

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Comité National de Pilotage de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé
CNP-SRSS



COMPTE RENDU DE LA REUNION DU CNP-SRSS TENUE DU 12 AU 13 FEVRIER 2009

Il s'est tenu le jeudi 12 et vendredi 13 février 2009 la réunion du CNP-SRSS en la Salle Polyvalente de l'OMS, sous la présidence de Son Excellence Monsieur Le Mwami Auguste MOPIPI MUKULUMANYA , Ministre de la Santé Publique.

Etaient présents, les Membres dont les noms sont repris dans le **tableau 3** en annexe du présent compte rendu.

Six points étaient inscrits à l'ordre du jour, à savoir :

1. Les problèmes liés à la mise en œuvre de la SRSS ;
2. La réforme du secteur de la santé ;
3. Les problèmes liés au fonctionnement du CNP et des Comités Provinciaux de Pilotage (CPP) ;
4. La préparation de la Revue Annuelle 2008 ;
5. Le Projet GAVI-RSS : bilan et plan des activités 2009 ;
6. Lancement du Projet GAVI-RSS et de l'Etat des Lieux du Secteur de la Santé (ELSS) ;

Les principales résolutions issues de cette réunion sont résumées dans le **tableau 2** du présent compte rendu.

I. Déroulement de la réunion

Les lignes suivantes décrivent le déroulement de ladite réunion durant les deux jours de la tenue du CNP.

Au premier jour :

Deux temps forts ont marqué la première journée de la réunion. Il s'agit de la cérémonie d'ouverture et de la présentation de quatre premiers thèmes de la réunion.

La cérémonie d'ouverture a été marquée par l'allocution d'ouverture de la réunion prononcée par Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique. Dans son mot, il a souhaité la bienvenue à tous les participants et a tracé le cadre dans lequel se tenait la réunion. Il rappelle que le CNP est le cadre de dialogue politique en matière de santé et de

partage d'informations stratégiques et techniques de haut niveau entre le Ministère de la Santé Publique et les partenaires dans le but de définir les grandes orientations stratégiques. Il a invité les participants à aborder sans complaisance tous les problèmes qui entravent la mise en œuvre de la SRSS, de la validation des Termes de Référence de la Revue Annuelle 2009, du lancement du projet GAVI-RSS, du lancement de l'état des lieux du secteur, de l'approbation du plan d'action 2009 du dit projet, et de donner des orientations précises au processus de révision des Arrêtés ministériels portant création du CNP et des CPP.

Après la cérémonie d'ouverture, les participants ont été conviés à suivre les exposés portant sur les quatre thèmes ci-dessous décrits :

1. Problèmes liés à la mise en œuvre de la SRSS

Ce thème a été développé à travers deux exposés ci-dessous résumés et qui ont été par une plage de discussions ouvertes sur les préalables de mise en œuvre de la SRSS.

1.1 La présentation des problèmes relatifs à la mise en œuvre de la SRSS dans la Province du Nord Kivu

C'est le Médecin Inspecteur provincial du Nord Kivu qui a présenté les problèmes relatifs à la mise en œuvre de la SRSS dans son entité de responsabilité. Il a relevé essentiellement (i) la réticence de quelques cadres au niveau provincial, (ii) la non maîtrise des ressources, (iii) la faible maîtrise de la SRSS par les partenaires, et (iv) le faible appui du niveau central à la mise œuvre de la SRSS (non respect des moratoires, certaines Directions centrales et programmes spécialisés non alignés, CNP peu fonctionnel, etc.).

1.2 La présentation du mémorandum sur les problèmes liés à la mise en œuvre de la SRSS

Le mémorandum sur les problèmes liés à la mise en œuvre de la SRSS a été présenté par le Directeur Chef des Services de Développement des Soins de Santé Primaires. Dans son exposé, l'orateur a tracé le bilan de trois ans de mise en œuvre de la SRSS et relever les problèmes suivants :

- Au niveau périphérique : le manque d'autonomie de gestion et de contrôle, de plan propre. Existence des problèmes d'accessibilité, de la disponibilité et d'utilisation de services ainsi que de la qualité de services. En fait, ce niveau ne joue toujours pas son véritable rôle de niveau opérationnel de planification et de mise en œuvre de la politique nationale de la santé.
- Au niveau intermédiaire : la difficulté de conversion de l'Inspection en Division Provinciale de la Santé, le manque de plan intégré de développement sanitaire et l'insuffisance du leadership de services publics. Il a évoqué aussi les problèmes liés à la traçabilité des médicaments et des autres intrants, le faible financement et la mauvaise gestion des ressources.
- Au niveau central : la faible appropriation de la SRSS par les cadres centraux et le faible alignement des partenaires.

1.3 Débat sur les préalables de mise en œuvre de la SRSS

Lors du débat ouvert sur les préalables de mise en œuvre de la SRSS, plusieurs préoccupations ont été soulevées par les participants et ont porté essentiellement sur :

- L'alignement de Bailleurs de fonds sur la stratégie sectorielle conformément à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement. Les Bailleurs de fonds ont réitéré leur alignement à la SRS et ont pris l'engagement de souscrire aux résolutions issues de cette réunion. A cet effet, l'idée de recadrer éventuellement le Programme d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé (PARSS) a été favorablement accueillie par tous les participants.

- La nécessité de l'élaboration du plan de développement des Ressources humaines à long terme. Ce plan devra prendre en compte l'existant et établir les besoins en termes de formation par catégorie professionnelle. Il sera aussi question entre autre d'envisager le déploiement des effectifs pléthoriques et de réorienter la formation dans les établissements d'enseignement des sciences de la santé vers les domaines où le besoin est encore important. Par ailleurs, il s'est dégagé la nécessité de poursuivre le dialogue politique déjà engagé entre le Ministère de la Santé Publique et celui de l'Enseignement Supérieur pour résoudre le problème de la surproduction des professionnels de santé dans les facultés de médecine, pharmacie et dans les ISTM.

- L'approvisionnement des structures de soins en médicaments essentiels : les questions qui se posent ici sont celles de savoir : comment capitaliser l'expérience du DCMP pour améliorer le financement de la FEDECAME, par exemple à travers les contributions périodiques des agents de l'Etat ? Comment restructurer le système actuel d'approvisionnement pour le rendre plus efficace tout en renforçant le rôle de l'Etat ?

- La nécessité de déterminer les indicateurs de suivi et évaluation de l'exécution de la SRSS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

- Les réflexions sur les mécanismes de renforcement du partenariat pour la santé devront être approfondies davantage. Un accent sera mis sur le renforcement du partenariat public-privé qui pourra permettre de résoudre entre autre le problème que pose la pléthore des effectifs dans le secteur public.

- L'élaboration consensuelle du manuel des procédures devant être appliquées dans le secteur en attendant que les conditions de l'appui budgétaire ne soient réunies. Pour certains, il serait souhaitable d'envisager, au contraire, l'approche sectorielle « SWAP » qui suppose la mise en place des mécanismes de financement commun à moyen terme.

- La vulgarisation et l'utilisation des Directives de mise en œuvre de la SRSS pour garantir la standardisation des actions y relatives. Il a été suggéré aussi que la formation des cadres de Zone de Santé en Soins de Santé Primaires soit un préalable à l'exécution de la SRSS.

- La nécessité de prendre un texte réglementaire pour rendre la SRSS imposable à tous.

- La nécessité de l'implication de l'homme politique dans la prise de décision relative au renforcement du système de santé ;

- Le renforcement du leadership du Ministère de la Santé Publique dans le pilotage de la SRSS,

- La rationalisation des Ressources Humaines, du fonctionnement des structures de santé et de l'utilisation du financement de la communauté internationale constituent les conditions essentielles pour la réussite de la mise en œuvre de la SRSS.

2. Réforme du secteur de la Santé

Sous ce thème, ont été examinées les questions relatives au projet de restructuration du Ministère de la Santé Publique et les Mesures Transitoires relatives à la Décentralisation dans le secteur de la santé.

2.1 Présentation du rapport sur le projet de restructuration du Ministère de la Santé Publique

C'est le Secrétaire Général a.i à la santé qui a fait l'économie du projet de restructuration du Ministère de la Santé Publique. Il a passé en revue les étapes parcourues depuis le premier diagnostic institutionnel du secteur santé réalisé en 2005, qui a été suivi de la mise en place des structures opérationnelles de Réforme dans le secteur santé en 2006. Ensuite, il y a eu l'actualisation du diagnostic institutionnel et la proposition de l'approche méthodologique pour la Réforme en avril 2008, ainsi que la mission d'appui à l'élaboration du projet de cadre organique la même année.

Il a décrit la méthodologie qui a amené à la proposition d'un cadre organique du niveau central répondant à la mission du Ministère de la Santé Publique, ses fonctions spécifiques et ses activités principales dont le regroupement a abouti à un nombre réduit de Directions normatives présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Regroupement des activités principales en Directions normatives

| Activités principales | Directions normatives |
|--|--|
| Activités générales relatives à production et la gestion des ressources humaines pour la santé | Direction des ressources humaines (DRH) |
| Activités générales relatives à la gestion des ressources financières et du patrimoine | Direction administrative et financière |
| Activités relatives à l'organisation des prestations des soins de santé et la gestion de l'information stratégique | Direction de l'organisation et la gestion des soins (DOGS) |
| Activités relatives à la lutte contre la maladie, hygiène et laboratoire | Direction de la lutte contre la maladie |

| | |
|--|--|
| | (DLM) |
| Activités relatives à la production et l'approvisionnement en médicaments et intrants spécifiques | Direction du médicament et de la pharmacie (DMP) |
| Activités relatives à l'élaboration du diagnostic sectoriel, la planification, législation et le partenariat | Direction d'Études et Planification (DEP) |

En ce qui concerne les Programmes spécialisés, il sera question de :

- Décliner la Stratégie sectorielle en objectifs sectoriels ;
- Évaluer la contribution de chaque programme à la réalisation des objectifs sectoriels ;
- Garder les programmes dont la contribution est élevée sous réserve de restructuration interne ;
- Fusionner ceux dont la contribution est faible pour l'améliorer ;
- Et de supprimer ceux dont la contribution est nulle.

Pour terminer son exposé, le Secrétaire Général a.i à la Santé a présenté les prochaines étapes de la Réforme que seront : (i) la validation du projet de cadre organique, (ii) l'identification des postes, (iii) la description des profils, (iv) la rationalisation des programmes spécialisés et (v) la mobilisation des ressources pour application des mesures d'accompagnement.

2.2 Point sur les Mesures Transitoires relatives à la Décentralisation dans le secteur de la santé

C'est un Cadre de la DEP qui a fait le point sur les Mesures Transitoires relatives à la Décentralisation dans le secteur de la santé. L'exposé a consisté en un rappel sur le contexte et la justification de ces Mesures. En effet, le secteur de la santé continue d'être régi par le Décret-loi de 1952 du Congo Belge, Rwanda et Urundi. La Loi-cadre de 2001 a été soumise à la deuxième délibération au Parlement. Etant donné que le contexte sociopolitique a fondamentalement changé (*Existence d'une nouvelle Constitution instituant la Décentralisation comme mode de gestion de l'Etat, l'élaboration du DSCR et sa mise en œuvre à travers le PAP, l'adoption de la SRSS en 2006 et son exécution, les Cinq Chantiers de la République, la récession économique mondiale, etc*), cette loi nécessite d'être actualisée.

Les Mesures Transitoires, élaborées au Cercle Elaeis de Kinshasa (mars 2008) conjointement par le Ministère de la Santé Publique, les Gouvernements Provinciaux dûment représentés par les Ministres Provinciaux en charge de la Santé, Fonction Publique, Finances et Budget, ainsi que les partenaires du secteur, ont été validées lors de

la Revue Annuelle 2007 tenue en Avril 2008. Elles sont destinées à résoudre certaines questions spécifiques qui se posent dans le secteur en attendant la promulgation de la Loi-cadre.

A la Revue Annuelle 2007, Il a été recommandé que ces Mesures soient coulées sous forme de textes réglementaires. La question qui se pose est celle de savoir là où l'on en est actuellement ? C'est en réponse à cette interrogation que l'orateur a porté à la connaissance des participants que les projets d'Arrêtés Portant Mesures Transitoires ont déjà été élaborés et soumis à la signature du Ministre de la Santé Publique. Après leur publication, les prochaines étapes seront la mise en place d'une commission chargée d'actualiser la Loi-cadre de 2001 et le lancement du processus d'actualisation de ladite Loi ainsi que la poursuite de la vulgarisation des Mesures Transitoires.

2.3 Discussions

Dans les discussions qui ont suivi les deux présentations relatives à la réforme du secteur de la santé, les préoccupations des participants ont porté sur :

- la proposition de valider le projet de cadre organique en interne et en externe ;
- la clarification de relation entre le Secrétaire Général à la Santé et l'Inspecteur Général de la santé dans le projet de cadre organique et le respect du principe de l'unité de commandement qui plaide en faveur du maintien d'une seule autorité de l'administration ;
- la nécessité de la poursuite de la vulgarisation des Mesures Transitoires à tous les niveaux de la Pyramide Sanitaire avec un accent particulier en provinces ;
- L'élaboration d'un chronogramme d'activités à réaliser pour l'atteinte des mesures définitives qu'est la Loi-cadre sectorielle ;
- la lecture en provinces de projets d'Arrêtés portant Mesures Transitoires pour avis et considérations des Gouvernements Provinciaux avant leur signature par le Ministre de la Santé Publique ;
- l'approfondissement des réflexions sur les liens devant exister entre les Entités Territoriales Décentralisées (ETD) et les structures de santé au regard de la Constitution.

3. Problèmes liés au fonctionnement du CNP et des CPP

Sous ce thème, deux présentations ont été faites avant l'ouverture de débat. Il s'agit de :

3.1 La fonctionnalité du CPP dans la province du Bas Congo

C'est le Médecin Inspecteur Provincial du Bas Congo qui est intervenu pour parler de problèmes liés au fonctionnement du CPP. Il a rappelé l'historique du CPP du Bas Congo depuis son installation en mai 2007 et ses différentes réalisations. Au nombre de celles-ci, on peut citer la mise en place du CPP et ses 9 commissions, et la proposition d'un projet d'arrêté provincial de désignation des membres du CPP harmonisé déjà soumis au Gouverneur de province.

En ce qui concerne la fonctionnalité du CPP / Bas Congo, l'orateur a relevé les problèmes suivants:

- l'inadéquation de l'Arrêté ministériel créant le CPP et la nouvelle configuration politique actuelle de la province (existence de Ministre Provincial ayant en charge la santé);
- l'absence de financement de l'Inspection Provinciale de la Santé;
- le faible alignement des partenaires locaux à la SRSS ;
- la réticence manifeste de certaines Autorités et du personnel de santé.

3.2 Orientations sur la restructuration du CNP et des CPP

Ce sujet a été développé par le Secrétaire Général a.i. à la Santé. Dans son exposé, il a relevé trois problèmes qui justifient la restructuration du CNP et des CPP. Il s'agit (i) de l'existence de plusieurs structures de coordination au niveau central (CNP, Groupe thématique santé, Réunion Mixte, Comités de pilotage de projets, etc.), (ii) le manque de fonctionnalité du CNP et des CPP à cause de leur structure lourde, et (iii) les Ministres Provinciaux ayant en charge la Santé, le Budget, le Plan, les Finances et la Fonction Publique ne sont pas inclus dans l'Arrêté créant les CPP.

La restructuration des organes de pilotage de la SRSS vise essentiellement leur redynamisation et va jeter les bases de la mise en place d'une instance unique de coordination du secteur ainsi que la prise en compte du nouveau cadre institutionnel national (constitution).

Les orientations proposées à cet effet consistent en:

- la mise en place d'un Comité composé de deux organes dont le premier est composé du Ministre de la Santé Publique, des Ambassadeurs et des Chefs d'Agences des Nations Unies. Il aura un rôle politique et se réunira une à deux fois par an. Le deuxième organe sera composé du Secrétaire Général à la Santé, des Directeurs Chefs des services centraux et principaux Programmes, des Responsables du portefeuille santé auprès des Ambassades et Agences des Nations Unies. Il aura un rôle stratégique et opérationnel.
- la constitution d'un organe suffisamment souple (avec un nombre réduit de membres) et flexible pour répondre aux besoins d'autres secteurs ou organisation ;
- la mise en place de Commissions qui vont résoudre les questions spécifiques du secteur et inclure les Sous Commissions actuellement appuyées par le PS9FED.

Six commissions ont été ainsi proposées, à savoir :

- la commission chargée des politiques, de la planification, programmation et décentralisation;
- la commission chargée des prestations, mise en œuvre, suivi et évaluation;
- la commission chargée des Ressources Humaines et renforcement des capacités;
- la commission chargée de l'approvisionnement en Médicaments, intrants spécifiques et de la logistique;
- la commission chargée du financement de la santé, contractualisation et budgétisation;
- la commission de lutte contre la maladie.

Dans le contexte actuel de la Réforme, l'idée est de rattacher chaque commission à la Direction centrale qui aura dans ses attributions les matières à charge de la commission.

Quant au CPP, il sera la seule instance de coordination du secteur de la santé en province et sera dirigé par le Ministre Provincial ayant en charge la santé. Son secrétariat sera assuré par l'Équipe Cadre Provinciale.

Pour terminer, l'orateur a proposé la mise en place d'une commission chargée de revoir les Arrêtés ministériels portant création du CNP et des CPP en prenant en compte les orientations proposées.

3.3 Discussions

Lors de discussions qui ont été lancées à l'issue de ces deux présentations, les participants ont soulevées les préoccupations sur les matières suivantes :

- la faible représentation du secteur privé dans ces assises et dans les instances de pilotage du secteur de la santé ;
- Etant donné que les six commissions du CNP préfigurent le prochain cadre organique du Ministère de la Santé, il se pose la question de savoir à qui reviendra la responsabilité de faire le suivi ou le contrôle du contrat de performance ? D'aucuns s'accordent à dire qu'il faut séparer les fonctions de planification, mise en œuvre, suivi et évaluation, et de contrôle dans la nouvelle configuration du CNP et des CPP ;
- la nécessité d'impliquer les provinces dans le CNP et dans la prise des décisions pour éviter au CNP de se transformer en une structure bureaucratique et centriste dont les résolutions unilatérales risquent d'être faiblement acceptées et appliquées en provinces ;
- la nécessité d'apporter directement des interventions à effet rapide et visible en provinces ;
- les mécanismes de coordination de la lutte contre le VIH / SIDA au sein d'une seule instance de coordination nationale doivent être clairement établies.
- le CNP et les CPP devront évoluer vers les organes de pilotage de tout le secteur de la santé et non seulement de la SRSS.
- l'amendement à apporter à la composition et au fonctionnement du CPP devra se faire de façon à confier la direction du CPP au Gouverneur de province, en sa qualité du Représentant du Gouvernement central. Celui-ci peut déléguer la tâche au Ministre Provincial ayant en charge la santé.

4. Préparation de la Revue Annuelle 2008 du Ministère de la Santé Publique

Ce thème a été développé à travers l'exposé fait par le Directeur de la DEP qui a circonscrit le sujet autour de quatre points, à savoir : (i) le contexte dans lequel la Revue Annuelle 2008 est organisée, (ii) les objectifs à atteindre, (iii) les thèmes proposés, (iv) la méthodologie à appliquer et (v) les leçons apprises de la Revue Annuelle 2007.

Parlant du contexte dans lequel s'organise la Revue Annuelle 2008, l'orateur a indiqué que la période sous revue correspond à l'année de la fin de la mise en œuvre du Programme d'Actions Prioritaires (PAP) de la première génération (juillet 2007- 31décembre 2008) et à la 3^{ème} année de l'exécution de la SRSS. En outre, cette revue intervient au moment où la place du secteur privé est de plus en plus croissante dans le secteur de la santé. Par ailleurs, sur le plan régional, l'OMS Afro préconise les Soins de Santé Primaires (SSP) comme porte d'entrée pour le renforcement du système de santé.

Sur ce, la Revue Annuelle 2008 qui se tiendra en avril prochain devra atteindre les objectifs suivants :

1. Evaluer l'application des recommandations/actions de la Revue Annuelle 2007 et des Mesures Transitoires relatives à la décentralisation dans le secteur de la santé ;
2. Etablir le bilan de la mise en œuvre du PAP 2008 notamment dans les aspects relatifs à la SRSS ;
3. Identifier les priorités à inscrire au budget de l'Etat consacré à la santé pour l'année 2010 ;
4. Jeter les bases d'une collaboration efficace et efficiente entre le secteur public et le secteur privé dans le domaine de la santé ;
5. Valider le rapport du 'Costing pour la planification et la budgétisation des ressources dans une Zone de Santé normée';
6. Faire le point sur l'interférence entre la mise en œuvre des Initiatives Mondiales pour la Santé (GHI) et la SRSS

Pour réaliser ces objectifs, trois thèmes ont été proposés à l'occasion de la Revue Annuelle 2008. Il s'agit de: (1) l'évaluation finale du PAP 2007-2008 dans le secteur de la santé, (2) la SRSS et les Initiatives Mondiales pour la santé en République Démocratique du Congo : défis et perspectives, et (3) du rôle du secteur privé dans le système de santé de la RDC.

Pour ce faire, trois phases ont été proposées pour l'approche relative à l'organisation de la Revue Annuelle 2008, à savoir : la phase préparatoire, la phase de la revue proprement dite et la phase d'après la revue.

Pendant la phase préparatoire, il sera question de mettre en place une commission chargée de préparer la Revue Annuelle 2008. Cette commission aura pour tâches essentielles :

- la détermination de l'appui que le niveau central devra apporter aux provinces pour l'organisation de leurs Revues Provinciales ;
- l'harmonisation des outils de collecte des données et de canevas de présentation de province;
- le lancement de l'appel aux abstracts ;
- l'organisation des visites conjointes en province ;
- la production des documents de travail ;
- l'élaboration des projets d'invitations internationales et nationales.

Pendant la phase de la revue proprement dite, on procédera à la présentation des thèmes et des abstracts retenus, et aux travaux des groupes pour répondre à certaines questions spécifiques.

Lors de la phase d'après la revue, il sera question de préparer le rapport final et d'en assurer la diffusion.

Pour terminer son exposé, l'orateur a présenté les leçons apprises lors de la Revue Annuelle 2008. Il s'agit notamment de :

- l'insuffisance de préparation de la revue par les provinces,
- la disponibilité tardive des documents de travail (PAP) ;
- l'explosion du nombre des participants qui est passé de 150 à 328 ;
- Non respect des engagements financiers (persistance de dettes jusqu'à ce jour) ;

- l'insuffisance de préparation des modérateurs ;
- La faible réaction des participants au rapport leur transmis pour amendement ;
- l'insuffisance de suivi des recommandations de la revue.

Discussions

A l'issue de la présentation sur la préparation de la Revue Annuelle 2008, les préoccupations suivantes ont été soulevées et ont fait l'objet de clarification.

- Comment peut-on financer les revues semestrielles planifiées par les provinces étant donné le faible pourcentage du budget de l'Etat consacré à la santé et le faible taux de décaissement de ce dernier ?
- Quelles sont les échéances et les moyens nécessaires à la réalisation des activités préparatoires de la revue pour faciliter la participation des provinces ?

Au deuxième jour de la réunion du CNP-SRSS:

Tout comme l'a été le premier jour de la réunion, le deuxième jour a été aussi marqué par deux temps forts. Il s'agit de la suite de présentation des autres thèmes inscrits à l'ordre du jour et de la cérémonie de clôture de la réunion.

5. Proposition GAVI-RSS en RDC : Bilan et plan d'activités 2009

L'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI) appuie les activités de vaccination en RDC à travers trois fenêtres. Il s'agit de la fenêtre PEV, RSS, et Société Civile dans le but de lever les goulots d'étranglements aux services de vaccinations et aux autres services de santé afin d'améliorer la santé du nouveau-né, de l'enfant et de la mère.

La tenue de cette réunion du CNP-SRSS a constitué une opportunité pour le partage d'informations sur la proposition GAVI-RSS, d'en faire le bilan de mise en œuvre et de valider le plan d'activités 2009. Il était aussi question de faire le point sur les deux autres fenêtres de GAVI et de l'état d'avancement de la préparation de l'Etat des Lieux du Secteur de la Santé (ELSS) dont 80% du financement sont assurés dans le cadre de la proposition GAVI-RSS.

Dans les lignes suivantes sont résumées, les quatre présentations qui ont été faites sous ce thème.

5.1 Bilan et plan d'activités 2009 de la proposition GAVI-RSS

Trois intervenants se sont succédé pour présenter ce sujet. La première intervention est celle faite par le Directeur de la DEP qui a rappelé aux participants le but de la proposition GAVI-RSS, les objectifs poursuivis, son contenu et le montage institutionnel avant d'être relayé par le Représentant de l'UNOPS lors de la présentation des initiatives / réalisations.

Comme il a été précédemment dit, le but de la proposition est de lever les goulots d'étranglement à la vaccination et vise essentiellement la réalisation de deux objectifs, à savoir : l'augmentation de la couverture vaccinale moyenne en DTC3 de 56 à 80% dans les

Zones d'intervention et l'augmentation de nombre de ZS avec couverture vaccinale >80% de 12 à 65, soit 100% des ZS cibles.

A cet effet, les activités suivantes seront réalisées aux trois niveaux de la pyramide sanitaire, en complément à celles déjà menées. Il s'agit de :

- *Au niveau de ZS* : la réalisation de l'État des lieux des ZS, de la Réhabilitation des structures de santé, de la dotation en équipements et médicaments, du paiement des primes, de l'appui aux activités de planification et de supervision (ECZ), de la formation du personnel (cadres des ZS, stage dans les ZS/HGR ayant un bon niveau de fonctionnement), etc.

- *Au niveau de trois DPS sélectionnées* : la planification provinciale, de l'appui au fonctionnement du CPP, à la supervision, aux activités du niveau périphérique et l'ouverture de deux CDR, etc.

- *Au niveau central* : la planification nationale, l'élaboration des documents devant accompagner la mise en œuvre de la SRSS, la Carte sanitaire nationale, l'appui aux activités provinciales, au fonctionnement et la Réforme de l'enseignement des sciences de la santé, etc.

Pour ce faire, un montage institutionnel a été mis en place pour la gestion technique et financière du projet. Le Ministère de la Santé Publique, le Comité de Pilotage, l'Agence de gestion financière (Agefin) et les ONG (opérateurs techniques) sont les principaux acteurs du projet.

Les réalisations déjà effectuées sont notamment le recrutement de l'Agence de Gestion Financière, l'élaboration d'un projet de manuel des procédures, la commande de matériels roulant, informatique, médical, etc. Un montant de **10.133.277,79 \$USD** a été engagé en 2008 à cet effet.

En ce qui concerne la commande de matériels roulants et informatiques, le Représentant de l'UNOPS est intervenu pour compléter l'exposé du Directeur de la DEP et a montré la nécessité d'un Avenant au contrat signé avec le Ministère de la Santé Publique étant donné que ce dernier a exprimé le besoin d'augmenter le nombre de véhicules et que dans le premier contrat les frais de transport n'étaient pas pris en compte dans la facture de l'UNOPS.

Pour terminer cet exposé, l'Assistante Technique de la CTB auprès de la DEP est intervenue pour présenter le plan d'activités 2009 tel qu'indiqué dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Liste des activités planifiées pour l'année 2009 sur financement GAVI-RSS

| Libellé | Coût en \$ USD |
|---|-----------------------|
| Développement des ressources humaines, primes | 6 337 920 |
| Développement des ressources humaines, formation | 835 510 |
| Assistance technique nationale court terme | 20 000 |

| | |
|--|-------------------|
| Assistance technique provinciale | 288 000 |
| Consultance internationale | 700 000 |
| Réhabilitation centres de santé | 1 275 000 |
| Équipement des CS en mobilier | 540 000 |
| Réhabilitation des HGR | 2 520 000 |
| Équipement des HGR en mobilier | 660 010 |
| Dotation en hors bord | 22 500 |
| Aménagement des sources d'eau potable | 170 000 |
| Réhabilitation majeure bâtiments DPS | 467 800 |
| Approvisionnement en ME | 9 519 995 |
| Planification à tous les niveaux | 1 823 412 |
| Fonctionnement des différents niveaux | 1 365 656 |
| Total | 26 545 803 |
| <i>Frais de gestion</i> | 3 981 870 |
| Grand total | 30 527 673 |

5.2 Point sur le projet GAVI-PEV

C'est la Directrice du PEV qui est intervenue pour faire le point sur l'appui GAVI au PEV et impact dans l'amélioration des services de vaccination en RDC.

Elle a rappelé aux participants les 3 domaines d'appui GAVI au PEV, à savoir : le soutien aux services de vaccination(SSV), à la sécurité des injections et le soutien pour les vaccins sous utilisés et l'introduction des nouveaux vaccins.

Un tableau synthèse du financement reçu depuis 2003 a été présenté et montre que le montant alloué à la RDC était en augmentation jusqu'en 2007. Il est passé de 2.030.000 \$USD en 2003 à 6.200.000 \$USD en 2007 avant de décroître à 3.420.000 \$USD en 2008. Ces fonds ont été repartis entre les 3 niveaux de la pyramide sanitaire de la RDC avec une augmentation des dépenses du niveau intermédiaire et central au détriment du niveau opérationnel.

Par ailleurs, l'oratrice a montré à travers un graphique qu'à l'instar du montant alloué au PEV par GAVI, la couverture vaccinale en DTC3 a augmenté progressivement de 2003 à 2007. Elle est passée de 49 % en 2003 à 87% en 2007 avant de régresser à 81% en 2008.

En outre, le nombre d'enfants non vaccinés par année avait sensiblement diminué entre l'Année 2000 et 2005.

Les performances ainsi obtenues sont attribuables notamment à la capitalisation des acquis de l'Initiative d'Eradication de la Poliomyélite (IEP) qui a fourni des équipements supplémentaires en matériels de la chaîne de froid et à la mise en œuvre de l'approche ACZ, à la contribution des partenaires impliqués aux activités de vaccination ainsi qu'à l'apport de GAVI.

Cependant, a conclu la Directrice du PEV, le défi de contribution de la RDC au cofinancement de coûts des vaccins traditionnels et nouveaux vaccins pour la période 2008-2012 doit être levé pour ne pas contraindre GAVI à suspendre son appui. Un plaidoyer doit donc être immédiatement entrepris auprès du Gouvernement central pour le paiement de la contribution de la partie Congolaise dont le montant est estimé à 5.155.893 \$USD en 2009.

5.3 Point sur le projet GAVI-Société civile

L'Alliance GAVI a institué un projet pilote visant à atteindre tous les enfants éligibles à la vaccination dans 10 pays, dont la RDC, à travers deux composantes ouvertes à la société civile. Il s'agit de la composante GAVI-Organisation de la Société Civile (GAVI-OSC) et de la composante GAVI-MAPPING. En RDC, ce projet a ciblé 65 ZS couvrant une population estimée à 10.055.014 habitants (Source : Rapport du PEV 2007).

La tenue de cette réunion du CNP a constitué une opportunité pour faire le point de ce projet. C'est le Représentant de l'ARCC qui est intervenu à ce sujet.

En ce qui concerne la composante GAVI-OSC, l'exposé a consisté en un rappel sur l'organisation de la mise en œuvre qui se fait à travers un consortium de 5 ONGs (ECC, CRS et ARCC pour l'accompagnement direct de ZS, et CNOS avec la CRRDC pour les actions transversales. Les objectifs, le coût du projet et les stratégies / activités d'intervention ont été aussi rappelés, et les résultats enregistrés dans les 14 ZS appuyées par ARCC ainsi que les difficultés rencontrées ont été présentés. Dans l'ensemble, les résultats sont satisfaisants en dépit de la rupture de stock de certains intrants, la faible maîtrise du dénominateur et les problèmes de Ressource Humaines pour la Santé.

Dans sa composante Mapping, le projet vise l'identification des OSC impliquées dans la vaccination, la description de leurs profils, leurs activités et leurs localisations, et la proposition de mécanisme de coordination entre elles et avec les autres partenaires. Le projet se déroule en 3 étapes (collecte des données, désignation des représentants provinciaux et désignation d'un représentant au niveau national). Le coût du projet est de 100.000 \$USD et il a été lancé en février 2008.

5.4 Etat des Lieux du Secteur de la Santé

Le Ministère de la Santé Publique entreprend avec ses partenaires et l'appui technique de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa, une enquête de grande envergure pour le diagnostic du secteur de la santé qui lui permettra entre autre d'élaborer le Plan National de

Développement Sanitaire (PNDS), la carte sanitaire et d'actualiser la Politique Nationale de la Santé.

Au cours cette réunion du CNP, c'est l'Investigateur Principal de l'enquête qui est intervenu pour faire le point sur l'état d'avancement de préparatifs. A ce jour, a-t-il dit, les Termes de Référence, la méthodologie, les questionnaires et le budget de l'enquête ont déjà été validés par le Ministère et ses partenaires lors de l'atelier tenu en novembre 2008 dans la salle de conférence de l'OMS. En outre, les Superviseurs de pools ont été identifiés et formés en novembre 2008, et les différents coûts ainsi que le budget ont été finalisés en janvier 2009.

Prochainement, il sera question de :

- faire l'inventaire des superviseurs des pools encore disponibles et d'identifier des nouveaux superviseurs des pools ;
- Organiser un atelier de formation/remise à niveau des superviseurs des pools ;
- Reproduire les outils de collecte (déjà à l'imprimerie) ;
- Acquérir les équipements et matériels à utiliser sur terrain (appareils de photo numérique, GPS, mallettes, écritaires, bic, crayons, etc.) ;
- Informer et sensibiliser les cadres du MSP au niveau provincial, district et zones de santé et sensibiliser les partenaires sur terrain ;
- Organiser le déplacement des superviseurs de pools vers les provinces.

5.5 Discussions

A l'issue de toutes les présentations relatives à l'appui GAVI en RDC, les discussions ont porté sur les points suivants :

- la signature d'un Avenant au contrat signé avec UNOPS étant donné que le Ministère a exprimé le besoin d'augmenter le nombre de véhicules et la nécessité de prendre en compte les frais de transport qui n'émergeaient au premier contrat. Ces frais pourraient être défalqués sur le compte de frais de gestion.
- la prise en compte de développement du leadership et la rationalisation du fonctionnement des structures de santé n'apparaît pas clairement dans le plan d'activités proposées pour l'exercice 2009. Les primes allouées au personnel de santé risqueraient alors de focaliser plus leur attention que les autres activités.
- le plan d'activités 2009 ne montre pas la partie du financement qui serait gérée directement par les provinces eu égard à la décentralisation.
- la clarification de procédures de transfert de fonds aux ZS bénéficiaires.
- les mécanismes de récupération de fonds devant couvrir les années (2007 et 2008) pendant lesquelles le projet n'a presque pas démarré en province ?
- Etant donné la lourdeur de procédures au niveau central, y a-t-il raison d'attendre que la mise en œuvre du projet va effectivement augmenter la couverture vaccinale dans les ZS cibles ?
- Que devient la micro planification à la base des activités du PEV étant donné que le projet ne démarre toujours pas alors que nous tendons vers la fin du premier trimestre 2009.
- la clarification de critères qui ont prévalu à la sélection de trois Divisions Provinciales de la Santé (DPS) qui seront appuyées dans le cadre du projet GAVI-RSS et

le montant alloué à la réhabilitation de ces DPS semblent ne pas correspondre avec la réalité sur terrain.

- la justification du coût élevé de la consultance internationale qui est presque le double du montant prévu pour la réhabilitation de trois DPS sélectionnées.
- la nécessité d'accorder un mandat à la Commission ad hoc GAVI-RSS pour harmoniser les appuis à apporter dans les ZS d'intervention de trois fenêtres de GAVI (RSS, PEV et Société civile).
- la nécessité de faire les réajustements budgétaires en tenant compte de réalités sur terrain.
- la proposition de prolonger la durée de contrat de la GTZ en sa qualité d'agence de gestion financière provisoire en attendant que l'Agefin ne soit opérationnelle.
- la responsabilisation de la Commission ad hoc GAVI-RSS pour résoudre les questions spécifiques que pose le PEV.
- la nécessité de démarrer les activités en périphérie avec l'appui des ONGs de terrain, à titre d'exemple l'élaboration de Plans de Développement Sanitaires de Zones de Santé et l'ouverture des lignes de crédit médicaments.

II. Résolutions du Comité National de Pilotage

A l'issue de débats et délibérations qui ont suivi les présentations de thèmes inscrits à l'ordre du jour de la réunion du CNP-SRSS tenue du 12 au 13 février 2009, après avis et considérations des Membres, les résolutions résumées dans le **tableau 2** ci-après ont été prises.

Pour raison de forme, ces résolutions sont indiquées en regard de sept (7) catégories de problèmes relevés au cours de cette réunion.

Tableau 2 : Résolutions de la réunion du CNP-SRSS tenue du 12 au 13 février 2009

| Problèmes relevés | Résolutions | Échéance | Responsable d'exécution | Source de financement | Observation |
|---|---|-----------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------|
| 1. Problèmes liés à la législation, normalisation et planification (Manque de textes réglementaires pour la SRSS, les normes, Directives, Mesures Transitoires etc.), et non actualisation de la Loi-cadre par rapport au contexte de la décentralisation et de lutte contre la pauvreté | 1.1. Prendre les Arrêtés portant Mesures transitoires après le feed back des provinces | 15 mars 09 | Cabinet MSP | Trésor public | |
| | 1.2. Elaborer les textes réglementaires pour la SRSS, normes et directives | 30 juin 2009 | SG/DEP | | |
| | 1.3. Mettre en place un Groupe de travail chargé d'actualiser la loi-cadre | | Cabinet MSP, SG / DEP | | |
| | 1.4. Mettre en place un Groupe de travail chargé de Revisiter les Arrêtés créant le CNP et les CPP | 15 mars 2009 | Cabinet MSP, SG | | |
| 2. Problèmes liés aux Ressources humaines pour la santé (pléthore, non maitrise des effectifs, sur production, etc.) | 2.1. Mettre en place un Groupe de travail chargé d'élaborer le plan de développement des ressources humaines | | SG, D1 | | |
| | 2.2. Poursuivre le dialogue politique avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur pour la réforme de ce secteur (adéquation de la qualité et quantité par rapport au besoin de l'utilisateur) | | Cabinet MSP, SG | | |
| | 2.3. Faire valider en interne puis en externe le projet de cadre organique pour faire aboutir la Réforme du secteur | | Cabinet MSP, SG, DEP | | |

| | | | | | |
|---|--|------------|----------------------------|--|--|
| 3. Problèmes liés à l'approvisionnement en médicaments des structures sanitaires | 3.1. Mettre en place une équipe de travail pour approfondir et structurer la discussion sur l'approvisionnement des structures en médicaments | | Cabinet MSP, SG, D3 | | |
| 4. Problèmes liés à la prestation, mise en œuvre, suivi et évaluation | 4.1. Poursuivre la vulgarisation de la SRSS à tous les niveaux | | SG, DEP, D5 | | |
| | 4.2. Mettre en place une commission chargée de préparer la Revue Annuelle 2008 et qui aura pour tâches entre autre de déterminer les indicateurs, les outils standardisés de collecte des données au niveau provincial et le contenu des présentations des provinces afin de faciliter la préparation de la revue annuelle | 10-mars-09 | SG, D5 et DEP | | |
| 5. Problèmes liés à la lutte contre la maladie | 5.1. Poursuivre l'élaboration des Plans intégrés des provinces et des ZS, en priorisant les ZS GAVI | | D4, D5 et DEP | | |
| 6. Problèmes liés au financement du secteur, contractualisation et budgétisation | 6.1. Faire le plaidoyer auprès des gouvernements provinciaux et du GC pour inscrire des lignes budgétaires pour les activités sanitaires en l'occurrence l'organisation des revues provinciales et nationales | sept-09 | MSP, Ministres Provinciaux | | |

| | | | | | |
|---|---|---------|-------------------|--|--|
| 7. Problèmes liés au Projet GAVI-RSS (Retard de décaissement, de recrutement Agefin et du démarrage des activités en périphérie) | 7.1. Adoption du plan de mise à disposition des fonds 2009 proposé moyennant quelques amendements (révision des allocations des lignes budgétaires en fonction des PDZS et PPDS) | | Commission ad hoc | | |
| | 7.2. Poursuivre le contrat de service avec la GTZ jusqu'à ce que l' Agefin soit opérationnelle | mars-09 | Cabinet MSP | | |
| | 7.3. La commission ad hoc est autorisée d'étudier les modalités d'élaboration de l'avenant au contrat signé avec l'UNOPS prenant en compte le réajustement des matériels de transport | mars-09 | Commission ad hoc | | |
| | 7.4. La commission ad hoc est responsabilisée pour régler les questions spécifiques entre les trois fenêtres bénéficiaires de l'appui GAVI | mars-09 | Commission ad hoc | | |
| | 7.5. La commission ad hoc est responsabilisée pour valider le manuel des procédures proposé pour la gestion du Projet GAVI-RSS. | mars-09 | Commission ad hoc | | |
| | 7.6. Faire démarrer les activités en périphérie par l'élaboration des PDSZ et présenter le rapport à la revue annuelle 2008 | mars-09 | Commission ad hoc | | |

III. Lancement du Démarrage de la Proposition GAVI-RSS et de l'état des lieux du secteur de la santé

C'est à l'occasion de la cérémonie de clôture de la réunion du CNP-SRSS que Son Excellence Le Mwami Auguste MOPIPI MUKULUMANYA, Ministre de la Santé Publique, a procédé au lancement officiel du démarrage de la Proposition GAVI-RSS et de l'Etat des Lieux du Secteur de la Santé en RDC.

Commencée le jeudi 12 février à 10h00, la réunion du CNP-SRSS a été levée le vendredi 13 février à 16h30, à la satisfaction de tous les participants.

Fait à Kinshasa, le 25 février 2009

Le Rapporteur

Thomas KATABA, MD, MPH.
DEP-Santé

Tableau 3 : Liste des participants à la réunion du CNP-SRSS tenue du 12 au 13 février 2009

| N° | NOMS ET POST NOMS | INSTITUTIONS | TELE-PHONE | EMAIL |
|----|------------------------|------------------|------------|--|
| 1 | Dr SALUMU SIYANGONI | DDSSP | 999985123 | |
| 2 | Dr Léon TSHIBUAT | PROSAKIN | 815110606 | leon.tshibuat@yahoo.fr |
| 3 | Dr Firmin MAMPUYA KAY | DPS/Bas-Congo | 998519616 | mampuyafirmin@yahoo.fr |
| 4 | Dr KINI Brigitte | OMS | 8117006417 | kinib@cd.info.who.int |
| 5 | Dr KINUANI Léon | OMS | 817152331 | kinuanil@cd.info.who.int |
| 6 | Dr Emile BONGO | USAID | 819916410 | ebongo@usaid.gov |
| 7 | Michel Russel | USAID | 81554430 | mrussel@usaid.gov |
| 8 | Dr Anselm Schnlider | GTZ | 991009874 | anselm.schnlider@gtz.de |
| 9 | Noterman Jean-Pierre | Amb. Belgique | 898952838 | jean-pierre.noterman@diplobel.fed.be |
| 10 | Marie-Adèle MATINGU | GIBS | 999306270 | gibs@uaprdc.org |
| 11 | Sylvie Monette | CIDA | 997457667 | sylvie.monette@international.gc.ca |
| 12 | Dr Marie-Jeanne BOKOKO | Coop. Canad. | 815025667 | mjeanne.bokoko@uprdc.org |
| 13 | Pie IWASAKI | JICA (Coop. Jap) | 810559412 | iwasaki.rie@jica.go.jp |
| 14 | Dr Bienvenu NZINGA | JICA (Coop. Jap) | 816440572 | nzingadoudou@yahoo.fr |
| 15 | Dr urbain MENASE | Coop. Belge | 898928398 | urbain.menase@diplobel.fed.be |
| 16 | Dr MULUMBA | OMS | 817006413 | mulumba@cd.upio.who.int |
| 17 | Dr SIBOKO Christian | PNLS | 998165936 | christiansoboko@gmail.com |
| 18 | Dr KATABA Thomas | DEP/SANTE | 816037146 | katabathomas@gmail.com |
| 19 | Dr Alain MBOKO | DEP/SANTE | 812679583 | alainyeti@yahoo.fr |
| 20 | Laurent VERSCHUEREN | CTB | 999945062 | laurent.verschueren@btcctb.org |
| 21 | LUBAMBA Joseph | SG/Santé | 999934009 | lubambajoseph2001@yahoo.fr |
| 22 | Dr Valentin MUTOMBO | ARCC | 998584858 | valentinmutombo@yahoo.fr |
| 23 | BWANAMDOGO | ARCC | 899973108 | ovuiko@yahoo.fr |
| 24 | Maguy META | ARCC | 898031911 | megmeta@yahoo.fr |
| 25 | Dr MUKAMBA Elisabeth | PEV | 999992735 | lizkabese2000@yahoo.fr |
| 26 | Léonard MATAMBA | PNAM/MSP | 998470444 | matamba@yahoo.fr |
| 27 | Dr MULOHUE Michel | DCE/UE | 817009425 | |
| 28 | Dr Fabienne LADRIERE | AT CTB/DEP | 815872774 | fabienne.ladriere@btcctb.org |
| 29 | Dr Philippe KABEYA | Cell. Projets/SG | 815024962 | philippekabeya@yahoo.fr |
| 30 | BAPITANI BASUANA | 6ème Direction | 812492592 | |
| 31 | Exel NONO KINONA | Mini Santé/K.OC | 990902320 | mayambi@yahoo.fr |

| | | | | |
|----|------------------------------|---------------------|-----------|--|
| 32 | Dr Chantal SIMBA | Mini Santé/BC | 998513496 | belleyecha@yahoo.fr |
| 33 | Prof MASIALA ma SOLO | CNOS | 813330609 | masiala1@yahoo.fr |
| 34 | Dr SHODU L.K | Mini Santé/K.OR | 999402680 | lshodu@yahoo.com |
| 35 | Dr MBALOTWIRANDI | Mini Santé/NK | 998605133 | mbalutkinjwa@yahoo.fr |
| 36 | Me MAKULUKA | Cons.MSP/Nat | 819589101 | mack@yahoo.fr |
| 37 | Dr MALUMANTONDE | 9ème Direction | 810542861 | godemalu@yahoo.fr |
| 38 | Dr JP LOKONGA | OMS | 817006408 | lokongaj@cd.afro.who.int |
| 39 | Prof Dr MALASI NGANDU | Cab. du MSP | 815170330 | malasideni@yahoo.fr |
| 40 | Dr MBULULA Marie-Léolpoldine | PNT | 816677178 | leombulula@yahoo.fr |
| 41 | Dr Henri GOT | CE | 818946702 | henri.got@ccunopa.eu |
| 42 | SELEMANI UNGU | 8ème Direction | 99996557 | seleman_i_dorius@yahoo.fr |
| 43 | Dr WANGATA Jacques | PARSS | 999921759 | wangata@yahoo.fr |
| 44 | Patrick KAYEMBE | ESP | 818111182 | patkayembe@yahoo.fr |
| 45 | Dr Roger MUNGANGA | DSP/MIP/P.O | 815171156 | bahomamunganga@yahoo.fr |
| 46 | KALAMBAYI | SG/Santé | 811474734 | - |
| 47 | Emmanuel MOKILI | Cab. du MSP | 815352145 | - |
| 48 | Jeanne KABALA | Cab. du MSP | 815002638 | - |
| 49 | François MUKENDI | Cab. du MSP | 810505236 | - |
| 50 | Dr Narcisse TONA | MIP/KIN | 998265653 | nartona@yahoo.fr |
| 51 | Me PUATI NGOMA | Mini Prov Santé/Kin | 999937248 | pmartinngomapi@yahoo.fr |
| 52 | Dr Josué MWAMBA | MIP/K. OR. | 997438264 | josuebmwamba@yahoo.fr |
| 53 | Dr Brigitte TANDU | Primature | 991566900 | nzola.tandu@orange.fr |
| 54 | Dr Angèle Uvon AKUMU | Mini Prov Santé | 812007704 | augeuvon@yahoo.fr |
| 55 | Dr MONDONGE | 4ème Direction | 999972693 | mondongemakuena@yahoo.fr |
| 56 | Marie-Jeanne MPEMBE | DEP/SANTE | 999981249 | mimpembe@yahoo.fr |
| 57 | KYBAWA Marlène | DEP/SANTE | 81504975 | kmbuyu@yahoo.fr |