpital Général de Référence dans l'encadrement des structures de santé déconcentrées.

Sur base de ces critères, la revue de l'ensemble des zones de santé dans le cadre du PI07-09 a permis d'identifier:

- 1) Quarante ZS qui (i) ont une faible performance en matière de vaccination (<60% de DCT3) (ii) présentent un potentiel de développement élevé⁸ et (iii) bénéficieront d'un appui financier à partir de 2007, mais un appui financier qui ne couvre pas l'ensemble du développement de la ZS. Les 40 ZS du pays qui correspondent à ces trois critères sont situées: dans le Nord et le Sud Ubangi de la province de l'Equateur, dans l'Aru, Djungu et Haut Uele de la province Orientale, dans le Bukavu Nord, Sud et Est pour le Sud Kivu, dans le Centre et le Nord de la province du Maniema, dans le Haut Lomami et le Tanganika de la province du Katanga, dans le Kwango et le Maindombe de la province du Bandundu, dans les aires de Kabinda, Katoko Kombe, Lusambo et Tshilenge pour le Kasai Oriental et dans la ville de Kananga, Lulua et Kasai de la Province du Kasai Occidental. Le nombre total de ZS dans cette catégorie est de 40.
- 2) Six ZS qui (i) ont une couverture vaccinale (<60% de DCT3), (ii) un bon potentiel de développement, et (iii) n'ont aucun appui financier prévu. Il s'agit des ZS de Tandala et de Gbadolité pour la province de l'Equateur, des ZS de Kabalo et Ankoro dans le Tanganika, province du Katanga et des ZS de Muanza dans le Kwilu et de Kimbau dans le Kwango, province du Bandundu.
- 3) Dix ZS qui (i) ont une couverture vaccinale en DTC3 supérieure à 60%, (ii) un potentiel élevé de développement, mais qui (iii) ne vont plus avoir d'appui extérieur à partir de 2007. L'idée est de leur apporter un appui pour leur permettre de maintenir sinon d'améliorer leurs performances vaccinales et celles des autres services de santé qu'elles offrent. Cette catégorie comprend 31 ZS parmi lesquelles 10 seulement seront choisies pour raison de contrainte budgétaire.
- 4) Neuf Zones de Santé qui ont de bonnes performances vaccinales, mais dans lesquelles les HGR ne sont pas appuyés, ce qui ne leur permet de jouer le rôle d'encadrement des structures décentralisées qui est le leur, rendant ainsi ces performances en matière de vaccination plutôt fragiles. Ce sont des ZS à potentiel élevé au développement dont la plupart sont appuyées par l'UNICEF et l'USAID qui concentrent leurs appuis essentiellement sur les CS. L'appui aux HGR de ces ZS sera un soutien important aux soins et services qui sont offerts par les structures de santé déconcentrées (formation/recyclage, supervision, soins de référence, etc.). Il va en plus améliorer l'offre des soins de santé de référence nécessaires à l'amélioration de la survie de la mère, de l'enfant et du nouveau-né.

L'inventaire des ressources disponibles dans les différentes ZS et celles déclarées par les différents partenaires du secteur sera réalisé lors de l'état des lieux. Il sera effectué des arbitrages en terme d'affectation des ressources GAVI aux ZS ciblées. Ces arbitrages pourraient éventuellement aider si les ressources le permettent, d'étendre l'appui de GAVI à d'autres ZS qui ont de faibles couvertures vaccinales. Ce sont les ZS de Dingila, Ango, et de Viadana dans la Province Orientale, et la ZS de Minova au Sud Kivu.

La population bénéficiaire est estimée à environ **11 704 343** habitants, soit **17%** de la population totale de le RDC.

⁸ Une ZS est définie comme ayant un bon potentiel de développement lorsqu'elle a une population d'au moins 100 000 habitants, dispose d'un Hôpital Général de Référence et d'au moins deux Centres de Santé. Ce potentiel est considéré comme élevé s'il bénéficie d'un financement d'au moins 3 \$ par habitant et par an pour le fonctionnement (non compris la contribution de la communauté par la tarification). Ce niveau de financement peut permettre de lancer le processus de développement d'une ZS. Le choix porté sur les ZS à potentiel élevé au développement comme point de départ pour le processus de développement des ZS se justifie par le fait que leurs performances peuvent être améliorées assez rapidement et à un coût raisonnable, ce qui leur permettra de devenir des modèles de démonstration et donc des centres de formation et d'encadrement pour le personnel des autres ZS. Ces ZS peuvent une fois leur degré de fonctionnalité améliorée, aider au développement des autres ZS.

La liste complète de ces ZS et les données sur lesquelles s'est basée la sélection est en A 33. L'appui que le pays se propose de solliciter à GAVI sera complémentaire aux appuis qui existent dans 59 des 65 ZS ciblées pour les ramener à un 'niveau global' nécessaire au lancement effectif de leur processus de développement (soit 3\$ par habitant et par an). Dans les six autres ZS, l'appui GAVI sera global. Ceci va ramener à 195 le nombre de ZS qui vont bénéficier de l'appui global dans le pays soit, 37.8% de l'ensemble de ZS du pays.

5.7.4. Actions à entreprendre (voir plan détaillé en annexe X)

1. L'encadrement et la mise en œuvre de la stratégie de revitalisation et de développement des zones de santé

1.1. Encadrement Central et Intermédiaire orienté sur les provinces.

L'appui Gavi devra permettre au Comité National de Pilotage et aux Comités Provinciaux de Pilotage de la SRSS d'encadrer le développement de ces ZS et d'assurer la documentation du processus et de ses résultats à travers son Observatoire sur les Systèmes de Santé et les Ressources Humaines. Cet encadrement va consister, à garantir l'alignement et l'harmonisation des interventions du secteur sur la SRSS et en assurer la coordination, à mettre en œuvre les mesures conservatoires pour la protection des ZS en programme de développement vis-à-vis des interférences pour le moins intempestives des programmes des programmes verticaux, à mettre en place les Equipes Cadres des Zones de Santé dans les zones ciblées, à aider les ZS à élaborer leurs Plans de Développement Sanitaire et à couler ceux-ci dans le Plan de Développement Provincial de Développement Sanitaire (PPDS) avant l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire.

L'élaboration des normes d'organisation et de fonctionnement du niveau central et intermédiaire qui est un aspect de la réforme va permettre de conférer à ces deux niveaux la forme et les fonctions qui soient pertinentes par rapport à la priorité du secteur qui consiste à revitaliser les ZS. L'amélioration de la gestion de l'information est une action importante dans le cadre de l'encadrement que les deux niveaux (central et intermédiaire) doivent apporter au niveau périphérique.

Un état des lieux sera réalisé dans les provinces et les ZS ciblées. Il permettra d'évaluer la situation sanitaire des populations concernées, le niveau de performances des structures sanitaires et donc de mesurer les indicateurs pertinents au démarrage du programme. D'autres indicateurs (tel que la mortalité infantile, la mortalité maternelle, etc.) seront mesurés dans le cadre d'autres études qui vont être réalisées comme l'Enquête Démographique et Sanitaire, EDS en sigle dont les données seront désagrégées par province.

Un 'basket funding' sera mis en place dans les provinces qui vont recevoir un appui GAVI. Les 'basket funding' provinciaux vont être mis en place dans les quatre provinces appuyées par l'Union Européenne. Il s'agira de mettre en commun les ressources financières disponibles quelque soient leurs origines (budget de l'Etat, aide au développement dans le cadre de la coopération bi et multilatérale, fonds globaux, etc.) pour financer les Plans Provinciaux de Développement Sanitaire (PPDS). Cette action aura pour avantage d'aider à mieux coordonner les ressources du secteur et donc, à en améliorer l'efficacité et l'efficience et, à opérer le shift du financement de type programme vers un financement de type système nécessaire à la déverticalisation des interventions dans le secteur.

Les fonds GAVI vont aider à mettre en place les 'basket funding' dans les trois provinces qui vont bénéficier d'un appui au niveau intermédiaire d'une part, et d'autre part, ils financeront les ZS ciblées à travers les 'basket funding' dans les provinces où cette expérience sera mise en place. L'appui au CNP pourra aider à mettre en place cet outil dans les autres provinces du

pays.

Une autre action importante dans le cadre de cet encadrement va consister à **améliorer l'approvisionnement en médicaments essentiels et intrants spécifiques** nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins. Cette action va se traduire par l'implantation de deux Centrales Régionales de Distribution des Médicaments Essentiels. Ces deux CD seront implantées dans le Sud Kivu et au Sankuru dans la province du Kasai Oriental.

Les revues annuelles du secteur qui seront organisées au niveau intermédiaire et central seront des occasions pour faire le point de manière concertée sur la mise en œuvre du PI07-09 et donc des actions relatives à la proposition RSS financées par GAVI et envisager des actions pour l'avenir. C'est lors de ces revues annuelles que seront approuvés les plans annuels de différents niveaux par le niveau immédiatement supérieur dans le cadre du Comité de Pilotage de la SRSS. Entre deux revues annuelles, des visites de supervision et de suivi seront organisées par chaque niveau du système au bénéfice du niveau immédiatement inférieur.

Un investissement minimal en terme de matériel roulant et informatique est nécessaire au bon fonctionnement du Comité National et de trois Comités Provinciaux de Pilotage de la SRSS (Sud Kivu, Kinshasa et Bas Congo), les huit autres étant pris en charge par d'autres financements.

1.2. Mise en œuvre de la revitalisation de 65 zones de santé

Dans ces zones de santé le type d'appui sera, comme c'est le cas pour les zones appuyées par d'autres intervenants, comme la BM, la coopération Belge ou l'Union Européenne, celui prévu par la SRSS et le PI07-09: une mise en place progressive, à géométrie variable en fonction des caractéristiques et capacités locales. Tout comme c'est le cas pour les autres intervenants il est prévu que GAVI contribue, le long de ces trois dernières années du PDDS, à préciser les modalités d'opérationnalisation de la SRSS et du PI07-09. Le Comité National de Pilotage est conscient qu'il n'y aura pas une seule approche identique partout à l'opérationnalisation et qu'il faudra laisser la place à l'innovation, d'autant plus que les programmes des différents grands intervenants en sont au stade de démarrage, et que l'harmonisation n'est encore qu'incomplète.

La rationalisation du fonctionnement des Hôpitaux Généraux de Référence (HGR). Un appui au fonction et un investissement minimal sont nécessaires pour y parvenir. Cette action va permettre aux HGR de remplir leur mission qui consiste à la fois à offrir à la population de responsabilité les soins de santé de référence, à développer les Centres de Santé par l'intermédiaire des Equipes Cadre des ZS (ECZ) pour l'offre des soins de Santé dans le cadre des services de santé déconcentrés (centres de santé), et à la formation et/ou au recyclage du personnel médical et paramédical (infirmiers). Tous les HGR de 65 ZS ciblées sont concernés du fait que très peu de partenaires appuyaient les HGR en dépit du rôle primordial que doivent jouer ces derniers dans le système de santé de la ZS.

L'extension de la couverture sanitaire de la ZS sera une autre action importante à entreprendre à ce niveau. Elle va consister à rationaliser le fonctionnement des centres de santé existants, à implanter de nouveaux centres de santé ou à contractualiser avec le privé lucratif ou confessionnel qui existe dans la ZS. Au total 220 Centres de Santé sont concernés, soit 3 CS dans chacune des 40 ZS qui vont recevoir un appui partiel et 6 CS dans chacune des ZS qui vont recevoir un appui global, 3 CS dans chacune des 10 ZS à bonne couverture vaccinale, mais avec un appui finissant à la fin de l'année en cours et le reste devant être reparti dans les 9 autres ZS. Il va sans dire que des arbitrages seront réalisés pour une meilleure répartition des CS à rationaliser une fois les résultats de l'état des lieux disponibles. Chaque structure appuyée (HGR et CS) sera dotée d'un **fonds de roulement pour l'approvisionnement en médicaments** soit au niveau des CDR existantes, soit au niveau de celles qui seront implantées avec l'appui GAVI.

Un appui au niveau communautaire consistera à aider les communautés vivant dans les aires de santé appuyées à disposer des sources d'eau potable. Trois à quatre sources d'eau potable seront aménagées par aire de santé soit un total de 626 sources à aménager dans l'ensemble de ZS ciblées.

Des visites de supervisions seront assurées par les ECZ pour améliorer les performances du personnel des Centres de Santé. Pour ce faire, 30 ZS seront dotées en véhicules tout terrain, 50 en motos et 5 en moteurs Hors Bord pour la supervision. Chaque Centres de Santé appuyés bénéficiera d'un vélo pour le suivi des activités communautaires et l'approvisionnement du Centre de Santé en intrants (vaccins, etc.)

La mise en œuvre sera assurée à travers la contractualisation avec les ONGs nationales et internationales selon la procédure d'appel d'offres à fixer par le Comité National de Pilotage. Les principales actions à entreprendre à ce niveau sont coulées dans les Plans de Développement Sanitaire des Zones de Santé (PDSZ) qui seront élaborés dans chacune des ZS ciblées.

2. Ressources humaines

2.1. Développement d'une politique et d'un arsenal de mesures pour s'attaquer aux problèmes des ressources humaines

Les activités prévues dans le cadre du développement des ressources humaines sont : (i) l'appui à la réforme de l'enseignement des sciences de la santé, (ii) le renforcement des capacités des Equipes Cadres Provinciales, (iii) la formation initiale des Equipes Cadres des Zones de Santé, (iv) la formation/recyclage du personnel des HGR et des Centres de Santé, et (v) la mise en place d'un observatoire des ressources humaines et du système de santé

Appui à la réforme de l'enseignement des sciences de la santé (formation des infirmiers diplômés). Une réforme de l'enseignement des sciences de la santé est en cours. Elle concerne pour le moment 12 Instituts des Techniques Médicales (ITM) qui sont utilisées comme des 'ITM pilotes'. Cette réforme va permettre d'une part d'améliorer la qualité de l'enseignement tant sur le plan théorique que pratique et, d'autre part, de réguler la quantité des infirmiers formés. La réalisation de cette réforme nécessite que soit évalué dans un premier temps l'ensemble d'Instituts des Techniques Médicales (ITM) du pays pour identifier ceux qui sont viables et ceux qui ne sont pas. Les non viables devront être soit fermés, soit appuyés pour orienter leur mission vers la formation des catégories des professionnels de santé dont le pays a besoin (techniciens en maintenance, secrétariat médical, technicien en assainissement, technicien en anesthésié et réanimation etc.).

Les programmes de formation devront être adaptés aux besoins réels identifiés sur terrain. Les enseignants doivent être formés pour mieux dispenser les enseignements selon les nouveaux programmes et les Instituts devront être équipés en matériels didactiques conséquents. Des activités de suivi et de supervision seront réalisées pour accompagner la réforme.

L'un des problèmes qui ne permettent pas d'assurer une formation de bonne qualité dans le secteur de l'enseignement en général et dans celui des sciences de la santé en RDC en particulier, est le fait que les écoles d'enseignement fonctionnent avec la contribution des parents. Cette situation met les responsables de ses écoles dans des conditions telles qu'ils perdent leur autorité morale sur les élèves. Le financement de l'enseignement par le pouvoir public est une condition de réussite de tout processus de réforme dans ce domaine. Ce plan propose que soient prises en charge les primes du personnel qui travaillent dans les 'ITM pilotes' qui sont en processus de réforme en attendant la reprise économique du pays qui devra permettre au Gouvernement de prendre ses responsabilités en cette matière.

Renforcer les capacités des Equipes Cadres Provinciales. L'élaboration et la mise en œuvre des Plans Provinciaux de Développement Sanitaire vont nécessiter un renforcement des capacités des Equipes Cadres Provinciales (ECP). Ce renforcement des capacités à ce niveau se fera d'une part par une assistance technique de type santé publique de longue durée et d'autre part, par des formations de courte durée qui seront organisées au profit des membres des ECP (contractualisation, planification, recherche en système de santé, etc.) . L'assistance technique pourra être fournie par les congolais de la diaspora qui ont quitté le pays pour chercher à améliorer leurs conditions de vie sous d'autres cieux à qui des conditions salariales convenables seront proposées. Elle permettra entre autre de mettre en place un 'basquet funding' dans chaque province pour le financement des PPDS

Les formations de courte durée seront organisées soit sous forme de stage dans 'les provinces pilotes' où les ECP accomplissent leurs missions de façon satisfaisante, soit sous forme des séminaires nationaux ou internationaux. Ces formations se feront sur des sujets tels que la planification, la recherche sur les systèmes de santé, la négociation, la contractualisation et l'assurance qualité des soins. Comme pour le fonctionnement des CPP, les ECP de huit provinces sur onze vont bénéficier d'un renforcement des capacités dans le cadre des appuis apportés par d'autres bailleurs et le Gouvernement. L'appui de GAVI va permettre d'étendre cette action à trois autres provinces du pays (Kinshasa, Bas Congo et Sud Kivu)

Formation initiale des Equipes Cadres des Zones de Santé. La formation des ECZ dans les ZS pilotes ou ZS de démonstration sera privilégiée par rapport aux formations de types séminaires. La durée de cette formation variera entre 3 et 6 mois selon que le cadre à former a déjà travaillé ou non dans une ZS. Cette formation va couvrir des aspects à la fois managériaux (organisation du système de santé de la ZS) et pratique (pratique de la chirurgie générale par exemple) etc. Les formations des ECZ dans les ZS pilotes ou ZS de démonstration va commencer dès que les premières ZS de démonstration seront prêtes. L'état des lieux des ZS qui sera réalisé permettra d'identifier les ZS à potentiel élevé et les actions à y mener pour qu'elles soient prêtes à recevoir des ECZ des autres ZS. Dans un premier temps, 20 ECZ de 5 membres chacune seront formées soit, 100 cadres des ZS. Les salaires et primes du personnel en formation vont continuer à être payés durant la période de formation par les ZS d'où ils viennent.

Formation/recyclage du personnel infirmier des Centres de Santé dans les HGR. Le personnel infirmier des Centres de Santé sera formé/recyclé au niveau de l'HGR avant son affectation dans le Centre de Santé. Comme celle des ECZ, la formation du personnel infirmier sera également à la fois pratique et managériale. Le personnel travaillant déjà dans les CS pourra être également envoyé au niveau de l'HGR pour un recyclage. Cette formation aura une durée qui va varier entre 6 et 8 semaines. Elle commencera d les recevoir. Deux infirmiers par centre de santé seront formés pour un total de 80 des centres de santé sur les 186 Ciblés par le programme. Le budget ne permet pas d'assurer cette formation à tout le personnel des Centres de Santé couverts par la proposition dans les 3 ans de mise en œuvre du programme. Les appuis des autres bailleurs pourront aider à compléter des formations.

Mise en place d'un observatoire des ressources humaines et du système de santé. Cet observatoire va permettre de suivre et de documenter l'évolution des questions relatives aux ressources humaines en particulier et au système de santé en général. Les résultats d'une telle action peuvent déboucher sur des débats nationaux sur ces questions dans lesquels seront impliqués tous les secteurs concernés (universités, fonction publique, corporations, secteur privé lucratif, les ONGs et associations, etc.). l'idée est de mettre en place des politiques et stratégies concertées pour une résolution efficace de toutes les questions qui seront soulevées.

2.2. Mise en place d'interventions directes sur les ressources humaines dans les 65 zones de santé (support direct à l'axe 1 *revitalisation des zones de santé*).

L a principale action dans ce domaine est l'amélioration des salaires et primes des ressources humaines pour la santé essentiellement celles qui travaillent dans les Zones de Santé.

Amélioration des salaires et primes des ressources humaines pour la santé. Des compléments des primes et salaires seront payés au personnel de santé travaillant dans les Zones de Santé (50 ZS). Ces compléments seront payés dans les zones exclusivement appuyées par GAVI mais également dans un certain nombre de ZS appuyées par l'USAID et l'UNICEF (dont l'appui ne comprend pas, pour des contraintes propres à ces organisations, la possibilité d'utiliser de tels incitatifs). Ces compléments des primes et salaires pourront également être payés au personnel travaillant dans les ZS qui reçoivent un appui partiel de l'Union Européenne qui se trouve confrontée aux mêmes contraintes.

Ces primes et salaires devront également aider à stabiliser le personnel de santé qui travaille en milieu rural et aider au redéploiement du personnel de santé en faveur du milieu rural.

Les ECP auront aussi un complément des primes et salaires dans les provinces où les Comités Provinciaux de Pilotage de la SRSS seront appuyées. C'est le cas des provinces du Sud Kivu, du Bas Congo et de la Ville Province de Kinshasa. Certains cadres du niveau central et intermédiaire auront également des compléments des primes et salaires du fait des fonctions qu'ils exercent. Ces fonctions doivent être pertinentes pour l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre du PNSD.

5.7.5. Organisation de l'appui et montage institutionnel

Le financement que la République Démocratique du Congo sollicite auprès de GAVI à l'aube de la mise en place des institutions de la 3^{ème} République qui sont issues des premières élections libres et démocratiques organisées dans le pays depuis plus de 40 ans, devra aider à renforcer le leadership du Ministère de la Santé sur l'ensemble du secteur.

Sur recommandation de la revue annuelle organisée en février 2006, un Comité National de Pilotage (CNP) de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) a été mis en place par arrêté ministériel. Ce CNP a pour rôle :

- L'analyse des aspects techniques liés à la SRSS, afin d'assurer :
 - la *cohérence* des politiques sanitaires (c'est-à-dire toutes les parties constituantes de la politique sanitaire du pays se retrouvent dans un concept cohérent du secteur de la santé et une approche globale et systémique de provision de soins curatifs, préventifs et promotionnels, et
 - la *pertinence* des activités des différentes composantes et niveaux de prestation du Ministère de la Santé (les politiques et interventions sanitaires sont jugés selon leur pertinence vis-à-vis de ce concept);
 - la *coordination, l'harmonisation et l'alignement* de l'ensemble d'interventions du secteur de la santé par rapport à la SRSS conformément à la déclaration de Paris ;
- La définition de *grandes orientations des politiques* en fonction des informations stratégiques produites sur le terrain
- L'examen et l'approbation des rapports d'activités liés à la planification et à la mise en œuvre de la SRSS au niveau provincial y compris l'examen des résultats des recherches et études menées. Cet aspect inclut également la préparation d'une revue annuelle nationale qui doit faire suite à la revue annuelle de chaque plan provincial.
- Suivre la mise en œuvre de la réforme au niveau central et provincial.

Le Comité National de Pilotage sera relayé en provinces par des Comités Provinciaux de Pilotage (CPP). Le Comité Provincial de Pilotage qui sera dirigé par le Médecin Inspecteur Provincial. Les principaux partenaires du secteur de la santé sont membres du Comité de

Pilotage de la SRSS à chaque niveau où ce dernier est installé (central et provincial).

A tous les niveaux du système de santé, le principe va consister à mettre en place un montage institutionnel qui capitalise 'les best practices' locales, qui encourage une plus grande responsabilisation des structures nationales dans la gestion du système de santé et qui réduit au minimum possible les coûts de transactions.

Au niveau périphérique, trois cas de figures se présentent. Il s'agit des ZS qui bénéficient depuis des années de l'appui de leurs partenaires traditionnels tels que les confessions religieuses et les ONGs, des ZS qui bénéficient d'un appui direct de leurs partenaires tels que l'UNICEF, etc. et des ZS qui n'ont pas d'appui. Le montage institutionnel à ce niveau sera étudié au cas par cas dans le cadre du CPP en prenant en compte les avantages comparatifs de l'une et de l'autre approche.

Les ZS vont élaborer les plans de développement sanitaires de Zone (PDSZ) qui seront déclinés en plans annuels avec budget sectoriel complet. Les PDSZ seront approuvés avant leur mise en œuvre par les CPP. Le financement GAVI sera complémentaire aux autres financements disponibles ou prévisibles dans la mise en œuvre de ces plans des ZS.

Au niveau intermédiaire, une assistance technique long terme de type 'santé publique' dans chaque province d'intervention sera nécessaire. Cette assistance technique devra avoir une bonne expérience sur l'organisation et la gestion des systèmes de santé. Ce type d'assistance technique est déjà opérationnel dans les provinces où intervient l'Union Européenne (Kasaï Oriental, Kasaï Occidental, Province Orientale et Nord Kivu). Elle le sera dans celles où interviendra le Royaume de Belgique (Ville de Kisangani et à Matadi). Cette assistance technique fera partie intégrante de l'Equipe Cadre Provinciale.

Sur cette base des PDSZ, les Provinces vont élaborer les Plans Provinciaux de Développement Sanitaires (PPDS) également avec budget sectoriel complet. Ces PPDS seront approuvés par le CNP lors des revues annuelles du secteur. Un 'basquet funding' sera mis en place à ce niveau par le CPP pour le financement des PPDS. Plusieurs partenaires (l'Union Européenne et le Royaume de Belgique, etc.) sont intéressés à participer à la mise en place d'un 'basket funding' au niveau des provinces pour le financement des PPDS.

L'appui financier de GAVI servira à alimenter les 'basket funding' pour le financement des activités du niveau intermédiaire et périphérique contenues dans la proposition.

Les activités propres au niveau central telles que celles relatives au développement d'une politique et d'un arsenal de mesures pour s'attaquer aux problèmes des ressources humaines, de la réforme de l'enseignement, de la mise en place de l'Observatoire des Systèmes de Santé et des Ressources Humaines, de l'organisation d'un large débat sociétal sur l'avenir des Ressources Humaines pour la Santé en RDC, etc. sont transversales et affectent l'ensemble du pays. Ces activités seront directement gérées sous l'égide du Comité National de Pilotage par la Direction d'Etudes et Planification (DEP) dans son rôle de Coordonnateur du Secrétariat Technique de celui-ci et les Directions concernées qui en sont membres. La DEP bénéficiera de l'appui de ses partenaires traditionnels tels que la Coopération Belge et l'OMS, tous membres du CNP.

La recherche opérationnelle prévue dans le cadre de cette proposition va aider à documenter le processus de mise en œuvre de ce montage institutionnel pour identifier les éventuels goulots d'étranglement et les solutions alternatives.

Les capacités des structures du Ministère directement impliquées seront renforcées pour plus d'efficacité dans la mise en œuvre. En dehors de l'assistance technique prévue au niveau intermédiaire, des formations en planification, suivi et évaluation des programmes et projets sont prévues pour toutes les ECP du pays. Les districts seront renforcés dans le but de les rendre fonctionnels et donc de rapprocher l'appui technique du niveau intermédiaire des structures à appuyer (ZS). Les capacités des organes de gestion tels que le Comité de

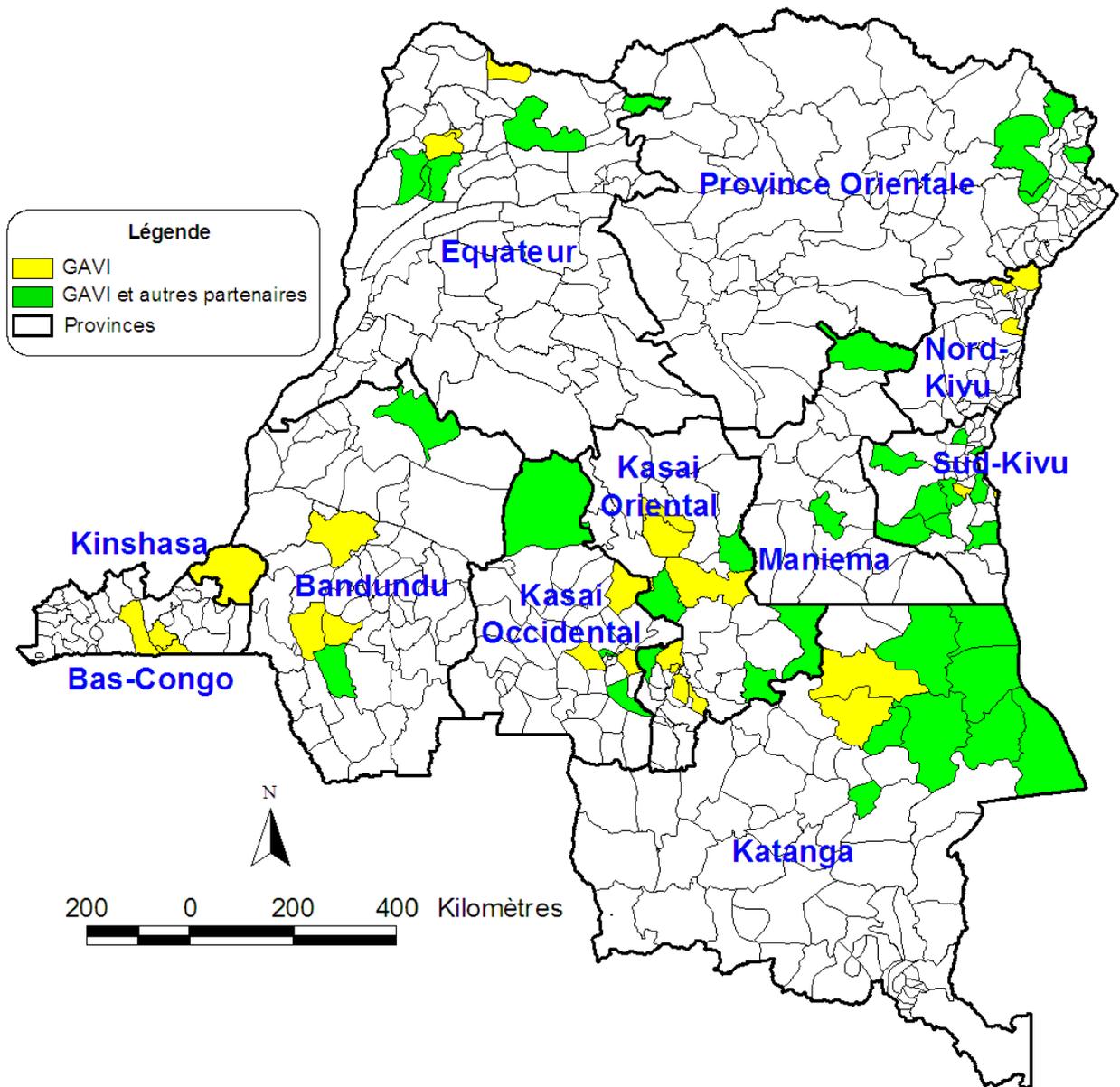
Gestion de la ZS seront renforcées et celles des organes de participation communautaire pour un meilleur contrôle de la gestion de différentes ressources disponibles. Le suivi externe du programme par des consultants internationaux prévu dans la proposition permettra également de contribuer à renforcer les capacités des acteurs nationaux.

Un mémorandum d'entente décrivant en détail ce montage institutionnel, les rôles de différents acteurs engagés ainsi que les procédures de gestion financière dans la mise en œuvre de cette proposition sera signé entre le Gouvernement et les principaux partenaires du secteur dans le cadre du CNP.

5.7.6. Plan opérationnel et phasage

Un plan opérationnel annuel budgétisé pour la mise en œuvre des actions prévues dans cette proposition sera élaboré et validé avant le mois d'octobre de chaque année. Ce plan comprendra les activités à réaliser au cours de l'année suivante, les coûts y relatifs et les indicateurs de processus. L'exercice financier annuel ira du mois d'octobre au mois de décembre. Le plan opérationnel de la première année de mise en œuvre de la proposition en annexe 34.

CARTE DES ZONES DE SANTE CIBLEES PAR LA PROPOSITION GAVI POUR RSS (à noter que chaque aire indiquée peut représenter plusieurs zones de santé; les aires indiquées en vert sont celles où l'appui de GAVI vient compléter un appui partiel par d'autres intervenants; les aires indiquées en jaune sont celles où l'essentiel de l'appui est celui de GAVI)



Octobre 2006

5.8. Suivi

5.8.1. Structures de suivi.

La documentation systématique du processus et des résultats de l'appui Gavi - tout comme des autres appuis à la mise en œuvre de la SRSS - sera confiée à l'Observatoire sur les Systèmes de Santé et les Ressources Humaines prévu dans le PI07-09. L'Observatoire sur les Systèmes de Santé et les Ressources Humaines travaillera en contact étroit avec le Comité National de Pilotage de la SRSS. Il sera chargé, dans le cadre de sa documentation, d'identifier et d'évaluer des approches prometteuses dont on peut tirer des leçons pour adapter la SRSS, les normes et les directives et préparer le prochain plan décennal 2010-2019.

La proposition prévoit un suivi externe qui sera réalisé deux ou trois fois l'an durant toute la période de mise en œuvre du programme. Ce suivi externe sera fait soit par des consultants indépendants, soit par des universités nationales (Ecoles de Santé Publique) ou occidentales, soit encore par une expertise internationale qui proviendra des organisations comme l'OMS, etc.

Des évaluations externes à mi-parcours et en fin de programme sont prévues. Des audits internes se feront tous les trois mois au cours de deux premières années. Leur fréquence va diminuer la troisième et la quatrième année. Un audit externe sera réalisé une fois l'an.

Les indicateurs de suivi et évaluation sont ceux du PI07-09.

5.8.2. Outils de monitoring et indicateurs:

Les outils de monitoring et les indicateurs de base sont choisis parmi ceux prévus pour le suivi du PI07-09 qui est en annexe 32. En utilisant les indicateurs du PI07-09 pour les ZS et les provinces ciblées (et en les comparant aux autres ZS du pays) il sera possible de fournir un suivi des différentes dimensions qui intéressent le programme GAVI, tel qu'indiqué dans le tableau ci-dessous:

Tableau 11: Suivi des progrès enregistrés

	Indicateur(s)	Source(s) des données
Apports RSS	Taux d'exécution budgétaire des financements alloués aux ZS	Rapports annuels de SNIS
Activités RSS (3 principales)		
Rendre fonctionnels les CPP	Proportion des provinces ⁹ avec CPP fonctionnels	Rapports annuels de SNIS Rapports des revues annuelles provinciales et nationales
Elaborer les Plans de Développement sanitaire des ZS appuyées	Proportion des ZS ciblées qui disposent d'un Plan de Développement Sanitaire de la ZS	Rapports annuels SNIS Rapports des revues annuelles provinciales et nationales

⁹ La fonctionnalité du CPP doit être attesté par l'existence des comptes rendus des réunions organisées avec l'ensemble de partenaires qui interviennent dans la province, les rapports des revues annuelles provinciales et à terme par l'existence d'un Plan Provincial de Développement Sanitaire (PPDS) incluant les apports de tous les partenaires.

Développer/ revitaliser les ZS	Nombre des ZS fonctionnelles dans les provinces ciblées ¹⁰	Rapports annuels SNIS Rapports des revues annuelles provinciales et nationales
Résultats (impact sur la capacité du système)		
	Couverture sanitaire dans la zone géographique ciblée ¹¹	Rapport des revues annuelles provinciales
	Nombre de provinces disposant d'un 'basket funding' fonctionnel	Rapports des provinces à la Revue Annuelle Nationale du Système de Santé
Impact sur la vaccination	<ul style="list-style-type: none"> • DTC3 • Rougeole systématique 	Système de rapportage PEV, plus enquêtes ponctuelles Système d'information PI 07-09 Enquête Démographique et Sanitaire prévue pour 2007 et 2012, échantillonnage à niveau provincial
Impact sur la mortalité infantile	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité des moins de 5 ans 	Rapport de l'Enquête Démographique et Sanitaire (EDS) prévue pour 2007 et 2012, échantillonnages à niveau provincial

Tableau 12 : Progrès attendus dans les indicateurs, dans le temps

Indicateur(s)	Indicateurs: données de base et objectifs					
	Année de référence	Année de la proposition à GAVI	Année 1 mise en œuvre	Année 2 mise en œuvre	Année 3 mise en œuvre	Année 4 mise en œuvre
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Apports RSS						
Taux d'exécution budgétaire des financements alloués aux ¹² ZS	40%	56%	65%	70%	80%	82%
Activités RSS (3 principales)						
Proportion des provinces ¹³ avec CPP fonctionnels	0%	0%	30%	60%	100%	100%

¹⁰ Le nombre de Centres de Santé fonctionnels n'est pas connu pour le moment dans les ZS ciblées par le programme. Il sera connu après l'état des lieux qui sera réalisé au démarrage de celui-ci. La valeur de l'indicateur contenue dans le tableau représente le nombre de Centres de Santé qui seront rendus fonctionnels du fait de l'intervention au moyen du financement GAVI uniquement dans les différentes ZS d'intervention.

¹¹ La couverture sanitaire est la proportion de la population qui est desservie par un Centre de Santé fonctionnel. Dans ce cas, elle sera calculée par rapport à la population des ZS ciblées par l'appui GAVI. Cette couverture n'est pas connue pour l'instant. Elle sera déterminée lors de l'état des lieux qui sera réalisé au démarrage du programme. Les données chiffrées contenues dans ce tableau en rapport avec cet indicateur sont des estimations de l'accroissement de ce dernier du fait de la contribution de GAVI.

¹² Toutes les provinces sont concernées par cet indicateur du fait de l'appui apporté au niveau du CNP qui a la responsabilité de les rendre fonctionnels.

¹³ La fonctionnalité du CPP doit être attesté par l'existence des comptes rendus des réunions organisées avec l'ensemble de partenaires qui interviennent dans la province, les rapports des revues annuelles provinciales et à terme par l'existence d'un Plan Provincial de Développement Sanitaire (PPDS) incluant les apports de tous les partenaires.

Proportion des ZS ciblées qui disposent d'un Plan de Développement Sanitaire de la ZS	0%	0%	35.7%	64.2%	100%	100%
Nombre des Zones de Santé fonctionnelles ¹⁴ parmi celles qui sont ciblées	ND	ND	+12	+32	+65	65
Résultats (impact sur la capacité du système)						
Couverture sanitaire dans la zone géographique ciblée ¹⁵	ND	ND	+8.7%	+14%	+19%	19%
Nombre de provinces disposant d'un 'basket funding' fonctionnel	0	0	1	3	5	6
Impact sur la vaccination (DTC3 et Rougeole systématique)						
% d'enfants supplémentaires vaccinés au DTC3 dans les ZS ciblées ¹⁶	0%	0%	10%	15%	20%	
% d'enfants supplémentaires vaccinés au VAR dans les ZS ciblées	0%	0%	12%	18%	25%	
Impact sur la mortalité infantile (Moins de 5 ans)						
Mortalité infantile infanto juvénile (moins de 5 ans) ¹⁷	213 décès pour 1000 naissances vivantes	-	-	-	185 décès pour 1000 naissances vivantes	

Veillez continuer sur une autre feuille le cas échéant.

¹⁴ Le nombre de Zones de Santé (ZS) fonctionnelles n'est pas connu pour le moment dans le pays. Dans les provinces ciblées, ce nombre sera connu après l'état des lieux qui sera réalisé au démarrage du programme. La valeur de l'indicateur contenue dans le tableau représente le nombre de ZS qui seront rendus fonctionnelles du fait de l'intervention financée par GAVI dans les provinces ciblées.

¹⁵ La couverture sanitaire doit être comprise comme la proportion de la population qui est desservie par un Centre de Santé fonctionnel. Dans ce cas, elle sera calculée par rapport à la population des ZS ciblées par l'appui GAVI. Cette couverture n'est pas connue pour l'instant. Elle sera déterminée lors de l'état des lieux qui sera réalisé au démarrage du programme. Les données chiffrées contenues dans ce tableau en rapport avec cet indicateur sont des estimations de l'accroissement de ce dernier du fait de la contribution de GAVI.

¹⁶ Les interventions prévues dans cette proposition ne concernent pas seulement les ZS ciblées. La proposition a un effet d'entraînement sur tout le secteur de la santé du fait de l'appui qu'elle se propose d'apporter sur le pilotage du système de santé et de son influence sur des thèmes transversaux comme les ressources humaines pour la santé. Ainsi, il est prévu que le nombre d'enfants supplémentaires qui vont bénéficier des services de vaccination dépasse le seul cadre des ZS ciblées par celle-ci.

¹⁷ La réduction de la mortalité infanto juvénile telle que décrite n'est valable que dans les Zones de Santé ciblées par la proposition.

5.9. Analyse et planification financières du RSS

Veillez indiquer le total du financement attendu du gouvernement, de GAVI et d'autres partenaires au titre du soutien aux activités et aux secteurs définis.

Veillez vous référer aux plans et estimations existants, le cas échéant (joindre).

Tableau 13: Coût de la mise en œuvre des activités RSS:

Activité / Secteur à soutenir	Coût par an (USD)					TOTAL COÛTS
	Année de la proposition à GAVI	Année 1 mise en œuvre	Année 2 mise en œuvre	Année 3 mise en œuvre	Année 4 mise en œuvre	
	2006	2 007	2 008	2 009	2 010	
COMITE NATIONAL DE PILOTAGE DE LA SRSS						
Appui au fonctionnement du Comité National de Pilotage		42 400	72 400	72 400	72 400	259 600
Etat des lieux dans les Provinces et ZS ciblées		120 000	0	0	0	120 000
Amélioration de la gestion de l'information						0
Élaboration du Plan National de Développement Sanitaire		80 000	0	0	0	80 000
Supervision des activités des Comités Provinciaux de Pilotage		0	0	0	0	0
Evaluation à mi parcours du programme		0	0	0	0	0
Elaboration de la carte sanitaire nationale		0	0	0	0	0
Appui au SNIS dans les provinces ciblées		60 000	60 000	60 000	60 000	240 000
Mission d'appui à l'élaboration des PPDS		22 000	0	0	0	22 000
Suivi de la mise en œuvre des PPDS		144 000	144 000	144 000	144 000	576 000
Recherche sur les systèmes de santé		54 000	36 000	42 000	42 000	174 000
Participation aux colloques internationaux		96 800	54 800	54 800	54 800	261 200
Equipement du CNP		110 500	0	0	0	110 500
Organisation des revues annuelles nationales		75 000	75 000	75 000	75 000	300 000
Sous total CNP (1)		804 700	442 200	448 200	448 200	2 143 300
COMITES PROVINCIAUX DE PILOTAGE DE LA SRSS						
Appui au fonctionnement des 2 Comités Provinciaux de Pilotage de la SRSS		131 200	221 200	221 200	221 200	794 800
Organiser 56 missions d'appui à la planification dans les ZS		67 200	0	0	67 200	134 400

Organiser un atelier de planification au niveau provincial et/ou revues provinciales		120 000	120 000	120 000	120 000	480 000
Supervision des ZS par la province (4 missions de supervisions par an par ZS)		40 000	40 000	40 000	40 000	160 000
Supervision des ZS par les District		80 000	80 000	80 000	80 000	320 000
Réhabilitation des bureaux d'Inspection		120 000	40 000	0	0	160 000
Réhabilitation des CDR		150 000		0	0	150 000
Approvisionnement en médicaments essentiels		0	3 000 000	0		3 000 000
Equipement de CPP		774 500	0	0	0	774 500
Sous total CPP (2)		1 482 900	3 501 200	461 200	528 400	5 973 700
DEVELOPPEMENT DES ZS						
Appui à la mise en place et au fonctionnement HGR et des Equipes Cadres des Zones de Santé dans les ZS ciblées		480 000	672 000	672 000	672 000	2 496 000
Elaboration des Plans de Développement Sanitaires des Zones de Santé (PDZS)		130 000	130 000	130 000	130 000	520 000
Réhabilitation/construction des Centres de Santé et hôpitaux généraux de référence		1 710 000	2 010 000	1 650 000	0	5 370 000
Equipement des Centres de Santé et hôpitaux généraux de référence		3 815 500	2 029 000	1 896 000	4 000	7 744 500
Fonds de roulement pour les médicaments des HGR et CS		5 250 000	280 000	280 000	280 000	6 090 000
Supervision des activités des Centres de Santé		117 000	117 000	117 000	117 000	468 000
Appui aux activités communautaires (aménagement des sources)		80 000	40 000	60 000	40 000	220 000
Sous total DZS (3)		11 582 500	5 278 000	4 805 000	1 243 000	22 908 500
DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES						
Appui à la reforme de l'enseignement des sciences de la santé (formation des infirmiers diplômés)		177 120	177 120	177 120	177 120	708 480
Renforcer les capacités des Equipes Cadres Provinciales		84 000	56 000	56 000	56 000	252 000
Voyage d'études des ECP, y compris les MCD dans d'autres provinces		60 000	0	0	0	60 000
Formations des ECP y compris les MCD en planification, suivi et évaluation		100 000	0	0	0	100 000
Formation initiale des Equipes Cadres des Zones de Santé		0	0	90 000	90 000	180 000

Formation/recyclage du personnel infirmier des Centres de Santé dans les HGR		45 000	45 000	45 000	45 000	180 000
Amélioration des salaires et primes des ressources humaines pour la santé		3 573 600	3 573 600	3 573 600	3 573 600	14 294 400
Formation des membres des ECZ en Santé Publique						0
Etat des lieux des ITM		96 060	0	0	0	96 060
Appui à la mise à la retraite du personnel de santé dans les formations avec pléthore		0	0	0	0	0
<i>Sous total DRH (4)</i>		4 135 780	3 851 720	3 941 720	3 941 720	15 870 940
Frais de la gestion		2 807 682	2 050 068	1 553 418	999 198	7 410 366
APPUI TECHNIQUE						
Assistance technique court terme		24 000	6 000	12 000	12 000	54 000
Assistance technique long terme		288 000	288 000	288 000	288 000	1 152 000
Consultance internationale		400 000	300 000	400 000	200 000	1 300 000
<i>Sous total autres coûts (5)</i>		712 000	594 000	700 000	500 000	2 506 000
TOTAL GENERAL DES COÛTS		21 525 562	15 717 188	11 909 538	7 660 518	56 812 806

5.10 Budget global de la proposition

Tableau 14 : Budget par domaine d'intervention

Domaines d'intervention	Année 2007	Année 2008	Année 2009	Année 2010	Total	%
CNP	804 700	442 200	448 200	448 200	2 143 300	4
CPP	1 482 900	501 200	461 200	528 400	2 973 700	5
Ressources humaines	4 847 780	4 445 720	4 641 720	4 441 720	18 376 940	32
CDR	0	3 000 000	0	0	3 000 000	5
Développement des ZS	11 582 500	5 278 000	4 805 000	1 243 000	22 908 500	40
SOUS TOTAL	18 717 880	13 667 120	10 356 120	6 661 320	49 402 440	87
FRAIS DE GESTION	2 807 682	2 050 068	1 553 418	999 198	7 410 366	13
GRAND TOTAL	21 525 562	15 717 188	11 909 538	7 660 518	56 812 806	100%

Le budget global de la proposition est de **56 812 806 USD**. Le développement des ZS représente une enveloppe globale de 22 908 500 USD soit 40% de l'ensemble du budget. Les actions en faveur des ressources humaines (toutes actions confondues) prennent 18 376 940 USD, soit 32% du budget global. L'enveloppe destinée aux ressources humaines comprend notamment toutes les formations prévues dans la proposition à tous les niveaux du système de santé, la réforme de l'enseignement des sciences de la santé et les interventions directes en terme de paiement des compléments des primes pour un meilleur redéploiement des ressources humaines.

Les 5% des médicaments n'incluent que le montant nécessaire à l'approvisionnement de deux CDR en médicaments essentiels et intrants spécifiques. Ils n'incluent pas les fonds de roulement qui sont placés dans les structures de santé et qui de ce fait, sont contenus dans l'enveloppe des ZS. Le fonctionnement du CNP et de trois CPP représente moins de 10% du budget global. Les frais de gestion représentent 13%. Il s'agit essentiellement des frais de gestion encourue par les structures de mise en œuvre des activités contenues dans la proposition au cas où cela devenait à être nécessaire.

Budget par niveau du système de santé

Tableau 15 : budget par niveau du système de santé

Le tableau 15 montre la répartition du budget par niveau du système de santé.

Niveau	Années				TOTAL	%
	2007	2008	2009	2010		
Niveau périphérique	15 465 420	8 660 920	8 277 920	4 715 920	37 120 180	65%
Niveau intermédiaire	1 906 900	3 647 200	607 200	674 400	6 835 700	12%
Niveau central	633 560	765 000	771 000	771 000	2 940 560	5%
Consultance internationale	712 000	594 000	700 000	500 000	2 506 000	4%
Frais de gestion	2 807 682	2 050 068	1 553 412	999 198	7 410 360	13%
TOTAL	21 525 562	15 717 188	11 909 538	7 660 518	56 812 806	

La répartition du budget global par niveau du système de santé montre que 37 120 180 UDS, soit 65% vont au niveau périphérique. Le niveau intermédiaire prend 6 835 700 UDS, soit 12% et le niveau central 2 940 560 UDS, soit 5%. La consultance internationale représente un montant de 2 506 000 UDS, soit 4% et 13% pour les frais de gestion.

Tableau 16 : Sources de financement (dont gouvernement, GAVI et 3 principaux bailleurs de fonds cités):

Sources de financement	Coût par an (USD)					TOTAL FUNDS
	Année de la proposition à GAVI	Année 1 mise en œuvre	Année 2 mise en œuvre	Année 3 mise en œuvre	Année 4 mise en œuvre	
	2006	2007	2008	2009	2010	
Gouvernement	45 148 047	49 662 852	54 629 137	60 092 050	66 101 256	275 633 341
1. BAD (APDDS/PO)	0	1 770 708	12 855 628	12 439 872	7 500 316	34 566 524
2. UE (PS9FED)	0	25 600 050	25 222 050	24 421 950	24 421 950	99 666 000
3. Coopération belge	795 060	3 935 820	3 850 140	4 112 220	1 091 774	13 785 014
4. Banque Mondiale (PARSS)	0	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	120 000 000
5. USAID (AXXES)	0	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	40 000 000
(GAVI proposition RSS)	0	21 525 562	15 717 188	11 909 538	7 660 518	56 812 806
Autres sources	0	0	0	0	0	0
TOTAL FINANCEMENT	45 943 107	120 969 430	136 556 955	141 066 092	139 115 296	583 650 879
Total besoins pour les domaines d'intervention soumis à GAVI	<i>205 827 297</i>	<i>212 002 116</i>	<i>218 362 179</i>	<i>224 913 045</i>	<i>231 660 435</i>	1 092 765 072
Total non financé	159 884 190	91 032 686	81 805 224	83 846 953	92 545 139	509 114 193

Le tableau 16 ne contient que des ressources financières déclarées à ce jour par les différents bailleurs du secteur et le Gouvernement sur les domaines d'interventions retenus dans la proposition. Plusieurs partenaires bilatéraux n'ont pas encore de budget pour leurs programmes de coopération avec la RDC. C'est le cas de la Belgique par exemple dont l'appui financier pour le secteur de la santé toute tendance confondue est en moyenne de 20 000 000 euros par an. La taille du financement des autres sources telle que le financement communautaire et celui du secteur privé n'est pas encore évaluée à l'échelle nationale en RDC. Le financement que le pays sollicite auprès de GAVI représenterait environ 9.7% de l'ensemble du financement déclaré dans le secteur pour les domaines d'intervention couverts par la proposition. Cependant, l'ensemble de financement existant ne représente que la moitié des besoins pour les mêmes domaines sur les années couvertes par la proposition.

5.11. Gestion et justification de l'emploi des fonds de GAVI pour le RSS

Veillez décrire les dispositifs de gestion et de justification de l'emploi des fonds de GAVI pour le RSS.

a) Qui est chargé d'approuver les plans et budgets annuels relatifs aux fonds de GAVI pour le RSS?

Les plans et budgets annuels provinciaux relatifs aux fonds GAVI pour le RSS seront approuvés par le Comité National de Pilotage (CNP) et ceux des Zones de Santé par les Comités Provinciaux de Pilotage (CPP) respectivement lors des revues annuelles nationales et provinciales du secteur. Les revues annuelles provinciales vont se tenir avant les revues annuelles nationales qui elles, doivent se tenir avant la fin du mois d'octobre de chaque année. Les revues nationales seront organisées par le par le Secrétariat Technique sous l'égide du CNP.

b) Quel exercice financier est proposé pour la budgétisation et le compte rendu?

L'exercice financier proposé pour la budgétisation est annuel. Il va de janvier à décembre. Les budgets seront préparés pour permettre leur approbation au plus tard au mois de septembre lors de la revue annuelle nationale. Les ressources financières relatives au budget approuvé seront disponibles au premier janvier de chaque année et utilisables jusqu'au 31 décembre. Les comptes rendus de cet exercice seront donc faits une fois l'an à l'occasion de la revue annuelle du secteur. L'exercice financier proposé a l'avantage de s'articule parfaitement avec celui du Gouvernement, ce qui permet une bonne complémentarité et une harmonisation entre les ressources financières relevant du budget de l'Etat consacré à la santé et celles relatives à l'aide au développement pour le secteur.

c) Comment les fonds RSS seront-ils transférés au pays?¹⁸

Les fonds seront transférés au pays par virement bancaire. Un compte autonome sera ouvert pour les fonds GAVI de Renforcement du système de santé en RDC. Ce compte aura deux signatures, celle du Représentant de l'OMS/RDC et celle du Directeur du Département (direction) d'Etudes et Planification du Ministère de la Santé.

d) Comment les fonds RSS seront-ils transférés à l'intérieur du pays?

Le Comité National et les Comités Provinciaux de Pilotage de la SRSS vont ouvrir chacun un compte autonome pour la gestion des fonds GAVI. Ces comptes auront chacun à chaque niveau du système de santé deux signataires. Le compte du CNP sera signé par le Directeur du Département d'Etudes et Planification et Coordonnateur du Secrétariat Technique du CNP et un représentant d'un partenaire membre du CNP qui sera désigné par ses pairs. Les comptes en provinces seront signés par le Médecin Inspecteur Provincial et le représentant de l'OMS à ce niveau. Le transfert des fonds en provinces se fera également par voie bancaire (du compte autonome décrit au point c vers les comptes de différents Comités de Pilotage National et provinciaux).

Au niveau des ZS, des comptes autonomes seront également ouverts là où cela est possible. Ces derniers auront trois signatures, celles du Médecin Chef de Zone et coordonnateur de l'Equipe Cadre de la Zone de Santé, celle du Médecin Directeur de l'HGR et celle d'un membre du Comité de Gestion de la Zone de Santé qui sera désigné par le CPP. Dans les Zones de Santé où il n'est

¹⁸Les pays sont encouragés à utiliser les comptes du secteur de la santé pour les fonds affectés au renforcement du système de santé.

pas possible d'utiliser le système bancaire, d'autres voies de transfert tels que 'Mister Cash', Western Union seront utilisées.

d) Comment sera-t-il rendu compte de l'utilisation des fonds (rapports financiers et d'activité/rapports de situation)?

Un plan détaillé de mise en œuvre sera élaboré sur base du modèle du plan opérationnel en annexe 34 de la présente proposition. Ce plan reprendra les activités à réaliser par domaine d'intervention, les indicateurs de processus y afférents ainsi que les détails sur les ressources financières nécessaires à la réalisation des activités. Sur cette base, des rapports de mise en œuvre des activités et d'exécution financière annuelle seront réalisés et présentés pour approbation au Comité de Pilotage du niveau immédiatement supérieur. Le CNP va par le canal de son Secrétariat Technique compiler les données techniques et financières pour rendre compte à GAVI. Les rapports annuels de réalisation des activités et l'exécution budgétaire approuvés par le CNP seront transmis à GAVI avant la fin du mois de mai de l'année suivant celle de l'exercice budgétaire dont question.

e) S'il faut procéder à des achats, quel mécanisme d'achats sera utilisé?

Tous les achats seront groupés. Cependant, il faut distinguer deux groupes d'achats qui seront effectués. Il s'agit des achats des médicaments, intrants et petit matériel médical et ceux du matériel médical lourd et d'autre matériel comme le matériel roulant, etc. En ce qui concerne les médicaments, intrants spécifiques et petit matériel médical, les achats se feront dans le cadre de la FEDECAME. Cette dernière est une fédération des Centrales de Distribution des Médicaments Essentiels (CDR) qui se sont mises ensemble pour faciliter les achats groupés et de ce fait, bénéficié des avantages liés à ce type d'exercice comme par exemple la réduction des coûts. Le pays devra à terme disposer d'environ 40 CDR. Pour le moment seules 11 sont fonctionnelles sur l'étendue du territoire national. L'appui de GAVI va aider à mettre en place 2 CDR supplémentaires qui seront aussi affiliées à la FEDECAME. Chaque structure de santé (HGR et CS) ciblées par cette proposition ouvrira une ligne de crédit dans la CDR qui la couvre avec les fonds de roulement prévus à cet effet.

Les achats autres que ceux des médicaments, des intrants spécifiques et du petit matériel médical seront également groupés et confiés aux partenaires qui en ont l'expertise. C'est la cas de l'UNICEF par exemple.

Un manuel des procédures sera élaboré avec l'appui d'une consultance internationale pour la passation des marchés, fournitures et travaux. Ce manuel tiendra compte des expériences disponibles actuellement dans le pays dans les projets financés par les partenaires traditionnels du Ministère de la Santé.

f) Comment l'utilisation des fonds sera-t-elle vérifiée (audit)?

La vérification de l'utilisation des fonds se fera par deux types d'audits. Il s'agit des audits internes qui seront diligentés par le CNP de la SRSS et les audits externes. Les audits internes se feront tous les trois mois au début de la mise en œuvre. Leur fréquence pourra diminuer à trois ou deux audits annuels à partir de la troisième année de la mise en œuvre de la proposition selon les cas. Les audits externes se feront une fois l'an. Ils seront diligentés par le CNP et le CCI.

g) Quel est le mécanisme de coordination du soutien au secteur de la santé (en particulier, programmes de santé maternelle, néonatale et infantile)? Comment le RSS y sera-t-il rattaché?

Le Ministère de la Santé sur recommandation de la revue annuelle organisée en février 2006 a mis en place un Comité National de Pilotage (CNP) de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) qui a été adoptée à la même occasion. Le CNP est piloté par le Secrétaire Général à la Santé qui est le chef de l'Administration au sein du Ministère de la Santé. Il a pour membres, les principales Directions du Ministère de la Santé, les bailleurs du secteur regroupés dans le Groupe Inter Bailleurs Santé (GIBS), l'UNICEF, l'UNFPA, l'ONUSIDA, l'OMS, les agences d'exécution des projets de Coopération bi latérales et les coordonnateurs des principaux projets du Ministère. Le CNP est relayé en provinces par les Comités Provinciaux de Pilotage (CPP) dont le Médecin Inspecteur Provincial est le président.

Le Comité National de Pilotage de la SRSS dispose en son sein d'un Secrétariat Technique qui comprend 9 commissions dont la commission de la protection de la santé de la mère, de l'enfant et du nouveau-né. Les principaux acteurs de cette commission sont les Programmes de Santé de la Reproduction et le Programme Elargi de Vaccination. A coté de ceux-ci, on trouve d'autres programmes tels que le Programme National de Nutrition. Les commissions se réuniront tous les mois pour examiner des questions spécifiques qui les concernent. Tous les deux mois sera organisée une réunion du Secrétariat Technique au sein duquel se trouvent toutes les 9 commissions.

L'arrêté ministériel portant création du dit Comité est en annexe A15

5.12 Participation de partenaires à la mise en œuvre du RSS

L'engagement actif de nombreux partenaires et parties prenantes est nécessaire pour que le RSS aboutisse. Veuillez donner ci-dessous des précisions sur les principaux acteurs dans votre pays. Veuillez mentionner les principaux représentants du Ministère de la santé et du Ministère des finances, le directeur du Programme de vaccination, les principaux partenaires bilatéraux et multilatéraux, les comités de coordination concernés et les ONG.

Titre / Poste	Organisation	Rôles et responsabilités dans le RSS
Secrétaire Général à la Santé	Ministère de la santé	Président du Comité National de Pilotage de la SRSS
Directeur de la DEP	Ministère de la Santé	Coordonnateur du Secrétariat Technique du CNP de la SRSS
Directeur de la Direction de Lutte contre la maladie	Ministère de la Santé	Président de la commission de la lutte contre la maladie du Secrétariat Technique du CNP de la SRSS
Directeur de la Direction des Soins de santé Primaires	Ministère de la Santé	Président de la Commission de la Promotion de la Santé Maternelle et Infantile
Directeur de la Direction de la Pharmacie	Ministère de la Santé	Président de la Commission de gestion des intrants
Directeur des Etablissements des Soins	Ministère de la Santé	Président de la Commission de la Contractualisation
Directeur de la Direction des Ressources Humaines	Ministère de la Santé	Président de la Commission de contrôle des ressources
Représentant de l'OMS	OMS RDC	Appui Technique à la mise en œuvre de la réforme du secteur santé
Représentant de	UNICEF	Appui Technique et Financier au Programme de

l'UNICEF		Revitalisation et celui de la Survie de la Mère et de l'Enfant
Représentant ONUSIDA	ONUSIDA	Appui Technique à la lutte contre le VIH/SIDA (Alignement et harmonisation sur la stratégie nationale)
Représentant de l'UNFPA	UNFPA	Appui technique et financier au Programme de santé de la Reproduction
Attaché médical à l'Ambassade de Belgique	Direction Générale de Coopération pour le Développement	Appui Technique et Financier à la mise en œuvre de la Stratégie
Chef de Section Développement, Environnement et Coopération Régionale,	Délégation de la Commission Européenne	Appui Technique et Financier à la mise en œuvre de la Stratégie
Directrice des Programmes santé	USAID	Appui Technique et Financier à la mise en œuvre de la Stratégie

6. Pérennisation

La mise en oeuvre des actions reprises dans cette proposition et donc celles du PI07-09 s'inscrit dans le cadre de la reconstruction du secteur de la santé et donc dans un cadre global de développement national. La RDC vient de réaliser le deuxième tour de l'élection présidentielle au moment de l'élaboration de cette proposition. Il est logiquement attendu que l'accroissement du budget en général et de la proportion consacrée à la santé qui a commencé pendant la période de transition se poursuive du fait de la croissance économique que nous espérons consécutive à la stabilité politique. De cette manière progressivement les ressources publiques de santé vont augmenter pour compenser la régression de l'aide publique au développement. La contribution financière de la communauté au fonctionnement du secteur de la santé par la tarification devra également augmenter dans les années à venir pour les mêmes raisons évoquées plus haut. Ceci va sans doute aider à compenser une partie non négligeable à l'aide au développement lors que celle-ci va baisser.

Une meilleure collaboration intra sectorielle dans le cadre du CNP de la stratégie permettra de mobiliser et mieux utiliser les ressources privées consacrées au secteur santé.

7. Commentaires additionnels et recommandations du CNP (Comité de la stratégie dans le secteur de la santé)

Etant donné que la proposition a été élaborée par le CNP, celui-ci n'a pas de commentaires additionnels à faire en dehors de ceux contenus dans le compte rendu des réunions qu'il a organisé respectivement le 26 octobre pour la validation de la soumission à GAVI, le 27 octobre en commission technique pour la résolution des questions liées au montage institutionnel et à la gestion financière et le 02 novembre pour la signature de la soumission. Les comptes-rendus de ces réunions sont en annexe 35, 36 et 37.

9. Plan de mise en œuvre de la première année (2007)

Tableau 17 : plan détaillé de mise en œuvre de la première année

Plan de travail et budget détaillé : Année I										
Pays:		RDC								
Devise:		USD : 21 525 562								
Budget consolidé & étapes										
Activités générales	Trimestre 1			Trimestre 2		Trimestre 3		Trimestre 4		TOTAL ANNUEL
	Indicateurs – Description	Budget ¹⁾		Indicateurs – Description	Budget ²⁾	Indicateurs -- Description	Budget ³⁾	Indicateurs -- Description	Budget ⁴⁾	
I. Pilotage du système de santé au niveau national										
Activités										
Appui au fonctionnement du Comité National de Pilotage	Le fonctionnement trimestriel du CNP appuyé	18 100		Le fonctionnement trimestriel du CNP appuyé	3 100	Le fonctionnemen t trimestriel du CNP appuyé	18 100	Le fonctionnement trimestriel du CNP appuyé	3 100	42 400
Etat des lieux dans les Provinces et ZS ciblées		0		Un état des lieux est réalisé dans la zone d'intervention d la proposition	120 000		0		0	120 000
Élaboration du Plan National de Développement Sanitaire	1 PNDS élaboré	80 000			0		0		0	80 000
Supervision des activités des Comités Provinciaux de Pilotage		0			0		0		0	0
Evaluation à mi parcours du programme		0			0		0		0	0
Appui au SNIS dans les provinces ciblées		0			0		0	SNIS appuyé dans les 3 provinces ciblées	60 000	60 000
Mission d'appui à l'élaboration du PPDS	PPDS élaboré	8 000		PPDS élaboré	8 000	PPDS élaboré	6 000		0	22 000
Suivi de la mise en œuvre du PPDS	PPDS suivi	36 000		PPDS suivi	36 000	PPDS suivi	36 000	PPDS suivi	36 000	144 000
Recherche sur les systèmes de santé		0			0		0	Recherche sur les SS effectuée	54 000	54 000

Participation aux colloques internationaux	1 mission internationale effectuée	3 200	1 mission internationale effectuée 2 participations aux formations en gestion SS, contractualisation, recherche en SS 2 participations aux cours internationaux en planification	45 200	1 mission internationale effectuée	3 200	1 mission internationale effectuée 2 participations aux formations en gestion SS, contractualisation, recherche en SS 2 participations aux cours internationaux en planification	45 200	96 800
Equipement du CNP		13 000	Le CNP dispose d'un équipement minimum	97 500	Le CNP dispose d'un équipement minimum	0		0	110 500
Organisation des revues annuelles nationales		0		0		0		75 000	75 000
TOTAL (I)		158 300		309 800		63 300		273 300	804 700
II. COMITES PROVINCIAUX DE PILOTAGE DE LA SRSS									
Activités									
Appui au fonctionnement des 3 Comités Provinciaux de Pilotage de la SRSS	Le fonctionnement de 3 CPP EST appuyé	54 300	Le fonctionnement de 3 CPP EST appuyé	13 300	Le fonctionnement de 3 CPP EST appuyé	54 300	Le fonctionnement de 3 CPP EST appuyé	9 300	131 200
Organiser les missions d'appui à la planification dans les ZS	56 missions organisées	33 600	56 missions organisées	33 600		0		0	67 200
Organiser un atelier de planification au niveau provincial et/ou revues provinciales	4 ateliers de planification/revue organisé	120 000		0		0		0	120 000
Supervision des ZS par la province (4 missions de supervisions par an par ZS)	20 supervisions des Districts réalisées par la Province	10 000	20 supervisions des Districts réalisées par la Province	10 000	20 supervisions des Districts réalisées par la Province	10 000	20 supervisions des Districts réalisées par la Province	10 000	40 000
Supervision des ZS par les Districts	20 supervisions des ZS réalisées par le District	20 000	20 supervisions des ZS réalisées par le District	20 000	20 supervisions des ZS réalisées par le District	20 000	20 supervisions des ZS réalisées par le District	20 000	80 000
Réhabilitation des CDR		0		0	2 CDR réhabilités	150 000		0	150 000
Réhabilitation des bureaux d'Inspection		0	3 IPS/Districts réhabilités	60 000		0	3 IPS/Districts réhabilités	60 000	120 000

			524500	23 kits informatiques, 23 photocopieuses, 15 Laptop, 3 connections Fax, 13 véhicules 4x4,				10 véhicules 4x4,	250000	
Equipement de CPP										774 500
TOTAL (II)										1 482 900
III. DEVELOPPEMENT DES ZONES DE SANTE										
Activités										
Appui au fonctionnement HGR et des Equipes Cadres des Zones de Santé		Le fonctionnement de 10 HGR et 10 ECZ est assuré	120000			Le fonctionnement de 10 HGR et 10 ECZ est assuré	120000	Le fonctionnement de 20 HGR et 20 ECZ est assuré	240000	480 000
Elaboration des Plans de Développement Sanitaires des Zones de Santé (PDSZ)		65 PDZS sont élaborés	130000		0		0		0	130 000
Réhabilitation/construction des Centres de Santé et hôpitaux généraux de référence		40 CS réhabilités	300000	3 HGR réhabilités	360000	60 CS réhabilités	450000	5 HGR réhabilités	600000	1 710 000
Equipement des Centres de Santé et hôpitaux généraux de référence		40 CS équipés en matériel médical et mobilier et dotés en vélos	664000	8 HGR équipés en matériel médical, mobilier ; 30 véhicules achetés ;	1260000	60 CS équipés en matériel médical et mobilier ; 50 motos, 5 hors bord et 40 vélos achetés ;	1216500	15 HGR équipés en matériel médical, mobilier ;	675000	3 815 500
Supervision des centres de santé		65 CS supervisés	58500			65 CS supervisés	58500			117 000
Fonds de roulement en médicaments pour les HGR		65 HGR disposant d'un fonds pour médicaments	4550000							4 550 000
Fonds de roulement pour les des médicaments centres de santé		40 CS disposant d'un fonds pour médicaments	280000			60 CS disposant d'un fonds pour médicaments	420000			700 000
Appui aux activités communautaires (aménagement des sources)		40 sources d'eau aménagées	40000			40 sources d'eau aménagées	40000			80 000
TOTAL (III)										11 582 500

IV. DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES										
Activités										
Appui à la reforme de l'enseignement des sciences de la santé (formation des infirmiers diplômés)		3 mois de primes payées au personnel des ITM et IEM en reforme	44 280	3 mois de primes payées au personnel des ITM et IEM en reforme	44 280	3 mois de primes payées au personnel des ITM et IEM en reforme	44 280	3 mois de primes payées au personnel des ITM et IEM en reforme	44 280	177 120
Renforcer les capacités des Equipes Cadres Provinciales			0	12 personnes formées écosanté, recherche RSS, contractualisation et organisation et gestion SS	84000		0		0	84 000
Voyage d'études des ECP, y compris les MCD dans d'autres provinces				15 voyages d'études effectués	18 000	15 voyages d'études effectués	18 000	20 voyages d'études effectués	24 000	60 000
Formations des ECP y compris les MCD en planification, suivi et évaluation				15 membres d'ECP et MCD formés	30000	15 membres d'ECP et MCD formés	30000	20 membres d'ECP et MCD formés	40000	100 000
Formation initiale des Equipes Cadres des Zones de Santé			0		0		0		0	0
Formation/recyclage du personnel infirmier des Centres de Santé dans les HGR			0		0		0	50 infirmiers des CS formés dans les HGR	45 000	45 000
Amélioration des salaires et primes des ressources humaines pour la santé		3 mois de primes payées aux membres des ECP, ECZ, MHGR, CS et au personnel de soutien	893400	3 mois de primes payées aux membres des ECP, ECZ, MHGR, CS et au personnel de soutien	893400	3 mois de primes payées aux membres des ECP, ECZ, MHGR, CS et au personnel de soutien	893400	3 mois de primes payées aux membres des ECP, ECZ, MHGR, CS et au personnel de soutien	893400	3 573 600
Formation des membres des ECZ en Santé Publique			0		0		0		0	0
Etat des lieux des ITM			0	1 état des lieux effectué dans les ITM	96 060		0		0	96 060
Appui à la mise à la retraite du personnel de santé dans les formations avec pléthore			0		0		0		0	0
TOTAL (IV)										4 135 780

IV. APPUI TECHNIQUE										
Assistance technique court terme			0	2 missions d'assistance CT effectuées	12 000		0	2 missions d'assistance CT effectuées	12 000	24 000
Assistance technique long terme		3 missions d'assistance LT effectuées	72 000	3 missions d'assistance LT effectuées	72 000	3 missions d'assistance LT effectuées	72 000	3 missions d'assistance LT effectuées	72 000	288 000
Evaluation externe			0	1 évaluation externe effectuée;	100 000		0		0	100 000
Audit externe			0		0		0	1 audit externe effectué	100 000	100 000
Consultance internationale		1 mission de consultance internationale effectuée;	100 000		0		0	1 mission de consultance internationale effectuée;	100 000	200 000
TOTAL (IV)										712 000
COUT GLOBAL DU PLAN			158 300		309 800		63 300		273 300	18 717 880
Frais de gestion										2 807 682
TOTAL ANNUEL / 2007										21 525 562

Ce plan de mise en œuvre couvre la première année du programme, soit l'année 2007. Un plan annuel de mise en œuvre sera élaboré chaque année après une évaluation qui se fera à l'occasion de la revue annuelle du secteur. Ce plan sera validé par le Comité National de Pilotage. C'est sur cette base que se fera le décaissement au cours de l'année de mise en œuvre.

8. Annexes et documentation

N° de l'annexe	TITRE DU DOCUMENT	RESUME	Date de publication
1	Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS)	Document de base précisant la Stratégie de Renforcement du Système de Santé. Comprend une partie analytique focalisée sur les obstacles et contraintes majeures pour le système et une seconde partie qui décrit les orientations stratégiques.	11/05 06/06
2	Document de Stratégie Croissance et de Réduction de la Pauvreté	Cadre de planification, de financement et d'harmonisation des interventions de développement dans un partenariat dynamique	03/06
3	Rapport final de la Revue annuelle 2005 du Ministère de la Santé	Revue d'ensemble et par province : état de santé, performances, options stratégiques.	02/06
4	Plan de viabilité financière du PEV	Financement du PEV, inclut la stratégie du Gouvernement pour la mobilisation des ressources financières et leur utilisation efficace.	10/05
5	Rapport d'Etat de Santé et Pauvreté en RDC	Revue documentaire détaillée avec analyse des résultats du système de santé et des capacités des ménages et des communautés en termes de consommation des services de santé. Examine également les stratégies du gouvernement et des partenaires en insistant sur les questions de financement des soins de santé et leur impact sur les pauvres. <i>NB : aspects ressources humaines dépassés.</i>	05/05
6	Programme Minimum de Partenariat pour la Transition et la Relance en RDC	Cadre stratégique de stabilisation et de reconstruction du pays qui propose la concentration des efforts dans la revitalisation des zones de santé et le renforcement des capacités.	11/04
7	Rapport de la Table Ronde du secteur de la santé	Les principales recommandations ont concerné l'approvisionnement en médicaments, le développement des ressources humaines, le développement des zones de santé et le financement du système de santé	5/04
8	Colloque national SANRU III « Rebâtissons les SSP en R.D. Congo » ¹⁹	Analyse détaillée des différents aspects de la crise sanitaire en RDC et proposition des pistes de solutions	9/03

¹⁹ Document disponible à la DEP

9	Rapport des États Généraux de la Santé ²⁰	Peu d'éléments d'analyse mais adoption de la politique sectoriel, du cadre organique du MSP, PDDS et de la loi cadre sur la santé	12/99
10	Rapport RDC Situation GAVI	Ce rapport indique les progrès réalisés par la RDC en matière des services de vaccination, la gestion des fonds obtenus, le contrôle de qualité de la vaccination, la sécurité des injections et l'introduction de nouveaux vaccins.	05/06
11	Plan Directeur de Développement Sanitaire (PDDS)	Cadre programmatique qui indique les objectifs généraux et spécifiques à poursuivre, les grandes lignes d'activités à mener pour la réalisation de ces objectifs en vue d'atteindre le développement sanitaire entre 2000 et 2009	02-01
12	Allocution du Secrétaire Général à la Santé à la clôture de la Revue annuelle 2005	Propose la constitution d'une équipe de cadres nationaux, appuyés par quelques experts internationaux, pour préparer un projet de soumission à présenter à GAVI en vue du financement de la mise en œuvre de la SRSS	02/06
13	Politique pharmaceutique nationale ²¹	Etablit un cadre juridique pour régulariser et maîtriser le secteur pharmaceutique national en ce qui concerne la satisfaction de la couverture pharmaceutique en médicaments essentiels génériques, l'approvisionnement des structures de santé, l'amélioration de la production et le contrôle de qualité. Elle trace aussi la liste nationale des médicaments essentiels.	12 /05
14	Rapport sur les Stratégie de reforme du secteur de la santé	Analyse les contraintes institutionnelles et politiques du secteur de la santé, y compris les aspects de financements et des ressources humaines	8/05
15	Arrêté du Ministre de la Santé sur le Comité National de Pilotage (CNP)	Désigne les membres du Comité National de Pilotage composés des délégués des services publics, privés, partenaires nationaux et internationaux, membres du Groupe Inter Bailleurs Santé (GIBS). Il responsabilise le Groupe d'Appui à la Système de Santé pour tenir le secrétariat technique de ce Comité	09/06
16	Carte des Partenaires du secteur de la Santé	Localise les Zones de santé bénéficiant des appuis globaux des partenaires internationaux	07/05
17	Déclaration commune GIBS	Déclaration, lue à la clôture de la Revue annuelle 2005, pour souligner l'engagement des bailleurs des fonds du secteur de la santé dans la mise en œuvre de la SRSS à travers tous les projets	02/06

²⁰ Idem

²¹ Document disponible à la DEP

		qu'ils financent	
18	Compte rendu de la réunion d'information sur GAVI et les procédures de soumission	Cette réunion avec l'équipe de l'OMS/Genève et de l'OMS/Afro a porté sur les grandes lignes des procédures à suivre pour la préparation de la soumission sur RSS.	05/06
19	Compte rendu de la réunion avec l'équipe de l'OMS Genève et OMS/Afro	Première réunion tenue avec les membres du GASRSS pour déterminer les domaines d'interventions à soumettre à GAVI et aussi obtenir la participation de GIBS dans la préparation de la soumission.	05/06
20	Compte rendu de la réunion du GASRSS	Choix des 3 domaines d'interventions pour la soumission et identification des mécanismes de coordination à mettre en place.	08/06
21	Compte rendu de la réunion du GASRSS	Echanges sur le calendrier provisoire des actions à mener, l'assistance technique et financière à solliciter pour l'élaboration de la soumission, le choix de ZS et le canevas de collecte des données relatives à l'élaboration du document intermédiaire du plan de mise en œuvre de la SRSS.	08/06
22	Compte rendu de la réunion du GASRSS	Analyse de la situation de la couverture vaccinale dans les provinces sur base des critères bien identifiés et classification des ZS en 3 principaux groupes	09/06
23	Compte rendu de la réunion du GASRSS	Suite de l'analyse de la situation de couverture vaccinale dans les ZS et préparation des missions de collecte des données en provinces	09/06
24	Rapport conjoint OMS/UNICEF de notification des activités vaccinales 2005	Situation des activités de vaccination accomplies en 2005 sur l'ensemble du pays en précisant le taux de couverture vaccinale par antigène. Il contient aussi les résultats d'enquête sur la couverture vaccinale et décrit les indicateurs du système de vaccination.	04/06r
25	Rapport épidémiologique 2004	Présente des données épidémiologiques des maladies à potentiel épidémique sous surveillance, l'analyse de leur tendance et de leur distribution par province pour l'année 2004. Il décrit aussi le système national de surveillance des maladies à potentiel épidémique.	03/05
26	Allocution du Ministre de la Santé à la cérémonie d'installation du CNP	Décrit l'état de désintégration du système de santé, le cheminement ayant conduit à l'élaboration de la SRSS avec la contribution des partenaires et souligne la vision de faire du CNP/SRSS une plate forme de coordination et d'intégration de différents projets de santé sous le leadership du MSP.	10/06
27	Mot de bienvenu du Secrétaire Général à la	Présente les attributions des membres du Comité National de	10/06

	santé à la Cérémonie d'installation du CNP	Pilotage, les responsabilités des Comités Provinciaux de Pilotage et le rôle du GASRSS	
28	Carte ZS GAVI	Identifie géographiquement les ZS sélectionnées pour appui par GAVI	10/06
29	Plan Quinquennal PEV 2003 - 2007	Cadre d'orientation, durant les cinq prochaines années, décrivant les stratégies mondiales, régionales et sous régionale pour le contrôle des maladies évitables par la vaccination Il vise une accélération de la couverture vaccinale avec les six antigènes de routine et préconise l'introduction des vaccins nouveaux et sous utilisés comme ceux de l'hépatite virale B, de l'haemophilus influenzae type b et de la fièvre jaune.	08/02
30	Plan quinquennal de contrôle de la Rougeole en RDC 2004 – 2008	Ce plan décrit les objectifs poursuivis, les stratégie et les activités à mener jusqu'en 2010 pour le contrôle de la rougeole en tant que problème de santé publique dans le pays.	03/04
31	Plan Stratégique de l'élimination du tétanos maternel et néonatal 20087 à 2009	Vise l'élimination du TMN par des campagnes de vaccination de masse des femmes en âge de procréer, l'amélioration de l'accessibilité et de l'utilisation des services d'accouchements, l'amélioration de la couverture vaccinale en VAT.	05/06
32	Plan Intérimaire de mise en œuvre de la SRSS	Document autonome élaboré pour retracer les grandes orientations pour la mise en œuvre des axes stratégiques de la SRSS	10/06
33	Liste des Zones de santé sélectionnées	Dresse la liste des ZS, à faible couverture vaccinale ou avec un appui finissant en 2007, sélectionnées pour un appui GAVI	10/06
34	Plan de mise en œuvre	Ce compte rendu retrace les activités à réaliser trimestriellement à la première année du projet, en décrivant les indicateurs et les coûts y afférents	10/06
35	CR de la réunion de validation de la soumission	A porté sur la présentation de la soumission à toutes les parties prenantes pour une validation	
36	CR de la réunion des mécanismes de gestion des fonds GAVI	Ce compte rendu fixe les mécanismes de gestion qui seront suivis à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour gérer et assurer le suivi d'une gestion correcte des fonds attendus de GAVI	
37	CR de la cérémonie de signature de la proposition à GAVI pour RSS	Cette cérémonie a été présidée par Secrétaire Général, président du comité de pilotage. Les partenaires présents à la réunion ont émis le vœu de finaliser rapidement le mémorandum d'entente qui devrait être signé par le gouvernement représenté par le Ministère de la Santé et ses principaux partenaires sur les questions relatives à la gestion du financement GAVI. La cérémonie s'est	

		terminée par la signature de la proposition.	
38	Budget détaillé de la proposition de la RDC à GAVI	Ce fichier comprend un ensemble des feuilles de calcul qui ont servi à l'élaboration du budget de la soumission	

ANNEXE 33

TABLEAU I: ZONES DE SANTE A FAIBLE COUVERTURE VACCINALE (DTC 3 < 60 %) AVEC							
APPUI PARTIEL OU SANS APPUI EN 2007							
N° d'ordre	PROVINCE	District	Zone de santé	POP.	CV DTC3	PARTENAIRES D'APPUI	
		Administratif				APPUI PARTIEL	PERIODE COUVERTE
	Equateur						
1		V/ Gbadolite	Gbadolite	174 527	53%	UNICEF	
2		Nord Ubangi	Businga	124 718	41%	CDI BWAMANDA-Coop/B	2003-2007
3		Nord Ubangi	Wapinda	206 143	25%	CDI BWAMANDA-Coop/B	2003-2007
4		Sud Ubangi	Bangabola	185 967	33%	Memisa-Coop/B, SANRU-USAID	2001-2007
5		Sud Ubangi	<i>Budjala</i>	127 323	45%	Memisa-Coop/B	2003-2007
6		Sud Ubangi	<i>Kungu</i>	116 184	16%	Memisa-Coop/B	2003-2007
7		Sud Ubangi	Tandala	323 556	43%		
	P.Orientale						
8		Aru	Aru	198 878	50%	PS9FED	2006-2009
9		Djugu	Mongbwalu	113 866	45%	PS9FED	2006-2009
10		Haut Uélé Est	Aba	156 284	36%	PS9FED	2006-2009
11		Haut Uélé Est	Watsa	174 065	44%	PS9FED	2006-2009
	Sud Kivu						
12		Bukavu	Bagira-Kasha	127 758	58%	Axxes-USAID	2006-2009
13		Nord	<i>Kalehe</i>	111 201	15%	Axxes-USAID	2006-2009
14		Sud	<i>Lemera</i>	134 998	53%	Axxes-USAID	2006-2009
15		Sud	Nundu	120 129	46%	Axxes-USAID	2006-2009
16		Ouest	<i>Kamituga</i>	152 300	48%	Axxes-USAID	2006-2009
17		Ouest	Kitutu	102 659	41%	Axxes-USAID	2006-2009

18		Ouest	Lulingu	133 821	4%	Axxes-USAID	2006-2009
19		Ouest	Mwenga	156 497	29%	Axxes-USAID	2006-2009
20		Ouest	Shabunda Centre	143 688	15%	Axxes-USAID	2006-2009
	Maniema						
21		Centre Maniema	Kampene	100 088	34%	USAID	2006-2009
22		Nord Maniema	Lubutu	104 035	55%	USAID	2006-2009
	Katanga						
23		Haut – Lomami	MUKANGA	237 887	38%	Axxes-USAID	2006-2009
24		Tanganika	KALEMIE	149 582	59%	Axxes-USAID, MDM-F/Echo-PS9FED B	2006-2009
25		Tanganika	KANSIMBA	122 104	42%	Axxes-USAID, MDM-F/Echo-PS9FED B	2006-2009
26		Tanganika	KIYAMBI	126 199	57%	Goal/Echo-PS9FED B	2007-2009
27		Tanganika	MANONO	240 466	52%	Goal/Echo-PS9FED B	2007-2009
28		Tanganika	MOBA	232 596	52%	Axxes-USAID, MDM, UNICEF	2006-2009
29		Tanganika	NYEMBA	129 910	45%	MDM-F/Echo-PS9FED B	2007-2009
30		Tanganika	NYUNZU	266 061	33%	Axxes-USAID, MDM-F/Echo-PS9FED B	2006-2009
31		Tanganika	ANKORO	254 632	35%		
32		Tanganika	KABALO	157 796	34%	UNICEF	
	Bandundu						
33		Kwango	MWELA-LEMBWA	136 508	42%	Memisa-PMURR	2002-2007
34		Mai-Ndombe	KIRI	128 419	47%	Memisa-Coop/B	2003-2007
35		Kwilu	MOANZA	230 677	55%		
36		Kwango	KIMBAU	151 630	56%		
	Kasai Oriental						
37		Tshilenge	NGANDAJIKA	282 692	56%	PS9FED	2006-2009
39		Tshilenge	LUBAO	187 928	46%	PS9FED	2006-2009
40		Sankuru	WEMBO NYAMA	145 188	27%	CRS-USAID	2002-2007
41		Lusambo	LUSAMBO	110 265	56%		
42		Tshilenge	KABEYA KAMUANGA	145 895	54%	PS9FED	2006-2009
38		Tshilenge	KALONDA EST	308 282	38%	PS9FED, UNICEF	2006-2009
	Kasai Occidental						
43		Kananga	BOBOZO	160 939	7%	PS9FED	2006-2009
44		Kananga	NDESHA	196 934	36%	PS9FED	2006-2009
45		Kasai	DEKESE	110 131	29%	PS9FED, CRS-USAID	2002-2009

46		Lulua	LUBONDAIE	116 483	59%	Axxes-USAID, ECC	2006-2009
----	--	-------	-----------	---------	-----	------------------	-----------

TABLEAU II : ZONES DE SANTE AVEC BONNE COUVERTURE VACCINALE (DTC 3 > 60 %), SANS APPUI OU							
APPUI PARTIEL EN 2007							
N°d'ord	PROVINCE	District		POP.	CV DTC 3	PARTENAIRES D'APPUI	
		Administratif	Zone de santé			APPUI	PERIODE COUVERTE
	Kinshasa						
1		Funa	Makala	213 666	75%	UNICEF	
2		Lukunga	Kokolo	212 827	69%		
	Bandundu						
3		Kwilu	BAGATA	150 375	69%		
	Bas Congo						
4		Cataractes	KIMPANGU	107 964	84%		
6		Cataractes	KWILU-NGONGO	116 910	87%	UNICEF	
	Kasai Oriental						
7		Mbuji Mayi	DIULU	285 708	81%		
8		Tshilenge	TSHITSHIMBI	135 122	85%		
9		Sankuru	Lodja	161 013	85%	CRS USAID, Axxes USAID, GAVI	
10		Sankuru	Vanga Kete	188 058	64%	Axxes USAID, GAVI	
11		Sankuru	Dikungu Tshumbe	192 042	83%	CRS USAID, GAVI	
12		Mbuji Maji	Bimpemba	260 431	92%	PS9FED, UNICEF, GAVI	
13		Mbuji Maji	Dibindi	215 689	71%	PS9FED, GAVI	
	Kasai Occidental						
14		Lulua	MWETSHI	168 321	106%		
	Katanga						
15		Tanganyka	Kabalo	157 796	73%	UNICEF, GAVI	
	Nord Kivu						
18		Beni	Beni	345508	109%	UNICEF, GAVI	
19		Beni	Kyondo	262176	93%	UNICEF, GAVI	
20		Beni	Mutwanga	180048	122%	UNICEF, GAVI	
21		Beni	Oicha	273381	107%	UNICEF, GAVI	
	Sud Kivu						
22		Sud	Uvira	224 833	67%	Axxes USAID, UNICEF, GAVI	
Population totale des zones de santé ciblées: 11 704 343 habitants							